

Double Jeopardy: to be Black & Female



by Frances Beal

SLD 6.4.88

PWSS
PUV1387387
INV1057580

This article is reprinted from **BLACK WOMAN'S MANIFESTO**, distributed by the Third World Women's Alliance in New York.

Frances Beal was active in the Black Women's Liberation Committee of SNCC; "Double Jeopardy" was originally circulated as a staff position paper.

Mothers in New York squatters' struggle talk about problems with the plumbing and boiler.



Women's Graphics Collective/LNS

In attempting to analyze the situation of the black woman in America, one crashes abruptly into a solid wall of grave misconceptions, outright distortions of fact and defensive attitudes on the part of many. The system of capitalism (and its afterbirth... racism) under which we all live, has attempted by many devious ways and means to destroy the humanity of all people, and particularly the humanity of black people. This has meant an outrageous assault on every black man, woman, and child who reside in the United States.

In keeping with its goal of destroying the black race's will to resist its subjugation, capitalism found it necessary to create a situation where the black man found it impossible to find meaningful or productive employment. More often than not, he couldn't find work of any kind. And the black woman likewise was manipulated by the system, economically exploited and physically assaulted. She

could often find work in the white man's kitchen, however, and sometimes became the sole breadwinner of the family. This predicament has led to many psychological problems on the part of both man and woman and has contributed to the turmoil that we find in the black family structure.

Unfortunately, neither the black man nor the black woman understood the true nature of the forces working upon them. Many black women tended to accept the capitalist evaluation of manhood and womanhood and believed, in fact, that black men were shiftless and lazy, otherwise they would get a job and support their families as they ought to. Personal relationships between black men and women were thus torn asunder and one result has been the separation of man from wife, mother from child, etc.

America has defined the roles to which each individual should subscribe. It has defined "manhood" in terms of its own interests and "femininity" likewise. Therefore, an individual who has a good job, makes a lot of money and drives a Cadillac is a real "man", and conversely, an individual who is lacking in these "qualities" is less of a man. The advertising media in this country continuously informs the american male of his need for indispensable signs of his virility -- the brand of cigarettes that cowboys prefer, the whiskey that has a masculine tang or the label of the jock strap that athletes wear.

The ideal model that is projected for a woman is to be surrounded by hypocritical homage and estranged from all real work, spending idle hours primping and preening, obsessed with conspicuous consumption, and limiting life's functions to simply a sex role. We unqualitatively reject these respective models. A woman who stays home, caring for children and the house, often leads an extremely sterile existence. She must lead her entire life as a satellite to her mate. He goes out into society and brings back a little piece of the world for her. His interests and his understanding of the world become her own and she cannot develop herself as an individual, having been reduced to only a biological function. This kind of woman leads a parasitic existence that can aptly be described as "legalized prostitution".

Furthermore, it is idle dreaming to think of black women simply caring for their homes and children like the middle class white model. Most black women have to work to help house, feed and clothe their families. Black women make up a substantial percentage of the black

working force and this is true for the poorest black family as well as the so-called "middle class" family.

Black women were never afforded any such phony luxuries. Though we have been browbeaten with this white image, the reality of the degrading and dehumanizing jobs that were relegated to us quickly dissipated this mirage of "womanhood". The following excerpts from a speech that Sojourner Truth made at a Women's Rights Convention in the 19th century show us how misleading and incomplete a life this model represents for us:

"...Well, chilern, whar dar is so much racket dar must be something out o' kilter. I tink dat 'twixt de niggers of de Souf and de women at de Norf all a-talkin' 'bout rights, de white men will be in a fix pretty soon. But what's all dis here talkin' 'bout? Dat man ober dar say dat women needs to be helped into carriages and lifted ober ditches, and to have de best place every whar. No-body ever help me into carriages, or ober mud puddles, or gives me any best places, ...and ar'nt I a woman? Look at me! Look at my arm... I have plowed, and planted, and gathered into barns, and no man could head me -- and ar'nt I a woman? I could work as much as a man (when I could get it) and bear de lash as well -- and ar'nt I a woman? I have borne five chilern and I seen 'em mos' all sold off into slavery, and when I cried out with a mother's grief, none but Jesus heard -- and ar'nt I a woman?"



Ohio Adequate Welfare News, 7/8/68

Unfortunately there seems to be some confusion in the Movement today as to who has been oppressing whom. Since the advent of black power, the black male has exerted a more prominent leadership role in our struggle for justice in this country. He sees the system for what it really is for the most part. But where he rejects its values and mores on many issues, when it comes to women he seems to take his guidelines from the pages of the Ladies' Home Journal.

Certain black men are maintaining that they have been castrated by society but that black women somehow escaped this persecution and even contributed to this emasculation. Let me state here and now that the black woman in America can justly be described as a "slave of a slave." By reducing the black man in America to such abject oppression, the black woman had no protector and was used, and is still being used in some cases, as the scapegoat for the evils that this horrendous system has perpetrated on black men. Her physical image has been maliciously maligned; she has suffered the worst kind of economic exploitation, having been forced to serve as the white woman's maid and wet nurse for white offspring while her own children were more often than not starving and neglected. It is the depth of degradation to be socially manipulated, physically raped, used to undermine your own household, and to be powerless to reverse this syndrome.

It is true that our husbands, fathers, brothers and sons have been emasculated, lynched and brutalized. They have suffered from the cruelest assault on mankind that the world has ever known. However, it is a gross distortion of fact to state that black women have oppressed black men. The capitalist system found it expedient to enslave and oppress them and proceeded to do so without signing any agreements with black women.

It must also be pointed out at this time, that black women are not resentful of the rise to power of black men. We welcome it. We see in it the eventual liberation of all black people from this corrupt system under which we suffer. Nevertheless, this does not mean that you have to negate one for the other. This kind of thinking is a product of miseducation; that's either X or it's Y. It is fallacious reasoning that in order for the black man to be strong, the black woman has to be weak.

Those who are exerting their "manhood" by telling black women to step back into a domestic submissive role are assuming a counter-revolutionary position. Black women likewise have been abused by the

system and we must begin talking about the elimination of all kinds of oppression. If we are talking about building a strong nation, capable of throwing off the yoke of capitalist oppression, then we are talking about the total involvement of every man, woman, and child, each with a highly developed political consciousness. We need our whole army out there dealing with the enemy, and not half an army.

There are also some black women who feel that there is no more productive role in life than having and raising children. This attitude often reflects the conditioning of the society in which we live and is adopted (totally, completely and without change) from a bourgeois white model. Some young sisters, who have never had to maintain a household and accept the confining role which this entails, tend to romanticize (along with the help of a few brothers) this role of housewife and mother. Black women who have had to endure this kind of function as the sole occupation of their life are less apt to have these utopian visions.

Those who project in an intellectual manner how great and rewarding this role will be and who feel that the most important thing that they can contribute to the black nation is children, are doing themselves an injustice. This line of reasoning completely negates the contributions that black women have historically made to our struggle for liberation. These black women include Sojourner Truth, Harriet Tubman, Ida B. Wells-Barnett, Mary McLeod Bethune, and Fannie Lou Hamer, to name but a few.

We live in a highly industrialized society and every member of the black nation must be as academically and technologically developed as possible. To wage a revolution, we need competent teachers, doctors, nurses, electronics experts, chemists, biologists, physicists, political scientists, and so on and so forth. Black women sitting at home reading bedtime stories to their children are just not going to make it.

ECONOMIC EXPLOITATION OF BLACK WOMEN

The economic system of capitalism finds it expedient to reduce women to a state of enslavement. They often-times serve as a scapegoat for the evils of this system. Much in the same way that the poor white cracker of the South, who is equally victimized, looks down upon blacks and contributes to the oppression of blacks, so by giving to men

a false feeling of superiority (at least in their own home or in their relationships with women), the oppression of women acts as an escape valve for capitalism. Men may be cruelly exploited and subjected to all sorts of dehumanizing tactics on the part of the ruling class, but they have someone who is below them -- at least they're not women.

Women also represent a surplus labor supply, the control of which is absolutely necessary to the profitable functioning of capitalism. Women are systematically exploited by the system. They are paid less for the same work that men do and jobs that are specifically relegated to women are low-paying and without the possibility of advancement. Statistics from the Women's Bureau of the U.S. Department of Labor show that the wage scale for white women was even below that of black men; and the wage scale for non-white women was the lowest of all:

White Males -----	\$ 6,704
Non-white Males -----	4,277
White Females -----	3,991
Non-white Females -----	2,861

Those industries which employ mainly black women are the most exploitative in the country. Domestic and hospital workers are good examples of this oppression; the garment workers in New York City provide us with another view of this economic slavery. The International Ladies' Garment Workers Union (ILGWU) -- whose overwhelming membership consists of black and Puerto Rican women -- has a leadership that is nearly lily-white and male. This leadership has been working in collusion with the ruling class and has completely sold its soul to the corporate structure.



To add insult to injury, the ILGWU has invested heavily in business enterprises in racist, apartheid South Africa -- with Union funds. Not only does this bought-off leadership contribute to our continued exploitation in this country by not truly representing the best interests of its membership, but it audaciously uses funds that black and Puerto Rican women had provided to support the economy of a vicious government that is engaged in the economic rape and murder of our black brothers and sisters in our Motherland -- Africa.

The entire labor movement in the United States has suffered as a result of the super-exploitation of black workers and women. The union has historically been racist and chauvinistic. They have upheld racism in this country (and condoned imperialist exploitation around the world) -- and have failed to fight the white skin privileges of white workers. They have failed to fight or even make an issue against the inequities in the hiring and pay of women workers. There has been virtually no struggle against either the racism of the white worker or the economic exploitation of the working woman, two factors which have consistently impeded the advancement of the real struggle against the ruling capitalist class.

This racist, chauvinistic and manipulative use of black workers and women, especially black women, has been a severe cancer on the American labor scene. It therefore becomes essential for those who understand the workings of capitalism and imperialism to realize that the exploitation of black people and women works to everyone's disadvantage and that the liberation of these two groups is a stepping-stone to the liberation of all oppressed people in this country and around the world.

BEDROOM POLITICS

I have briefly discussed the economic and psychological manipulation of black women, but perhaps the most outlandish act of oppression in modern times is the current campaign to promote sterilization of non-white women in an attempt to maintain the population and power imbalance between the white "haves" and the non-white "have-nots".

These tactics are but another example of the many devious schemes that the ruling elite attempt to perpetrate on the black population in order to keep itself in control. It has recently come to our attention that a massive campaign for so-called "birth control" is presently being promoted not only in the underdeveloped non-white areas of

the world, but also in black communities here in the United States. However, what the authorities in charge of these programs refer to as "birth control" is in fact nothing but a method of outright surgical genocide.

The United States has been sponsoring sterilization clinics in non-white countries, especially in India where already some 3 million young men and boys in and around New Delhi have been sterilized in make-shift operating rooms set up by the American peace corps workers. Under these circumstances, it is understandable why certain countries view the Peace Corps not as a benevolent project, not as evidence of America's concern for underdeveloped areas, but rather as a threat to their very existence. This program could more aptly be named the "Death Corps".

The Vasectomy which is performed on males and takes only six or seven minutes is a relatively simple operation. The sterilization of a woman, on the other hand, is admittedly major surgery. This surgical operation (Salpingectomy)* must be performed in a hospital under general anesthesia. This method of "birth control" is a common procedure in Puerto Rico. Puerto Rico has long been used by the colonialist exploiter, the United States, as a huge experimental laboratory for medical research before allowing certain practices to be imported and used here. When the birth control pill was first being perfected, it was tried out on Puerto Rican women and selected black women (poor), using them like Guinea pigs, to evaluate its effect and its efficiency.



* Salpingectomy -- through an abdominal incision, the surgeon cuts both Fallopian tubes and ties off the separated ends after which there is no way for the egg to pass from the ovary to the womb.

The salpingectomy has now become the commonest operation in Puerto Rico, commoner than an appendectomy or a tonsilectomy. It is so widespread that it is referred to simply as "la operacion." On the Island, 20% of the women between the ages of 15 and 45 have already been sterilized.

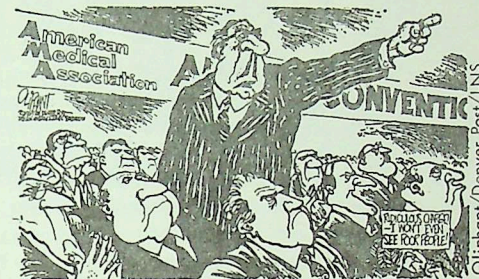
And now, as previously occurred with the pill, this method has been imported into the United States. These sterilization clinics are cropping up around the country in the black and Puerto Rican communities. These so-called "Maternity Clinics", specifically outfitted to purge black women or men of their reproductive possibilities, are appearing more and more in hospitals and clinics across the country.

A number of organizations have been formed to popularize the idea of sterilization such as the Association for Voluntary Sterilization and the Human Betterment (!!?) Association for Voluntary Sterilization, which has its headquarters in New York City. Front Royal, Virginia, has one such "Maternity Clinic" in Warren Memorial Hospital. The tactics used in the clinic in Fauquier County, Virginia, where poor and helpless black mothers and young girls are pressured into undergoing sterilization, are certainly not confined to that clinic alone.

Threatened with the cut-off of relief funds, some black welfare women have been forced to accept this sterilization procedure in exchange for a continuation of welfare benefits. Mt. Sinai Hospital in New York City performs these operations on many of its ward patients whenever it can convince the women to undergo this surgery. Mississippi and some of the other Southern states are notorious for this act. Black women are often afraid to permit any kind of necessary surgery because they know from bitter experience that they are more likely than not to come out of the hospital without their insides. (Both Salpingectomies & Hysterectomies are performed.)

We condemn this use of the black woman as a medical testing ground for the white middle class. Reports of the ill effects including deaths from the use of the birth control pill only started to come to light when the white privileged class began to be affected. These outrageous Nazi-like procedures on the part of medical researchers are but another manifestation of the totally amoral and dehumanizing brutality that the capitalist system perpetrates on black women. The sterilization experiments carried on in concentration camps some twenty-five years ago have been denounced the world over, but no one seems to get upset by

the repetition of these same racist tactics today in the United States of America -- land of the free and home of the brave. This campaign is as nefarious a program as Germany's gas chambers and in a long-term sense, as effective and with the same objective.



"I challenge the speaker's charge that we have one health care system for the rich and another for the poor. To us, there are no poor!"

The rigid laws concerning abortions in this country are another vicious means of subjugation, and, indirectly, of outright murder. Rich white women somehow manage to obtain these operations with little or no difficulty. It is the poor black and Puerto Rican woman who is at the mercy of the local butcher. Statistics show us that the non-white death rate at the hands of the unqualified abortionist is substantially higher than for white women. Nearly half of the child-bearing deaths in New York City were attributed to abortion alone and out of these, 79% are among non-whites and Puerto Rican women.

We are not saying that black women should not practice birth control or family planning. Black women have the right and the responsibility to determine when it is in the interest of the struggle to have children or not to have them. It is also her right and responsibility to determine when it is in her own best interests to have children, how many she will have, and how far apart and this right must not be relinquished to anyone.

The lack of the availability of safe birth control methods, the forced sterilization practices and the inability to obtain legal abortions are all symptoms of a decadent society that jeopardizes the health of black women (and thereby the entire black race) in its attempts to control the very life processes of human beings. This repressive control of black women is symptomatic of a society that believes it has the right to bring political factors into the privacy of the bedchamber. The elimi-

nation of these horrendous conditions will free black women for full participation in the revolution, and thereafter in the building of the new society.

RELATIONSHIP TO THE WHITE MOVEMENT

Much has been written recently about the white women's liberation movement in the United States and the question arises whether there are any parallels between this struggle and the movement on the part of black women for total emancipation. While there are certain comparisons that one can make, simply because we both live under the same exploitative system, there are certain differences, some of which are quite basic.

The white women's movement is far from being monolithic. Any white group that does not have an anti-imperialist and anti-racist ideology has absolutely nothing in common with the black woman's struggle. Are white women asking to be equal to white men in their perricious treatment of third world peoples? What assurances have black women that white women will be any less racist and exploitative if they had the power and were in a position to do so? These are serious questions that the white women's liberation movement has failed to address itself to.

Black people are engaged in a life and death struggle with the oppressive forces of this country and the main emphasis of black women must be to combat the capitalist, racist exploitation of black people. While it is true that male chauvinism has become institutionalized in American society, one must always look for the main enemy...the fundamental cause of the female condition. In fact, some groups come to the incorrect conclusion that their oppression is due simply to male chauvinism. They therefore have an extremely anti-male tone to their dissertations.

Another major differentiation is that the white women's liberation movement is basically middle class. Very few of these women suffer the extreme economic exploitation that most black women are subjected to day by day. If they find housework degrading and dehumanizing, they are financially able to buy their freedom -- usually by hiring a black maid. The economic and social realities of the black woman's life are the most crucial for us. It is not an intellectual persecution alone: the movement is not a psychological out-



Int'l Women's Calendar '71

let for us; it is tangible; we can taste it in all our endeavors. We as black women have got to deal with the problems that the black masses deal with, for our problems in reality are one and the same.

If the white groups do not realize that they are in fact fighting capitalism and racism, we do not have common bonds. If they do not realize that the reasons for their condition lie in a debilitating economic and social system, and not simply that men get a vicarious pleasure out of "consuming their bodies for exploitative reasons", (this kind of reasoning seems to be quite prevalent in certain white women's groups) then we cannot unite with them around common grievances or even discuss these groups in a serious manner, because they're completely irrelevant to black women in particular or to the black struggle in general.

THE NEW WORLD

The black community and black women especially, must begin raising questions about the kind of society we wish to see established. We must note the ways in which capitalism oppresses us and then move to create institutions that will eliminate these destructive influences.

The new world that we are struggling to create must destroy oppression of any type. The value of this new system will be determined -- the low man on the totem pole. Unless women in any enslaved nation are completely liberated, the change cannot really be called a revolution. If the black woman has to retreat to the position she occupied before the armed struggle, the whole movement and the whole struggle will have retreated in terms of truly freeing the colonized population.

A people's revolution that engages the participation of every member of the community, including men, and women, brings about a certain transformation in the participants as a result of this participation. Once you have caught a glimpse of freedom or tasted a bit of self-determination, you can't go back to old routines that were established under a racist, capitalist regime. We must begin to understand that a revolution entails not only the willingness to lay our lives on the firing line and get killed. In some ways, this is an easy commitment to make. To die for the revolution is a one-shot deal; to live for the revolution means taking on the more difficult commitment of changing our day-to-day life patterns.

This will mean changing the traditional routines that we have established as a result of living in a totally corrupting society. It means changing how you relate to your wife, your husband, your parents and your co-workers. If we are going to liberate ourselves as a people, it must be recognized that black women have very specific problems that have to be spoken to. We must be liberated along with the rest of the population. We cannot wait to start working on these problems until that great day in the future when the revolution, somehow miraculously, is accomplished.

To assign women the role of housekeeper and mother while men go forth into battle is a highly questionable doctrine for a revolutionary to profess. Each individual must develop a high political consciousness in order to understand how this system enslaves us all and what actions we must take to bring about its total destruction. Those who consider themselves to be revolutionary must begin to deal with other revolutionaries as equals. And so far as I know, revolutionaries are not determined by sex.

Old people, young people, men and women must take part in the struggle. To relegate women to purely supportive roles or to simply cultural considerations is dangerous doctrine to project. Unless black men who are preparing themselves for armed struggle understand that the society which we are trying to create is one in which the oppression of ALL MEMBERS of that society is eliminated, then the revolution will have failed in its avowed purpose.

Given the mutual commitment of black men and black women alike to the liberation of our people and other oppressed peoples around the world, the total involvement of each individual is necessary. A revolutionary has the responsibility of not only toppling those that are

now in a position of power, but more importantly, the responsibility of creating new institutions that will eliminate all forms of oppression for all people. We must begin to re-write our understanding of traditional personal relationships between man and woman.

All the resources that the black community can muster up must be channeled into the struggle. Black women must take an active part in bringing about the kind of world where our children, our loved ones, and each citizen can grow up and live as decent human beings, free from the pressures of racism and capitalist exploitation.



Mural in park near St. Dominic's Church, Chicago.
Johanssen/Second City/LNS

The cover photograph and the one on page 6 are of women leaving the Ford Motor Co.'s Detroit River Rouge plant, taken by the Liberation News Service Women's Graphics Collective.

RECENT LITERATURE FROM REP:

- Black Marines Against The Brass -- ASU interview (15¢)
They Say, "All The Women Must Be Commandos" -- on women
in the Palestinian revolution, compiled by REP (20¢)
Tierra Y Libertad! -- interviews with Corky Gonzales and
Cha Cha Jimenez (20¢)
Black Liberation: Cultural and Revolutionary Nationalism
-- Earl Ofari (20¢)
"We May Not Have Much, But There's A Lot Of Us"
-- interview with a Canadian working woman (20¢)
Day Care -- Who Cares? -- corporate & government plans
analyzed by Vicki Breitbart (20¢)
Women Vs. the Health Industry -- Alice Wolfson (15¢)

The Radical Education Project publishes a large number of pamphlets on a variety of topics, as well as "Something Else", an occasional topical newsletter. For a free literature list, write us:

SISTEMA BIBLIOTECARIO - COMUNE DI PADOVA



SBC000173895

Radical Education Project
Box 561-A
Detroit, Michigan 48232

\$1.00

on est de 10,000 à 25,000 à avorter chaque année



**DOSSIER SPECIAL
SUR L'AVORTEMENT
ET LA CONTRACEPTION
LIBRES ET GRATUITS**

8 mars 1975

sommaire

1. Pourquoi un dossier spécial.....	3
la présentation	
2. Après les contes des 1001 nuits.....	5
les 1001 comptes d'avortement	
des exemples concrets d'avortements	
3. Ceci est mon corps, ceci est mon sang.....	15
l'anatomie, moyens contraceptifs, mesures hygiéniques	
4. Faut respecter l'avis des femmes.....	20
les arguments contre l'avortement	
5. Avorter à Montréal, non, c'est impossible.....	24
la répression	
6. Chronologie des procès en cours sur l'avortement.....	26
7. Le théâtre des cuisines.....	27
8. On joue sur nos ventres et on se joue de nous.....	28
les enjeux économiques et politiques	
9. D'hier à maintenant.....	36
du F.L.F. au comité de lutte	
10. C'est mieux que rien.....	44
les centres de planning	
11. C'est moins que rien.....	45
les agences	
12. Liste des agences-Bibliographie.....	46
13. La loi.....	47
la loi canadienne sur l'avortement	

Ce dossier est publié par le Comité de lutte pour l'avortement et la contraception libre et gratuit et le Centre des Femmes. Les profits réalisés par la vente de ce numéro serviront à la poursuite de la lutte pour l'avortement et la contraception.

Claire Brassard, Hélène L'Espérance, Monique Piquin, Louise Vandelaar et José Charron ont conçu et réalisé ce dossier.

Renée Cornélius, Hélène Bourbon, Louise Quinty et militantes et militantes de l'A.P.L.Q. ont collaboré à la réalisation technique.

Daniel Sylvestre et Suzanne Duranseau l'ont illustré.

André Sénécal (GPP), Michel Giroux, Roger Charbonneau (GAP) Ron Solomon (GAP), Normand Grégoire, Louise Savoyé (ADDMM) Camille Mahew (Atelier de l'Image), Les Nouveaux Médias (GDS), Pierre Coutu et Louise Vandelaar ont fait les photos

Composé et imprimé à l'Agence de Presse Libre du Québec.

pourquoi un dossier special

Après les jaquettes à trou de nos grands-mères et leur douzaine d'enfants, après la morale des curés qui obligeait nos mères sous peine de péché à satisfaire leur mari et à ne rien faire qui puisse "empêcher" la famille, après le cathéchisme de nos enfances qui nous menaçait de l'enfer pour tout désir ou toucher "impur", après ces dizaines d'années de misères sexuelles où nous n'étions que des machines à faire des p'tits, le vent a viré...

Au grand désespoir de Gilberte Côté-Mercier, on s'est mis à prononcer le mot sexe dans les écoles, on l'a vendu dans les sex-shops, à pleine page dans les journaux jaunes et avec la diffusion des pilules contraceptives, on a failli croire à ce beau mythe de la

Le beau mythe de la libération sexuelle



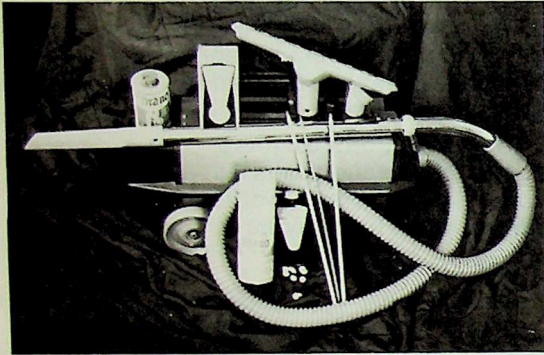
Le contrôle de notre corps.

Pourtant de 10,000 à 25,000 québécoises sont forcées d'avorter clandestinement chaque année en s'exilant aux USA en ayant recours à des charlatans ou en s'avortant elles-mêmes au risque de leur santé et de leur vie. Elles sont forcées d'avorter car elles connaissent mal leur corps et leur sexualité, elle sont peu ou mal informées sur les méthodes

contraceptives et plusieurs ne peuvent les utiliser. A l'école, l'éducation sexuelle est faite de façon tardive et parcimonieuse, quand elle n'est pas tout à fait négligée et plus tard on abandonne notre corps et notre sexualité aux mains des professionnels de la santé en se soumettant à la plus docile dépendance de leur savoir et de leurs critères de normalité. Ainsi, nous connaissons et contrôlons peu notre

propre corps et trop souvent encore nous sommes victimes de grossesses non voulues.

Cette situation touche toutes les femmes mais elle atteint les femmes de la classe ouvrière de façon beaucoup plus aigue car non seulement les conditions de vie et de travail rendent souvent impossibles même les grossesses désirées mais de plus elles sont forcées de risquer leur santé et leur peau en avortant au lysoll ou à la broche à tricoter n'ayant pas les moyens de se payer un avortement de \$150 à \$700. Mais quelle est cette double morale qui interdit aux québécoises de contrôler leur corps et leur sexualité et qui permet qu'on stérilise à leur insu des milliers de femmes sud-américaines? Pourquoi ce refus obstiné de légaliser l'avortement alors que les agences font le commerce de nos ventres en annonçant leurs voyages-avortement à 50 milles de Montréal?



Lysoll? Drano? Balayeuse? Broche à tricoter? Eau de javel? Pili-les de permanganate de potassium? Pourquoi pas??? C'est l'horrible choix auquel le gouvernement nous accule tout en nous ridiculisant avec cette sublime fumisterie de l'année internationale des femmes!

Le capital contrôle notre force de reproduction,

A notre avis, les pays capitalistes avancés, notamment les USA, ont intérêt à freiner l'actuelle poussée démographique pour éviter un déséquilibre fatal entre les ressources et la population mais surtout pour éviter la remise en question de l'exploitation et du pillage du tiers-monde par les pays riches. Ce contrôle démographique passe non seulement par la diffusion massive des contraceptifs et par la stérilisation mais aussi par un certain courant de "promotion" et "d'éducation" des femmes afin qu'elles remettent en question leur stricte fonction de mère et qu'elles modifient leur comportement face à la famille et au travail.

Du même coup toutefois, on refuse que ces femmes prennent véritablement en main leur situation et qu'elles renversent les vieux schémas d'exploitation et de domination qu'elles subissent depuis des milliers d'années. En fait, le capital continue de vouloir contrôler la force de reproduction et la sexualité des femmes en fonction de ses besoins mais en essayant de tracer de nouvelles normes. On a plus besoin des familles, de 9 ou 10 enfants, il faut maintenant se restreindre à 2 ou 3: le capital l'exige, les conditions de vie l'imposent...

Au Québec, les raisons d'ordre économique et politique ne justifient pas encore la légalisation comme nous croyons que c'est le cas aux USA par exemple. De plus, la tradition rurale et catholique et le rapport de force politique où la droite occupe toute la scène de l'avortement expliquent en partie ce refus entêté de reconnaître aux femmes le droit à leur corps.

Cette lutte pour l'avortement et la contraception libres et gratuits nous semble primordiale comme premier pas vers la libération des femmes. Quand nous maîtriserons véritablement notre sexualité et nos maternités nous ne serons plus orientées dès notre enfance vers cette seule fonction. On pourra moins facilement nous vendre la noble tâche de cuisiner et laver les planchers gratuitement, nous serons moins soumises à échanger notre force de travail contre notre entretien dans le mariage. Bref, nous serons plus disponibles après cette première lutte pour réclamer nos droits au travail, à l'éducation et dans tous les secteurs et pour lier nos luttes aux autres luttes contre l'exploitation capitaliste.

Il faut s'organiser

Pour l'instant, il faut d'abord forcer l'Etat à rendre la contraception et l'avortement libres et gratuits afin d'éviter que 10,000 à 25,000 québécoises soient obligées de payer et de risquer leur peau pour avorter et afin que les femmes ne soient plus obligées sous la menace et la culpabilité d'avoir des enfants non voulus.

C'est par la diffusion massive d'information, par l'explication des enjeux réels de cette question et par une lutte farouche et acharnée contre tous les groupes réactionnaires qui nous refusent le droit de contrôler nos maternités que nous forcerons l'Etat à modifier sa législation comme ce fut le cas récemment en France. Ce travail d'information et l'ensemble de cette lutte ne visent pas strictement à obtenir à court terme une modification des lois mais veut permettre aux femmes de contrôler leur corps et leur vie et d'intégrer cette première lutte à la lutte plus globale contre le système capitaliste et patriarcal qui nous exploite et nous opprime.

Dans ce numéro nous tentons d'abord de présenter la situation actuelle de l'avortement telle que vécue concrètement par les femmes qui ont recours aux services du Centre des Femmes. Un second texte résume l'essentiel des informations techniques qu'on donne aux femmes qui viennent pour un avortement. On trouvera dans ce texte des informations sur l'anatomie des femmes, sur le diagnostic de la grossesse, sur les méthodes contraceptives et les mesures hygiéniques à prendre après l'avortement.

Nous essaierons par la suite de répondre aux principaux arguments contre l'avortement pour faire un survol de la répression dans ce secteur et identifier les forces qui s'opposent le plus vivement à l'avortement. Nous analyserons dans l'article suivant l'impact des interruptions de grossesses dans le contrôle démographique et nous tenterons de démasquer les enjeux économiques et politiques qui se cachent derrière cette question controversée et qui expliquent qu'on nous interdise encore le plus légitime.

Enfin, nous conclurons sur le bilan de la clinique d'avortement du Centre des Femmes, seule expérience du genre au Québec et nous présenterons le Comité de lutte pour l'avortement et la contraception libres et gratuits afin de dégager des perspectives concrètes d'intervention.

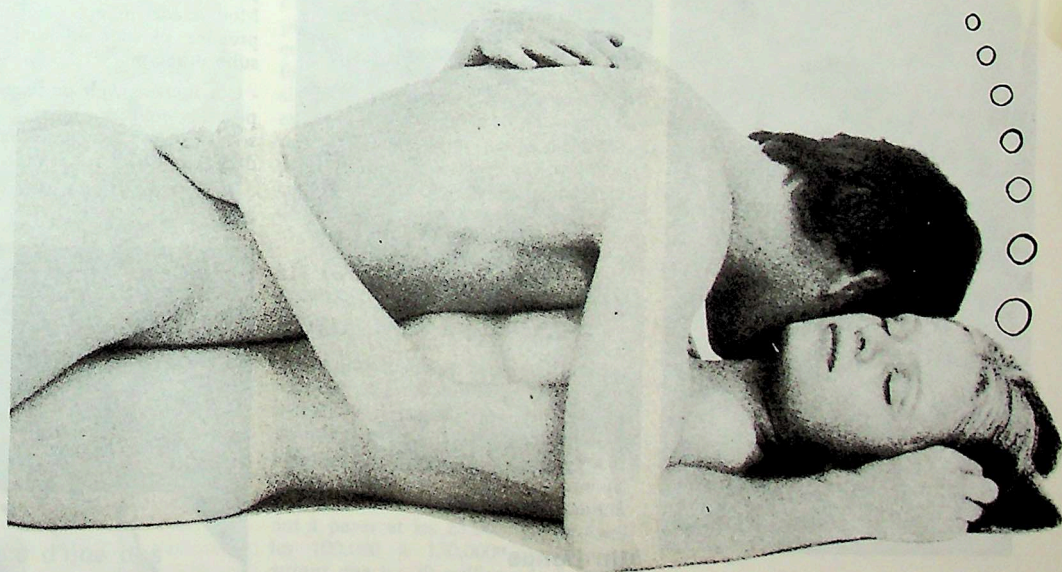
En annexe, vous trouverez la liste des centres de planning accompagnée d'un texte critique de présentation et une bibliographie.

Ce journal veut aborder la question du point de vue des femmes et veut servir d'instrument d'information, de formation et de référence pour stimuler et faire avancer la lutte sur l'avortement et la contraception. Ce dossier est en partie tiré du livre que le comité de lutte pour l'avortement et la contraception publiera au printemps et qui s'intitulera "Nous aurons les enfants que nous voulons".

après les contes des 1001 nuits...

J'ai fini le 22... on est le 16...
je devrais être correcte...
tout acoup...
... s'il fallait...
Comment peux-tu jouer
quand t'as peur...

Ah! que c'est
bon...
Tu fais bien l'amour...



...les 1001 comptes d'avortements

"La méthode de l'escalier c'est safe"

- Oui, c'est un médecin qui m'a dit ça. C'est "safe" à 95%. C'est simple, tu "pactes" ta femme au vin chaud (sec pour pas qu'elle soit malade...), là, tu lui attaches les pieds avec une corde et tu laisses un bon bout de corde pour te donner du "lousse". Tu la couches dans le haut d'un escalier, pis tu tires sur la corde ben raide pour qu'à descende d'une "shot" en bas...

- Mais t'es criminel! T'as pas pensé qu'elle aurait pu se défoncer le bassin, se casser la colonne, se faire une fracture du crâne...toi t'accepterais-tu qu'on te fasse ça?

- Ben...moi chu pas enceinte...

Elle avait autour de 35 ans et déjà deux enfants. Quand son mari m'a raconté tout sérieusement son histoire d'escalier, elle a confirmé d'un air gêné en me disant: oui...mais moi j'voulais pas pantoute...de toute façon, quand c'est accroché là, ça part pas de même...



"La femme doit vivre dans la souffrance"...

- J'ai 35 ans et j'ai déjà eu 4 fausses couches pis la dernière a revirée en empoisonnement...les jambes commençaient à bleuir. J'ai passé près

d'une semaine sous la tente d'oxygène, mais la soeur infirmière refusait de faire un curetage sous prétexte que le foetus devait sortir de lui-même! C'était un hôpital très catholique à Hull. La soeur avait appuyé le refus de curetage en me disant que "la femme devait vivre dans la souffrance". Depuis jeudi dernier j'ai des saignements et je suis sûre que c'est une autre fausse couche.

- Mais on est mardi et c'est un cas d'urgence! Ce n'est pas un cas d'avortement!

- Je me suis rendue à l'urgence dans deux hôpitaux anglophones en fin de semaine (il paraît qu'ils sont plus libéraux). Ils ont refusé de m'hospitaliser et m'ont dit de revenir quand je ferais de la fièvre et que j'aurais des douleurs plus fortes. La seule solution c'est l'avortement. Je ne veux pas avoir un quatrième curetage ou risquer encore l'empoisonnement...ça fait trop mal...



"Un bonus"

- C'est à cause de mon médecin...il voulait pas me faire la ligature des trompes, j'avais pas le chiffre 100. Tu sais comment ça marche pour la ligature? Ils multiplient l'âge de la mère par le nombre d'enfants et ils donnent 10 de bonus...un bonus...imagines. Moi

j'ai 26 ans, deux enfants, ça fait $52+10=62$ donc j'étais pas éligible. Je me suis fait poser un stérilet et ça pas marché. Me voilà enceinte encore.



Prends ta douche...

- Ca fait huit ans que j'ai la même méthode contraceptive, j'comprends pas pourquoi je suis tombée enceinte. Mon médecin m'a toujours dit de prendre une douche vaginale tout de suite après ma relation sexuelle.

- Une douche vaginale risque même de produire tout le contraire. Ca pousse souvent les spermatozoïdes plus vite dans l'utérus.

Elle avait 27 ans. En instance de divorce.



"La croqueuse de 222"

C'était une femme de 22 ans très gênée. Durant toute la séance d'information, elle régurgitait et tenait un Kleenex devant sa bouche...je lui ai demandé à la fin de l'entrevue si elle voulait employer une méthode contraceptive après l'avortement.

- Moi les pilules, ça me fait pas!
- Celles que tu prends sont peut-être trop fortes. C'est quelle sorte? La boîte est de quelle couleur?
- C'est pas une boîte, c'est une bouteille.
- Une bouteille!? Mais quelle sorte?
- Des 222...j'ai demandé à une amie comment pas avoir d'enfant et elle m'a dit de prendre quatre 222 du coup tous les jours pendant deux semaines avant de faire l'amour et de faire la même chose durant les deux semaines après. Quand je suis tombée enceinte, j'ai demandé à mon amie ce qu'il fallait faire. Elle m'a dit de prendre douze 222 du coup. Ca n'a pas marché et je n'arrête pas de vomir depuis une semaine et demie.



L'expérience d'une des filles au Centre...

"On a passé des heures au téléphone à tenter de convaincre des femmes de ne pas s'avorter au "Lysol" ou au "Drano". Imagines les ravages que ça peut faire dans un vagin du "Drano". Pourtant il y en a qui l'ont essayé en

désespoir de cause. J'ai aussi dû convaincre une femme l'autre jour de ne pas s'avorter avec sa balayeuse...

En fait, quand on veut pas avoir de p'tits, on est souvent prêtes à essayer vraiment n'importe quoi. En 1966, au moins 45,000 femmes au Canada (?) ont été admises à l'urgence des hôpitaux pour des avortements bâclés. Histoires de broches à tricoter, de tiges de bambou et tout ce qu'on peut inventer.

Et le pire, c'est que dans le contexte actuel, c'est normal que des femmes essaient ces moyens-là. Ce qui nous passe par la tête, c'est de tenter de provoquer une fausse couche.

Moi, par exemple, quand je suis tombée enceinte à 18 ans, je savais que des femmes faisaient des fausses couches en tombant dans les escaliers. Alors je me suis garochée en bas d'un escalier. J'ai aussi pris des bains brûlants et glacés. Je me suis purgée à l'huile de ricin. Et il y a beaucoup de femmes qui emploient la tactique de se faire mourir dans le grand ménage.

Tu sais toutes les histoires que je viens de conter, ça s'est passé récemment tout pour mot au Centre. J'invente rien. Ce qui est aberrant, c'est qu'on refuse encore de nous donner de l'information sur notre propre corps, c'est qu'on refuse de préparer des programmes d'éducation sexuelle complets dans les écoles. Si autant de femmes s'avortent au risque de leur vie, si certaines ignorent encore ce qu'est un examen gynécologique ou un vagin, ce sont pourtant les dernières à blâmer puisqu'on leur refuse le droit de connaître leur corps et encore plus celui de le contrôler."

LA GREVE DE LA GROSSESSE OU QUAND ON REGLE NOS COMPTES

C'est des histoires de bonnes femmes tout ça? Des histoires à ma grand-mère? Oui il y a pas mal de mères et de grands-mères qui ont tissé ces histoires-là dans le silence angoissant de leur ventre. Après les contes de l'amour, c'est souvent le compte que les femmes ont à payer et les 25,000 québécoises, les 100,000 à 150,000 canadiennes autant que les 30 millions de femmes dans le monde (1) qui se font avorter chaque année en savent quelque chose.

(1) Statistiques Canada, 1966.

Et nous aussi on en sait quelque chose. On a référé plus de 4,000 femmes pour l'avortement depuis deux ans et les exemples cités plus haut s'alignent simplement aux autres qui n'ont rien de moins sensationnels. On les a cités parce que c'est souvent comme ça que se vit concrètement l'avortement. C'est le stress des femmes prêtes à affronter l'illégalité plutôt que d'aller à New-York et risquer que leur mari le sache. L'avortement, c'est des femmes chefs de famille qui refusent d'en avoir un autre sur le Bien-Etre ou des ménagères dont le salaire du mari arrive à peine à faire vivre les deux premiers enfants. C'est aussi des filles de vingt ans qui refusent d'assumer seules, un enfant issu d'une relation instable ou incertaine, hypothéquant ainsi toute leur vie.

On est toutes aux prises avec l'anxiété latente d'une grossesse non désirée. Et ça peut nous arriver à tout âge, à nous, à une amie, à notre fille, à une voisine. Qui nous assure de l'efficacité totale de nos méthodes contraceptives, combien sont mal informées ou ne peuvent adopter les méthodes les plus sûres pour des raisons de santé? Et alors, quoi faire? Comment avorter sans risque? Où aller?



(1) L'Avortement: Dr. Jean Dalsace et Mme Marie-Anne Dourlen-Rollier, Casterman, 1970, Collection Vie Affective et Sexuelle no. 3.

New-York ou la légalité à \$150.00 et à 400 Milles.

La première idée qui nous passe par la tête, c'est d'aller à New-York. Mais quand on a seize ans et qu'on habite chez ses parents, c'est souvent extrêmement difficile de trouver \$150 et d'aller passer 2 jours à New-York.

Quand on est mère de famille et qu'on décide seule de ne pas avoir un autre enfant, il faut avoir l'imagination fertile pour justifier une absence de deux ou trois jours. Encore là, comment trouver les \$150. ou \$200.? Et les enfants! Où les faire garder? Combien ça va coûter? Quelle explication donner? C'est embêtant et c'est encore mal vu de dire qu'on va se faire avorter...

La grande majorité des femmes qui sont venues au Centre préfèrent risquer l'illégalité de l'avortement clandestin plutôt que d'aller à New-York. Toutefois, la vague de répression s'abattant sur nous et sur les médecins qui acceptent de pratiquer des avortements, nous oblige pour l'instant à référer la quasi totalité des femmes à New-York. Une femme médecin reçoit ainsi tous les samedis bon nombre de Québécoises dans sa clinique.

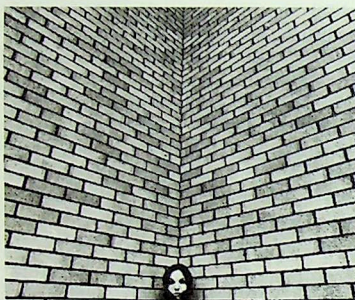


André Sénécal (GPP)

Briser la solitude...

Comme tout le personnel de cette clinique est unilingue anglophone, on demande aux femmes de se présenter d'abord au Centre des Femmes le vendredi afin de leur expliquer en détail l'avortement, les techniques utilisées, les mesures hygiéniques à prendre par la suite ainsi que les méthodes contraceptives éventuelles. Se retrouver

seule, à l'étranger, avec d'autres femmes qu'on connaît à peine, avec une décision en tête qu'on a souvent cachée à tout son entourage, c'est difficile. Surtout quand il faut mentir pendant des semaines, subir le stress et la crainte du comment faire, qui voir, où aller, où trouver l'argent, et cela dans l'anxiété de trouver trop tard. Pour des femmes qui habitent des régions éloignées, les choses se compliquent encore plus. Elle devront souvent faire six, huit, ou dix heures d'autobus supplémentaires à l'aller et au retour, ne dormant pratiquement pas du jeudi au dimanche.



Normand Grégoire

...et se serrer les coudes...

Malgré ces conditions pénibles qu'une morale et des lois hypocrites les obligent à subir, les femmes se soutiennent et se serrent les coudes. La séance d'information et de discussion qui se déroule au Centre le vendredi permet de briser la glace. On apprend en détail ce qui va se passer, on se rassure, on parle de nos expériences... Parfois une femme de 40 ans qui refuse des contraceptifs à sa fille de 18 ans se met à discuter avec une fille de 20 ans allant se faire avorter elle aussi...et parfois, une femme de 40 ans prenant toute l'initiative de "l'honteuse affaire" et ne laissant pas le temps de placer un mot à sa fille, se retrouve confrontée à des femmes de son âge...

Les agences ou le commerce de nos ventres ronds sur notre dos

Mais les avortements à New-York ne se déroulent pas tous de cette façon et certaines agences font littéralement le commerce de nos ventres ronds sur notre dos, incitant entre autres les femmes à subir une anesthésie générale alors que ce n'est nullement nécessaire. Souvent les prix sont exorbitants, l'information négligée et les contacts humains absents. Il faut donc user de prudence et s'informer au préalable.

**AVORTEMENT
RAPIDE
PRÈS
MONTREAL**
SUR - LÉGAL -
CONFIDENTIEL

Si on estime à 5,000 (1) au moins le nombre d'avortements de Québécoises et de Canadiennes pratiqués aux Etats-Unis chaque année, il demeure que pour les six premiers mois de 1972 par exemple, près de 10,000 avortements thérapeutiques étaient pratiqués au Canada. (2) Mais dans ce secteur comme dans bien d'autres, la situation du Québec est très différente de celle du Canada.

(1) Dr. Edward Wilson, Surintendant de l'Hôpital Henderson, au cours du congrès annuel de l'Association des Hôpitaux de l'Ontario. Le Soleil, 4-11-1971.

(2) Claudette Tougas, Montréal-Matin, 27-10-1971.

Les avortements thérapeutiques: la farce ignoble des hôpitaux francophones

Evidemment, comme le souligne le Conseil des Affaires Sociales (1), les hôpitaux canadiens-français pratiquaient dans l'ensemble une politique extrêmement restrictive, repoussant souvent toutes demandes en prétextant l'absence de comité d'avortement ou encore nommant à ces comités des adversaires irréductibles à l'avortement. Ainsi, sur les 10,000 avortements canadiens pratiqués pour les six premiers mois de 1972, le Québec voyait son total limité à 1386 et de ce nombre, 1,000 étaient pratiqués dans des hôpitaux anglophones (2). En fait, au Québec, en 1972, sur 216 hôpitaux publics accrédités, dont 95 hôpitaux généraux, 23 ont créé un comité d'examen des demandes d'avortement, 12 de ces 23 hôpitaux sont canadiens-français. Chez 7 d'entre eux, dans la même année, il ne s'était pratiqué aucun avortement et un autre n'en avait effectué qu'un. Les 4 derniers en avaient fait respectivement 98, 29, 5 et 4. Pour un grand total de 135. Pendant ce temps l'Ontario pratiquait 20,212 avortements thérapeutiques et 8,169 la Colombie Britannique.

(1) Conseil des Affaires Sociales et de la Famille, Soleil, 2 mai 1974, p. 22.

(2) Claudette Tougas, Montréal-Matin, 27-10-71.

Si vous prouvez que vous êtes à peu près folle... vous avez peut-être une chance!

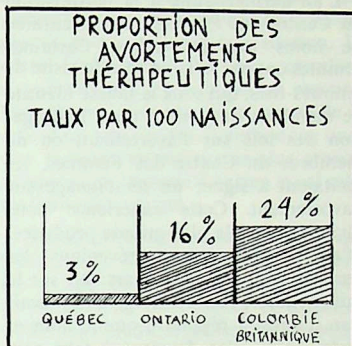
Au mieux, des femmes qui soumettent leur cas à ces comités et réussissent à y prouver que leur grossesse met en danger leur santé physique ou mentale pourront au terme de deux, trois ou cinq semaines d'anxiété et d'incertitude se faire avorter.



Discrimination pour les Québécoises francophones

C'est donc dire que les chances de se faire avorter dans un hôpital franco-phonique sont plus que minces. Et c'est là une injustice flagrante pour les Québécoises francophones. Elles doivent déboursier de \$150. à \$300. pour se faire avorter en risquant souvent leur peau dans les mains de charlatans, alors qu'un nombre croissant d'anglophones réussissent avec moins de tracasseries à se faire avorter dans de saines conditions et aux frais de l'assurance-santé. Les médecins anglophones sont peut-être moins puritains, moins moralistes et plus libéraux que les médecins francophones mais c'est aussi une question de rentabilité. Les médecins retirent des profits de l'intervention, de même que l'anesthésiste et tous les intermédiaires puisqu'on retient les femmes qui se font avorter un ou deux jours à l'hôpital et qu'on pratique souvent une anesthésie générale non nécessaire.

Si les hôpitaux anglophones sont plus libéraux, il ne faut cependant pas croire qu'ils acceptent inconditionnellement toutes les demandes. La vague de répression qui s'abat sur l'avortement les force à certains moments à être beaucoup plus sélectifs.



Après 16 semaines... c'est la méthode saline

Parfois, il sera trop tard pour appliquer l'avortement par aspiration qui doit s'effectuer entre 8 et 12 semaines. On devra alors hospitaliser la patiente et pratiquer l'avortement par la méthode saline. Cette technique d'avortement se pratique de la 16^e à la 20^e semaine de grossesse (ici à Montréal) et consiste à retirer le liquide amiotique (par voie intra-utérine ou à travers l'abdomen) qui entoure le fœtus et à le remplacer par une solution saline. Cette solution empêche le fœtus de survivre dans l'utérus et provoque le rejet de celui-ci dans un délai de 24 à 48 heures. Cette méthode est assez douloureuse et les contractions qu'elle entraîne ressemblent à celles qui provoquent un accouchement.

Mais pour éviter d'avoir recours à une telle méthode, si on est très peu avancée dans sa grossesse (5-6-7-8-semaines), on peut essayer d'obtenir la mini-extraction à l'Hôpital Général de Montréal. Cette méthode respecte le même principe que l'aspiration, sauf qu'elle est manuelle. C'est une grosse seringue de 7 à 8 pouces, (dont on introduit la petite extrémité dans le col de l'utérus) qui fait la suction. Les anglophones l'appellent la "menstrual extraction".

"On va lui donner une bonne leçon..."

Dans plusieurs pays, dont la France, on pratiquait le curetage "à vif" i.e. un "nettoyage" de l'utérus à l'aide d'une

curette de métal, dangereuse pour les parois de l'utérus, et tout ça à froid! sans anesthésie! question de donner une bonne leçon à l'avortée, disait-on. Ici, la morale est plus subtile et emprunte les détours des comités de "sélection-justification-accusation", des délais interminables, de l'hospitalisation et parfois de l'avortement d'un fœtus davantage formée, ce qui accroît d'autant plus le sentiment de culpabilité des femmes. De plus, tout ce processus constitue une excellente façon d'exclure la majorité des femmes qui posent ce geste dans la plus complète clandestinité.

Quand "pro-vie" et autres mouvements réactionnaires du même acabit font pleines pages couleurs avec ces foetus bleus à moitié formés, ils oublient de mentionner que c'est toute la logique et la morale du système qui oblige les femmes à avorter aussi tardivement. Ils omettent aussi de dire que ces avortements constituent une infime proportion comparativement aux avortements par aspiration.



Quel est le choix des femmes?

Si de nombreuses femmes ne peuvent se permettre l'avortement à New-York, si elles ne peuvent non plus se faire avorter dans les hôpitaux, quel choix leur reste-t-il? l'auto-avortement au risque de leur vie et de leur santé, l'avortement de charlatan et l'avortement thérapeutique clandestin et illégal.

Avorter médicalement mais illégalement

Jusqu'à présent, la grande majorité des femmes se présentant au Centre des Femmes prenaient le risque de cette dernière solution. Voici comment se déroulait le processus de ces avortements illégaux clandestins et comment fonctionnait encore le service de référence sur l'avortement.

Dès que les femmes appellent au Centre des Femmes pour subir un avortement, on leur demande une série de questions, notamment le nombre de semaines de grossesse, etc., afin de leur fixer un rendez-vous dans les délais requis pour l'avortement.

Avant que les médecins avec lesquels nous collaborions se fassent arrêter ou cessent de pratiquer des avortements, nous débutions les séances d'information en expliquant aux femmes l'illégalité de leur geste et les risques de représailles qu'elles encouraient, afin d'éviter toute méprise. On les renseignait ensuite sur l'arrestation et le procès de nos médecins pour insister enfin sur les mesures de sécurité à respecter.

Comme il est absolument impossible de prouver qu'une femme a eu recours à un avortement, seuls son témoignage et une confession écrite peuvent servir de preuve contre elle et son médecin. Voilà la première chose qu'on mettait au clair.

L'an dernier, suite à la perquisition au Centre des Femmes, une trentaine de noms ont été saisis. Certaines femmes ont par la suite reçu la visite de femmes-flics, qui sous la fausse identité de membres du comité pour l'abrogation des lois sur l'avortement ou de membres du Centre des Femmes, les incitaient à signer un témoignage sur l'avortement. Cette expérience nous invitait donc à la plus grande prudence. D'autre part, nous prévenions les femmes que, si la police arrivait sur le fait, pendant l'avortement, il n'y avait rien d'autre à répondre que le nom et l'adresse et elles devaient à tout prix refuser tout examen gynécologique. Tout examen fait contre sa volonté est un viol, même si c'est fait par un médecin de la police!



Chu pas forte, mais chu capable de mordre!

Que 4,000 femmes, seulement au Centre, aient risqué de se faire arrêter, interroger et possiblement emprisonner, qu'elles aient risqué que leur famille et le voisinage le sachent et surtout qu'elles n'aient pas flanché, démontre jusqu'à quel point, rien ni personne ne peut arrêter une femme décidée à avorter. Pourtant, la propagande réactionnaire et le climat social pèsent lourd pour la majorité de ces femmes qui sont seules à décider de faire une grève sauvage et refusent de

produire des enfants non désirés. Ces femmes courageuses mènent une lutte farouche et silencieuse pour le contrôle de leur propre corps et de leur vie et rien ne les arrête. Malheureusement, certaines vont même jusqu'à utiliser les broches à tricoter ou le drano pour mettre fin à leur grossesse. Dans ce contexte, les tracasseries légales d'une justice hypocrite comptent peu. La plupart abordent donc ces questions avec sénérité, enrégées souvent que des lois aussi rétrogrades existent encore.

Comment se déroule l'avortement?

Une fois faite cette mise en garde et après avoir discuté des mesures de sécurité, on expliquait aux femmes la méthode employée pour l'avortement. Cette partie de la séance d'information est demeurée sensiblement la même depuis que les avortements se font à New-York. En effet, qu'on réfère les femmes à des médecins québécois qui pratiquent l'avortement dans la clandestinité ou encore qu'on dirige les femmes vers les Etats-Unis, l'avortement par aspiration se pratique de la même façon et dans les mêmes conditions hygiéniques.



Avant de parler du déroulement de l'avortement comme tel on explique à l'aide de graphiques, l'anatomie féminine et le fonctionnement des organes génitaux pour ensuite expliquer comment se fait un examen gynécologique.



"Justice-Police"

ou "y peuvent ben faire les smattes eux-autres, j'voudrais ben les voir pognés comme moi"

Quant à l'avortement, nous précisons que la méthode par aspiration ou succion qui est utilisée, a été inventée en Chine, il y a près de vingt ans et qu'elle est employée dans tous les pays où l'avortement est légalisé. Cette méthode qui peut se pratiquer jusqu'à la douzième semaine de grossesse, n'exige ni hospitalisation ni convalescence et les risques d'hémorragies sont presque nuls, ce qui permet de pratiquer ces avortements en clinique.

Nous abordons enfin les aspects plus techniques de l'avortement(1), ce qui débouche généralement sur une discussion animée concernant la situation générale de l'avortement et la contraception, les aspects politiques et économiques et la lutte que les femmes ont à mener pour contrôler leur corps.

C'est ensemble que les femmes se rendent à la clinique d'avortement

Sitôt cette séance d'information et de discussion terminée le groupe de femmes qui doivent se faire avorter se rendent ensemble à New-York, ce qui permet de briser un peu le stress et l'isolement. Auparavant, quand les avortements se faisaient clandestinement à Montréal, elles se rendaient aussi par petits groupes chez le médecin. A l'arrivée à la clinique, le médecin leur fait passer un examen gynécologique afin de déterminer avec certitude si elles sont enceintes et si oui, de combien de semaines. (Dans les avortements clandestins et illégaux pratiqués à Montréal, on préparait un dossier sur l'histoire gynécologique de la patiente et on demandait d'expliquer les raisons pour lesquelles les femmes se faisaient avorter, ceci dans le but d'être certain que les femmes le faisaient de plein gré et aussi pour se protéger contre la famille ou la police qui pouvaient prétexter un avortement par la force ou sans connaissance de cause).

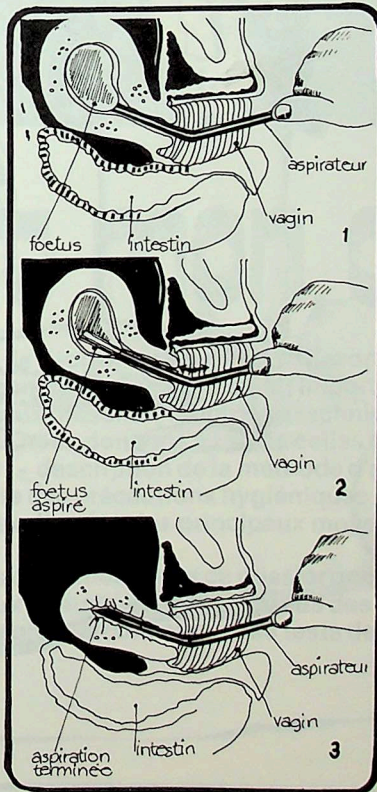
...et l'avortement commence...

Après cet examen gynécologique, le médecin fait une anesthésie locale dans le col de l'utérus dont l'effet dure une quinzaine de minutes. Dans la plupart des cas, il n'y a pratiquement pas de douleurs car le col a peu de terminai-

sons nerveuses. Chose importante, la plupart des médecins et des infirmières expliquent constamment ce qu'ils font et pourquoi, et ils rassurent la patiente à la moindre inquiétude.

Le médecin procède ensuite à la dilatation afin d'agrandir un peu l'ouverture du col de l'utérus et permettre ainsi d'introduire le tube de plastique qui va servir à la succion. Il entre progressivement des canules, c'est-à-dire des tiges de métal recourbées allant de la grosseur d'une paille à celle d'un gros crayon. Il entre donc une tige, la retire, en insère une plus grosse et ainsi de suite jusqu'à ce que le col soit suffisamment dilaté.

Il peut alors introduire le tube de plastique dans l'utérus, lequel tube est relié à une machine permettant d'aspirer le contenu de l'utérus et appelée unité respiratoire. L'infirmière actionne alors la machine et l'aspiration dure de trente à quarante secondes. Le médecin passe ensuite une curette, genre de petite cuillère au bout aplati, sur les parois de l'utérus afin de s'assurer que tout le contenu est bien retiré. On refait une brève aspiration de quelques secondes pour détacher complètement ce qui aurait pu rester collé aux parois.



Des conditions hygiéniques impeccables et beaucoup de chaleur humaine...

Deux personnes au moins, c'est-à-dire le médecin et l'infirmière, supervisent cette opération qui dure de dix à quinze minutes. Les conditions hygiéniques sont toujours impeccables et certains médecins déposent un genre de capuchon, lié à une machine à oxygène, sur le nez de la patiente afin de faciliter sa respiration. Souvent une autre femme tient compagnie à la patiente et l'accompagne par la suite à la salle de repos où on l'invite à s'asseoir quelques minutes pour récupérer. Comme les femmes doivent être à jeun trois heures avant l'avortement, on leur offre du jus et du café avec des biscuits pour refaire un peu leurs forces. Elles sont maintenant prêtes à retourner chez elles.

Toutefois, elles devront adopter certaines mesures hygiéniques afin d'éviter une infection éventuelle, et elles devront adopter une méthode contraceptive dès les jours qui suivent. (1)

C'est fini, l'avortement est terminé.

En quelques heures, des femmes ont modifié la fatalité d'une relation sexuelle qui aurait pu avoir des conséquences sur toute leur vie. C'est dans plus de 80% des cas, un énorme soulagement qu'éprouvent ces femmes (2) après avoir subi des semaines d'angoisse et d'incertitude sur le choix et la possibilité ou non d'avorter, les risques, les coûts, etc. C'est aussi un soulagement, dans la mesure où nous n'avons pas à endosser individuellement, les lacunes collectives au niveau de l'éducation sexuelle et de la contraception en ayant des enfants non désirés, et dans la mesure aussi où nous n'avons plus à rougir et à supporter seules les poids de nos relations sexuelles.

(1) Nous décrivons de façon détaillée les mesures hygiéniques à adopter suite à l'avortement et nous décrivons les principales méthodes contraceptives dans l'article qui suit.

(2) Source: "100 femmes devant l'avortement". Editions du Centre de Planning familial du Québec à Montréal, 1972.

(1) Vous pourrez retrouver l'essentiel de ces informations dans le texte qui suit et intitulé "Ceci est votre corps".

Avorter c'est se battre contre toute la logique du capital

Dans l'illégalité et la répression qui frappent actuellement l'avortement, avorter c'est se battre contre un système qui programme et a toujours programmé notre sexualité et notre force de reproduction en fonction des besoins, c'est se battre pour reconquérir le droit de disposer de notre ventre et de notre vie. L'émotivité de nos relations et la pénombre de nos chambres à coucher nous illusionnent trop souvent sur le caractère personnel de la procréation. Malgré cet aspect individuel, il faut voir

que ce sont d'abord et avant tout des conditions d'ordre économique et politique qui régissaient la morale et la culture de nos grand-mères québécoises, record mondial de fertilité et que ce sont encore des raisons de cet ordre qui nous incitent et nous obligent à restreindre nos maternités et souvent à avorter.

En fait, le capital nous chante les louanges à la reine du foyer quand il craint la dénatalité et qu'il veut limiter le nombre de femmes sur le marché du travail et il nous fait le coup du "vivre la femme au travail" quand il a besoin de

"cheap labour" ou que la guerre nous attèle aux machines. Il faut donc sortir cette lutte de son caractère clandestin et individuel et se battre collectivement pour reprendre le contrôle de nos corps et de nos vies. Et il faut insérer cette bataille dans la lutte plus globale contre le système capitaliste et patriarcal qui nous exploite et nous opprime. Nous devons d'ailleurs dénoncer l'hypocrisie de ce système qui nous interdit d'avorter mais nous oblige à le faire tellement les conditions de vie et de travail rendent la grossesse même désirée souvent impossible.

**C'EST A NOUS DE DECIDER
DE NOS VENTRES RONDS ET
C'EST A NOUS DE LUTTER
POUR QUE LA POLITIQUE
SUR NOTRE VENTRE CESSE
DE SE FAIRE SUR NOTRE
DOS!**





ceci est mon corps...

Nous venons de décrire comment se vit l'avortement pour les femmes qui viennent au Centre. Il serait important, avant d'aller plus loin, de vous présenter le contenu technique de la séance d'information que nous donnons à toutes celles qui doivent avorter, lequel comprend: - description de la méthode d'avortement (décrite plus tôt) - liste des précautions hygiéniques à prendre après l'avortement - explication des principaux moyens contraceptifs.

Nous incluons également dans ce dossier une description des organes génitaux féminins et du processus des menstruations et quelques conseils concernant les tests de grossesse.

LES MESURES HYGIENIQUES

Voici les mesures hygiéniques à adopter après l'avortement.

1- Les douches vaginales sont strictement interdites pendant un mois après l'avortement. Le col de l'utérus n'étant pas complètement refermé, les bulles d'eau et d'air projetées sous pression pourraient communiquer avec les vaisseaux sanguins de l'utérus, rejoindre des veines plus importantes et provoquer une embolie gazeuse. De toute façon, il n'est jamais très recommandable (sauf sous traitement) de se donner des douches vaginales car elles assèchent les sécrétions naturelles du vagin et peuvent provoquer certaines infections.

2- La succion provoque quelques saignements plus ou moins abondants selon les femmes qui vont de quelques heures à quelques jours. On recommande de ne pas utiliser de tampons internes (tampax) pendant 6 jours, mais plutôt des serviettes hygiéniques qu'on change à toutes les trois ou quatre heures pour éviter tout risque d'infection. Les tampons internes sont déconseillés parce qu'ils entrent en contact avec le col de l'utérus et que le sang en décomposition peut créer un milieu favorable au développement d'une infection.

3- Pas de bain ni de piscine pendant 6 jours, évitant ainsi que des dépôts de saleté ou de savon entrent dans le vagin et atteignent l'utérus provoquant ainsi une infection. La douche ou le bain-éponge sont recommandés.

4- Pas de pénétration durant les relations sexuelles pendant 3 semaines.

5- Prendre les antibiotiques prescrits par le médecin, tel qu'indiqué.

6- Il vaut mieux ne pas prendre d'alcool en trop grande quantité pendant les 2-3 jours suivant l'avortement. Prendre de l'alcool en trop grande quantité affaiblit la résistance du corps.

7- En cas d'infection qui se manifeste généralement par de la fièvre (100-101 degrés F), communiquez immédiatement avec un médecin au courant de votre avortement ou rendez-vous dans un hôpital (anglophone de préférence), expliquez que vous avez eu un avortement par aspiration à New-York et demandez qu'on traite l'infection. A noter que le risque d'infection est très minime mais mieux vaut prévenir en prenant les précautions ci-haut men-

tionnées, une infection traitée immédiatement ne comporte pas de risques de complications.

LES MOYENS CONTRACEPTIFS

L'ignorance ou la mauvaise information sur les méthodes contraceptives sont deux des causes qui peuvent entraîner des grossesses indésirées. Il est donc très important, d'abord de les connaître et ensuite de savoir laquelle de ces méthodes nous convient le mieux. Cependant, la contraception n'est pas seulement la façon de contrôler nos maternités; c'est aussi un moyen indispensable de découvrir nos corps, de nous permettre de faire l'amour sans avoir peur des conséquences. Etant libérées de la peur d'une grossesse indésirée, nous pouvons enfin jouir pleinement de notre sexualité.

La pilule

Les différents types:

1- pilule combinée: oestrogène et progestérone dans une même pilule (la plus employée)

2- pilule séquentielle: 14 à 16 pilules contenant de l'oestrogène seul et 5 à 7 pilules contenant les 2 hormones.

3- mini-dose: ne contient que de la progestérone.



«prends ta pilule bébé!»

Les deux premiers types ne sont prescrits que lorsque les femmes ne peuvent utiliser le premier.

Efficacité: 99.9% pour la pilule de type combiné. 99.5% pour la pilule séquentielle. 97.5% pour la mini-dose.

Comment se la procurer: Elle nécessite une prescription du médecin qui doit d'abord procéder à un examen général. Cette prescription nous permet par la suite d'acheter les pilules en pharmacie.

Comment la prendre: On prend une

pilule tous les jours pendant 21 jours, on arrête 7 jours. Si, par exemple, on termine un mardi, on recommence toujours le mercredi de la semaine suivante. Certaines boîtes contiennent 28 pilules, dans ce cas, on n'arrête jamais de les prendre. La pilule peut être prise le cinquième jour qui suit un avortement (exemple: si l'avortement est pratiqué un samedi, on commence le mercredi suivant).

Comment elle agit: Les hormones contenues dans la pilule, l'oestrogène et la progestérone, sont déjà produites dans le corps de la femme. Quand on prend la pilule, il y a donc un surplus de ces hormones, comme pendant une grossesse. C'est pourquoi il ne peut y avoir de fécondation car il est impossible d'avoir 2 grossesses simultanées.

- Les 3 types de contraceptifs oraux modifient la muqueuse de l'utérus de façon à ce que l'ovule fécondé ne puisse s'y implanter.

- Ils agissent aussi sur le mucus du col de l'utérus qui devient imperméable au passage des spermatozoïdes.

- Les 2 premiers types suppriment également l'ovulation mais pas nécessairement à tous les cycles. Le 3ème type ne supprime par l'ovulation.

- Dans les 3 cas, l'ovule et le spermatozoïde ne peuvent habituellement plus se rencontrer, écartant ainsi la possibilité d'une grossesse.

Les inconvénients:

- Certaines femmes ne peuvent prendre la pilule. En particulier celles qui souffrent de maladie cardiaque, d'épilepsie, de diabète, d'hypertension, de troubles du foie ou celles qui ont des troubles circulatoires.

- Plusieurs femmes ressentent des effets secondaires désagréables comme des crampes, des nausées, l'augmentation de l'appétit, le gonflement des seins ou des maux de tête. C'est pourquoi il est important de prendre des pilules dont le dosage en hormones est faible afin de diminuer ou d'éliminer les effets secondaires. Ceux-ci apparaissent en général durant les 3 premiers mois. Il est donc à conseiller d'essayer une sorte de pilule au moins 3 mois avant de décider de changer de sorte. Pour certaines les effets secondaires disparaîtront ou diminueront après ce temps. D'autres devront essayer une autre sorte de pilule ou employer un autre moyen contraceptif.

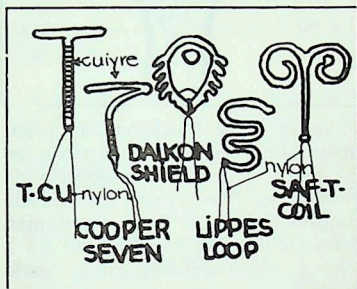
- Il faut y penser tous les jours. Si on l'oublie une fois, on prend 2 pilules le lendemain. Si on l'oublie 2 fois et plus,

il faut utiliser une autre méthode contraceptive (par exemple le condom) pour le reste du mois tout en continuant de prendre la pilule.

- On ne connaît pas encore exactement les effets à long terme de la pilule. A cause de cela, une femme qui l'a prise pendant plusieurs années, ressent le besoin légitime d'abandonner cette méthode.

Dispositifs intra-utérins

Efficacité: 95% pour les anciens stérilets comme le Lippes Loop, le Saft-T-Coil, etc... 98% pour les nouveaux stérilets T-CU et Copper Seven.



(1) Le stérilet Dalkon Shield a été retiré du marché suite aux nombreuses complications qu'il a entraînés (11 mortalités et 200 cas d'infections graves). Donc que toutes les femmes qui ont ce stérilet, se le fassent enlever dans les plus brefs délais.

Comment se le procurer: C'est un médecin qui le place à l'aide d'un applicateur spécial et il ne doit être retiré que par un médecin. Il est posé pendant les menstruations ou juste après.

Comment il agit: L'hypothèse la plus courante est qu'il s'agit d'un corps étranger dans l'utérus qui provoque des contractions de l'utérus et par le fait même des trompes. A cause de ces contractions, l'ovule se rend plus rapidement dans l'utérus alors que les parois utérines ne sont pas encore prêtes à la nidation. Les stérilets entourés d'un fil de cuivre sont plus efficaces parce qu'ils produisent un effet spécial sur les parois utérines. Ce phénomène n'est pas encore expliqué.

Inconvénients:

- Contrairement à la pilule on n'a pas à penser au stérilet tous les jours mais il faut toutefois vérifier une fois par mois, après les menstruations, s'il est bien en place. Il s'agit de s'accroupir et de vérifier du bout des doigts si la petite corde du stérilet pend toujours au fond du vagin.

- On doit utiliser une autre méthode contraceptive pendant 2 à 3 mois après

son insertion.

- Il provoque souvent des menstruations plus abondantes et des crampes menstruelles plus fréquentes.

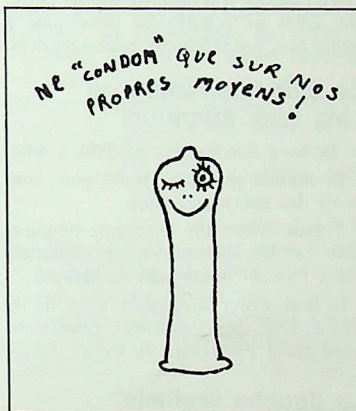
- Le stérilet est contre-indiqué dans le cas de saignements anormaux inexplicables, soupçon de cancer, utérus bicorne ou séparé, cas récent de maladie inflammatoire pelvique.

- Il y a une possibilité de rejet par l'utérus.

- Il y a une mince possibilité de perforation de l'utérus (mauvaise insertion ou extraction par le médecin).

Le condom dit "la capotte"

Efficacité: environ 80% quand il est utilisé seul. Environ 90% si on emploie aussi une mousse spermicide.



Comment l'utiliser: Il doit être placé sur le pénis en érection, d'abord sur le gland en laissant un espace à l'extrémité pour recueillir le sperme, puis déroulé sur toute la longueur. Il doit être retiré prudemment en le retenant sur le pénis, aussitôt l'éjaculation terminée. Le pénis ne doit pas frôler la vulve puisqu'ainsi certains spermatozoïdes pourraient pénétrer dans le vagin.

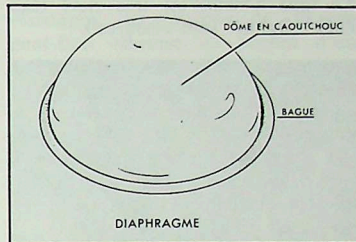
La mousse spermicide est déposée dans le vagin immédiatement avant la relation sexuelle à l'aide d'un applicateur spécial.

Il est important de souligner que le condom constitue une mesure préventive contre les maladies vénériennes.

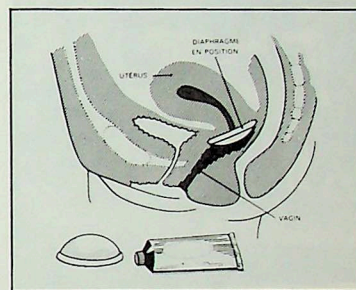
Inconvénients: En plus du taux d'échec de 10%, il nuit à la spontanéité durant l'acte sexuel, et peut possiblement atténuer les sensations.

Diaphragme et mousse spermicide

Efficacité: environ 70% si le diaphragme est utilisé seul. Environ 85% si on emploie une mousse spermicide.



Comment se le procurer: Pour s'assurer qu'il est de bonne grandeur, on doit demander au médecin de mesurer le col de l'utérus. On peut ensuite l'acheter en pharmacie sur prescription.



Comment l'utiliser: Après l'avoir garni de mousse spermicide à l'intérieur, on le place sur le col de l'utérus. On introduit ensuite d'autre mousse spermicide à l'aide d'un applicateur. Le diaphragme doit demeurer en place pendant 8 heures après la relation.

Inconvénients:

- Certaines femmes acceptent plus ou moins bien les manipulations génitales que suppose son usage.

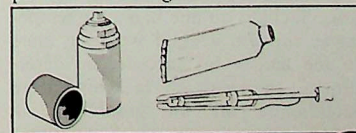
- Il doit être nettoyé régulièrement.

- Il faut faire vérifier par le médecin s'il convient toujours après un mois, après une grossesse, après une variation importante de poids.

- Le taux d'échec est de 15%.

Spermicides (crèmes, gelées, tablettes moussantes, suppositoires vaginaux)

Il sont très peu recommandables s'ils sont employés seuls. Leur taux d'échec est de plus de 25% et ils provoquent parfois des allergies ou irritations.



Méthode du calendrier ou "Ogino"

- Le taux d'échec est très élevé (Les bébés "Ogino" sont célèbres!).



Ron Solomon (GAP)

Elle est fondée sur l'observation de la longueur du cycle menstruel au cours d'une période d'au moins 8 mois. Après ce temps, on peut déterminer *approximativement*, le moment de l'ovulation au cours des cycles à venir. Il s'agit alors de s'abstenir de relations sexuelles durant la période féconde.

Inconvénients:

- La longue période d'observation.
- Cette méthode ne permet pas de faire l'amour à n'importe quelle période.
- L'ovulation ne se produit pas à jour fixe. De plus, elle peut varier à cause d'une grippe, de surmenage ou d'un léger dérangement, faussant ainsi les calculs.

Méthode du thermomètre ou sympto-thermique

Elle est fondée sur l'observation des variations de la température de la femme au cours du cycle menstruel et cela sur une période d'au moins six mois. Sachant qu'une baisse de température survient avant l'ovulation alors qu'une hausse lui succède, on déterminera, en inscrivant la température quotidienne sur un graphique, la période approximative de l'ovulation.

Inconvénients:

- Elle oblige à prendre sa température tous les jours et à compléter les graphiques, souvent difficiles à interpréter.
- Il faut toujours prendre la température de la même façon et à la même heure et ne pas changer de thermomètre en cours de cycle.
- Certains dérangements tels que grippe, surmenage peuvent faire varier la température, faussant ainsi les calculs.
- L'utilisation d'une autre méthode est conseillée durant la période qui précède l'ovulation.
- Le taux d'échec est élevé, compte tenu des difficultés à appliquer cette méthode sans erreurs.
- Comme pour la méthode "Ogino" celle du thermomètre ne permet pas de faire l'amour à n'importe quelle période. Elles ne constituent donc pas, à notre avis, des méthodes contraceptives.

Le coit interrompu ou "Ma faire attention"

Le taux d'échec est de 21% à 40%.

- Le liquide pré-éjaculoire peut contenir des spermatozoïdes.
- Il faut éviter une deuxième pénétration car les spermatozoïdes demeurés dans l'urètre pourraient se libérer.
- Il faut éviter d'éjaculer près de la vulve. Des spermatozoïdes pourraient pénétrer à l'intérieur du vagin.

La douche vaginale

Ce n'est pas un moyen contraceptif. A peine 90 secondes après une éjaculation, les spermatozoïdes sont déjà en marche vers l'utérus. La douche vaginale, même donnée rapidement ne peut entraver leur ascension. De plus, la douche vaginale même la plus minutieuse, peut laisser des traces de sperme dans les replis du vagin.

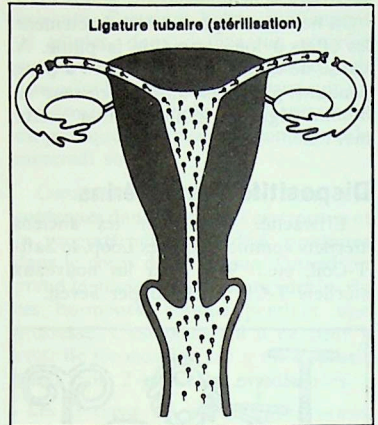
Moyens irréversibles: ligature des trompes et vasectomie

La ligature des trompes est une intervention chirurgicale qui entraîne la stérilisation de la femme. Cette opération rend impossible la rencontre de l'ovule et des spermatozoïdes.

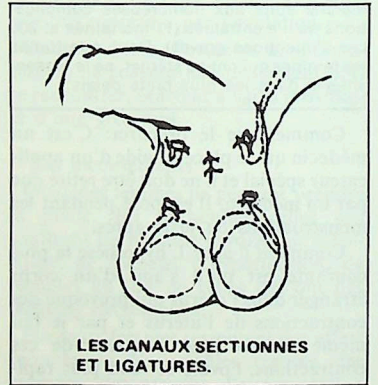
3 méthodes peuvent être utilisées:

- La ligature des trompes par voie abdominale ou laparotomie. Une incision de 3 à 5 pouces est pratiquée au-dessus de la région pubienne. Les trompes sont coupées et on attache les 2 bouts loin l'un de l'autre. Cette inter-

vention demande une hospitalisation de 3 à 7 jours et la convalescence est de 3 à 4 semaines.



- Laparoscopie. 2 incisions sont pratiquées dans l'abdomen. Le laparoscope est inséré et permet au médecin de localiser les trompes qui sont ensuite coupées et brûlées. Cette intervention demande une hospitalisation de 2 à 3 jours et la convalescence est de courte durée.



- Ligature des trompes par voie vaginale. Une incision est pratiquée dans le haut du vagin. Les trompes sont coupées puis attachées. L'hospitalisation est de 2 jours et la convalescence est de courte durée. La vasectomie est une opération mineure qui consiste à sectionner les canaux qui transportent les spermatozoïdes afin de les empêcher d'atteindre l'orifice du pénis. Elle peut être pratiquée à l'hôpital ou au bureau du médecin. (Ce qui implique que cette intervention comporte moins de conséquences que la ligature des trompes. Pourtant, cette dernière est pratiquée beaucoup plus souvent). Après une anesthésie locale, le médecin pratique une incision de chaque côté du scrotum

(sac qui contient les testicules) ou une seule incision au centre du scrotum. Il isole l'un après l'autre les tubes qui transportent les spermatozoïdes, les coupe et les attache avant de refermer l'incision par quelques points de suture.

Parce que des spermatozoïdes restent un certain temps dans les voies génitales, la stérilisation ne sera complète que quelques semaines ou quelques mois après la vasectomie.

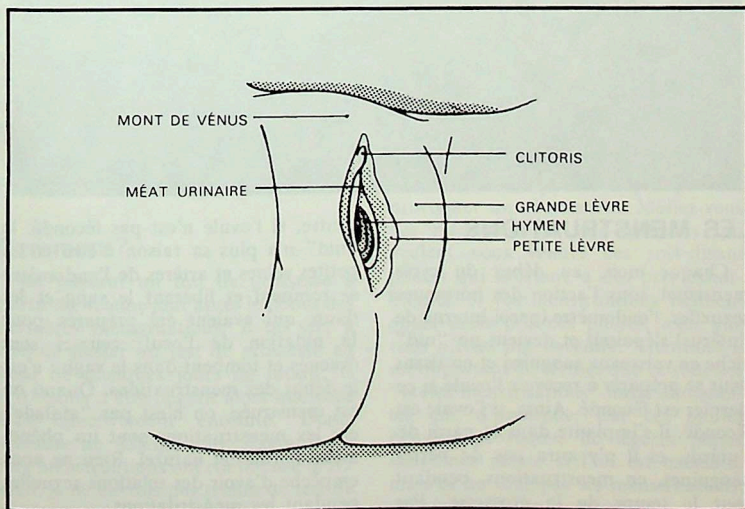
Inconvénients:

- L'hospitalisation dans le cas d'une ligature de trompes.
- Les deux méthodes sont irréversibles.
- La vasectomie ne règle pas les problèmes de contraception des femmes, à moins qu'elles s'en tiennent à un seul partenaire.

Il est facile de constater, après cette énumération, que les recherches faites en contraception sont nettement insuffisantes puisqu'un nombre imposant de femmes doivent utiliser des contraceptifs qui ne sont pas entièrement efficaces et qu'un plus grand nombre encore ont l'horrible sensation (justifiée) de servir de cobayes. Comme si ça n'était pas assez, elles doivent payer pour assurer le contrôle de leur corps. Les plus défavorisées, comme toujours, n'ont qu'à s'en passer. Nous sommes loin du temps où toutes les femmes pourront jouir de leur sexualité sans aucune contrainte.

ORGANES GENITAUX DE LA FEMME

Les organes externes



- la *vulve* désigne l'ensemble des organes génitaux externes féminins.

- le *mont de Vénus* localisé au point de jonction des lèvres externes, au-dessus de l'os du pubis, est un petit coussin de gras recouvert de poils dès la puberté.

- les *lèvres externes* (les grandes lèvres) sont les deux bourrelets de peau qui délimitent les organes génitaux externes. Ces bourrelets sont recouverts de poils à l'extérieur, tandis qu'à l'intérieur la peau, près de l'entrée du vagin, est humide et délicate.

- les *lèvres internes* (petites lèvres) sont constituées par les plis d'un tissu rougeâtre et sensible à l'excitation sexuelle. Elles se joignent au-dessus du clitoris pour former le prépuce de celui-ci.

- le *clitoris*, l'organe le plus sexuellement sensible de tout l'appareil génital féminin, est enfoui dans les tissus à l'extrême jonction des lèvres internes. Le clitoris augmente de volume et devient rigide (en érection) lors de l'excitation sexuelle. Le clitoris et les lèvres internes constituent la zone la plus érogène des organes génitaux de la femme.

- le *méat urinaire* se trouve entre le clitoris et l'entrée du vagin. C'est l'ouverture de l'urètre, canal par lequel l'urine s'écoule de la vessie.

- les *glandes de Bartholin*, situées dans chaque lèvre interne (2) secrètent lors de l'excitation sexuelle quelques gouttes d'un liquide lubrifiant.

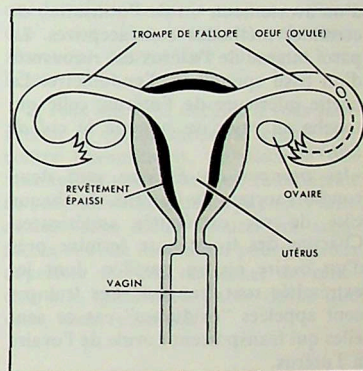
- l'*hymen* est la membrane élastique qui referme partiellement l'entrée du vagin. Son épaisseur, sa forme et sa résistance varient selon les femmes. En général, la rupture de l'hymen, lors de

la première relation sexuelle, se fait sans grande douleur quoique souvent accompagnée de légers saignements. Dans le cas où la membrane est très résistante, la rupture de l'hymen peut-être obtenue au moyen d'une légère intervention chirurgicale.

Dans plusieurs formes de contacts sexuels (comme le "necking"), l'homme éjacule près de la vulve ou sur la vulve, sans pour cela qu'il y ait eu pénétration dans le vagin. Dans ce cas, il est possible que des spermatozoïdes puissent être transportés par les sécrétions couvrant les lèvres internes de l'entrée du vagin jusqu'au col de l'utérus. *Même si l'hymen n'est pas rompu*, on peut devenir enceinte en ayant ces formes de rapports sexuels.

Les organes internes

Les organes internes comprennent le vagin, l'utérus, les trompes de Fallope et les ovaires.



- le *vagin* est un conduit à paroi élastique qui relie la vulve à l'utérus. C'est le canal de sortie des tissus rejetés de l'utérus lors des menstruations (le sang et les petits caillots de sang). L'ouverture vaginale varie selon l'âge de la femme et le nombre de grossesses; la fréquence des relations sexuelles ne modifie pas considérablement l'ouverture du vagin ou son diamètre. Les parois du vagin se touchent, mais le conduit vaginal s'élargit lorsqu'on y introduit un tampax ou lors d'une relation sexuelle ou encore lors du passage de l'enfant durant l'accouchement. La partie du vagin près de l'ouverture, est pourvue de nombreuses terminaisons nerveuses sensibles à la stimulation sexuelle; il s'y trouve un muscle qui contracte régulièrement durant l'orgasme. C'est l'action de ce muscle qui maintient un tampon en place. La partie terminale du vagin, où

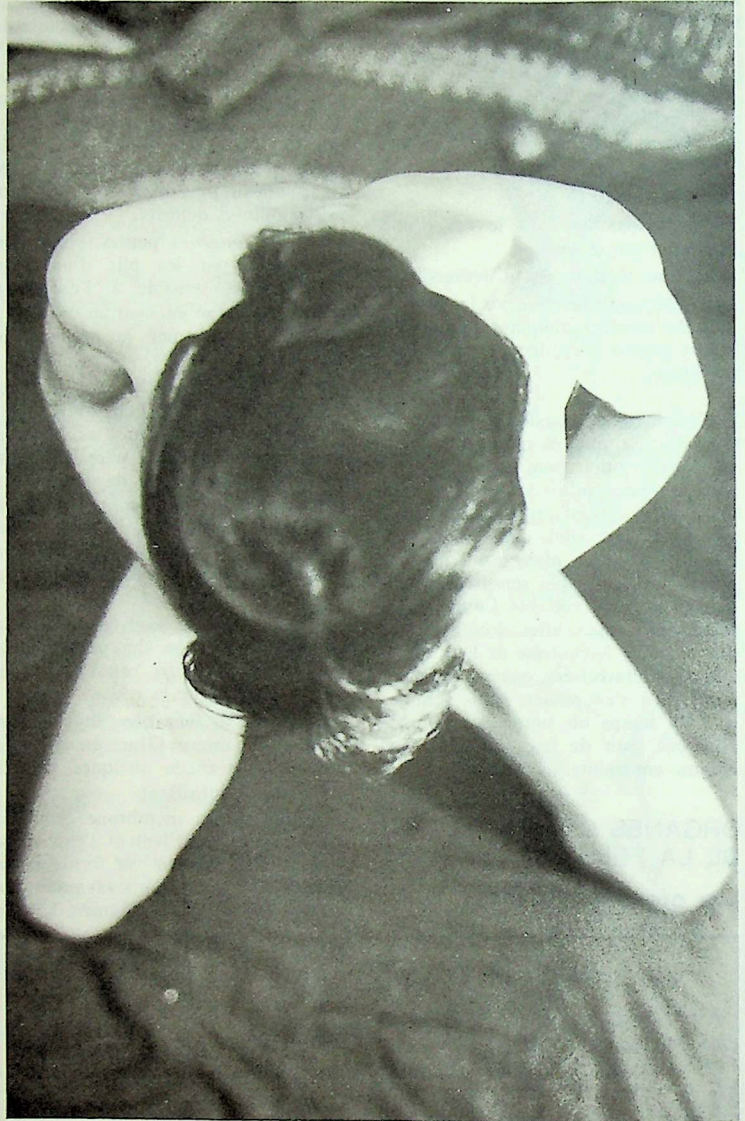
prend place le col de l'utérus ne comporte que très peu de terminaisons nerveuses: de ce fait, cette région est peu sensible à l'excitation sexuelle. Les tissus vaginaux sont lubrifiés par des glandes situées dans les parois.

- l'*utérus* (ou matrice) est un organe fait de muscles très forts où se développent les tissus où peut s'implanter un embryon. Habituellement, on parle "d'embryon" pour les trois premiers mois de la grossesse et de "foetus" pour les six derniers. Il n'y a ni "bébé" ni "enfant" avant la naissance. Situé entre la vessie et le rectum, l'utérus a plus ou moins la forme d'une poire; il est maintenu en place par des ligaments. L'un de ces ligaments recouvre l'utérus et maintient les trompes de Fallope et les ovaires. Il peut arriver que l'utérus soit trop renversé vers l'avant, on le dit alors "antéflexion"; si au contraire, il est basculé vers l'arrière, il s'agit d'une "rétroversion". On doit tenir compte de ces positions particulières de l'utérus lors d'une grossesse, d'un avortement, ou de l'utilisation de certaines méthodes contraceptives. La paroi interne de l'utérus est recouverte d'un tissu spongieux, l'endomètre. La partie inférieure de l'utérus, celle qui touche au vagin se nomme le *col de l'utérus*.

- les *trompes de Fallope* sont deux conduits sortant de l'utérus, de chaque côté de ses extrémités supérieures. Chacune des trompes se termine près d'un ovaire en un pavillon dont les extrémités sont frangées. Les trompes sont appelées "oviductes" car ce sont elles qui transportent l'ovule de l'ovaire à l'utérus.

- les *ovaires* sont deux glandes de forme ovale situées de chaque côté de l'utérus. Chacun contient à lui seul des milliers d'ovules. Une fois par mois, un ovule parvient à maturité et vers le 14^e jour du cycle menstruel, il est libéré de l'ovaire. L'extrémité frangée de la trompe de Fallope située près de l'ovaire "actif" attirera l'ovule par un mouvement de succion et l'acheminera vers l'utérus. La fécondation ou rencontre de l'ovule et du spermatozoïde se produit dans le tiers externe de la trompe de Fallope; l'ovule fécondé se déplace jusqu'à la paroi de l'utérus où il s'implante pour les 9 mois de sa croissance. Si l'ovule n'est pas fécondé, il continue son chemin et au bout de 3 ou 4 jours, il est rejeté parmi les sécrétions normales de l'utérus.

...ceci est mon sang



LES MENSTRUATIONS

Chaque mois, au début du cycle menstruel, sous l'action des hormones sexuelles, l'endomètre (paroi interne de l'utérus) s'épaissit et devient un "nid" riche en vaisseaux sanguins et en tissus pour se préparer à recevoir l'ovule si ce dernier est fécondé. Ainsi, si l'ovule est fécondé, il s'implante dans la paroi de l'utérus, et il n'y aura pas de pertes sanguines, ou menstruations, pendant tout le temps de la grossesse. Par

contre, si l'ovule n'est pas fécondé, le "nid" n'a plus sa raison d'être et les petites veines et artères de l'endomètre se rompent et libèrent le sang et les tissus qui avaient été préparés pour la nidation de l'oeuf; ceux-ci sont évacués et tombent dans le vagin: c'est le début des menstruations. Quand on est menstrué, on n'est pas "malade" car les menstruations sont un phénomène normal et naturel. Rien ne nous empêche d'avoir des relations sexuelles pendant les menstruations.

COMMENT ETRE CERTAINE QU'ON EST ENCEINTE?



Les premiers signes qui peuvent nous laisser penser que nous sommes enceintes sont généralement:

- le retard des menstruations
- des nausées ou maux de coeur
- des étourdissements
- un léger gonflement des seins, quelques fois des douleurs aux seins
- une envie d'uriner plus fréquente que d'habitude.

Mais même si l'on a tous ces symptômes en même temps ou uniquement un ou l'autre des symptômes, il n'est pas sûr que nous soyons enceintes. On peut être en retard dans ses menstruations parce qu'on est très énervée ou qu'on a trop peur de devenir enceinte; on peut avoir une envie d'uriner plus fréquente à cause d'une petite infection aux reins, etc...

Il faut donc s'assurer qu'on est vraiment enceinte.

Comment?

En passant un test de grossesse à partir du 42^{ème} jour après le début des dernières menstruations. Il ne sert à rien de passer un test de grossesse au bout de quelques jours de retard, le test risque d'être négatif alors que vous êtes effectivement enceinte. Donc, attendre au 42^{ème} jour. Exemple: si mes menstruations ont commencé le 1^{er} avril, je ne devrais pas passer de test de grossesse avant le 12 mai.

Pour le test de grossesse, on récupère l'urine du matin dans un contenant propre, à jeûn et on va le faire analyser soit dans une pharmacie, soit dans un hôpital.

A la pharmacie, on ne vous demande aucune prescription de médecin, et vous avez en général le résultat du test le jour même. Malheureusement les pharmaciens chargent très cher pour un test de grossesse; c'est un vrai commerce. Il en coûte de \$5.00 à \$8.00 pour ce test (alors qu'il n'en coûte qu'\$1. ou \$2.00 au pharmacien pour le faire!).

A l'hôpital, il faut une ordonnance d'un médecin prescrivant un test de grossesse pour pouvoir l'obtenir. Il faut donc obtenir un rendez-vous auparavant chez un médecin qui vous le prescrira. Le test de grossesse à l'hôpital est gratuit. Le résultat arrive au bout de 2 jours et est donné à votre médecin. C'est donc à lui, et non à l'hôpital qu'il faut s'adresser pour avoir le résultat du test. *En général, les tests de grossesse analysés dans un hôpital sont plus sûrs que les tests faits en pharmacie.*

Mais même à cela, on ne peut se fier uniquement sur un test de grossesse car il arrive que l'on ait des tests de grossesse négatifs mais que l'on soit enceinte ou des tests de grossesse positifs mais qu'on ne soit pas enceinte! Cependant, en général, quand un test est positif, on est enceinte.

A la place d'un test de grossesse, certains médecins peuvent nous prescrire des pilules destinées à déclencher les menstruations *si l'on est pas enceinte*. En général, on prend une pilule par jour, pendant trois jours, et si les menstruations ne sont pas venues une semaine après la dernière pilule, il y a de fortes possibilités que l'on soit enceinte.

En aucun cas ces pilules ne peuvent provoquer un avortement. Elles ne peuvent que faire venir les règles, si l'on n'est pas enceinte. Il n'y a pas de pilules miracles, ni injections qui peuvent provoquer un avortement. Méfiez-vous des médecins, ou non-médecins qui veulent vous vendre ces soit-disant pilules qui avortent, à des prix exorbitants. Si vos menstruations viennent après avoir pris ces pilules, c'est que vous n'étiez pas enceinte. Attention: il est important de vérifier que ce sont des "vraies menstruations" aussi abondantes que d'habitude. Car ces pilules peuvent provoquer de légères pertes sanguines même si l'on est enceinte: mais ce ne sont pas les menstruations, encore moins un avortement.

Pour bien confirmer le résultat du test de grossesse, ou du test avec les pilules, il vaut mieux avoir un examen gynécologique chez un médecin. Il est souvent difficile d'avoir un rendez-vous rapidement chez un médecin, surtout en dehors des villes. On peut s'adresser aux cliniques externes des hôpitaux, ou à un médecin de son quartier ou de sa région. Il n'est pas nécessaire d'aller chez un gynécologue; un médecin de médecine générale peut aussi bien faire un examen afin de vérifier si nous sommes vraiment enceintes.

A l'examen gynécologique, le médecin vérifiera la grosseur de l'utérus. Avant quatre semaines de grossesse, il est très difficile de confirmer ou non la grossesse, car l'utérus (ou matrice) comment à peine à grossir. Mais à partir de 4 semaines, le médecin, en palpant l'utérus peut déterminer à combien de semaines de grossesse on est rendue.

Si votre test de grossesse est positif et que le médecin, après examen, affirme que vous êtes enceinte, eh bien alors, vous pouvez être sûre que vous l'êtes.

Si vous êtes déjà décidée à vous faire avorter et que le médecin semble être contre l'avortement, ne discutez pas avec lui de votre décision. Il essaierait de vous convaincre de ne pas vous faire avorter, sans même écouter vos arguments et cette discussion pourrait vous déprimer et vous empêcher de réfléchir à la question à partir de ce que vous, vous ressentez.

faut respecter l'avis des femmes

LES ARGUMENTS CONTRE L'AVORTEMENT

Le Respect de la Vie

Il faut d'abord s'entendre sur le sens du mot "vie". De quelle sorte de vie s'agit-il? Aucune donnée scientifique n'a encore établi à quel moment le foetus devient un être humain. Cependant, les spécialistes s'accordent généralement pour dire que le foetus est "viable" c'est-à-dire autonome à partir de 6 mois. Au Québec, les avortements sont pratiqués jusqu'au cinquième mois, aux Etats-Unis, jusqu'au sixième.

Egalement, au plan scientifique, on détermine le seuil de la vie et de la mort, à l'activité du système nerveux central, qui se manifeste par des signes objectifs et qu'on appelle l'électroencéphalogramme plat. Ainsi, on autorise le prélèvement d'organes sur des personnes dont l'électroencéphalogramme est plat jusqu'à partir du moment où toute conscience est disparue, la personne n'existe plus. Or,

"anatomiquement et biologiquement, un foetus de quelques semaines ne peut avoir de phénomène de conscience étant donné qu'il n'a pas de système nerveux central." (1)

En fait, ce système nerveux central n'apparaît pas avant le quatrième ou cinquième mois de la grossesse. Qu'on cesse alors la démagogie des photos couleur de foetus bleus et qu'on mette fin au délire verbal qualifiant l'arrêt de grossesse de meurtre d'innocent.

"L'argement qui dit: "nous sommes opposés à l'avortement parce que nous ne sommes pas absolument sûrs que le foetus n'est pas au fond un être humain" est une forme de pensée qui ne fait que prolonger le problème jusqu'à la fin des temps. Parce que c'est une certitude que nous n'aurons jamais dans le contexte des sciences humaines ou même des sciences médicales. Les sciences humaines, quelles qu'elles soient, fonctionnent toutes au niveau du probable et non de l'absolu." (2)

Si la médecine ne peut rien affirmer quant au début de la vie humaine, de quel droit les théologiens, non qualifiés en cette matière, peuvent-ils prétendre qu'il y a atteinte à la vie?

"Le concept selon lequel l'ovule dès sa fécondité constituerait une personne humaine est de plus en plus remis en question à la lumière de récents travaux en biologie. On découvre alors que la notion d'existence est donc une interprétation strictement religieuse d'un processus biologique, et chaque religion en donne sa propre interprétation". (3)

Les mouvements qui prônent le respect de la vie (de ceux qui ne sont pas nés) devraient plutôt s'occuper d'améliorer le sort des enfants qui actuellement sont sous-alimentés, maltraités ou qui vivent dans des conditions matérielles ou psychologiques inhumaines. Ils sont hélas en trop grand nombre et seraient en droit d'attendre une aide de ces grands défenseurs de la vie humaine.

S'ils sont si respectueux de la vie, pourquoi ne



s'attaquent-ils pas aux charlatans qui mutilent les femmes et mettent leur vie en danger? En oeuvrant contre la légalisation de l'avortement, ils favorisent de telles boucheries puisque les femmes auront recours à l'avortement, même s'il est illégal.

En 1972, 15,000 à 25,000 femmes se faisaient avorter au Québec (4) Seulement 2,847 d'entre elles obtenaient un avortement légal (5)

Ce n'est pas en empêchant la légalisation de l'avortement que celui-ci disparaîtra. Les chiffres ci-dessus le prouvent et en fermant les yeux sur ces données, ils se rendent responsables du sort réservé à ces femmes.

D'ailleurs, la conception du respect de la vie des principaux détracteurs de l'avortement est souvent étonnante. Ainsi, le Dr. René Simard confiait dans un article de la Presse:

"Même si on me disait que la mère va mourir, je ne consentirais pas à tuer. Je n'aurais pas le coeur de tuer un enfant pour sauver la mère. (6)

De son côté, le Dr. Grantham, psychiatre et professeur à l'Université Laval, démontrait qu'il n'y a aucune raison de croire qu'une femme qui demande l'avortement exécute sa menace de suicide si on le lui refuse. (7)

Evidemment, nous ne pouvons recueillir à ce sujet, aucun témoignage de suicidées.

Empêcher les femmes d'avorter quand elles le désirent n'est pas une solution. Voici le résultat d'une telle attitude.

— les enfants non voulus sont plus nombreux que les autres à recevoir des traitements psychiatriques et à être hospitalisés

— les enfants non voulus ont plus fréquemment que les autres un dossier criminel, ils deviennent plus souvent des "délinquants" (8)

Des spécialistes suédois ont suivi pendant les vingt premières années les enfants de femmes qui avaient voulu un avortement pour des grossesses sans l'obtenir. En comparant les comportements de ces enfants avec un échantillon d'enfants désirés, les chercheurs ont observé des taux de délinquance, des troubles de comportement, etc., beaucoup plus élevés, chez les enfants rejetés. (9)

Il est expérimentalement établi que la carence maternelle (résultant d'un refus de l'enfant) a des effets immédiatement pathogènes: ralentissement de la croissance, hébétéude progressive, même si les soins maternels sont assurés. (10)

L'état actuel des recherches dans diverses disciplines montre qu'un enfant non voulu est en quelque sorte exposé à se développer par réaction au non désir de vie qui habite la mère et qui est propre à se transmettre aussi bien dans la vie intra-utérine que dans la petite enfance. (11)

A ces simples attitudes de refus de l'enfant s'ajoutent rapidement des attitudes d'agressivité directe ou indirecte, apparemment involontaire, qui littéralement "fabriquent" les psychoses futures. (12)

Le droit de décider appartient à la femme parce que c'est dans son corps que la grossesse se vit, parce que c'est elle qui donne naissance, parce que c'est malheureusement encore elle qui a la presque-entière responsabilité de l'éducation et des soins aux enfants et parce que l'acceptation d'une grossesse engage invariablement 15 à 20 années de sa vie.

"Respecter la vie, c'est d'abord me semble-t-il, respecter ceux qui donnent la vie et, en tout premier lieu la femme qui, du fond des temps, n'a cessé d'être objet de la volonté de l'homme ou de la raison d'Etat, et dont la liberté - et singulière-

rement la liberté de donner la vie - me paraît indispensable pour ouvrir à l'humanité les chemins de la vraie vie humaine.

En revendiquant le droit à une maternité librement choisie, nous ne voulons pas dire seulement qu'il faut permettre aux femmes qui ne veulent pas d'enfants de ne pas en avoir; nous voulons aussi créer les conditions de vie qui permettront à celles qui désirent des enfants de pouvoir assumer cette décision.

Les conséquences psychologiques

Un autre des arguments majeurs apportés est celui des conséquences psychologiques, problèmes "graves et traumatisants" que subit la femme après un avortement.

Il est évident que l'émotivité entre en jeu lors d'un avortement car c'est un dernier recours et aucune femme ne s'y résout de gaieté de coeur. Mais les conséquences psychologiques peuvent être diminuées grandement et même éliminées si l'avortement est pratiqué dans des conditions saines et dans la légalité.



Dans un pays où l'avortement est condamné, il y a bien sûr des possibilités que des traumatismes se créent chez la femme qui veut interrompre sa grossesse. D'abord parce que l'acte posé est illégal et doit être fait dans la clandestinité, donc

peur d'être découverte, arrêtée et poursuivie en justice, ensuite parce qu'elle n'a souvent d'autre choix que de recourir à un charlatan, donc peur de mourir, d'être mutilée ou de devenir stérile. A cela s'ajoute l'angoisse que les parents ou l'entourage apprennent sa décision.

"Il est possible que ces facteurs, plus que l'intervention de la grossesse elle-même, entraînent des conséquences psychiatriques graves dans certains cas d'avortement illégal." (14)

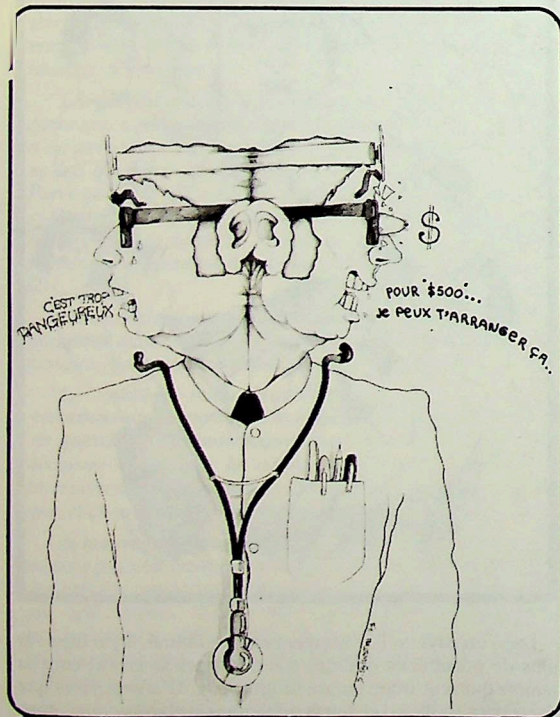
Quand au contraire l'avortement est légalisé, il y a "déramatisation" de ce geste, et les femmes peuvent vivre cette action beaucoup plus sainement.

Cependant, même quand il constitue un geste illégal, l'avortement n'entraîne généralement pas de traumatismes chez la majorité des femmes. C'est ce que nous prouvent les résultats d'une étude regroupant les témoignages de 101 femmes ayant subi un avortement illégal;

"Contrairement aux préjugés selon lesquels les femmes qui ont un avortement devraient éprouver du regret et non du soulagement, ce sentiment est le plus important après l'arrêt de grossesse. En effet, quelques femmes seulement vivent du regret face à leur décision alors que plus des 4/5 sont soulagées d'en avoir fini avec cette période de leur vie." (15)

Il faut également tenir compte du fait que si des conséquences psychologiques dues à l'avortement sont possibles, ces mêmes conséquences peuvent être beaucoup plus graves par suite de l'abandon d'un enfant après sa naissance. Une femme de 20 ans qui a eu un enfant à 18 ans, qui a dû l'abandonner pour l'adoption et qui, chaque fois qu'elle voit un bébé de deux ans se demande si c'est le sien, risque beaucoup plus d'être traumatisée.

Les conséquences physiques



Pour beaucoup de gens, *tout* avortement est une boucherie et ce seul mot évoque pour eux des images à faire frémir les moins vulnérables.

Ceci est dû à une grave lacune dans l'information et certains journaux à sensation se plaisent à garder ce caractère "effrayant" à l'avortement. Pourtant les conséquences physiques sont mineures ou inexistantes lorsqu'il est pratiqué par des personnes qualifiées.

Plus la loi est libérale vis-à-vis l'avortement, c'est-à-dire que, plus elle l'autorise pour des motifs psycho-sociaux-économiques, plus les avortements légaux augmentent par rapport au nombre d'avortements illégaux. Ceci a comme implications, entre autres, de diminuer les effets néfastes sur la santé en réduisant les risques de mortalité et de morbidité. (16)

Par ailleurs, dans le débat actuel, les médecins ont le devoir de reconnaître que l'avortement, au strict plan de la santé, s'il est pratiqué dans des conditions de sécurité, ne comporte pas plus de risques que la grossesse. Il en comporte même moins selon les statistiques. (17)

En pays sous-développés, c'est-à-dire surexploités par les pays riches, le taux de mortalité dû à des grossesses est de 300/100,000; dans les pays riches il est de 20/100,000. Dans les pays où l'avortement est légalisé depuis longtemps le taux de mortalité dû à des avortements est de 1.2 à 4.5/100,000 (18).

Par contre, lorsque l'avortement est pratiqué par des charlatans, les risques de complications et de mortalité sont de beaucoup supérieurs. Il en va de même pour les auto-avortements.

La légalisation de l'avortement tient donc ici un rôle primordial.

Les contraceptifs

"T'avais jussé à faire attention"



Face au problème de l'avortement, certaines personnes soutiennent que l'information sur la contraception est là, largement répandue et accessible à tous. Cet argument s'effondre devant la réalité. Il y a plusieurs raisons à cela. certaines femmes, à cause de troubles cardiaques, rénaux, circulatoires ou autres ne peuvent, au départ, prendre la "pilule", seule méthode efficace à 100%. Il y a également des contre-indications pour le stérilet.

-d'autres femmes ne souffrant d'aucun de ces troubles doivent quand même abandonner l'une ou l'autre de ces méthodes à cause d'effets secondaires trop prononcés.

-plusieurs femmes qui emploient des méthodes contraceptives autres que la "pilule" et le stérilet deviennent enceintes à cause du taux d'échec assez élevé de ces méthodes.

-à cause d'une mauvaise information, des femmes qui elles, pourraient utiliser la "pilule" sans danger, refusent de le faire et ce, sans diagnostic médical, par crainte de conséquences néfastes.

-des jeunes filles n'osent pas employer une méthode contraceptive de peur que leurs parents découvrent qu'elles ont des relations sexuelles.

-beaucoup de parents croient que la contraception encouragera leurs enfants à avoir des relations sexuelles. Ils évitent donc de les informer sur le sujet.

-l'information sur la sexualité dans les écoles est presque inexistante en plus d'être donnée beaucoup trop tard.

-certaines femmes n'ont pas les moyens financiers qui leur permettraient d'utiliser un contraceptif tel que la "pilule".

En plus de toutes ces restrictions, il faut dénoncer l'attitude d'un grand nombre de médecins qui ne prennent pas la peine d'expliquer clairement la façon d'utiliser les contraceptifs. Il en résulte parfois des grossesses non désirées.

Il est donc évident que le nombre des avortements diminuerait grandement si les contraceptifs étaient gratuits et si l'information était donnée à tous, sans répression morale et sans distinction de sexe, d'âge et de classe sociale.

"Alors que, dans les pays nouvellement acquis à la liberté de l'avortement, on constate une montée en flèche de leur nombre, il semble, dans les pays où l'on pratique depuis longtemps les interruptions de grossesses, que le nombre des avortement légaux tend à se stabiliser, voire à diminuer, grâce justement à la contraception. (19)

C'est pourquoi nous revendiquons la création de centres de planification des naissances à travers tout le Québec, des cours sur la sexualité et la contraception obligatoires dans toutes les écoles, et ce, avant la puberté, et la gratuité des contraceptifs.

Les responsabilités

On insiste également sur le fait que la femme doit prendre ses "responsabilités". Elle a fait l'amour, elle doit en subir les conséquences.

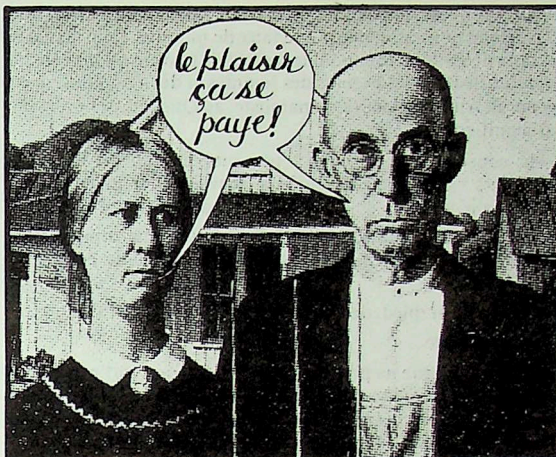
"Il ne faudrait surtout pas face à l'avortement, céder à la tentation facile de se servir une fois de plus de la femme comme une sorte d'otage, lui imposant de payer de sa personne et de la renonciation à des droits fondamentaux le prix que l'on ne semble pas vouloir payer en politiques et en services. (20)

On ne veut pas qu'elle avorte mais on se soucie fort peu de savoir si elle aura les possibilités matérielles ou psychologiques pour faire face à l'éducation d'un enfant. A partir du moment où elle a accouché, elle a "payé" et la morale est sauve. Maintenant qu'elle se débrouille!

La responsabilité de l'homme est minime à côté de la sienne. Souvent on ne le revoit plus et s'il reste, il n'est pas engagé aussi directement dans les soins aux enfants et dans leur éducation. Il ne leur consacre ni sa vie, ni ses activités alors que la plupart des femmes doivent renoncer à toute réalisation dans d'autres domaines.

Ce furent pourtant toujours des hommes qui ont décidé en cette matière, et qui refusent l'avortement aux femmes sans se préoccuper des conséquences d'une telle attitude.

La femme qui veut avoir un enfant doit être assurée qu'elle pourra ensuite bénéficier de services qui lui permettront



d'assurer, à elle-même et à l'enfant, une vie convenable. Il faudrait pour cela:

—des garderies populaires gratuites, dans tout le Québec, ouvertes 24 heures par jour et contrôlées par les usagers et le personnel;

—le droit au congé-maternité assuré et payé intégralement à toutes les femmes;

—à travail égal - salaire égal pour les femmes sur le marché d travail;

—le partage des tâches ménagères entre les hommes et les femmes.

C'est alors seulement que la femme qui a choisi la maternité pourra prendre "ses responsabilités".

Baisse de Natalité

La natalité! c'est l'un des arguments les plus répandus et le préféré des nationalistes-nationaux, assez nombreux au Québec, qui même s'ils se prononcent parfois - en un premier temps - pour l'avortement...s'empressent d'ajouter "mais...il faudrait penser à la natalité! la race canadienne-française est en danger!"

La baisse de la natalité comme conséquence de la légalisation de l'avortement n'est pas un argument qui résiste à l'analyse de la réalité:

Pays où l'avortement est légalisé	Taux de natalité en 1971
Japon	19.2
Yougoslavie	18.2
U.R.S.S.	17.4
U.S.A.	17.3

Pays où l'avortement est encore illégal	Taux de natalité en 1971
France	17.2
Italie	16.2
Canada	17.2 (21)
Québec	15.3 (22)

Un avortement obtenu médicalement et donc sans danger pour la femme lui permet de devenir enceinte par la suite autant de fois qu'elle le veut tandis qu'un avortement-boucherie peut entraîner la mort de la femme ou la stérilité. De fait, dans un hôpital français on notait que 75% des cas de stérilité secondaire étaient dûs à des avortements-boucherie.



Ce qu'il est important de savoir finalement, c'est que l'avortement n'influence pas le taux de natalité. Pour hausser le taux de natalité (quand il le faut...!) il faut une *politique de natalité* inspirée les besoins des femmes et de la population en général. Ainsi une politique nataliste, au Québec, (si besoin il y a) signifierait:

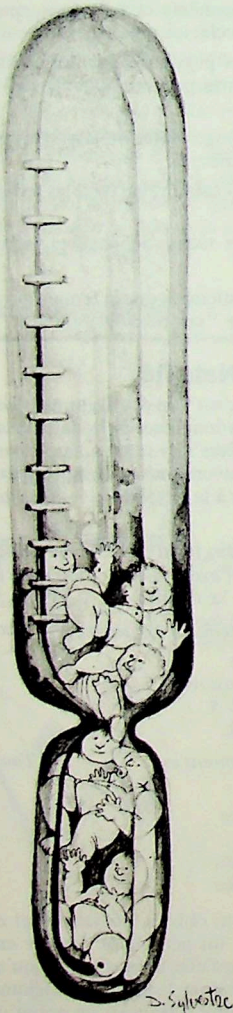
—la construction de bons logements pas chers dans des quartiers vivables où les enfants peuvent aller jouer dehors sans avoir peur de se faire écraser par une auto

—des salaires décent, i.e. une hausse du salaire minimum et une indexation de ces mêmes salaires à l'indice du coût de la vie

—la mise sur pied de garderies populaires gratuites

—etc, etc, etc...

Cette politique ne pousserait pas les femmes qui ne veulent pas d'enfants à en avoir, mais serait efficace pour les nombreuses femmes qui refusent la maternité pour des raisons d'ordre financier.



L'euthanasie

“Après les foetus, pourquoi pas les belles-mères”

Quand nous parlons de la qualité de la vie, il n'est bien sûr pas question de supprimer les vieillards, les infirmes ou qu que ce soit ou encore de procéder à une “sélection” comme le suggère le groupe naturiste social:

“Des tarés procrèent à qui mieux mieux sans que la société puisse intervenir. On dépense des sommes fabuleuses pour permettre à d'innombrables déchets sociaux de jouir de ce qu'on appelle “le droit à la vie” (...) Est-ce qu'une société qui se prétend humaine peut accepter sous le couvert de la charité faussée qu'on affaiblisse les forts, alors qu'on protège les faibles?” (23)

Il est question pour nous, au contraire, de mettre sur pied une politique d'aide pour améliorer la qualité de vie de tous les défavorisés qui existent présentement avant de mettre au monde d'autres individus qui ne feraient qu'élargir leurs rangs.

Quand le Père Desmarais prône l'énorme argument de l'euthanasie, il ne fait qu'avouer son incapacité de puiser dans la réalité des arguments valables. Cette affirmation est en effet absolument gratuite puisqu'elle ne repose sur aucun fait réel.

“Les pays qui ont reconnu et légalisé l'avortement n'ont pas pour autant débouché sur la pratique de l'euthanasie. Dans certains de ces pays, d'ailleurs, les politiques de sécurité sociale, en particulier celles touchant le bien-être des personnes âgées, sont beaucoup plus développées que chez nous. (24)

1- Déclaration du Dr. Jacques Monod, prix Nobel de physiologie et de médecine, professeur au Collège de France et Directeur de l'Institut Pasteur, au procès de Bobigny.

2- Teach-In sur l'Avortement, Les Presses Libres, Ottawa 1972, p. 24.

3- Idem, p. 154.

4- La Société Québécoise face à l'Avortement, Ligue des Droits de l'Homme, Editions Leméac, Ottawa 1974, p. 167.

5- Idem, p. 55.

6- Avortement, des médecins désapprouvent le Collège, article de Daniel l'Heureux, La Presse 5-2-74.

7- La Presse, 6 mai 1974.

8- La Société Québécoise face à l'Avortement, p. 37.

9- Teach-In sur l'Avortement, p. 151.

10- La Société Québécoise face à l'Avortement, p. 35.

11- Idem.

12- Idem, p. 36.

13- Le Procès de Bobigny, Une loi en Procès, Association CHOISIR, Editions Gallimard, Paris 1972, p. 130.

14- La Société Québécoise face à l'Avortement, p. 155.

15- 100 femmes devant l'Avortement, Les Editions du Centre de Planning Familial du Québec, 1972, p. 15.

16- Teach-In sur l'Avortement, p. 149-150.

17- La Société Québécoise face à l'Avortement, p. 73.

18- La société Québécoise face à l'Avortement, p. 73

19- L'Avortement oui, mais..., Raymond Darolle, Presses de la Cité, 1972, p. 115.

20- La Société Québécoise face à l'Avortement, p. 48.

21- La Cause des Femmes, Gisèle Halimi, Editions Grasset, Paris, 1973, p. 148.

22- La Société Québécoise face à l'Avortement, p. 75.

23- Jean Marc Brunet, La Réforme Naturiste, Montréal, Editions du Jour 1969, p. 115

24- La Société Québécoise face à l'Avortement, p. 43.



MISE AU POINT

Depuis le printemps, nous avons reçu plusieurs téléphones ou lettres nous demandant: "Qu'arrive-t-il à Québécoises Deboutte? Allez-vous continuer? Nous avons tardé à répondre et nous vous devons quelques explications sur notre situation.

Québécoises Deboutte était écrit et publié par une équipe d'une dizaine de militantes du Centre des Femmes. En gros, nos activités au Centre depuis 2 ans étaient:

- la clinique d'information et de références sur l'avortement et la contraception;
- le centre de documentation, où se trouve des dossiers de presse, des revues et des livres concernant les problèmes spécifiques aux femmes;
- la propagande sur la lutte des femmes par
 - la publication de Québécoises Deboutte;
 - des conférences dans des C.E.G.E.P., polyvalentes ou universités, la participation à des congrès (par exemple du P.Q. ou de centrales syndicales);
- • le théâtre: depuis janvier 74, 3 militantes du Centre participaient au "Théâtre des Cuisines", groupe de théâtre composé de 8 femmes.

Bon voilà un bref résumé de nos activités. Mais Québécoises Deboutte, que lui est-il arrivé? Où en est le journal? Mais nous ne pouvons pas parler de Québécoises Deboutte sans parler du Centre des Femmes, puisque c'était une des activités du Centre.

Revenons à la description chronologique.

En septembre 1973, nous sortons le no 8 de Québécoises Deboutte puis au Centre des Femmes, nous entrons dans une période de bilan du travail accompli depuis un an. Nous constatons par la suite qu'il est très néfaste de cesser toute activité ou presque, sous prétexte que l'on fait un bilan. Alors, dans l'enthousiasme du printemps (!) et surtout à cause de l'approche de la journée internationale des femmes, le 8 mars, nous décidons de sortir un autre numéro de Québécoises Deboutte. L'idée n'était certes pas mauvaise mais les énergies étaient plus que réduites: 3 militantes seulement ont travaillé à ce numéro de mars 1974. Ce dernier était assez faible parce que bien des questions que nous nous étions posées sur le journal lors du bilan étaient demeurées sans réponse.

Questions telles que:

- A qui devrait s'adresser le journal? Voulait-on qu'il s'adresse à un public très large ou surtout aux femmes déjà conscientes de la lutte à mener et travaillant dans des groupes à travers le Québec?
- Quels étaient les objectifs de ce journal? Voulait-on qu'il serve d'instrument au Centre des Femmes afin de mobiliser et d'organiser d'autres groupes de femmes?
- Comment donner suite au travail du journal? Un nombre croissant de femmes nous contactaient pour travailler avec nous mais nous étions incapables d'encadrer ces femmes, de les intégrer dans nos activités. Le journal suscitait souvent de l'espoir mais nous étions incapables de répondre aux demandes qui nous étaient faites.

Toutes ces interrogations, posées par le biais du journal, remettaient en question l'existence même du Centre et nous ont fait prendre les décisions suivantes.

- 1- Nous ne sortirons pas le journal de façon régulière, tant que le Centre n'aura pas éclairci son orientation et précisé ses priorités. Si le journal est un instrument du Centre des Femmes, il faut que le Centre définisse les objectifs d'un tel instrument et constitue une équipe capable d'en assumer la publication.
- 2- Les priorités des militantes travaillant au Centre sont pour le moment:
 - a) *La lutte pour l'avortement et la contraception libres et gratuits.* Dans ce cadre, nous avons organisé des cours de formation sur la grossesse, l'avortement, la contraception, qui ont été donnés à des femmes travaillant dans des organisations de quar-

QUEBÉCOISES DEBOUTTE!

tier afin qu'elles puissent mieux répondre aux problèmes que se posent quotidiennement les ménagères sur ces sujets. D'autres cours sont présentement donnés par une militante du Centre et s'adressent cette fois à des femmes isolées et à un quartier particulier; dans ce cadre également, le Centre des Femmes souscrit aux objectifs et participe aux actions du Comité de Lutte pour l'avortement et la contraception libres et gratuits, mouvement qui peut accueillir de nouveaux membres constamment. C'est de cette collaboration qu'est né le présent dossier;

b) la *consolidation du centre de documentation* de façon à ce qu'il soit plus complet et plus facilement utilisable par les groupes ou les femmes isolées qui ont besoin de ces instruments pour leur travail.

Le choix de ces deux (2) priorités ne signifie pas que nous ne jugions pas le journal important. Au contraire, un journal féministe est un instrument indispensable pour les femmes qui veulent lutter. Cependant, compte tenu des décisions prises par le Centre, nous ne pouvons pas à l'heure actuelle laisser supposer que Québécoises Deboutte réparaitra.

La plupart d'entre vous n'ont reçu que quelques exemplaires du journal au lieu de 12, comme prévu dans l'abonnement. Vous pouvez donc:

- a) considérer que le prix de votre abonnement servira de contribution volontaire servant à la publication du présent numéro;
- b) nous écrire pour obtenir un remboursement.

Nous espérons que le présent dossier vous permettra de mieux situer le problème de l'avortement à l'heure actuelle et de voir à quel point la lutte pour l'avortement et la contraception libres et gratuits est importante pour les femmes du Québec. Cette lutte constitue un des éléments fondamentaux dans le développement du mouvement féministe. Ce n'est qu'un premier pas mais il est indispensable de le franchir.

le théâtre des cuisines



Parler de nos ventres et du sort que le capital et l'Eglise leur réservent, crier notre dégoût d'une morale hypocrite qui nous enchaîne à la maternité sans nous permettre de la vivre pleinement, raconter nos désirs et danser notre goût de vivre et de rire c'est déjà s'engager dans la lutte pour reconquérir notre corps. Depuis un an, un groupe de femmes a pris le biais du théâtre pour aborder ces questions. Dans l'espoir que l'expérience du "Théâtre des Cuisines" incite d'autres femmes à emprunter le même chemin, elles nous racontent en deux mots ce qu'elles pensent et ce qu'elles font.



môman a travaille pas, a trop d'ouvrage

"Le Théâtre des Cuisines" est un groupe de femmes qui ont envie de parler avec d'autres femmes des problèmes spécifiques aux femmes.

Si nous avons choisi de parler par le biais du théâtre, c'est parce que nous l'aimons et parce que nous croyons que le théâtre est un excellent outil de propagande. Notre groupe existe depuis bientôt un an. Nous jouons présentement une pièce "Nous aurons les enfants que nous voulons", qui fut entre autre présentée le 8 mars 1974 à l'occasion de la journée internationale des femmes. Cette pièce pose clairement les problèmes de la contraception et de l'avortement. Et bientôt nous pourrons jouer une autre pièce: "Môman a travaille pas, a trop d'ouvrage", qui elle expose la situation des ménagères et parle de leurs aspirations.



Quant au public, notre premier objectif est de jouer pour les groupes populaires dans les quartiers. Par contre, puisque nous voulons rejoindre le plus grand nombre de femmes possible, nous ne négligeons pas pour autant les milieux de travail et les écoles.

nous aurons les enfants que nous voulons

La pièce "Nous aurons les enfants que nous voulons" a été écrite pour répondre à un besoin. Voyant tous les jours des femmes aux prises avec l'avortement, il devenait très important pour nous d'expliquer notre point de vue face à ce problème. Nous voulions démontrer que l'avortement est un problème politique où les intérêts financiers l'emportent encore une fois sur les intérêts des femmes, afin qu'elles ne puissent contrôler leur corps. Il en est de même pour le travail ménager. Nous croyons fermement que le système actuel ne veut en aucun cas reconnaître que le travail ménager est un travail utile et qu'il devrait être socialisé.



Dans le but de permettre à divers groupes de présenter la pièce "Nous aurons les enfants que nous voulons" et ayant comme souci de la diffuser, nous publierons bientôt une brochure contenant une présentation du groupe et le scénario de la pièce. Celles et ceux qui sont intéressés à la recevoir et à la distribuer peuvent nous contacter à: 524-2429, 524-4184, 521-9091, 522-7466 et 522-6988. Cette brochure sera vendue à prix modique.

avorter à montreal?



Diane

"Oui allo? C'est Carole?"

Carole

"Oui..."

Diane

"C'est Diane!"

Carole

"Oh! Salut! Comment ça va? Ça fait longtemps..."

Diane

"Ben ça va mal...je suis tombée enceinte... Ça fait deux semaines que je tourne en rond dans la maison... En plus Pierre et moi on se sépare... Il faut que je déménage... pis pour finir ils ont coupé mon assurance-chômage et j'ai toujours pas trouvé de job. Ça pas d'allure, je peux pas le garder... pas actuellement. Il faut que j'avorte... Le problème entre autres c'est que j'ai pas une cenne..."



Carole

"Ecoute, il y a seulement les avortements à New-York maintenant!"

Diane

"Mais voyons, il y en a encore à Montréal? X en fait toujours non?"

Carole

"Non, il est en procès et il n'y a plus aucun autre médecin qui en fait. Evidemment il y a toujours les médecins chics d'Outremont ou de Westmount qui chargent les gros prix et se font jamais pincer, mais les autres ont cessé d'en faire."

Diane

"Ca pas de sens! Toutes les femmes peuvent pas aller à New-York! Il n'y a pas d'autres médecins qui acceptent d'en faire? J'ai lu à un moment donné que les étudiants en médecine s'étaient prononcés en faveur de l'avortement."



Carole

"Je pense des fois que les seuls qui sont conséquents entre les paroles et les actes c'est "Les médecins du Québec pour le respect de la vie incorporée" et ceux-là, évidemment, c'est contre nous qu'ils s'organisent! C'est à croire que c'est seulement les médecins de droite les plus réactionnaires qui comprennent les véritables enjeux politiques et économiques de l'avortement! Je t'assure ces médecins là c'est les vrais p'tits rois de la jungle médicale, Tu les retrouves partout, à tous les postes de commande et c'est grâce à eux entre autres que le Québec est l'un des états les plus rétrogrades en matière d'avortement."

Si tu savais tout ce que les femmes peuvent nous conter sur les médecins. Il y en a encore qui refusent de donner des moyens contraceptifs et il y en a encore plus qui n'expliquent pas comment les prendre. Remarque que c'est un peu normal. Chez certains gynécologues les femmes passent en moyenne de 3 à 5 minutes dans le bureau!

Je te dis, quand il s'agit de parler de sexualité et de contraception il y en a qui parlent pas fort sinon pour moraliser... et quand on parle d'avortement ils se mettent à jouer aux vieux curés qui jouissaient à nous faire trembler de peur dans leurs confessionnaux. C'est arrivé souvent que des femmes qui ont tenté de s'avorter ont échoué à la porte de l'urgence au bout de leur sang. Ca ils en parlent pas... Quand ils ouvrent la bouche c'est pour assurer aux femmes qu'ils ont réussi à sauver le foetus et qu'elles peuvent se "réjouir" de poursuivre leur grossesse. Maudite racaille hypocrite! Ils peuvent ben entonner leurs beaux discours creux sur le droit à la vie avec Desmarais et Brunet."



Diane

"Oui... mais, il y en a d'autres."

Carole

"Ecoute, même les médecins qui nous réfèrent des femmes au Centre veulent pas se mouiller. Ils tiennent trop à leurs privilèges pis à leur \$50, \$100 ou \$200,000 par année pour s'impliquer et signer une pétition déclarant qu'ils nous ont référé des femmes. Aux Etats-Unis et en France, ça pourtant aidé à sortir la lutte de la clandestinité..."

Diane

"Mais ça pas d'allure! Il y avait quand même certains médecins plus progressistes ou plus libéraux qui acceptaient d'en faire. Ils n'ont pas tous arrêté d'un seul coup?"

Carole

"Il y a vraiment une vague de répression actuellement et on pense sérieusement qu'ils veulent avoir la peau de certains médecins, question de servir d'exemple!"

Diane

"C'est ça, il s'en prennent aux médecins... De toute façon, comme on est entre 60,000 et 100,000 par année à avorter illégalement au Canada, ils peuvent pas toutes nous emprisonner. Ca leur coûterait pas mal trop cher."

Carole

"Ils savent bien que c'est pas rentable politiquement d'accuser une femme... c'est trop pathétique... ça risque trop d'attirer la solidarité des autres femmes. Regarde ce qui s'est passé au procès de Bobigny en France... Ca permis de faire ressortir les contradictions les plus flagrantes, de faire une vaste campagne de propagande et de solidifier le mouvement."

Diane

"Mais écoute, si c'est pas possible chez un médecin, penses-tu qu'ils peuvent me prendre à



non, c'est impossible!



Carole

l'hôpital?"

"T'est rendue à combien de semaines?"

Diane

"10 semaines."

Carole

"C'est pas mal impossible... Si t'avais été à moins de 7 semaines on aurait peut-être pu te faire passer pour une mini-extraction..."

Diane

"Ca pas de sens! On sait jamais de façon certaine si on est enceinte avant 5 ou 6 semaines."

Carole

"Oui, je sais... et ça prend au moins une semaine à faire les démarches alors il est souvent trop tard... Pour que ça marche, il faut qu'aussitôt que tu penses être enceinte tu fasses passer un test et que tu entres en contact avec un des hôpitaux anglophones."

Diane

Si je suis à 10 semaines, ce serait possible d'avoir un avortement par aspiration?"

Carole

"Ca prend au moins une semaine à obtenir un rendez-vous et ça prend une semaine avant que le comité de sélection rende son jugement... Alors si t'es rendue à 10 semaines, t'as pas beaucoup de chance et tu risques d'être obligée de subir un avortement par la méthode saline entre la 16e et la 20e semaine. C'est beaucoup plus dur et il faut qu'ils t'hospitalisent... Si jamais les hôpitaux anglophones t'acceptent pas, tu vas être obligée d'aller à New-York et les salines c'est facilement entre \$300 et \$700 là-bas."

Diane

"Mais est-ce qu'ils ont des critères pour accepter les demandes d'avortement?"

Carole

"S'ils en ont on les connaît pas. Des fois on se demande si ça marche comme la Loto-Québec "Un jour ce sera ton tour". Tout ce qu'on sait c'est que si tu dis pas un mot d'anglais, t'as pas mal moins de chance... Ah, oui, j'oubliais de te dire que je parle uniquement des hôpitaux anglophones parce que dans les hôpitaux francophones..."

Diane

"Si je comprends bien, l'idéal quand t'as pas une cenne pis que tu parles pas anglais, c'est de passer par une agence qui te charge le gros prix pour aller avorter en anglais à New-York!!! Non, mais sérieusement si je passe par le Centre ça coûte combien?"

Carole

"\$110 pour l'avortement plus \$42.50 pour le transport. Avec deux repas et deux taxis, il aut compter \$165 à \$170."

Diane

"Vous avez pas un plan de financement avec ça, style "avortez-maintenant, payez plus tard? Ecoute j'ai pas une cenne..."

Carole

"Diane, le Centre des Femmes, c'est pas une agence, on fait pas d'argent avec ça et on peut pas plus en prêter... On le sait que c'est épouvantable et que ça pas de sens. C'est justement parce qu'à tous les jours, il y a des femmes qui s'avortent chez elles avec les moyens les plus incroyables, parce qu'il y en a d'autres qui se font charcuter chez des charlatans, parce qu'il y a des filles pognées comme toi et qu'encore beaucoup de femmes accouchent d'enfants qu'elles n'ont pas voulu qu'il faut passer à l'offensive..."

Diane

"Ca veut dire quoi?"

Carole

"Pour l'instant, ça veut dire s'organiser et lancer une vaste campagne d'information afin d'expliquer les enjeux réels de l'avortement et dénoncer la situation actuelle. Ca veut dire aussi organiser un vaste mouvement de masse autour de cette question, car l'Etat va changer ses lois uniquement si on lui oppose un véritable rapport de force. Enfin il va falloir sortir la lutte de la clandestinité et étudier sérieusement les expériences étrangères comme celles du MLAC en France qui a fait 26,000 avortements clandestins l'an dernier sans aucun accident. Il faut que l'avortement devienne un état de fait, ici, au Québec, et qu'on refuse de jouer à la cachette en s'exilant aux U.S.A. pour avorter.

Jusqu'à présent, personne n'était prêt à faire des avortements avec nous ou à nous le montrer et aucune femme ne voulait prendre ce risque. Mais la situation est tellement détériorée, les hôpitaux sont quasi-inaccessibles, les médecins ont été arrêtés et plus personne ne fait d'avortements.

De toute façon, même le service du Centre qui est indispensable devient aberrant s'il permet de tolérer la situation actuelle et d'accepter de payer pour avorter. De plus en plus, on va être confronté à radicaliser nos positions et à faire de l'avortement une question de fait au Québec."

Diane

"En tout cas, de mon côté, je va essayer de trouver de l'argent pour New-York et je vais passer te voir. Je pense que t'as raison, il faut arrêter de se regarder le nombril et arrêter de penser que c'est une question strictement personnelle. On est pas toute seule prise avec ça et il est temps de s'organiser pour que ça change! Salut!"



chronologie des procès

Dr Henri Morgentaler

Avocat de la Défense: Me Claude-A. Sheppard
Avocat de la Couronne: Me Robichaud (Louis-G.)

- 1970 4 juin: Arrêté en vertu de l'article 251 du code criminel.
 15 juin: La Défense demande l'émission d'un bref de certiorari (annulation des procédures) et d'un bref de prohibition pour faire retirer cette cause des mains du Juge Maurice Fauteux.
- 1971 27 octobre: Bref de certiorari rejeté par la Cour du Banc de la Reine et la Cour d'Appel.
- 1972 28 janvier: Cité à procès sur le premier chef d'accusation.
- 1973 19 janvier: Enregistre un plaidoyer de non-culpabilité.
 19 février: Début de l'enquête préliminaire.
 15 juin: Enquête préliminaire terminée.
 28 août: La défense fait une nouvelle requête en Cour Supérieure d'un bref de certiorari.
 30 août: Comparait sous 6 nouveaux chefs d'accusation.
 21 septembre: La défense obtient:
 - que le jury soit de langue française
 - que la Couronne ne procède que dans 1 des 6 chefs d'accusation.
 3 octobre: La loi canadienne sur l'avortement est déclarée parfaitement constitutionnelle - Requête en cassation rejetée.
 5 octobre: Choix des jurés complété.
 18 octobre: Début du procès.
 25 octobre: La couronne termine sa preuve.
 31 octobre: La Défense termine sa preuve.
 1er novembre: La Couronne présente une contre-preuve:
 Témoignages: - Dr Philippe Antonuk
 - Dr Paul de Bellefeuille
 - Dr Ana Ryan
 7 novembre: Ré-ouverture de la Défense:
 Témoignage: - Dr Lise Fortier
 9 novembre: Fin des plaidoiries
 13 novembre: ACQUITTEMENT PAR LES JURES
 16 novembre: La Couronne est furieuse! Elle porte le jugement des jurés en Cour d'Appel.
 28 novembre: La Cour du Banc de la Reine rejette les requêtes de la Couronne visant à obtenir l'emprisonnement et la défense de pratiquer quelque avortement que ce soit.
 3 décembre: Rejet de la requête du Dr Morgentaler contre Me Robichaud pour outrage au tribunal.
- 1974 26 avril: La Cour d'Appel déclare le Dr Morgentaler coupable sans demander qu'il y ait un nouveau procès devant jury!
 14 mai: Il est incarcéré.
 23 mai: La Défense fait entendre 8 nouveaux témoins - Il est remis en liberté provisoire.
 10 juillet: Plaidoyer de la Défense.
 11 juillet: Plaidoyer de la Couronne - Le juge James Hugessen fixe la sentence au 25 juillet 1974.
 25 juillet: SENTENCE: 18 mois de prison et 3 ans de probation (période de temps pendant laquelle il ne doit faire aucun acte "criminel" sans quoi il est emprisonné immédiatement).



Vas-y, avales ta dernière pilule... pis recommence une fois encore...

en cour pour l'avortement

2 octobre:

Le Dr Morgentaler comparait devant la Cour Suprême à Ottawa. L'avocat de la Défense présente un bref d'évocation pour que le juge Louis-Philippe DeGrandpré ne siège pas à la Cour Suprême pendant l'audition de l'appel à cause des opinions qu'il a exprimées publiquement contre l'avortement avant d'être nommé juge à la Cour Suprême du Canada. Le juge en chef de la Cour Suprême, Me Bora Laskin, après avoir consulté ses collègues, a rejeté cette requête. Nous attendons maintenant la décision de la Cour Suprême.

Dr Yvan Machabée

Avocat de la Défense: Me Claude-A. Sheppard
Avocat de la Couronne: Me Robichaud

1973

4 juillet:

Arrêté en vertu de l'article 251 du code criminel.

5 octobre:

Enquête préliminaire.

Comparaît sous 4 chefs d'accusation:

- 1 avortement: le témoin principal ne reconnaît pas le médecin.
- 2 tentatives d'avortement (femmes policières): la Couronne a présenté depuis 3 séries d'accusations qui ont toutes été retirées)
- Entrave à la justice.

19 novembre:

Ré-ouverture de l'enquête. Témoignage de Johanne Cornax, secrétaire du Dr Henri Morgentaler. Elle reconnaît avoir été contactée par le Dr Machabée pour travailler à sa clinique le jour de son arrestation mais n'a pas vu qui a pratiqué l'avortement.

La date du procès devant les Assises, sur le 1er chef d'accusation, doit être déterminée en septembre.

Dr Robert Tanguay

Avocat de la Défense: Me Michel Proulx
Avocat de la Couronne: Me Robichaud

1974

21 février:

Arrête en vertu de l'article 251 du code criminel.

18-19 avril:

Enquête préliminaire.

10 chefs d'accusation pèsent contre lui dont 1 tentative d'avortement (femme policière).

La date du procès devant les Assises doit être déterminée au début de septembre.

Enquête préliminaire: n'a lieu que si l'accusé enregistre un plaidoyer de non-culpabilité. Pendant cette enquête, la Couronne doit arriver avec assez de preuves pour qu'il y ait matière à procès.

Cour Criminelle:

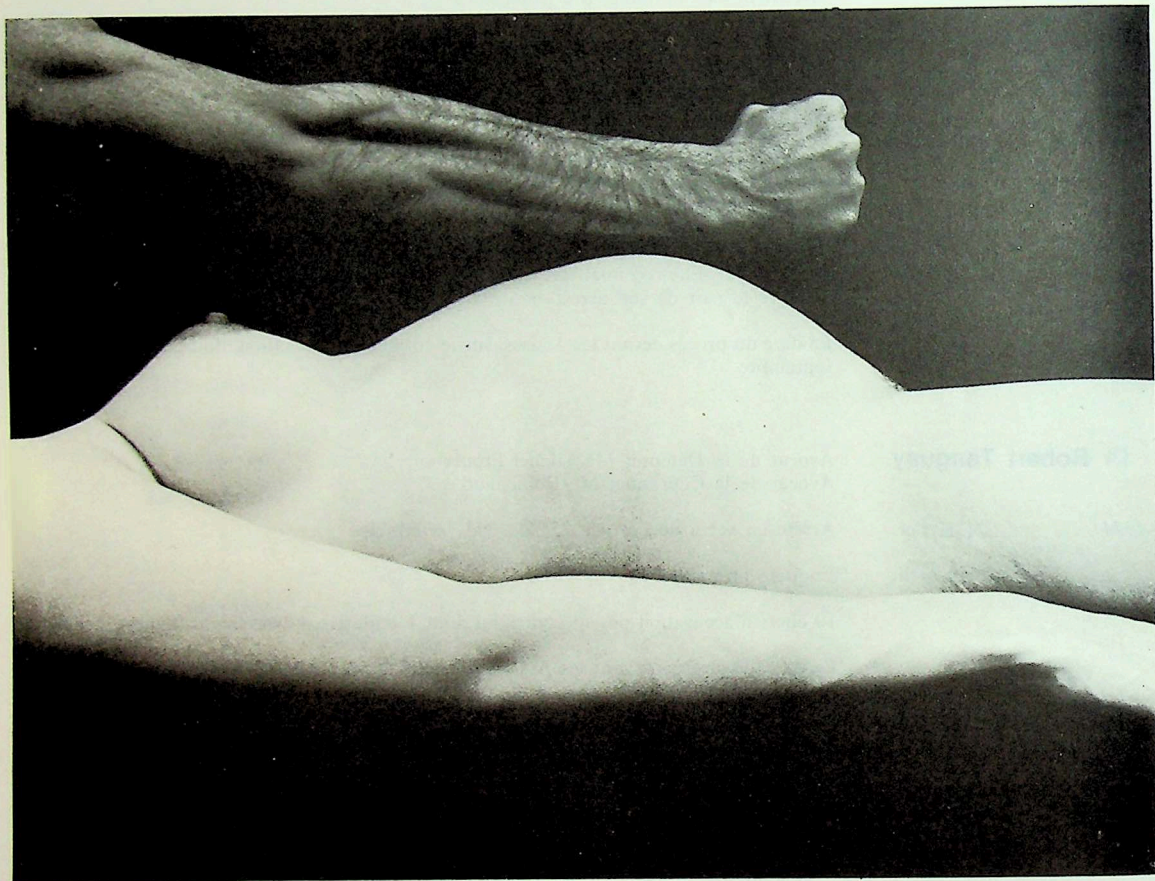
- 1- a) Cour du Banc de la Reine: s'il y a procès devant jury.
b) Cour des Sessions de la Paix; s'il y a procès devant juge seul.

2- Cour d'Appel: si l'une ou l'autre des parties (Couronne et Défense) est insatisfaite du jugement de la Cour du Banc de la Reine ou du jugement de la Cour des Sessions de la Paix, selon le cas, elle porte ce jugement en Cour d'Appel.

3- Cour Suprême: si l'une ou l'autre des parties est insatisfaite du jugement de la Cour d'Appel, elle porte ce jugement en Cour Suprême, la plus haute Cour au Canada.



on joue sur nos ventres et on se joue de nous !



Avorter? Non

Nous ne voulons pas avorter, nous savons que c'est le dernier recours au niveau de contraception et nous ne voulons l'utiliser que comme dernière alternative. Ce que nous voulons, c'est contrôler notre corps, décider de nos maternités et jouir de notre sexualité sans l'enfermer dans la seule production d'enfant. Or, on nous interdit ce droit le plus légitime.

Dès le plus jeune âge, on nous incite à

"jouer à la mère" mais on nous punit de "jouer au docteur", on refuse de nous donner une information concrète et complète et on nie toutes nos pulsions sexuelles. Nos premiers rapports sexuels sont dominés et voués aux risques de la maternité puisqu'on refuse de reconnaître la vie sexuelle des jeunes. De plus, pour contrôler notre sexualité et adopter des méthodes contraceptives, il faut être conscients et assumer notre

vie sexuelle, or on l'a refoulée depuis notre plus tendre enfance.

Quand on nous permettra de faire l'amour, il faudra payer pour des contraceptifs afin de *racheter notre droit de jouir sans enfanter*. Enfin, chose plus absurde encore, on refuse de pallier aux lacunes au niveau de l'éducation sexuelle et de la contraception en rendant l'avortement libre et gratuit!

Pourquoi?

La société a toujours contrôlé notre sexualité et notre force de procréation en fonction de ses besoins économiques et politiques.

Jadis, on nous échangeait à un mari contre du bétail avec comme garantie "virginité ou argent remis". Il fallait être bonne bête de somme pour les travaux des champs et de la maison et accoucher tous les ans pour assurer la descendance de l'homme, fournir de la main-d'oeuvre et des soldats.

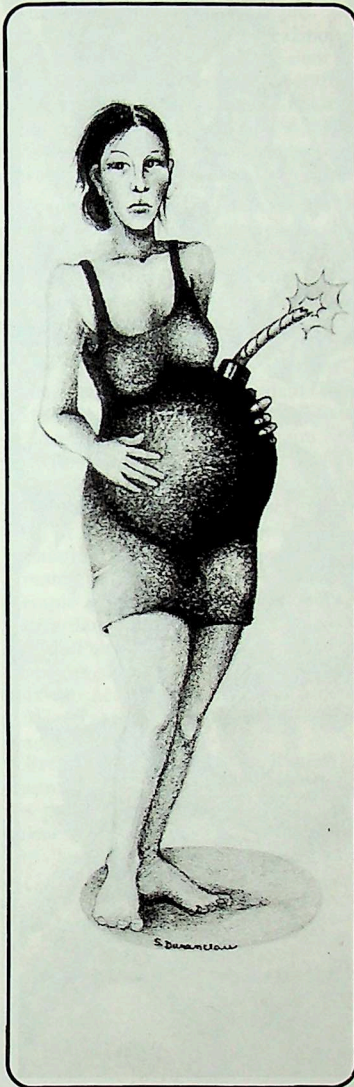
Maintenant, voilà que les femmes du tiers monde qui vivent encore souvent au temps de jadis, sont trop fertiles. Les pays développés, Etats-Unis en tête, les stérilisent massivement à leur insu et leur donnent "la pilule" faute de leur donner du pain. C'est que les ventres trop lourds de ces millions de femmes sont devenus explosifs...et nerveusement les pays riches parlent d'explosion démographique.

Après avoir bouleversé lors des conquêtes, la démographie de ces pays, et après avoir bâti leur propre développement sur l'exploitation éhontée des hommes et des ressources du tiers-monde, voilà que les pays capitalistes craignent que ces exploités se rebellent. Ils craignent que trop nombreux et trop mal nourris, ils s'organisent et remettent violemment en question ce vol légalisé des ressources et de la force humaine. Ils craignent que la vision des dizaines de millions d'hommes qui crèveront de faim d'ici 10 ou 20 ans ébranle un peu trop la logique capitaliste.

Ainsi les besoins économiques et politiques des pays impérialistes remettent en question notre sacro-sainte et éternelle vocation de mère et c'est à coup de millions que ces pays lancent les campagnes anti-natalistes dans le tiers-monde. Dans les pays capitalistes avancés, on ne nous donne pas de primes comme certains pays du tiers-monde pour nous stériliser, au contraire on nous en donne à chaque maternité, on ne nous donne pas la pilule comme des bonbons, on nous la vend comme toute la contraception. Quant aux avortements aux deux endroits, où c'est la charcuterie des charlatans ou bien l'avortement légalisé, ça devient une affaire d'argent. Bref, le pouvoir contrôle et régit notre sexualité et nos maternités, mais les intérêts sont différents.

Dans les pays développés, l'industrialisation et la hausse du niveau de vie

se sont chargées de faire tomber le taux de natalité et ils ont bien du mal quand il veut le relever.



De toute façon, ils n'ont plus besoin qu'on produise des enfants au rythme de nos grands-mères. D'une part, les enfants constituent des charges sociales très lourdes (ex: éducation) et ils mettent du temps à être productifs. Les boss préfèrent souvent exploiter le cheap labor étranger et plus docile ou encore les femmes qu'ils peuvent sous-payer et renvoyer à leur gré.

D'autre part, l'Etat doit de plus en plus souvent prendre totalement en charge les mères et les enfants. Si à

New-York on a légalisé l'avortement, c'est notamment pour réduire les frais d'avortements bâclés et de bien-être social des femmes des ghettos et de leurs enfants.

Politiquement, ils ont dû leur donner la contraception et l'avortement. Il fallait réduire les risques de tensions sociales accentuées par la surpopulation des quartiers défavorisés et particulièrement des ghettos noirs. Il fallait aussi ralentir la montée des mouvements féministes et leur révolte fracassante.

Toutefois, c'est à la miette et en nous faisant payer très cher qu'on nous a prêté la contraception et l'avortement. Oui ce n'est que prêté car nous n'en avons pas le contrôle total et des modifications dans les visées économiques et politiques impérialistes pourraient fort bien nous retirer ce que nous avons obtenu.

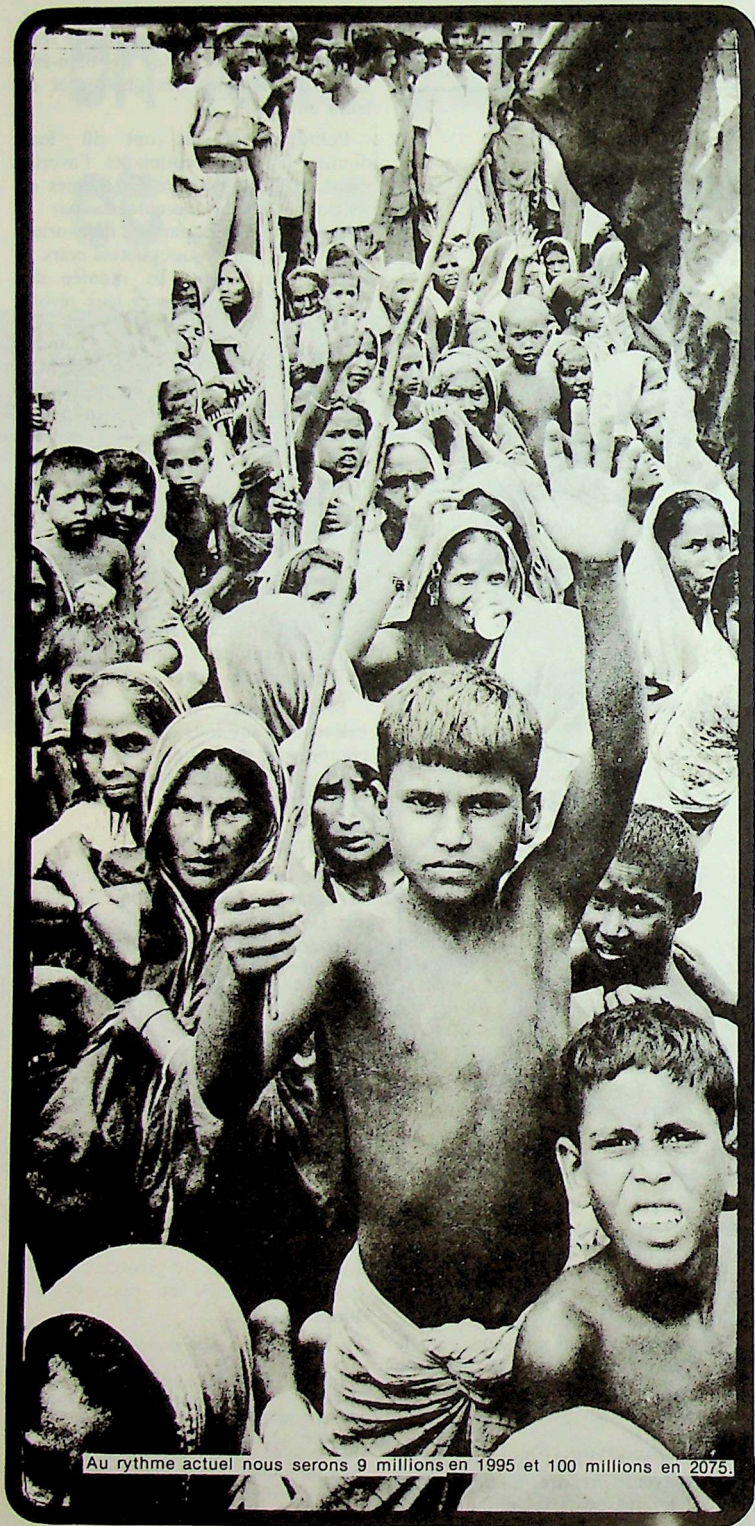
Pour contrôler notre sexualité et notre force de reproduction, c'est contre tout le système capitaliste et patriarcal qui nous exploite et nous opprime qu'il faut engager la lutte.

Mais avant, si nous revenions brièvement sur tous ces points afin de comprendre un peu plus clairement les enjeux politiques et économiques de la contraception et de l'avortement...

Un brin d'histoire...

On a commencé à tenter d'équilibrer la natalité et la mortalité quand la survie collective et la limitation des ressources l'ont imposé. On développa des mécanismes, des structures familiales et sociales et des modèles de comportement, pour inciter les femmes à avoir beaucoup d'enfants afin de pallier aux risques de mortalité extrêmement élevés (guerres, famines, épidémies, etc). Si la natalité dépassait trop les ressources, on utilisait des méthodes contraceptives comme le coït interrompu, des douches vaginales, des tampons et des breuvages de toutes sortes (1). Le taux d'efficacité très relatif de ces méthodes obligeait à recourir à l'arrêt de grossesse et dans des cas ultimes et plus rares à l'infanticide.

(1) Pierre Pradervant dans "L'introduction aux problèmes de planning familial et de la limitation des naissances dans le tiers-monde" nous parle de breuvages faits avec de la poudre à canon ou du vif argent ou encore de bave de chameau et de miel mélangé à des cadavres d'abeilles. Quant aux tampons, il mentionne ceux composés d'excrément de crocodile (Egypte ancienne), de persil, de poivre, etc...



Au rythme actuel nous serons 9 millions en 1995 et 100 millions en 2075.

L'impérialisme démographique ou on a marché sur les femmes...

Lyndon B. Johnson, ex-président des Etats-Unis, déclarait "...investir moins de \$5.00 dans le contrôle des populations équivaut à investir \$100 pour la croissance économique".

Alors que les pays capitalistes ont basé leur propre développement sur l'exploitation et le pillage systématique des pays du tiers-monde et qu'ils ont provoqué un profond déséquilibre démographique (1), ils essaient maintenant de faire croire que la limitation des naissances est en soi un gage de croissance économique.

Ils essaient aussi de vendre leurs programmes anti-natalistes en faisant valoir la menace de la surpopulation. En effet à son rythme actuel de croissance, la population mondiale qui frise les 4 milliards actuellement grimperait à 9 milliards en 1995, 40 milliards en l'an 2025 et 100 milliards en 2075. (1) Certes, l'épuisement des ressources et l'explosion démographique sont des problèmes réels et sérieux de même qu'il est vrai, en partie, qu'un taux de croissance démographique trop élevé, peut être un obstacle au développement.

Mais quand les pays riches lancent de vivrants appels de discipline démographique aux pays du tiers-monde (2) et soutiennent à coup de millions leurs programmes anti-natalistes, ils omettent de dire qu'ils sont les premiers responsables du gaspillage des ressources. Avec 13% de la population mondiale, ils consomment 87% des ressources énergétiques, s'approprient la moitié de la pêche mondiale, utilisent 20% des surfaces agricoles cultivables en plus de leurs propres terres.

En faisant l'hypothèse (minimale) qu'un habitant des pays développés moyens a un impact sur la population et l'épuisement des ressources quinze fois supérieur à celui d'un habitant du tiers-monde, le % d'accroissement naturel des 1.1 milliards d'hommes des pays développés entraîne deux fois et demi plus de dégradation des ressources mondiales que les 2.5% d'accrois-

(1) Les conquêtes coloniales, les guerres impérialistes ont disséminé des populations entières alors que l'introduction de l'hygiène et de la médecine ont brisé l'équilibre natalité-mortalité qui permettait de respecter les ressources.

(1) Source: Douze milliards d'hommes... in Le Nouvel Observateur, no. 512 du 2 au 8 septembre 74, p. 31, article signé Michel Bosquet.

(2) Comme ce fut le cas à la Conférence de Bucarest en août dernier portant sur les problèmes de population.

sément annuel des 2.6 milliards d'hommes du tiers-monde. (2)

La rentabilité de nos maternités

Alan R. Guttmacher a décrit de façon non équivoque les intérêts des pays développés dans cette offensive antinataliste.

"Une augmentation démographique démesurée sans croissance économique parallèle, mène à une baisse constante du niveau de vie. Une telle baisse accompagnée d'un accroissement de la pauvreté et de la famine, livre la population à toutes les formes de "ismes", qu'il s'agisse de communisme, du fascisme, du pan-arabisme, et les éloigne de la démocratie."

Est-ce que des organismes de planification familiale se mêleraient de politique et lutteraient contre le socialisme? Quant à lui, Robert McNamara, président de la Banque mondiale, ex-président de Ford, secrétaire à la Défense et administrateur de la fondation Ford, considérait que l'explosion de la population constituerait le plus grand obstacle au progrès de l'Amérique Latine. Il précisa même que "les programmes de planification familiale sont moins coûteux que les projets de développement de type conventionnel... et les programmes de ce style qui réussiront seront la source de très gros gains économiques". Pour qui ces gains économiques M. McNamara?

Pour les pays industrialisés, il s'agit en fait de freiner à tout prix la forte croissance démographique du tiers-monde afin d'éviter une remise en question radicale du pillage actuel des ressources et des richesses. Ces populations trop nombreuses pour les faibles ressources qu'on leur laisse n'auront pas d'autres choix d'ici quelques années que de combattre violemment le capitalisme ou crever de faim par millions. Les pays impérialistes et particulièrement les U.S.A. le savent fort bien et ils font tout en leur pouvoir pour conserver leur suprématie, maintenir le statu quo et éviter ces révolutions.

Pour avoir une idée de l'ampleur de ces programmes, soulignons simplement que de 68' à 72', le budget de l'Agence internationale de développement est passé de \$10.5 à \$250 millions, celui de la Banque mondiale a centuplé, passant de \$3 millions en 1960 à \$225

millions en 1971 alors que les fonds internationaux versés à titre de planning familial s'élevaient à \$124 millions.

Ainsi, dès 1936, alors que la contraception était quasi-inexistante au Québec, les Etats-Unis créaient à Porto-Rico un véritable petit laboratoire de planning familial, avec notamment comme résultat qu'en 1965, un tiers des femmes portoricaines en âge d'avoir des enfants étaient stérilisées.

Ce qui est contestable, ce n'est pas la contraception et le planning en soi, mais les objectifs des pays développés dans ce secteur et leurs méthodes d'intervention. On a par exemple stérilisé des milliers de femmes sud-américaines à leur insu et il semble qu'un nombre croissant d'experts, surtout occidentaux, demandent l'introduction de méthodes contraceptives ne demandant qu'un minimum de motivation (certains vont même jusqu'à suggérer l'introduction de procédés qui pourraient être appliqués arbitrairement et sur une grande échelle à des populations dont on n'aurait même pas demandé le consentement comme par exemple des stérilisants chimiques à mettre dans l'eau potable. (1) Dans le livre de Pierre Pradervant, on retrouve même des tableaux de primes offertes à ceux qui acceptent la vasectomie et à celles qui acceptent la stérilisation ou la pose du stérilet.

Bref, les pays développés tiennent à diminuer la croissance démographique des pays du tiers-monde afin d'amoindrir les risques de révolte et d'éviter que les pays qu'ils exploitent ne

(1) Introduction aux problèmes de planning familial et de la limitation des naissances dans le tiers-monde. Pierre Pradervant, p. 99, Editions du Centre de Planning familial du Québec, 1971, Montréal.

remettent en question le haut niveau de consommation du club des riches et le partage inégal des ressources. Ils veulent d'autre part freiner la croissance de ces larges bassins de main-d'oeuvre dont ils n'ont pas besoin en si grand nombre et qui constituent des charges économiques trop lourdes. Les pays riches préfèrent donc procéder à un génocide préventif plutôt que d'assumer le scandale de la mort de millions d'hommes... à moins que ces derniers n'organisent leur révolte avant... Malgré l'ampleur des sommes investies, ces programmes ne constituent pas tous à date des succès retentissants et il faut donc éviter d'en exagérer la portée. Il ne suffit pas uniquement d'employer des moyens techniques comme la pilule ou le stérilet mais il faut les intégrer dans des programmes de promotion et d'éducation féminine afin d'encadrer la contraception dans de nouveaux modèles de comportement. Après l'approche technique on assistera donc de plus en plus à l'approche psychologique et tout ce qu'elle peut signifier comme tentative de récupération de l'émancipation des femmes et des luttes féministes.

Paradoxalement, la contraception qui est une arme de libération indispensable pour les femmes, risque de constituer dans le tiers-monde un frein à la révolte des peuples opprimés si les femmes ne s'en servent pas comme arme pour leur libération et celle de leur peuple.

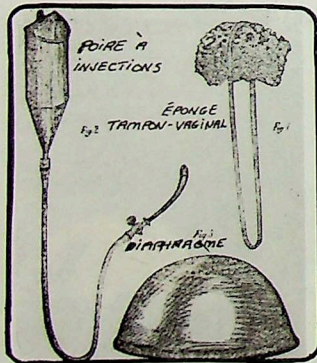
Enfin, il est évident que ce vaste génocide préventif ne menace pas à lui seul d'étouffer toute la révolte et de paralyser toutes les tentatives d'organisation révolutionnaires, mais il constitue une arme supplémentaire aux mains des pays impérialistes qu'il ne faut plus négliger.



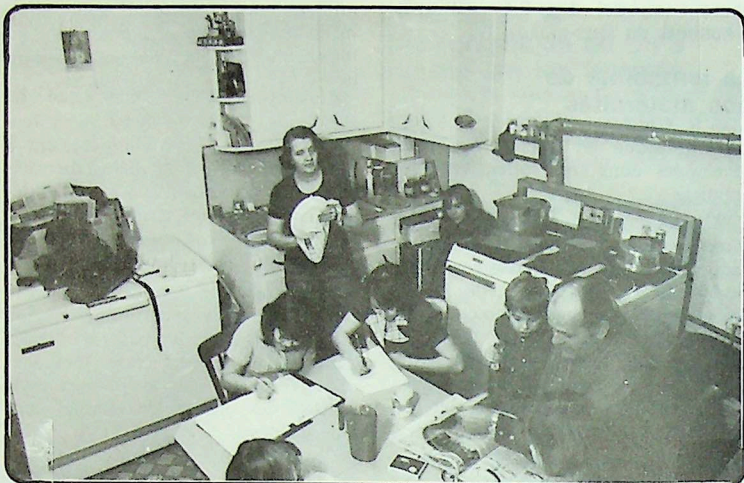
(2) Source(Inflation démographique et Tiers-Monde, Paul Bairoch, Monde Diplomatique Août 74, p. 11.

Ainsi, l'avortement se pratique depuis des milliers d'années, notamment en Egypte, en Mésopotamie, en Grèce et à Rome et dans certains cas il constituait l'un des principaux moyens de freiner la natalité.

Dès les débuts du patriarcat, les hommes tenaient pour la dot et la descendance, à contrôler la sexualité de leur fille et de leur femme. Dans certaines tribus on allait même jusqu'à couper le clitoris des filles pour s'assurer de leur virginité avant le mariage, de leur productivité d'enfants et de l'exclusivité de leur relation à leur mari par la suite (1). Quant à l'avortement, s'il était permis à certains moments pour assurer l'équilibre entre les ressources et la population, il était généralement interdit et sévèrement puni quand il était pratiqué à l'insu du mari ou sans son consentement. En Assyrie, on empalait (2) et on privait de sépulture les femmes qui s'avortaient sans le consentement du mari. Mais ce sont surtout les hommes des classes dominantes qui imposaient des normes sévères pour diminuer ou augmenter la natalité selon leurs besoins d'esclaves, de soldats et de main d'oeuvre. On écartait la très grande majorité des femmes de la vie politique, sociale et économique et on niait leur droit d'intervenir dans ces secteurs qui pourtant déterminaient leur vie et leurs grossesses. On les enfermait dans leur seul rôle de productrice d'enfants et de travailleuses soumises et non payées, et on utilisait le fait qu'elles étaient mères et ménagères pour conclure à leur incapacité de faire autre chose et pour contrôler leur sexualité et leur force de procréation à des fins politiques et économiques sur lesquelles elles n'avaient rien à dire.



(1) Wilhelm Reich, L'irruption de la morale sexuelle, ed: Payot, Paris 1972, p. 101. Collection Sciences de l'homme.
 (2) empaler: Enfoncer par le fondement de supplicé un pieu, ou pal, qui traverse les entrailles. Petit Larousse.



Les temps n'ont guère changé...

Depuis des milliers d'années, la même logique se perpétue de mère en fille. On nous cloître dans nos cuisines avec comme seules perspectives d'élever notre famille et de rendre notre homme heureux. Comme on nous a mis les oeillères de la maternité et du ménage dès la petite enfance, on adopte ce rôle, se culpabilisant de n'être pas une vraie femme si on n'a pas d'enfants car notre "accomplissement" c'est de réduire nos possibilités à la seule maternité...

Nouveaux Medias (CDS)

Ce que nous contestons, ce n'est pas la maternité en soi. Non, c'est le fait qu'on nous oblige à devenir mère contre notre gré, c'est qu'on refuse de nous laisser choisir quand et combien nous voulons d'enfants. Ce que nous contestons c'est que d'hypocrites comités de sélection décident à notre place d'avorter ou non, c'est que les médecins stérilisent à leur insu des petites noires américaines de 11 ou 12 ans parce qu'elles vivent sur le bien-être social (1).

(1) Stérilization: Who decides? de Gene Marine, Ramparts, Sept. 74, p. 14.



On nous a mis les oeillères de la maternité et du ménage dès la petite enfance.

Roger Charbonneau (GAP)

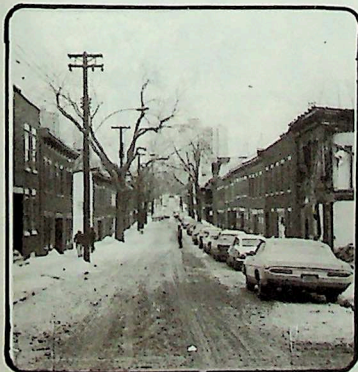
Ce que nous contestons c'est qu'on nous oblige à avoir des enfants dans des conditions impossibles, sans garderies, sans argent, sans services collectifs dans les taudis trop petits de villes d'asphalte polluées.



Camille Maheux (Atelier de l'image)

La maternité, l'alibi de notre exploitation

Ce que nous contestons surtout c'est que la maternité serve d'alibi à notre propre exploitation. Sous prétexte que nous serons "maman un jour" il faut jouer à des jeux féminins et adopter des comportements féminins caractérisés entre autres par la gentillesse, la soumission, la tendresse. Aux sports collectifs, on nous opposera la compétition individuelle et la chasse au prince charmant. Et nous apprendrons lentement à vivre par l'intermédiaire d'un autre et à être dépendante, ce que toutes les législations du mariage viendront confirmer sous prétexte qu'il faut nous protéger comme des enfants.



En fait toute notre psychologie et nos attitudes seront marquées par cette fatalité de la sexualité et de la maternité. Cette mentalité dominée et colonisée de subalterne qu'on nous aura inculquée, ainsi que le risque de nos grossesses-surprises permettra de nous confiner plus facilement dans les pires emplois en nous payant deux fois moins que les autres travailleurs et en nous astreignant à la double journée de travail. D'ailleurs, comment nous faire avaler le pilule du travail ménager sans l'enrober de l'alibi de la maternité. Qui serait assez dupe pour croire que son destin et sa vocation consistent à laver les planchers, faire la cuisine et la lessive toute sa vie gratuitement par amour, si on ne la persuadait pas que toutes les tâches domestiques sont liées à la maternité et si ses deux ou trois enfants ne l'enfermaient pas dans la routine de la maison.

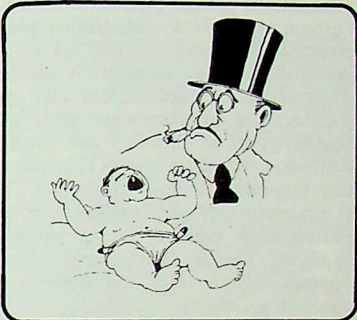
Si nous étions payées pour le travail ménager le Canada aurait du verser \$8 milliards en 1968 à ce chapitre, soit 11% du produit national brut (1)

En France d'autre part, on estime que les salariés fournissent 43 milliards d'heures de travail alors que les femmes accomplissent 45 milliards d'heures de travail ménager qui n'est pas payé.(2)

Nos grossesses permettent non seulement de fournir de la main d'oeuvre au rythme des besoins du capital mais

elles lui servent d'alibi pour nous extorquer du travail ménager gratuit et pour nous utiliser comme cheap labour de réserve.

En fait, ce rôle de mère et de ménagère a une fonction économique, politique et sociale indispensable, les démographes et les économistes le savent et les capitalistes s'en servent...



Dans les pays du tiers-monde, les pays capitalistes tiennent aussi à contrôler la sexualité et les grossesses des femmes pour des enjeux politiques et économiques mais ce contrôle prend un visage très différent.

(1) Commission royale d'enquête sur la situation de la femme au Canada. Information Canada Ottawa 1970, p. 36.

(2) L'avortement, une loi en procès. L'affaire de Bobigny. Association Choisir, Paris, Collection Idées de Gallimard 1973, p. 12.



Comment nous faire avaler la pilule du travail ménager sans l'enrober de l'alibi de la maternité.

André Sénécal (GPP)

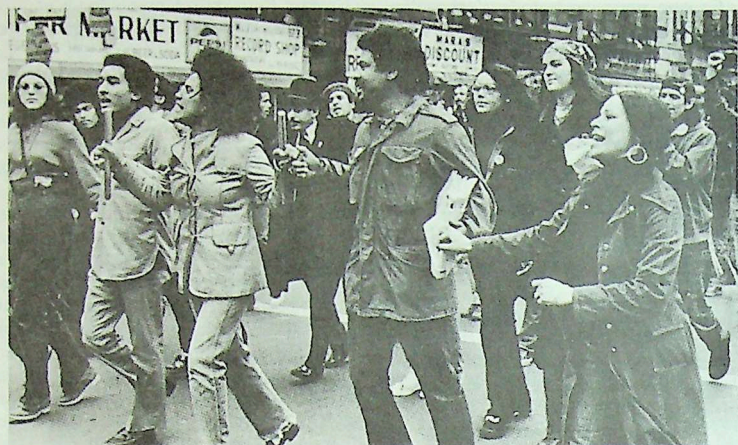
L'exemple américain : un calcul de rentabilité similaire...

Spécifions au départ que les pays développés connaissent une forte baisse du taux de natalité, attribuable à l'élévation du niveau de vie et à des phénomènes comme l'industrialisation, l'urbanisation et la scolarisation plus poussée. D'autre part, une série de facteurs allant du surplus de main-d'oeuvre et du fardeau des charges sociales, aux problèmes de santé en passant par la montée des luttes féministes ont pu jouer dans l'extension des programmes de planning et de contraception. Mais tenons-nous en à l'avortement comme tel. Comment expliquer que les USA après s'être opposés si longtemps à l'avortement l'aient légalisé?

Depuis quelques années, les USA étaient forcés d'admettre l'avortement comme une réalité puisqu'il se pratiquait de façon massive aux USA. Le problème touchait surtout les femmes des milieux défavorisés dans la mesure où ces femmes ont moins accès à l'information sur la contraception et n'avaient surtout pas les moyens de se payer un avortement illégal allant de \$150 à \$700. Elles étaient donc confrontées à l'auto-avortement ou à l'avortement de charlatans ou alors elles devaient assumer la charge d'un autre enfant.

Le premier état à légaliser l'avortement fut l'Etat de New-York. Or, dans la seule ville de New-York, le traitement des complications graves résultant d'avortements illégaux a coûté \$4 millions en 1969. D'autre part, "les allocations sociales (qui correspondent ici au Bien-Etre social) sont, à elles seules, la charge la plus lourde du budget. Plus d'un million de personnes (on estime maintenant ce nombre à 2 millions) sont prises en charge par la ville. Coût moyen d'un individu pris en charge par les services municipaux \$2.000, prix d'un avortement dans un hôpital municipal \$160.00.

En légalisant l'avortement, non seulement on limitait les frais hospitaliers dus à des avortements bâclés mais on freinait l'accroissement des frais d'assistance sociale. De plus, comme les industries américaines utilisent abondamment la main-d'oeuvre étrangère et que le taux de chômage américain croît constamment, on a moins intérêt à contraindre les femmes des milieux défavorisés à avoir des enfants qui seront à la charge de l'Etat et qui



viendront grandir les rangs des chômeurs et assistés sociaux.

Enfin, le pouvoir avait intérêt à freiner l'accroissement de ces couches exploitées, composées majoritairement de noirs et de portoricains, afin de ne pas amplifier les risques de troubles raciaux et sociaux. Si ces classes dominées continuent de s'entasser dans des ghettos aux conditions de plus en plus misérables, ils en viendront à s'organiser et à lutter contre ce système qui les exploite et les opprime. Certes des mesures comme la légalisation de l'avortement n'arrivent pas à elles seules à amortir ces risques de tensions sociales. Elles ne sont qu'un élément parmi bien d'autres comme les politiques sociales et la répression, pour contrer et récupérer les risques de révolte.

A notre avis toutefois, ce sont surtout les luttes féministes qui ont forcé l'Etat à légaliser l'avortement. Economi-

quement dans certains cas, l'Etat y gagnait peut-être mais il tenait à conserver le contrôle de l'avortement. Il ne s'agissait pas comme dans le droit de vote de concéder uniquement un droit démocratique, il s'agissait de donner aux femmes l'ultime moyen de contrôler leur force de reproduction avec toutes les conséquences qui s'ensuivent. Les femmes devaient donc opposer un rapport de force qui fasse suffisamment trembler le pouvoir pour qu'il cède. Grâce aux organisations de masses qu'elles ont mises sur pied et grâce au travail soutenu d'agitation et de propagande qu'elles ont entrepris, elles ont fini par gagner.

Toutefois, l'Etat a tout fait pour récupérer la lutte menée et casser la force du mouvement. Il a tout fait pour conserver à l'avortement son caractère lucratif puisqu'il faut encore payer et fort cher pour avorter.



Au Québec...

Au Québec, la situation apparaît de façon quelque peu différente. Nous en restons ici à la question du Québec que nous distinguons du reste du Canada puisque c'est au Québec que les restrictions et la répression concernant l'avortement sont les plus fortes. (1)

Au plan économique, il semble urgent de relever le faible taux de natalité qui assure à peine le renouvellement de la population. Ceci a pour conséquence notamment, que la population active sera très faible d'ici quelques années et qu'elle devra supporter le fardeau d'une population inactive très large. Evidemment seules des politiques incitant et donnant les moyens aux femmes d'avoir les enfants qu'elles désirent (garderies, congés de maternités pour toutes, etc., etc.) peuvent amener une certaine hausse de la natalité. Actuellement on fait l'inverse et on joue sur l'ignorance et l'échec de la contraception, qui touche évidemment davantage les femmes de milieux défavorisés, pour s'assurer de la nouvelle main-d'oeuvre. Ces politiques, basées sur l'ignorance et la contrainte (puisqu'on contraint des femmes à accoucher d'enfants non désirés) sont discriminatoires et inefficaces à long terme puisqu'elles ne peuvent pas à elles seules hausser le taux de natalité de façon significative. Ces politiques sont toutefois plus économiques que des politiques incitatives où l'Etat devrait déboursier pour offrir des services essentiels aux femmes désireuses d'avoir des enfants.

Cependant, l'augmentation des divorcés et des séparations, l'accroissement du nombre d'enfants dits "illégitimes" et du nombre de femmes qui assument seules la charge d'une famille, obligent l'Etat à supporter des charges de plus en plus lourdes (40.000 mères chefs de famille sur le bien-être social, 40.000 enfants placés en institutions dont 24.000 en foyers nourriciers). Comme ce sont d'abord des femmes du prolétariat qui sont pénalisées par l'illégalité et le coût exorbitant de l'avortement et comme elles et leurs enfants constituent souvent une lourde charge pour l'Etat, celui-ci aura peut-être intérêt au plan économique à reconnaître que l'avortement est un état de fait au Québec et à l'instar des U.S.A. qu'il faut le légaliser.

(1) Malgré un certain durcissement des positions, l'interprétation de la loi concernant l'avortement thérapeutique en Colombie-Britannique et en Ontario, correspond presque à la légalisation restrictive de certains pays.

Toutefois, l'histoire, la culture et la tradition religieuse du Québec constituent des handicaps sérieux à la légalisation de l'avortement. Comme l'industrialisation et l'urbanisation se sont faites tardivement, que la tradition rurale s'est manifestée jusqu'aux années 60 et que l'emprise du clergé s'estompe à peine depuis une quinzaine d'années, nos conceptions de la femme

toutefois encore beaucoup trop peu et nous sommes loin du travail de masse entrepris par les militantes Françaises et Américaines. En fait, notre seule chance de gagner est de sortir la lutte de la clandestinité et de l'organiser sur des bases larges de façon à faire reculer le pouvoir et à l'obliger à légaliser l'avortement.

Radicaliser la lutte



et de la maternité sont intimement liées et elles s'inspirent des vieilles traditions rurales. Collectivement nous nous rattachons souvent encore au stéréotype de la mère aux douze enfants et nous acceptons mal que les femmes remettent cette fonction en question ou veuillent décider quand et combien elles auront d'enfants. Ce sont d'ailleurs souvent des femmes qui ont elles-mêmes consacré leur vie à élever une famille qui s'opposent le plus vivement à ce que leurs filles contrôlent leurs maternités ou qu'en cas d'échec elles avortent, car ce serait trop souvent, hélas, remettre leur vie en question.

Enfin, toutes les forces qui s'opposent à l'avortement et occupent la quasi-totalité du débat ralentissent la légalisation. Ces forces de droite cautionnent l'attitude rétrograde du gouvernement en cette matière et encouragent son statu quo.

Face à cela, les groupes plus progressistes, qui en France par exemple ont fait front commun pour obliger l'Etat à modifier la loi, demeurent muets ou presque, la plupart d'entre eux considérant cette question comme peu politique ou encore peu "rentable" politiquement...

Quant aux groupes féministes, ils ont consacré leurs énergies jusqu'à présent à offrir un service clandestin aux femmes prises avec des problèmes d'avortement, ils ont amorcé un travail d'information et de propagande et ils ont constitué les bases d'un mouvement large s'occupant de la question. C'est

Toutefois dès le départ, il faut éviter de confiner la lutte dans un simple jeu légaliste et faire ressortir son caractère anti-capitaliste et anti-patriarcal.

En effet, si les problèmes de population mondiale amènent une conjoncture favorable à la libéralisation de l'avortement et de la contraception, il faut en voir les raisons économiques, politiques et idéologiques véritables et il ne faut pas se laisser bernier et croire qu'il s'agit d'un acquis irréversible. Non seulement le pouvoir peut très bien l'utiliser à d'autres fins, comme c'est le cas pour le génocide préventif dans certains pays du tiers-monde, non seulement il peut très bien le récupérer sans que les femmes ne contrôlent davantage leurs corps, mais il peut aussi faire marche arrière et nous retirer ces droits acquis.

Pour maîtriser véritablement notre corps et notre vie, il faut comprendre qui les contrôle et dans quel intérêt. Il faut se battre non seulement à un niveau individuel pour affronter les préjugés et le chauvinisme mâle dans tous nos rapports mais il faut resituer le rôle politique et économique de notre force de procréation.

Il est très clair que la lutte pour l'avortement soulève tout le problème du contrôle et de l'utilisation de notre capacité d'avoir des enfants et qu'elle s'inscrit dans la lutte plus globale contre le système capitaliste. A ce titre, c'est avec les femmes les plus marquées par cette double exploitation sexuelle et économique qu'il faut surtout engager la lutte.

la loi

LOI CANADIENNE SUR L'AVORTEMENT

ARTICLE 251

(1) est coupable d'un acte criminel et passible de l'emprisonnement à perpétuité, quiconque, avec l'intention de procurer l'avortement d'une personne de sexe féminin, qu'elle soit enceinte ou non, emploie quelque moyen pour réaliser son intention.

(2) Est coupable d'un acte criminel et passible d'emprisonnement de deux ans, toute personne du sexe féminin qui, étant enceinte, avec l'intention d'obtenir son propre avortement, emploie, ou permet que soit employé quelque moyen pour réaliser son intention.

(3) Au présent article, l'expression "moyen" comprend

- a) l'administration d'une drogue ou autre substance délétère
- b) l'emploi d'un instrument, et
- c) toute manipulation.

(4) Les paragraphes (1) et (2) ne s'appliquent pas

a) à un médecin qualifié, autre qu'un membre d'un comité de l'avortement thérapeutique de quelque hôpital, qui s'emploie de bonne foi, dans un hôpital accrédité ou approuvé, quelque moyen pour réaliser son intention de procurer l'avortement d'une personne du sexe féminin, ou

b) à une personne du sexe féminin qui, étant enceinte, permet à un médecin qualifié d'employer, dans un hôpital accrédité ou approuvé, quelque moyen mentionné à l'alinéa a) aux fins de réaliser son intention d'obtenir son propre avortement, si, avant que ces moyens ne soient employés, le comité de l'avortement thérapeutique de cet hôpital accrédité ou approuvé, par la décision de la majorité des membres du comité et d'une réunion du comité au cours de laquelle au moins deux tiers des membres du comité ont voté en faveur de cette personne du sexe féminin a été

constitué, et que cette personne du sexe féminin a été déclarée par certificat qu'à son avis la poursuite de la grossesse de cette personne du

sexe féminin mettrait ou mettrait probablement en danger la vie ou la santé de cette mère, et

d) a fait remettre une copie de ce certificat au médecin qualifié.

(5) Le ministre de la Santé d'une province peut, par ordonnance,

a) requérir un comité de l'avortement thérapeutique de quelque hôpital dans cette province, ou un membre de ce comité, de lui fournir une copie d'un certificat mentionné à l'alinéa (4)c) émis par ce comité, ainsi que les autres renseignements qu'il peut exiger au sujet des circonstances entourant l'émission de ce certificat ou,

b) requérir un médecin qui, dans cette province, a procuré l'avortement d'une personne de sexe féminin nommée dans un certificat mentionné à l'alinéa (4)c), de lui fournir une copie de ce certificat, ainsi que les autres renseignements qu'il peut exiger au sujet de l'obtention de l'avortement.

(6) Aux fins des paragraphes (4) et (5) et du présent paragraphe, "comité de l'avortement thérapeutique" d'un hôpital désigne un comité formé d'au moins trois membres qui sont tous des médecins qualifiés, nommé par le conseil de cet hôpital pour examiner et décider les questions relatives aux arrêts de grossesse dans cet hôpital:

"conseil" désigne le conseil des gouverneurs, le conseil de direction ou le conseil d'administration ou les trustees, la commission ou autre personne ou un autre groupe de personnes ayant le contrôle et la direction d'un hôpital accrédité ou approuvé;

"hôpital accrédité" désigne un hôpital accrédité par le Conseil canadien d'accréditation des hôpitaux, dans lequel sont fournis des services de diagnostic et des traitements médicaux, chirurgicaux ou obstétricaux;

"hôpital approuvé" désigne un hôpital approuvé aux fins du présent article par le ministre de la Santé de la province où il se trouve;

"médecin qualifié" désigne une personne qui a le droit d'exercer la médecine en vertu des lois de la province dans laquelle est situé l'hôpital mentionné au paragraphe (4);

"ministre de la "santé" désigne:

a) dans les provinces d'Ontario, de Québec, du Nouveau-Brunswick, du Manitoba, d'Alberta, de Terre-Neuve et de l'Île-du-Prince-Édouard, le ministre de la santé,

b) dans la province de la Colombie-Britannique, le ministre des Services de santé et de l'assurance-hospitalisation,

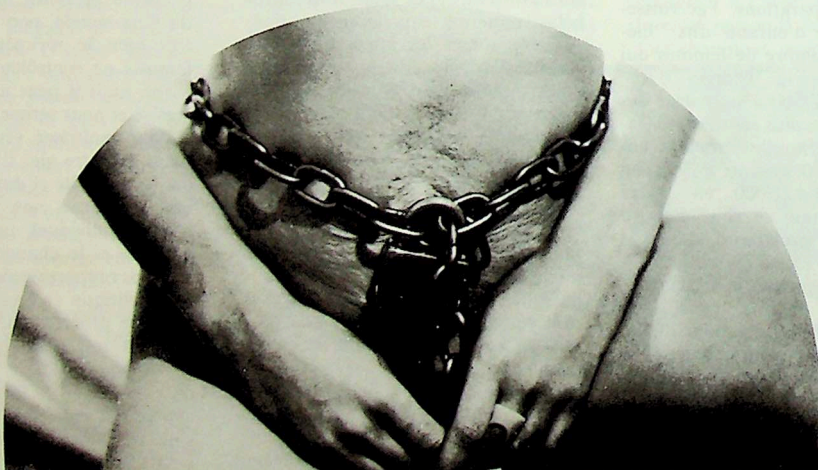
c) dans les provinces de Nouvelle-Écosse et de Saskatchewan, le ministre de la Santé publique, et,

d) dans le territoire du Yukon et les territoires du Nord-Ouest, le ministre de la Santé Nationale et du Bien-Être social.

(7) Rien au paragraphe (4) ne doit s'interpréter de manière à faire disparaître la nécessité d'obtenir une autorisation ou un consentement qui est ou peut-être requis, autrement qu'en vertu de la présente loi, avant l'emploi de moyens destinés à réaliser une intervention de procurer l'avortement d'une personne de sexe féminin. 1954-54,c.51,art.237; 1968-69,c.38,art.18

ARTICLE 252

Est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement de deux ans, quiconque illégalement fournit ou procure une drogue ou autre substance délétère, ou un instrument ou une chose, sachant qu'elle est destinée à être employée ou utilisée pour obtenir l'avortement d'une personne de sexe féminin, que celle-ci soit enceinte ou non. 1953-54,c.51,art.238



Au moins 25,000 femmes par année au Québec ne respectent pas cette loi et se font avorter illégalement. Elles sont donc toutes passibles de deux ans de prison. Y aurait-il assez de place dans nos prisons?



Nous savons qu'un service de référence pour l'avortement et la contraception fonctionne depuis maintenant 5 ans. Mais les conditions dans lesquelles il est né sont moins connues. Il est important de les relever parce que ce service a été en quelque sorte le "prétexte" à regroupement des premières féministes socialistes à Montréal. Ce service et son développement sont d'autant plus importants pour

nous qu'ils ont été à l'origine de la lutte que nous tentons d'organiser.

Nous essaierons donc dans ce texte de refaire le scénario de la naissance du service, des militantes qui l'ont fait fonctionner et de dégager les questions qui continuent à se poser par rapport à la lutte pour le contrôle de nos corps.

Naissance du service ou comment la clandestinité s'organise...



Les 150 "Quebecois", enchaînés les unes aux autres par esprit de solidarité, ont été rapidement et rudement empiéces dans les "paniers à salade", hier soir, après qu'elles eurent refusé d'obtempérer à l'ordre de dispersion de la police. Elles ont littéralement forcé les hommes de "l'anti-omelette" à procéder contre elles, en vertu de la loi qu'elles dénonçaient. (Photo, le Journal — Pichette)

C'est en 1969 que le premier service de référence pour l'avortement et la contraception se met à fonctionner. Une équipe de jeunes médecins (hommes et femmes) de l'université McGill publie une brochure "Pour un contrôle des naissances" dans laquelle on expliquait les diverses méthodes d'avortement en tentant de les démythifier médicalement. A la suite de la parution de la brochure, les appels téléphoniques demandant des avortements ont littéralement assailli le bureau de l'équipe. Rapidement, un groupe de femmes anglophones, en grande partie de l'université McGill, ont réagi et ont mis sur pied un service de référence. C'était le Women's Libération Movement qui n'existe plus maintenant. Au début, on prenait rendez-vous pour les femmes chez des médecins qui acceptaient de faire des avortements dans leur bureau et on allait chez-elles leur donner l'information sur la méthode d'avortement et les méthodes contraceptives.

Petit à petit, ce service organisé par un groupe de femmes féministes a constitué le lieu de rendez-vous unique à l'époque de toutes les femmes et militantes de groupes mixtes qui s'intéressaient à la question des femmes et qui n'étaient pas satisfaites des débats qu'elles avaient dans leur milieu. Ce fut le cas de militantes francophones, en grande partie issues de groupes mixtes qui, après avoir travaillé un an avec le groupe anglophone, organisèrent leur propre service et formèrent le Front de Libération des Femmes du Québec. Plus tard, certains éléments du noyau du FLFQ et d'autres militantes s'organiseront en Centre des Femmes.

Les "nouvelles renégates" du mouvement ouvrier

Rappelons d'abord qu'à l'époque, les seuls groupes féministes dont nous entendions parler étaient les groupes américains, à la rigueur de temps en temps du Mouvement de Libération des Femmes en France... et les média se chargeaient de leur faire une image super-charriée dans le style "c'est une gang de femmes qui veulent abolir les soutiengorges ou alors c'est une poignée de frustrées probablement toutes lesbiennes!..." Bien sûr, les mouvements américains

n'étaient pas avancés mais ils n'en constituaient pas moins un acquis: ils venaient de poser radicalement et avec force la question de l'oppression des femmes dans leur société.

La "moitié du ciel" tentait, à travers divers groupuscules, d'affirmer son existence en tant que groupe social opprimé politiquement, économiquement et culturellement et la "gauche" autant québécoise qu'américaine les bouyait et même souvent les condamnait en les traitant de "petites-bourgeoises-en-mal-d'action"! Il est vrai qu'en 1967-68-69, les revendications du mouvement féministe s'attardaient plus aux manifestations de notre exploitation qu'à ses fondements et que cela s'exprimait plus à travers des revendications de type culturel... mais il n'en reste pas moins qu'il venait d'ouvrir un jalon inexploré maintenant essentiel au développement du mouvement ouvrier.

C'est dans cet atmosphère peu encourageant que des militantes de mouvements progressistes mixtes et des femmes sorties de leur isolement sont venues jeter un coup d'oeil d'abord curieux sur la première tentative de contact avec les femmes par le biais du service d'avortement. A ce moment-là, les questions qui se posaient étaient très élémentaires: y a-t-il une oppression qui sait peut-être une exploitation spécifique aux femmes et y a-t-il nécessité d'organisation spécifique autour de la question? Malgré la crainte d'être jugées comme des "renégates" ou des "agents de division de la classe ouvrière" ou que sais-je encore... les militantes persistaient dans leurs réflexions.

Voilà dans quel contexte le premier groupe féministe s'est constitué à Montréal. Elles étaient les seules politiquement à poser les questions concernant l'exploitation spécifique des femmes. La lutte a été dure... Constamment, les militants rappelaient aux militantes à tendance féministe de laisser tomber ces préoccupations hautement secondaires et de "rentrer dans les rangs" du mouvement ouvrier qui se développait.

Malgré toutes ces désincitations, le Front de Libération des Femmes s'organisa en un premier temps (1969-1971). Puis, en janvier 1972, quelques militantes mettent sur pied le Centre des Femmes. Les objectifs de l'équipe était de systématiser la réflexion et l'analyse de la question des femmes dans notre société capitaliste. Le petit groupe restreint constitué par le Centre des Femmes offrait enfin les conditions pour faire ce travail, en tout cas plus que le FLF à la composition super-hétérogène, à la ligne politique peu claire et aux objectifs trop globaux.

C'est au Centre des Femmes que le service de référence a continué de fonctionner. A partir de 1971, des médecins pratiquaient des avortements par aspiration dans leur bureau à des prix raisonnables... de \$0. à \$250... Le service, de 1971 à 1973, recevait près de 60 femmes par semaine qui venaient en petit groupe au Centre avant d'aller à leur rendez-vous. Au Centre, les militantes du service discutaient avec les femmes de la difficulté de se faire avorter au Québec, des prix exorbitants des voyages à New-York, du comment elles étaient devenues enceintes, du contraceptif qu'elles comptaient utiliser, si elles pouvaient en parler dans leur milieu, si le mari ou l'homme était au courant, du comment elles avaient obtenu l'argent de l'avortement, etc... C'est ainsi que ce service est devenu une pratique riche de faits. Elle nous en a appris beaucoup sur l'exploitation des femmes, sur les conditions de la maternité dans notre système capitaliste et sur la répression sexuelle que les femmes subissent quotidiennement.

Pour les militantes du service et du Centre, une question fondamentale se posait: comment dépasser le service? Nous ne sommes pas une agence sociale! Comment faire en sorte que les femmes qui ont recours au service dépassent l'acte individuel de l'avortement, qu'elles comprennent toutes les implications politiques et économiques et s'engagent dans une lutte pour la libéralisation de l'avortement pour toutes les femmes? Ces questions se posaient et continuent de se poser. Mais comment s'engager dans la lutte en 1971? Elle n'était même pas organisée! Il y avait bien le Front Commun pour l'Abrogation des Lois sur l'Avortement (FCALA) mais ses membres n'étaient pas prêts à mettre de l'avant "avortement et contraception libres et gratuits" et se limitaient presque exclusivement à des revendications de type légaliste. A cette époque, avec qui pouvions-nous poser ces questions? Comment débattre de la pertinence politique d'une lutte sur la question de l'avortement et de la contraception? Avec personnel!



Toutes ces questions et les tâches de clarification qui y correspondaient incombait toutes au Centre des Femmes, seul groupe à mettre de l'avant une ligne politique féministe et socialiste.

Le Centre était très isolé politiquement et ses militantes pensaient porter sur leurs seules épaules le poids entier de la lutte féministe au Québec. Et c'était presque la réalité... Malgré cet isolement et le peu d'énergies dont elles disposaient (le service à lui seul en exigeait beaucoup), des efforts de clarification ont été menés à terme avec la publication d'articles sur la dimension politique de l'avortement parus dans le journal "Québécoises Debout!", seul journal féministe de gauche au Québec et assuré par le Centre. Il y a eu aussi le "Manifeste pour une politique de planification des naissances" où les militantes refusaient radicalement de poser le problème en termes moraux et démontraient la pertinence de poser le problème en termes politiques et économiques et ce dans une perspective de lutte féministe et anti-capitaliste.

Mais la question du service restait toujours en suspens. Il était d'autant plus difficile de répondre à ces questions compte tenu du peu de formation politique des militantes et du faible développement de la pratique du CDF. Et contrairement aux "ragots" qui courent sur les féministes "intellectuelles-petites-bourgeoises", nous tenons à souligner la composition du Centre qui est très significative à ce niveau là. De fait, il n'y

avait pas d'intellectuelles ni d'universitaires au Centre comme on pouvait en retrouver dans à peu près tous les groupes à Montréal. Les filles avaient une 11e année, un Cegep dans le plus et venaient en majorité de milieu ouvrier.

On se demandait comment le service pouvait devenir un outil de lutte? à quelles conditions? Le geste que posaient les femmes qui venaient se faire avorter et les militantes qui organisaient leur rendez-vous rendaient les unes passibles de 2 ans et les autres de 5 ans d'emprisonnement pour complicité. Ces questions n'étaient pas sans préoccuper les militantes. En plus, y'avait toute la question de l'immense problème que l'appui financier du service soulevait et continue de soulever.

En fait, les questions posées par le service du Centre sont à peu près celles posées par les services "politiques" en général. Il y existe un grand "va-et-vient" et il est difficile d'organiser la "clientèle" sur une autre base que celle du service.

Faire de la
libération
des femmes

une revendication de la classe ouvrière

QUEBÉCOISES DEBOUTTE!

publié par le centre des femmes

vol.1, no 3 - février 1973

Le Comité de défense Morgentaler

Enfin, ce sont les événements qui ont poussé les militantes du Centre à agir. En janvier 1973, le Dr. Morgentaler, un des principaux "collaborateurs" du Centre se fait arrêter, on porte des accusations contre lui pour avoir pratiqué des avortements dans son bureau et en février, on perquisitionne le Centre! C'est sans doute à ce moment que les militantes ont vraiment été saisies de l'illégalité et de la clandestinité du service. Perquisitionnées mais isolées. Sur qui pouvaient-elles compter? Comment réagir? On décida de continuer le service malgré tout mais en essayant de plus en plus de faire passer le maximum de femmes dans les hôpitaux d'autant plus que d'autres médecins ont été arrêtés dans l'année. Au printemps '74, les hôpitaux étant insuffisants, on entreprit des contacts avec une femme-médecin de New-York qui depuis reçoit, tous les samedis, les femmes envoyées par le Centre. Le prix est relativement raisonnable: \$110, plus le transport par autobus \$42.50 aller-retour. En tout cas, c'est

plus raisonnable que chez les quelques médecins qui en font à Montréal à \$400...

A l'automne '73, une assemblée publique est organisée par le FCALA pour former le Comité de Défense du Dr. Henri Morgentaler dont le procès commence. Pour les militantes, c'est enfin une occasion de briser leur isolement et de mener la lutte ouvertement. La situation de l'époque semblait commander un regroupement urgent des forces pro-avortement. Mais, rapidement, les dissidences politiques ont surgi. Le noyau fondateur du Comité de Défense, composé par le FCALA, refusait comme revendication "avortement et contraception libres et gratuits" sous prétexte que "ça allait faire peur au monde"! Nous ne voulions pas concentrer la lutte autour des médecins et des procès et pour défendre notre point de vue, il fallait quitter le Comité de Défense. C'est ce que nous avons fait mais avec la ferme intention non pas d'abandonner la lutte mais plutôt de l'organiser sur nos bases. C'est ainsi qu'au printemps '74, des militantes du CDF, de la CEQ, de l'ADDS et quelques femmes ont formé le Comité de Lutte pour l'avortement et la contraception libres et gratuits.



Louise Sauvé (ADDSMM)

Le Comité de Lutte pour l'Avortement et la Contraception Libres et gratuits.

Les principales activités du Comité, du printemps à l'automne '74, ont été la préparation de ce dossier et d'un livre qui sortira tard ce printemps et qui s'intitulera "Nous aurons les enfants que nous voulons". En septembre 1974, le noyau du Comité de Lutte convoque une réunion "large" à partir des noms de femmes qui avaient soit téléphoné ou qui étaient venues au Centre et qui avaient clairement indiqué sans équivoque leur volonté et leur disponibilité pour participer à une lutte pour le droit à l'avortement. C'est avec elles, une trentaine de femmes, que les premières bases du Comité ont véritablement été jetées.

La venue de nouvelles militantes a largement contribué à clarifier les objectifs de notre lutte. Le Comité compte organiser une conscientisation de masse sur la question du

contrôle par les femmes de leur maternité et ainsi développer l'organisation de petits groupes de femmes. Il est clair que cette lutte, dont l'objectif à court terme est de changer les lois anti-avortement ne peut se faire en groupuscule et que nous ne pouvons pas nous aliéner des éléments moins progressistes tels certains médecins ou autres professionnels. En fait il s'agit urgemment, compte tenu de nos objectifs, de développer une base populaire à notre lutte c'est-à-dire développer nos interventions en quartiers, dans les milieux de travail et dans les écoles.



Louise Sauvé (ADDSMM)

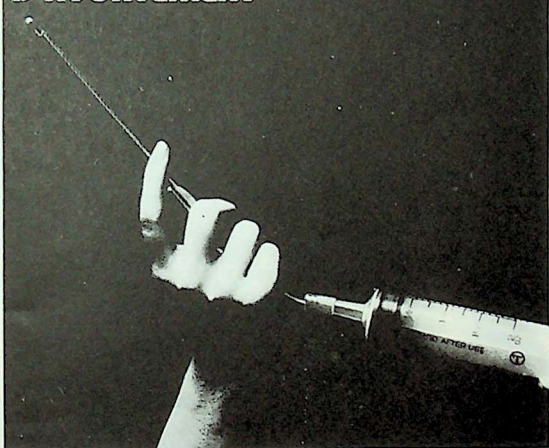
Mais comment mener une lutte large à caractère populaire et progressiste? Nous ne bénéficions malheureusement que de peu d'exemples. Ainsi, aux U.S.A. où les féministes sont à l'origine du changement des lois anti-avortement dans certains états, la situation n'a pas changé nécessairement en leur faveur. De fait, si l'avortement était au 3ième rang du revenu de la pègre avant sa légalisation, il n'en reste pas moins qu'il continue de faire l'objet d'un véritable "racket". Une série de cliniques privées payantes (\$100 à \$300...) sont nées comme des champignons et les médecins qui y pratiquent n'hésitent pas, par exemple, à imposer aux femmes une anesthésie générale qui leur permet d'empocher un \$100. supplémentaire! Mais plus important encore est le fait que, depuis la légalisation de l'avortement, la direction de cette bataille a en partie échappé aux forces féministes-progressistes qui assistent à l'habile récupération de leurs efforts par le système légal et médical. Certes...le mouvement féministe n'est pas mort aux U.S.A., d'autres luttes se mènent et un nouveau type de pratique s'est développé - absolument unique en son genre - ce sont les cliniques de sexualité-santé pour les femmes.

De fait, la question de l'oppression sexuelle aux U.S.A. a pris une grande importance ces dernières années et des groupes comme "Our body, Ourselves" de Boston ont mis sur pied des "super-cliniques" où se pratiquent la mini-extraction, l'auto-examen gynécologique et autres pratiques radicalement nouvelles pour les femmes qui trop longtemps ont été les esclaves de la "science gynécologique" et de ses tenants: les médecins!

En France, cependant, la pratique des avortements illégaux par la méthode Karman, pratiqués clandestinement dans des maisons privées, est étroitement liée aux luttes que mènent le Mouvement pour la Libéralisation de l'Avortement et de la Contraception (MLAC), l'association CHOISIR et même l'Association de planning (qui n'est plus financée par le gouvernement depuis qu'elle s'est prononcée en faveur de l'avortement). De toute évidence, le mouvement en France est beaucoup plus avancé qu'ici. L'année dernière, le MLAC a pratiqué 26.000 avortements clandestins sans complications!

Avec des moyens ultra-rudimentaires! spéculums de plastique et pompes à bicyclette dont le principe s'inverse!!! C'est dire qu'ouvertement en France, la loi anti-avortement n'est pas respectée et plusieurs groupes sont engagés dans ce mouvement. La gauche est plus impliquée également. Le MLAC est mixte et certains éléments sont membres d'organisations politiques qui reconnaissent l'avortement comme une question politique importante. On pouvait même voir un "poster" du Parti Socialiste Uni qui avait pour slogan "Pour une maternité librement choisie, Luttons pour l'avortement et la contraception libres et gratuits!". Nous sommes loin de ces positions au Québec où les partis politiques, le P.Q. en tête par la voix de son chef René Lévesque, s'élèvent bien haut contre l'avortement, menace à la race canadienne-française! Quand la question sera rentable politiquement, quand le vent aura tourné, nous verrons sans doute ces positions se transformer en grand et beau discours humaniste!

UNE NOUVELLE METHODE D'AVORTEMENT



En France, la lutte a donné des résultats. On est en train de changer la loi. Mais comment faire pour que le mouvement ne s'effrite pas après cette première victoire? Comment faire pour que les objectifs plus larges de cette lutte liée à nos intérêts anti-capitalistes et à nos intérêts féministes persistent à travers ces maigres victoires de légalisation. Voilà une question importante dans la lutte pour le droit à l'avortement.

Mais revenons chez-nous où les mêmes questions se posent mais où les moyens sont moins développés. Il est clair qu'au Centre des femmes nous voulons lier le service de référence à la lutte. Mais le service n'est plus ce qu'il était depuis que les médecins ne font plus d'avortements à Montréal. Une quinzaine d'avortements par semaine dont la grosse majorité se font à New-York, 2 ou 3 dans les hôpitaux... Nous échappons ainsi au coeur du problème: la non-possibilité de se faire avorter ici au Québec et gratuitement. Peut-être pourrions-nous envisager, comme en France, de faire des avortements par la méthode karman et créer des "équipes volantes"? Peut-être que des cliniques comme celles des U.S.A., qui demandent un puissant support financier, peuvent constituer un outil intéressant pour mobiliser les femmes sur leur oppression spécifique. En tout cas, l'échec relatif de la clandestinité du service de 1969 à 1973 nous amène

à envisager sérieusement une lutte menée ouvertement et avec fracas.

Nous entendons mener la lutte partout, dans tous les milieux. Les groupes de femmes dans les quartiers, dans les écoles, dans les syndicats peuvent agir sur la question de l'avortement et de la contraception en revendiquant des services d'avortement dans leurs hôpitaux ou CLSC de quartier, par la négociation de meilleures conventions collectives, par la mise sur pied de cours de sexualité, etc...

C'est pour favoriser ce type de regroupements et d'actions politiques que le Comité de Lutte diffuse ce dossier d'information. A l'heure actuelle, le Comité est encore à sa phase de consolidation et les tâches de clarification quant aux enjeux réels de cette lutte pour les femmes sont encore à développer.

D'ici l'automne prochain, le Comité compte monter une "banque" de noms des personnes intéressées par la lutte pour organiser le plus tôt possible des rencontres et des séances d'information sur la situation de l'avortement. Pour rejoindre le Comité, communiquez à 288-4057.



c'est mieux que rien

On sait maintenant qu'on peut obtenir, dans la mesure du "possible", un avortement par le biais du service du Centre des Femmes à Montréal mais rappelons aussi que ce service est nettement insuffisant et qu'il ne peut constituer une ressource pour toutes les femmes qui ont besoin d'un avortement!

Il est clair que d'autres ressources sont nécessaires! Il s'agit de penser à développer localement les possibilités d'obtenir un avortement. Mais à court terme, on a pas grand'choix... Y'a les centres de planning, les agences. Il nous apparaît utile de vous présenter la liste des centres de planning à travers le Québec mais ils ne peuvent en aucun cas être considérés comme "la" solution à l'avortement mais plutôt comme "une" solution parmi d'autres. En même temps, on va en profiter pour "vider not' sac" sur les agences et leur "ticket"!

Ce qu'on peut attendre de la Fédération du Québec pour le planning des naissances...

La Fédération du Québec pour le planning des naissances est un organisme regroupant différentes associations s'occupant de planning à travers le Québec. La Fédération est subventionnée en partie par la Fédération pour la planification familiale du Canada - elle-même subventionnée par le Ministère de la Santé et du Bien-Être d'Ottawa - et en partie par le Ministère des Affaires sociales (MAS) du Québec.

Les subventions au niveau du planning ne pleuvent pas et les associations reliées à la Fédération fonctionnent en grande partie grâce au bénévolat des membres. C'est bien beau d'avoir des bénévoles, ça permet au gouvernement de ne pas déboursier les fonds qu'il devrait pour ces services indispensables; ça lui assure aussi que ces services ne pourront jamais être tout à fait suffisants ni aussi efficaces qu'ils pourraient l'être.

C'est aussi la Fédération qui contrôle les petits fonds qu'elle donne aux associations... de là à ce que les associations régionales soient obligées de



suivre les directives de la Fédération qui est elle-même obligée de suivre celles du gouvernement... il n'y a qu'un pas!

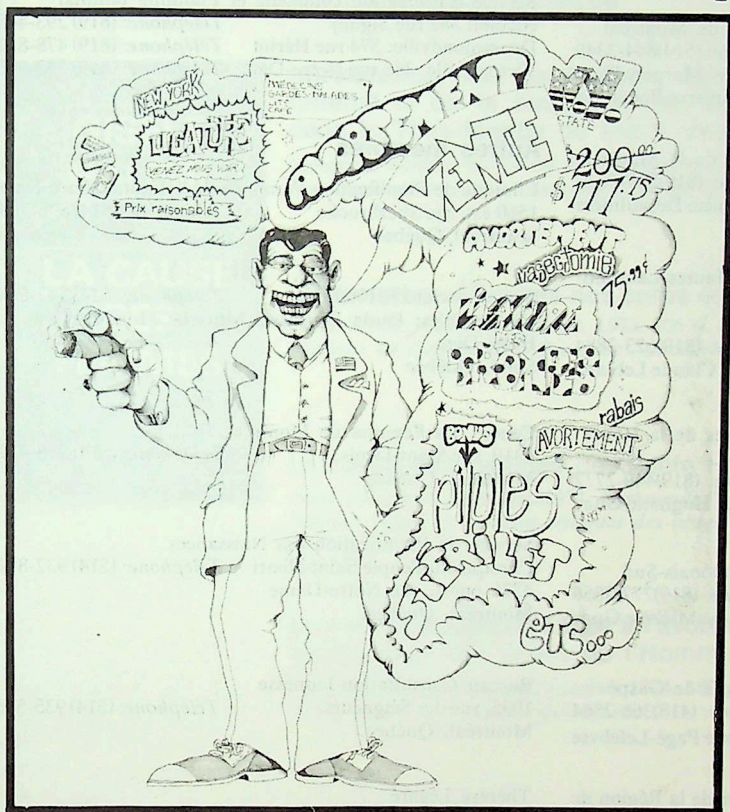
Or, les bénévoles et les quelques permanents, au sein des associations, font un énorme travail pour promouvoir la planification des naissances dans leur région. Mais, ni les structures de Fédération ni surtout les politiques gouvernementales en matière de planning ne leur permettent de faire tout ce qui serait nécessaire pour répondre aux besoins.

Les associations ont donc des moyens réduits et une envergure politique aussi réduite. Elles ne peuvent s'engager plus "en avant" que ne leur permettent les politiques gouvernementales. Cependant, la majorité des personnes bénévoles des associations sont pour l'avortement et elles ont beaucoup contribué

au fait que des centaines de femmes ont pu obtenir un avortement dans un hôpital. Mais ce travail n'a pas de suite. Leur action est strictement individuelle, du "cas-à-cas", elle ne favorise aucune forme de regroupement pour transformer la situation encore moins une forme de lutte pour le changement des conditions de vie actuelle.

Mais la Fédération et ses associations demeurent encore, à l'heure actuelle, les seules références recommandables en ce qui a trait au planning.

c'est moins que rien



Ce qu'on peut attendre des agences...

Les "agences-voyages-avortements" font de l'argent avec les avortements. Ce n'est plus un secret pour personne! Ce sont des entreprises à but lucratif au même titre que les agences de voyage qui tirent profit sur chaque voyage vendu.

A l'heure actuelle, l'illégalité de l'avortement et les misères qu'elle entraîne constituent la raison d'existence des agences. Et elles s'accommodent très bien de l'illégalité. Un exemple, tiré du Bulletin du Comité d'Action politique pour la santé à New-York, nous apprend qu'une agence bien connue qui fonctionnait 7 jours sur 7 de 8 am à 10 pm avait un chiffre d'affaires de...\$70,000 par semaine!!!(1) Il semble que ces agences ont continué de fon-

ctionner pendant un bon bout de temps après la légalisation aux U.S.A.

Venez-avorter-et-admirer-la-statue-de la Liberté...

Au Québec, les agences offrent aux femmes des avortements à grand renfort de publicité... souvent mensongère. Ainsi on pouvait lire dans le Journal de Montréal du 16 février 1975, à la page 6, une "super-annonce" avec: "Pourquoi voyager à New-York?" et ensuite dans un même souffle: "Seulement à 65 milles de Montréal - Une poitrine superbe des seins fermes? 4h. seulement, clinique près de Montréal - Par gynécologues qualifiés: ligatures de trompes sur demande - vasectomie sans délai - même jour - légal". Et tout ça dans la même annonce! C'est vraiment de la fausse représentation parce que les avortements ne se font pas à

Montréal et qu'on a jamais entendu parler d'une femme qui s'était fait arranger les seins en 4 heures... C'est carrément la présentation du "Kit-au-complet", le vrai racket!

Mais il y a aussi une autre forme de "racket", plus subtile et plus insidieuse celle-là, sur les prix des avortements. Ainsi, dans certaines agences, une fois que les femmes sont rendues sur place, on leur conseille fortement de payer \$100. supplémentaire pour une anesthésie générale! non recommandable pour la santé et non nécessaire pour ce type d'intervention. Pour les femmes qui ne se décident pas ou qui insistent pour avoir une anesthésie locale, on a recours à une série d'arguments qui vont du "traumatisme psychologique si les femmes restent éveillées" à "l'utérus qui risque de se renverser si vous êtes trop neuveuses"!! Arguments, est-il nécessaire de le souligner, sans aucun fondement scientifique! Mais où les femmes qui se font avorter pourraient-elles aller se plaindre de cette fausse représentation?

Quelle est la marge de profit que les agences touchent sur chacun des avortements? Il nous est malheureusement impossible d'avancer des chiffres mais Ellen Frankfort à New-York explique que "Aux femmes qui désiraient savoir quelle part revenait à l'hôpital et ce que retenait l'agence, on répondait qu'elles seraient renseignées après. Les intermédiaires profitaient simplement du désespoir et de l'impuissance de ces femmes, surtout quand elles étaient loin de chez-elles." (2)

Quant à la contraception, il est clair que la plupart de ces agences n'en font pas. Si les agences vont jusqu'au bout de leur logique d'affaires, elles n'ont aucun intérêt à promouvoir la contraception... si imparfaite soit-elle. Elles préféreraient avoir des clientes...

La grande majorité des femmes québécoises qui se font avorter sont prisonnières de leur geste quand elles vont se faire avorter, les agences le savent et en profitent.

(1) FRANKFORT, Ellen. La Politique Vaginale, ed. La Presse, Ottawa, 1974, p. 81.
(2) id. p. 83.

LISTE DES CENTRES DE PLANNING

3826 St-Hubert
Montréal, Québec

Téléphone: 514-842-9501

Centre de Consultation sociale
158 est, rue Saint-Germain
C.P. 610,
Rimouski, Québec

Téléphone: (418) 723-1250
a/s Guy Bélanger

Associations membres

Association pour la Planification familiale de Montréal
336 est, rue Sherbrooke
Téléphone: (514)844-3349
a s anglophone: Margery Bean
francophone: Odette Lapierre Bouchard

Association de Planification des Naissances de la Mauricie
4363, rue Bonaventure,
Shawinigan, Québec
Téléphone: (819)539-3030
a/s Louise Desaulniers

Association pour le Planning Familial des Hautes-Laurentides
Service social de Mont-Laurier
R.R. 1, C.P. 120
Mont-Laurier, Québec
Téléphone: (819)623-3884
a/s Claude Leblanc

Association pour le Planning des Naissances de la Haute Gâtineau
220, Forestry Road,
Maniwaki, Québec
Téléphone: (819)449-2772
a/s Hughette Guay

Association de Planning Familial de l'Outaouais-Sud
105, boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec
Téléphone: (819)777-2856
a/s Michèle Guay

Comité pour la Planification des Naissances de Gaspé
Case Postale 212,
Gaspé, Québec
Téléphone: (418)368-2864
a/s Hughette Pagé-Lefebvre

Association pour le Planning des Naissances de la Région de Québec
45, rue Leclerc, Chambre 515-A,
Québec, Québec
Téléphone: (418)522-2758
a/s Jeannine Murphy

Association de Planning des Naissances du Saguenay-Lac-Saint-Jean
219, rue Duquesne,
Chicoutimi-Nord, Québec
Téléphone: (418)543-6733
a/s Suzie Fortin

Association Régionale du Nord-Ouest pour le Planning des Naissances
Case Postale 1051,
Rouyn, Québec
Téléphone: (819)762-4358
a/s André Barrette

Association de l'Estrie pour le Planning des Naissances
3349, Chemin Baie des Sables
Lac Mégantic, Québec
Téléphone: (819)583-1397
a/s Réal Grondin

Comité pour le Planning des Naissances de St-Jérôme
32, rue Gagnon
St-Jérôme, Québec
Téléphone: 861-4584
a/s Gilles Lalande

Service d'Education conjugale et Planning familial
Nicolet: 382 rue Signay
Drummondville: 574 rue Hériot
Victoriaville: 365 rue Notre-Dame
Téléphone: (819) 293-4431
Téléphone: (819) 478-8123
Téléphone: (819) 752-9751

Autres membres

Clinique de Planification Familiale de l'Hôpital Notre-Dame
1560 est, rue Sherbrooke
Montréal, Québec
Téléphone: (514) 876-7093
local 249

Service social à l'Hôtel-Dieu
responsables: Paula Bourassa, Murielle Mondoux
Hôtel-Dieu
Sorel, Québec
Téléphone: (514) 742-6621

Centre des Femmes de Montréal
4319, rue Saint-Denis
Montréal, Québec
Téléphone: (514) 288-4325

Service de Planification des Naissances
Clinique du Peuple Saint-Henri
4776 ouest, rue Notre-Dame
Montréal, Québec
Téléphone: (514) 932-8912

Bureau Consultation-Jeunesse
1035, rue des Seigneurs
Montréal, Québec
Téléphone: (514) 935-5281

Thérèse Légaré
439, rue Evangéline
Sept-Iles, Québec

Association pour le Nouveau-Brunswick
86, rue York,
Fredericton, Nouveau-Brunswick
Téléphone: (506) 454-1808
a/s Conrad Leblanc
Directeur exécutif

Autres références

Centre Hospitalier de l'Université Laval
2705, boulevard Laurier
Ste-Foy, Québec
Téléphone: (418) 688-0834
656-4141
a/s Dr. Jacques Rioux

Clinique Odysée
540, boulevard Laurier
Sherbrooke, Québec
Téléphone: (819) 562-4962

Arcal
160, rue Laurier ouest,
Ottawa, Ontario
Téléphone: 232-9606

bibliographie

QUELQUES REFERENCES



Introduction aux problèmes du planning familial et de la limitation des naissances dans le Tiers-Monde de Pierre Pradervant.

Montréal, Editions du Centre de Planning familial du Québec. 1971 (351 p.). *Ouvrage de base donnant un aperçu intéressant de ces deux questions.*

L'alternative: Libérons nos corps ou libérons l'avortement.

Paris, Editions Bernard Grasset. 1973. 206 p. *Plaidoyer sur l'avortement qui reflète les positions de l'organisation française "Choisir".*

La cause des femmes de Gisèle Halimi.

Paris, Editions des Femmes. 1974. *Analyses de l'avortement sous le biais de la sexualité des femmes. Bilans et analyses critiques des luttes sur l'avortement en France.*

La société québécoise face à l'avortement de la Ligue des Droits de l'Homme.

Ottawa, Collection Dossiers Leméac. 1974. 180 p. *Utile pour ses données de base et ses références sur la situation québécoise.*

La politique vaginale de Ellen Frankfort.

Montréal, Editions La Presse. 1974. 245 p. *Approche féministe de la santé des femmes et du contrôle de notre corps suivi d'exemples concrets d'interventions aux U.S.A.*

L'avortement, un loi en procès, l'affaire de Bobigny de l'Association Choisir.

Paris, Collection Idées de Gallimard. 1973. 255 p. *Notes sténographiques de l'un des procès d'avortement, les plus retentissants.*

Libérons l'avortement du Comité pour la liberté de l'avortement et de la contraception.

Paris, Editions François Maspero. 1973. 135 p. *Bilan de trois cents interruptions de grossesses pratiquées par la méthode Karman en France.*

la politique
vaginale

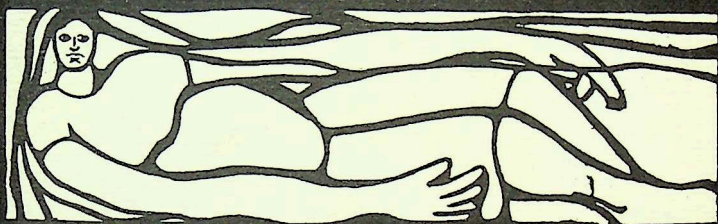
La femme
est-elle maîtresse
de son corps?

19



NOUS AURONS LES ENFANTS
QUE NOUS VOULONS

THE POLITICAL ECONOMY

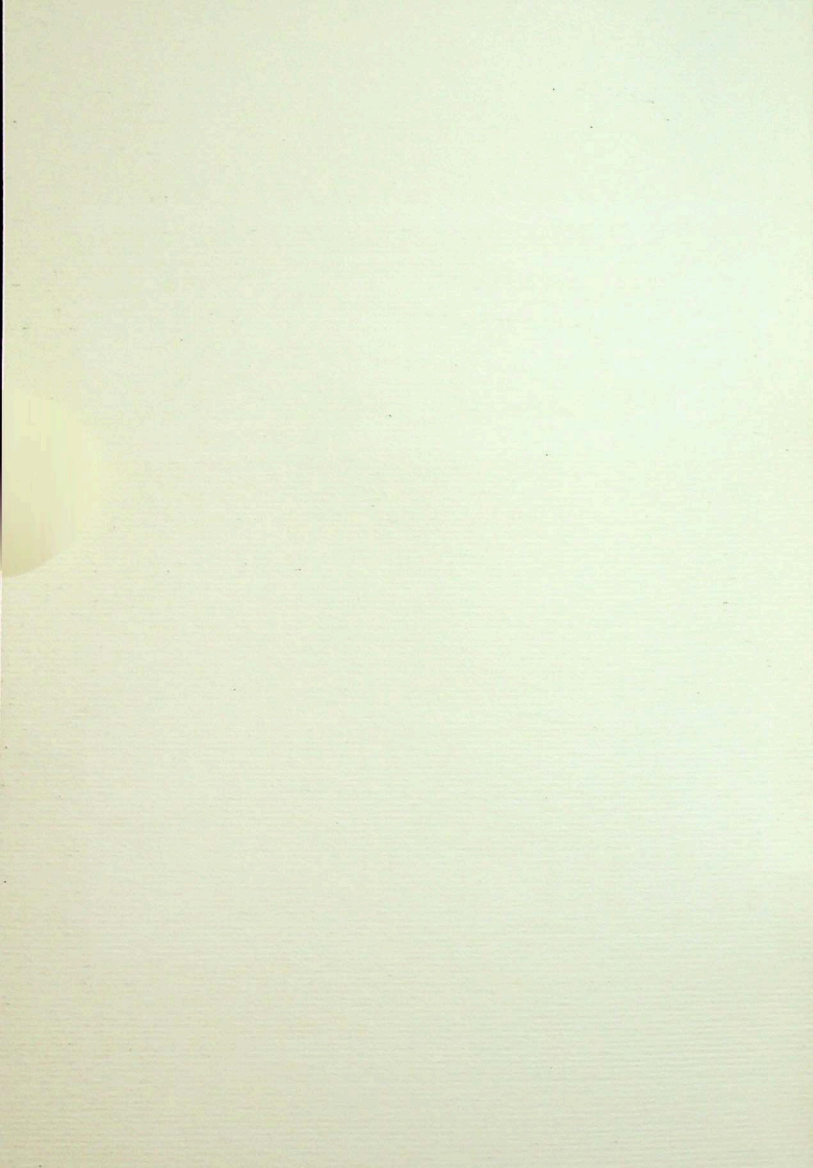


OF POPULATION CONTROL



IN LATIN AMERICA

by **bonnie mass**



12

**THE POLITICAL ECONOMY OF
POPULATION CONTROL IN
LATIN AMERICA**

BY

BONNIE MASS

SLD6.475

Comune di Padova
Biblioteca

Cod. Bibl. PUVSS
PUV1387334
1057565
INV 1057565

published by
EDITIONS LATIN AMERICA
p.o. box 218, station N
montréal 129, québec
canada
3ed. quarter, 1972

Dépôt légal, Bibliothèque Nationale du Québec

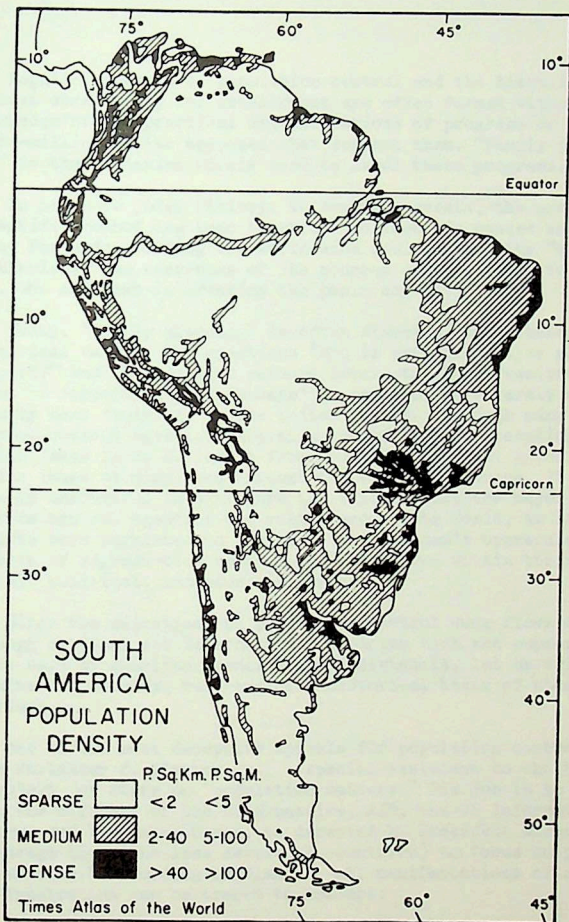
ALL REPRODUCTION RIGHTS RESERVED
TO BONNIE MASS

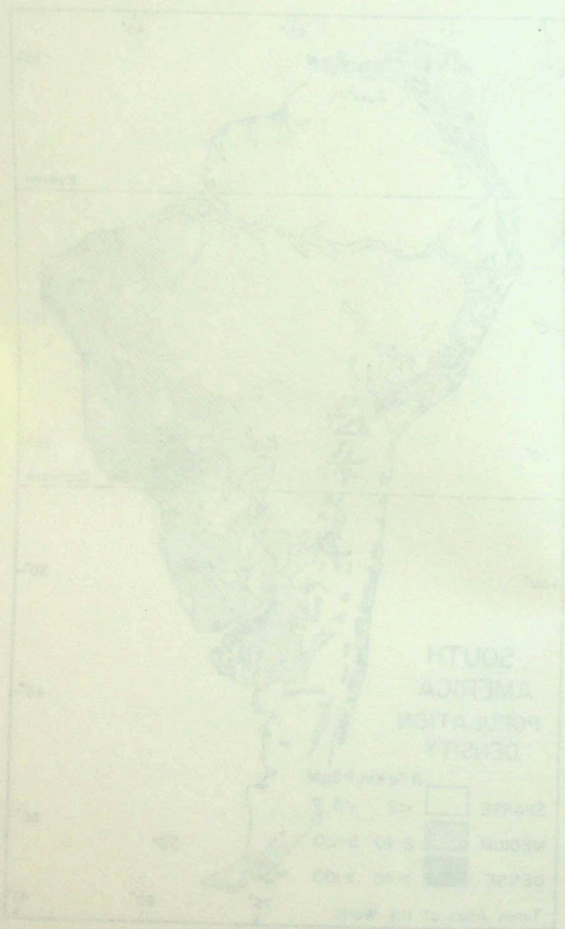
CONTENTS

1) SUPERSTRUCTURE OF THE POPULATION PANIC.....	5
11) PROTESTANT DENOMINATIONS: FAMILY PLANNING FOR THE NATIVES?.....	17
111) MALTHUSIAN ACADEMICS: LIEUTENANTS OF IMPERIALISM.....	21
1V) MALTHUS REVIVED.....	23
V) THE DYNAMICS OF UNDERDEVELOPMENT.....	25
VI) THE HAVES AND THE HAVE NOTS.....	32
VII) THE ISSUE OF METHODOLOGY.....	34
VIII) STYCOS: PENETRATING THE PSYCHO.....	40
1X) THE SOCIALIST ALTERNATIVE.....	46
X) CONCLUSION.....	48
FOOTNOTES.....	50
APPENDIX 1: EXCERPTS FROM " <u>HUMAN FERTILITY IN LATIN AMERICA</u> ".....	54
APPENDIX 11: FROM RIO GRANDE TO TIERRA DEL FUEGO.....	57
IS THEIR A FORD IN SOMEONE'S FUTURE?.....	63

CONTENTS

THE STRUCTURE OF THE POPULATION PIRATE	1
PROTESTANT DOMINANCE: FAMILY PLANNING FOR THE MAJORITY	11
MANAGING ACADEMIC ELEMENTS OF IMPROVEMENT	21
METHODS REVIEWED	31
THE DYNAMICS OF IMPROVEMENT	41
THE WAY AND THE WARE WE USE	51
THE ISSUE OF METHODOLOGY	61
STUDY: REPEATING THE EXPERIMENT	71
THE SOCIALS: A TENTATIVE	81
CONCLUSION	91
FOOTNOTES	101
APPENDIX 1: EXERCISES FROM "HOW TO LIVE IN LATER LIFE"	111
APPENDIX 2: FROM RIO GRANDE TO TERRA DEL FUEGO	121
IS THERE A FUTURE IN SOMEONE'S FUTURE?	131





I: Superstructure of the population panic

Popular concepts of population control and the historical context surrounding its development are often formed without real knowledge of the practical implementations of programs or of the multi-million dollar agencies that support them. "Family planning" is the euphemism widely used to label these programs.

In order to judge history, to evaluate events, the accepted scientific method has been to strive to identify causes and effects. For understanding the world-wide panic concerning "explosive populations," an awareness of the sources of this panic is essential. Who and what is creating the panic and why?

Today, "family planning" is often discussed and debated in a historical vacuum. The questions "Who is providing major material support?" and "Why do some persons devote their professional lives to supporting this 'humane' enterprise?" are rarely asked, even by many feminists in the United States. Although many population control agencies display a humane facade, accepting this public image is no different from accepting the U.S. government's public image as displayed through the Voice of America. It is equally unfruitful to disregard the efforts that the major population control agencies are making around the world, as if these efforts were unrelated to the question of women's oppression. The effects of reproduction control must be viewed within their broad social, political, and economic contexts.

Since the mainstream of population control work flows directly through national and international agencies that are supported in major ways by American agencies and individuals, let us briefly examine the complex, but revealing historical basis of these enterprises.

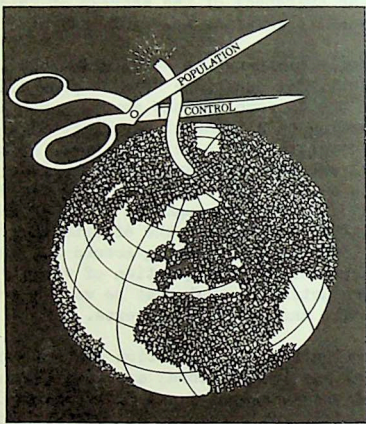
One of the most deceptive appeals for population control comes from Philander P. Claxton Jr., a special assistant to the U.S. Secretary of State on "population matters." His job is to consult with the officers of the US Embassies, AID, the US Information Agency, and the Peace Corps, as directed by President Nixon, "to encourage them (the less developed countries) to focus on population matters." According to Claxton, all manifestations of misery and frustration can be traced to numbers:

"The real tragedy is for the individual family. The very quality of life is threatened by the quantity of life. Human dignity is degraded. For the vast majority of families in the

EDC's (less developed countries), the possibilities of improvement of the welfare of parents and children are submerged by sheer numbers. Health of mothers is impaired by multiple births. Lives are imperilled and lost by abortion. Children suffer malnutrition and death. Education is low or impossible for many or most. "1"

THE NEW YORK TIMES

THE POPULATION BOMB THREATENS THE PEACE OF THE WORLD



SO WHAT ARE WE DOING ABOUT IT?

Fifteen years ago there were 2.5 billion people on earth. Today there are 3.5 billion—and more are coming on the scene at the rate of more than one million a week! In another fifteen years there will be at least 4.5 billion people on this small stone of ours. Most of them hungry. And more no doubt about it. America cannot long remain an island of prosperity in a sea of poverty and hunger. If corrective measures to check this human flood are not taken right here and now the talking world-wide misery, strife, revolutions and

wars will make our experience in Viet Nam no mere minor by comparison. The population crisis is the greatest problem humanity faces. And the National Academy of Sciences has said that the "Population Bomb" can be successfully averted by developing new methods of family regulation and implementing programs of family planning widely and rapidly throughout the world. "For the accompanying chart reflects the scope amount of attention the population problem is currently receiving from our Government."

This is your problem and you can do something about it. Tear out this ad and send it to anyone in Washington you think might be helpful. Urge the Government to initiate a special program for population stabilization. And write us for more things. (1) Measure the Government can take to implement such a program. (2) Additional things you can do to help. We can't afford to wait very much longer. Every day lost will only compound the population problem. The time to act is now.

CURRENT GOVERNMENT PROGRAMS (1967 Estimates from 1970 Budget)	
Family Planning	\$5 million
Grants to States for Welfare	\$1.5 billion
Medical Health Programs	\$1.5 billion
Fund for Peace Teams	\$10 million
International Travel	\$1 million
Foreign Aid	\$10 billion
Foreign Loans	\$10 billion
Population Control Programs	\$1 million

CAMPAIGN TO CHECK THE POPULATION EXPLOSION

EMERSON FOOTE, CHAIRMAN

Contribution TO CHECK THE POPULATION EXPLOSION
#1237-2500-10000
NAME _____
ADDRESS _____
CITY _____

WALTER E. SCHMIDT, 2000 Avenue Road, Westwood, Calif. 90024
DR. JAMES H. HANCOCK, 1000 University Avenue, Berkeley, Calif. 94720
DR. JAMES H. HANCOCK, 1000 University Avenue, Berkeley, Calif. 94720
DR. JAMES H. HANCOCK, 1000 University Avenue, Berkeley, Calif. 94720
DR. JAMES H. HANCOCK, 1000 University Avenue, Berkeley, Calif. 94720
DR. JAMES H. HANCOCK, 1000 University Avenue, Berkeley, Calif. 94720
DR. JAMES H. HANCOCK, 1000 University Avenue, Berkeley, Calif. 94720
DR. JAMES H. HANCOCK, 1000 University Avenue, Berkeley, Calif. 94720
DR. JAMES H. HANCOCK, 1000 University Avenue, Berkeley, Calif. 94720
DR. JAMES H. HANCOCK, 1000 University Avenue, Berkeley, Calif. 94720

WALTER E. SCHMIDT, 2000 Avenue Road, Westwood, Calif. 90024
DR. JAMES H. HANCOCK, 1000 University Avenue, Berkeley, Calif. 94720
DR. JAMES H. HANCOCK, 1000 University Avenue, Berkeley, Calif. 94720
DR. JAMES H. HANCOCK, 1000 University Avenue, Berkeley, Calif. 94720
DR. JAMES H. HANCOCK, 1000 University Avenue, Berkeley, Calif. 94720
DR. JAMES H. HANCOCK, 1000 University Avenue, Berkeley, Calif. 94720
DR. JAMES H. HANCOCK, 1000 University Avenue, Berkeley, Calif. 94720
DR. JAMES H. HANCOCK, 1000 University Avenue, Berkeley, Calif. 94720
DR. JAMES H. HANCOCK, 1000 University Avenue, Berkeley, Calif. 94720
DR. JAMES H. HANCOCK, 1000 University Avenue, Berkeley, Calif. 94720
DR. JAMES H. HANCOCK, 1000 University Avenue, Berkeley, Calif. 94720

DR. JAMES H. HANCOCK, 1000 University Avenue, Berkeley, Calif. 94720
DR. JAMES H. HANCOCK, 1000 University Avenue, Berkeley, Calif. 94720
DR. JAMES H. HANCOCK, 1000 University Avenue, Berkeley, Calif. 94720
DR. JAMES H. HANCOCK, 1000 University Avenue, Berkeley, Calif. 94720
DR. JAMES H. HANCOCK, 1000 University Avenue, Berkeley, Calif. 94720
DR. JAMES H. HANCOCK, 1000 University Avenue, Berkeley, Calif. 94720
DR. JAMES H. HANCOCK, 1000 University Avenue, Berkeley, Calif. 94720
DR. JAMES H. HANCOCK, 1000 University Avenue, Berkeley, Calif. 94720
DR. JAMES H. HANCOCK, 1000 University Avenue, Berkeley, Calif. 94720
DR. JAMES H. HANCOCK, 1000 University Avenue, Berkeley, Calif. 94720
DR. JAMES H. HANCOCK, 1000 University Avenue, Berkeley, Calif. 94720



The reason for these teeming masses is simple. In our century, falling death rates in many countries have led to population increases. Many "authorities" interpret these increases as a direct threat to the world's food supply or to "civilization." They often maintain that no modernizing process or set of social changes would elevate living standards before low fertility rates could be achieved.

*"It must be born in mind that no country has achieved modernization and a reasonably high rate of per capita income until it has achieved the demographic transition from high birth rates and high death rates to low birth rates and low death rates."*²

President Nixon has urged the US to take the lead in family planning and has given the highest priority for population assistance in US foreign aid programs. *"I am asking the Secretaries of Commerce, Health, Education and Welfare, and the Directors of the Peace Corps and the US Information Agency to give close attention to population matters as they plan their overseas operations."*³

U Thant, the former Secretary General of the United Nations, has expressed his personal horror at the living prospects that face humanity in the future: *"Half of those living and two-thirds of those still to be born in this century face the prospects of malnutrition, poverty and despair."*⁴

Part of the UN Declaration on Population (which has now been ratified by 30 nations) is continually cited out of context and is used to convey the notion that over-population is the world's greatest problem today. The State Department's "population matters" assistant cites the UN to urge the speedy adoption of population control measures as a means of saving the world: *"This is the greatest challenge facing the UN and the world today. This conflict between a rapidly growing, underfed world giving way to despair and violence and a possible world in which individuals live constructively in dignity and sufficiency calls for the greatest effort and dedication of this era."*⁵

By mid-1969, 40 bills were introduced to create a commission on "Population and the American Future" that would "properly establish criteria which can be the basis for a national policy on population." In May, 1968, John D. Rockefeller the Third took charge of the first National Policy Panel on population established by the UN. It was proposed that the UN's Population Trust Fund be enlarged from \$1.5 million to \$100 million within a three year period. Part of the program is carried out by the World Health Organization which received at least \$10 million.

The next step is to see what the State Department is actually doing with its theory of "over-reproduction" in Latin America and

other regions of the Third World. Whom does it support and why? The Agency for International Development, which is the fund-giving arm of the US State Department, was the source of 11 percent of the world's population control dollars in 1969. AID now provides more than half of the entire population control budget for Third World countries. In the past four fiscal years, funds earmarked for population programs through legislation and obligated by AID have amounted to more than \$250 million. In the previous three fiscal years the total was \$10.5 million. Now for fiscal 1972 and 1973, the House has authorized \$100 million and \$125 million.⁷

In 1972, Latin America, which receives more AID funds than any other continent, is expected to receive \$18 million from AID for "family planning." AID itself has sought to define the major causes of "persistent poverty" throughout Latin America. *"First, 'low productivity' particularly among the poorer classes, keeps per capita income low and limits opportunities for better paying jobs. Secondly, there is a rising disparity between rural and urban incomes. Thirdly, rapid population growth contributes to persistent poverty..."* It is interesting to note that between 1966 and 1969 AID's population control appropriations rose from \$11 million to 18 million, whereas agriculture and rural development funds declined by \$3 million. In education and training, funds were reduced by almost \$6 million and health programs were cut by \$49 million from 1966 to 1969.⁸ Since most population control expenditures in the Third World require the use of local currencies, AID has suggested that funds be given for imports of machinery (American machinery perhaps?) by individual countries. After buying the imported machinery, governments could then sell it on local markets in order to accumulate amounts of local¹⁰ currency that could be spent on "family planning" programs.

The profit motive in family planning operations is worth noticing. About half of the \$45.4 million obligated by AID in fiscal 1969 for assistance to population/family planning programs is expected to be used for procurement of program commodities (contraceptives, office supplies, educational and medical equipment, jeeps, scooters, bicycles, textbooks ect.) Almost all purchases must come from the US.¹¹

Population control strings are very directly attached to US foreign aid throughout the world. In 1968, the Foreign Assistance Act extended the Food for Peace Program, earmarking funds for 'population related' matters. It provided that *"not less than 5 percent of the total (local currency) sales proceeds received each year shall, if requested by the foreign country, be used for voluntary programs to control population growth."*¹² This so-called "self help" section of the Act was amended to read *.. "The president shall consider the extent to which the recipient country is... carrying out voluntary programs of population control."* Family planning was thus made an important factor to be considered in extending aid to a country under the P.L. 480 Act.¹³

Latin American aid nullified by population explosion.



This young mother and child are among the upper half of the annual income of Latin America.

The population of Latin America has increased by 50 million since the Alliance for Progress began eight years ago. The rate of growth—approximately 3% a year—is the highest of any major area on earth—and too little is being done about it. This year from eight to ten million children will be added to the present population of 270 million. At the current rate of increase the number will double to 540 million people in 24 years, unless means are found to arrest this growth.

Millions of women seeking desperately to limit the size of their families resort to abortion, the worst form of birth control. And "unconscious infanticide" is common in large families from neglect and malnutrition.

Latin American governments have contributed liberally to the Alliance for Progress budget. The United States has matched their generosity in the amount of ten billion dollars—10,000 million dollars! Yet there are more people in dire distress than when the Alliance was inaugurated.

"The magnitude of the problem is staggering," said President John F. Kennedy. Yet the Catholic Church, which might have the greatest influence on population growth, has officially refrained from helpful action. John Cardinal Krol, spokesman for the Inter-American Conference of Bishops, which met in Caracas in June 1969, summarized the Bishops' position with this terse statement: "The Church has no special competence in the socioeconomic field."

However, many lay Catholic priests and laymen do not share the hierarchy's position and are actively seeking to reduce birth rates. They recognize that the problem needs attention right now. Postponement will compound it. A solution will be more difficult to find next year and still more difficult the year after that, with millions of additional children to care for.

People everywhere—including of course those in Latin America—have the right to determine their own policy on population growth.

The United States has expressly recognized that right, notwithstanding the flood of humanity now engulfing the earth and the urgent necessity of controlling it.

So What Can We Do About It?

If Latin Americans were to ask the United States to give more technical assistance to control their population, we would be at a loss to furnish it adequately. The fact is that no practical method now known is widely applicable to underdeveloped countries. Scientists agree that for one thing much better contraceptives are urgently needed.

Yet our Government currently spends on population programs less than 3% of the amount it spends on space explorations. And far less than 1% of the amount it spends on the military.

President Nixon Speaks

"The greatest single failure of foresight—at all levels of the Government," President Nixon said in his important July 15th message to Con-

gress, "has been in the area of expanding population. With their birth rates high and their death rates dropping, many countries in Latin America, Asia and Africa grow 10 times as fast as they did a century ago."

President Nixon has ordered research in both control and training of more workers in the field. He has also proposed an official commission on population. Please write Secretary of State William Rogers and Secretary Robert F. Kennedy of the Department of Health, Education & Welfare urging them to implement the President's program without delay. Also contact someone else in Washington you think might be helpful. Write your newspaper and talk to your friends, asking them to help Mr. Nixon needs everyone's support in taking this first crucial step in controlling population.

We'll be glad to send you reports of this as far as possible where others will see it or for mailing to friends. We'll also send you copies of President Nixon's message to Congress.

Please send the above information when you fill in this card.

HUGH MOORE FUND
 1642 JAMES STREET
 NEW YORK, N.Y. 10017
 PHONE (212) 542-2800

Please send me... (text partially obscured)

Please send me... (text partially obscured)

Please send me... (text partially obscured)

Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

- ELIANA B. BLACK**, former President, World Bank
MARIE D. BOSTROM
LOFF Educational Resources Group
WINTERG W. ALDRICH
 former Ambassador to the Court of St. James
JAMES CAINEY
JOHN CUNILLI, Chairman, News Clearing House
 Washington, San Antonio
DR. WILLIAM GARDNER, News Clearing House
MARLENE L. KELLY, former Chairman
 Public Law 90-204
DR. H. H. HYSTER, President, Tadpole Institute
MARY EMERSON FORDNA, Peace Institute
 Greenwich, Connecticut

- ARWYN B. ROYE**, Chairman
 Park on a New Foundation
HELEN C. HUNTER, Jr.
 former U.S. Commerce I, Water Resources Co.
LEONARD J. HARRIS, former President
 Food, Cash & Banking
DR. PHILIP H. HANCOCK, University of Chicago
BARRI MOORE BELMAN, Robinson Foundation
MRS. ALBERT D. LAMER
MRS. CHRISTELA S. WAY, Lovell Foundation
DR. ABRAHAM MONTAGNA, Anthropologist
DR. RICHARD M. NELSON, U.S. House of Representatives
DR. JOHN B. NORTHROP, India-Pakistan Water

- F. ARBELL O'BRIEN**
 Chairman, Education, U.S. Foreign Service
ROCKWELL PRENTICE
ROBIN ROOPE, M.D., National Medical School
ELMO ROOPER, Public Opinion Analyst
GEORGE OWEN RUSSELL, M.D.
 National School of Public Health
THE NEW HAVEN YOUTH SHERIFFS
 World Council of Churches
LEWIS J. STEINBERG, M.D.
 Johns Hopkins University
LEWIS STEINBERG, National Secretary of U.S. Committee
MARY VAN DEREN, Author

advertisement of the Hugh Moore Fund that appeared in 1969 shortly after Governor Nelson Rockefeller's mission to Latin America.

His American Aid Nullified by Population Explosion



The aid that the United States has provided for the people of the Third World is being nullified by the population explosion in these areas. The rapid increase in the number of people in these regions is outpacing the aid that is being provided. This is a serious problem that needs to be addressed.

The United States has provided billions of dollars in aid to the Third World. This aid has been used for a variety of purposes, including education, health care, and economic development. However, the population explosion in these regions is making it difficult to provide the same level of aid that was available in the past.

The population explosion is a result of a number of factors, including improved health care, increased food production, and a decline in the death rate. As a result, the number of people in the Third World is increasing rapidly. This is a problem because the aid that is being provided is not keeping pace with the growth of the population.

The United States needs to find a way to provide aid that is sustainable in the long run. This may involve providing more aid, but it may also involve providing aid that is more targeted and more effective. The United States needs to work with the Third World to find solutions that will help to address the population explosion and the other challenges that these regions face.

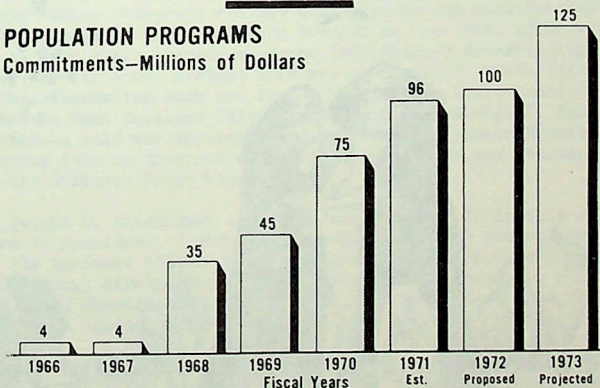
Aside from direct subsidies and loans to governments in Latin America, AID contributes to a wide range of public and private organizations, foundations, and clinics. For example, there is the Pan-American Health Organization (PAHO), as well as Pan-American Medical Schools. Another recipient is the Pathfinder Fund (headquarters in Boston, Massachusetts), whose trustees include such inminaries as William P. Bundy former Vietnam advisor to Lyndon Johnson, and editor of Foreign Affairs.

AID funds the Margaret Sanger Research Bureau and the World Assembly of Youth (WAY). The youth group received \$55 thousand to support national and local conferences of young people to promote family planning in rural areas in the less developed countries.¹⁴ Money also goes to localized organizations in Latin America such as the Association for the Welfare of the Guatemalan Family, a private organization that does extensive work in the mountains among the indian population. In Chile, the Latin American Demographic Center, founded in the early 60's, is an AID supported headquarters for other centers situated throughout Latin America. CELADE has been instrumental in setting up private clinics in Bolivia, as well as the Family Planning Center of Colombia and dozens of others.¹⁵



aid

POPULATION PROGRAMS Commitments—Millions of Dollars



SOUTH VIETNAM---DRYING UP THE SEA

Although a national law, promulgated by the French during the 1930's restricts birth control practices, the Ministry of Health is seeking to relax restrictions. AID has provided advisors to the Ministry of Health and supplies to pilot clinics. It also sponsors training for government and private representatives. The Ministry of Health has recently established a Population Research Committee and appointed a Secretary-General of Research in Population Control. Seven family planning research clinics have been established and five new ones will be created in the future, with AID assistance.

Recently the Family Happiness Protective Association has been formed. It maintains an informational program which is assisted by the Pathfinder Fund. During 1967-68, \$100,000 was provided by AID for a contract with the Population Council for its technical services in South Vietnam.

Under the administration of the Mennonite Central Committee, the Vietnam Christian Service staffs hospital clinics promoting family planning. The Population Council has recently financed visits by forty Vietnamese family planning leaders and officials to inspect programs existing in Taiwan and South Korea.



In a confidential field trip to Latin America sponsored by AID through IPPF, Ford, the Population Council, the UN Population Division, PAHO, which is the American branch of the World Health Organization, Susan Aurelius reports on the growing activities of clinics in the slum areas of Peru and the activities in a small Guatemalan village, where Indians are continually serviced with IUD's and pills. She explains, "*The idea of family planning is very slow to penetrate to the 70-80% illiterate population which consists in the rural areas mostly of indians, who speak about 37 different dialects.*"¹⁶

The general aims of the State Department, manifested through AID are: 1) Evaluation of research on birth control techniques, 2) Expansion of "information and education", 3) Improvement of systems, focusing on clinical services and family planning programs. The latter is handled indirectly but concretely through local agencies in Latin America.¹⁷

The Peace Corps, with funds from AID and political advice from the Director of the US Information Agency, announced in a joint statement issued in 1971, that a high priority would be given to helping countries' efforts to limit excessive rates of population growth.¹⁸ AID also provides support to the International Planned Parenthood Federation and its seventy-two affiliates whose present emphasis is now the control of fertility rates in the Third World. They supplied \$22.6 million in 1971. At one time, the IPPF was an important radical woman's organization that focused upon women's right to control their own bodies. Margaret Sanger, its founder, and her colleagues were very unpopular during the pre-World War I period when sex laws were very rigid. They were constantly harassed and Margaret Sanger was sentenced to prison, all to the indifference of the "robber barons" whose offspring are now busily promoting such "philanthropic" causes as the Population Council or the IPPF. After World War II, the class character of the IPPF changed dramatically, and, today, its trustees include such men as Eugene R. Black (director of Chase Manhattan Bank and former head of the World Bank), Lamont du Pont Copeland (director of Du Pont), George F. Kennan (a leading cold war theoretician), and former senator Ernest Gruening (who as governor of Puerto Rico in 1937 was responsible for the infamous Ponce Massacre).¹⁹

Dwight D. Eisenhower summed up the IPPF's role in this way: "*Once as president, I thought and said that birth control was not the business of our federal government. The facts changed my mind. Today, with former president Truman, I am honorary chairman of Planned Parenthood because I have come to believe that the population explosion is the world's most critical problem.*"²⁰

Later, President Johnson promised full-fledged support in his State of the Union address. "*I will seek to use our knowledge*

to help deal with the explosion in population and the growing scarcity in world resources."²¹

George V. Lindsay (chairman of IPPF, brother of New York City mayor John Lindsay and a former State Department advisor on African affairs), who is a member of the Wall Street law firm, Debevoise and Plimpton, wrote: "As the gap between the developed and underdeveloped world alarmingly widens, economists point out that the U.S., with less than six percent of the world's population, already consumes some fifty-five percent of the world's available raw materials."²²

In 1968, the Victor-Bostrom Fund was created as a special fund-raising arm of IPPF on the basis of an initial donation of \$300,000 by Harold Bostrom (vice-president of Universal Oil Products). The Victor-Bostrom Fund's chairman was General William H. Draper Jr. (partner in the Wall Street investment firm of Dillon, Read, Inc., director of Mexican Light and Power), a long time backer of population control planning whose background will soon be explained more fully. Other trustees of the Victor-Bostrom Fund included such wealthy Malthusians as Lammet du Pont Copeland, Benjamin Strong (U.S. Trust Company, New York), and Stewart R. Mott, a leading contributor to the short-lived presidential campaigns of former senator Eugene McCarthy, and a director of the United States Sugar Corporation and the heir to a major portion of stock in General Motors.

The multi-national scope of IPPF's concerns is demonstrated by such events as a 1964 conference held in Puerto Rico and intended to encourage the development of national family planning programs in Latin America. The conference was part of the efforts of the Foreign Assistance Act in 1961 'to implement' programs under the heading of 'Title X', which was passed by the US Congress. Thirty-five million dollars of US AID funds went to its support.²³ The guests included ambassadors and consuls from many Latin American nations, representatives of the U.S. government, and an assortment of American specialists drawn from all professions. Extensive discussions at the conference revealed that many Latin American priests supported population control and, at the same time, the IPPF consensus was that those in the family planning profession should make major efforts to persuade government agencies to agree to the implementation of programs on a national, rather than localized scale.²⁴

Like the IPPF, many other private agencies with a ruling class superstructure are largely funded by AID and work hand in hand with this arm of the U.S. State Department. In the major agencies, or those with the most money, the usual practice is to name directors and trustees who are prominent in other family planning organizations. General William H. Draper is one of the leading examples of the complex interconnections that often bind

one agency to another. According to the General's theory, *"Only massive birth control operating effectively throughout the world can possibly restore the balance and save what is a deteriorating situation."*²⁵ Draper gained prominence in 1958 as a member of an ad-hoc committee created by Eisenhower for the study of military assistance and security in the Western Hemisphere. This committee, which included such figures as John J. McCloy, one of the creators of the CIA, sought to co-ordinate a variety of U.S. government sponsored programs, and it was within this context that Draper, a trustee of IPPF, recommended that the United States assist Latin American countries in formulating plans designed to deal with the problem of rapid population growth. Today, Draper sits on the boards of the Population Crisis Committee, the Victor-Bostrom Fund, and the Campaign to Check the Population Explosion. In 1969, he was appointed by the Nixon administration as the U.S. delegate to the United Nations Population Commission.

The exclusively ruling class Population Council is one of the Rockefeller family's main legacies to the "family planning" field. After a conference called by John D. Rockefeller III in 1952, the Population Council was created in order to mobilize private wealth and power for shaping public policies on family planning. Later, Dwight D. Eisenhower, who had been a founding member, admitted that, at the time, many of his cohorts considered birth control in the Third World to be too "delicate" a campaign to receive direct government support: *"In 1952, I helped found the Population Council. Its present annual budget of \$13 million is financed by grants from both public and private resources. At the time we started work, government participation would have been practically unthinkable."*²⁶

The Council, along with the Rockefeller and Ford foundations, has been the most active in providing funds for research in bio-medicine, improved delivery systems, and more efficient means of disseminating current population control techniques. Much of its money goes to "respectable" historical and comparative studies of the social and economic implications of demographic phenomena.

Of course, the Rockefeller Foundation itself has been an important source of funds for the "population field." In 1968, \$18 million was given for study grants concerned with demographic research, program support, and reproductive biology (\$6 million). The Foundation's most recent interest is the actual chemical process of reproduction, with Harvard University recently receiving a \$2 million grant for the study of female reproduction.

In Colombia, the Universidad del Valle serves as a major recipient of Rockefeller funds that go toward the support of "family planning" in rural areas.

The Rockefeller Foundation has expressed its "bio-chemical" interests in this way: *"We are faced with the danger that within*

THE POPULATION COUNCIL

The Council's devotion to the cause of Pakistan's population problem is well known to every Pakistani who is familiar with the program of population control. The pioneering efforts of the Population Council were soon joined by such giants of corporate capitalism as Ford, Mellon, Carnegie, Mott and others. The program also attracted the services of such well-known managers of imperialism as Robert McNamara, reputed and rewarded for his efficient genocide of Vietnamese; John Hannah, present director of AID, former president of Michigan State University which trained "gestapo police" for Diem; David Bell, former head of AID in Pakistan. The ideologues of imperialism, like Rostow, Galbraith, K. Davis, Ehrlich and others, provided humanitarian and theoretical justification for the policies of population control.

Saghir Ahmad, "On Population", Pakistan Form, October, 1971, Ontario, Canada.

*a few years these two methods for which such high hopes have been held (oral contraceptives and the intra-uterine loop) will, in fact, turn out to be impracticable on any mass scale. The Foundation plans to look for opportunities to bring new strength and vigor to reproductive biology and to restore it to a position more compatible with its importance for the future."*²¹

Among the many other agencies that have received Rockefeller dollars, one can point to the IPPF (500,000 in 1969 alone) or the Population Council. The Population Council specializes in carrying through technical assistance programs, for which the Rockefeller Foundation contributed \$5 million in 1968.

In Colombia, the Universidad del Valle has been a major recipient of Rockefeller funds designed to set up "family planning" programs in rural areas. The university's population research program initiated a series of proposals for a national birth control program that would be organized by the ACFM (Association of Colombian Faculties of Medicine). The ACFM program, whose chairman was to be the head of the Universidad del Valle's population research center, was hotly debated and resisted by Colombians.

In 1965, correspondent Jaime Arango, of the conservative daily El Siglo, wrote that 40,000 women, especially from the rural areas and the urban slums, had been sterilized under the ACFM programs during the past two years. He charged that these experimental programs had been conducted under the consistent guidance of North American doctors and consultants. Arango, who claimed that his information had come from members of the Catholic hierarchy, wrote that many women had been persuaded to participate

in the programs by money payments up to \$1.50, gifts of lipstick and artificial pearls, and offers of free medical services. He also charged that the US government was enforcing a policy of barring shipments of surplus agricultural products to nations that had not officially agreed to set up Family Planning programs.

The Rockefeller Foundation has supported the Population Reference Bureau for over 40 years, where it is concerned with the distribution of educational information on the crisis of over-population. Materials are written in English, Spanish, and Portuguese, including works such as, Population Bulletin, Profiles, Selections, and the World Educational Data Sheet on Population. The Bureau has published textbooks for primary and secondary schools, the first entitled, People, for 7th graders. The Bureau has organized "population dialogues" for high level Latin American officials, for Latin American newspaper editors and also for high level industrialists. In 1968, the Bureau sponsored a seminar for labour unions in conjunction with the American Regional Organization of Workers.

The numerous and complex ties among such entities as the Rockefeller Foundation, the Forf Foundation, the IPPF, or the Population Council indicate the pitfalls of attempts to examine "family planning", particularly in the Third World, within a vacuum. Just as the most powerful businessmen in the United States and the leadership of such agencies as AID and the CIA have developed complex strategies for maintaining economic and political control of the "less developed countries," they have sought to develop strategies for keeping the world's future population within "acceptable limits" in order to forestall the crises that a multi-national system of exploitation will surely produce.

The international implications of the "population panic" are shown, not only by actual programs being carried out in such areas as Latin America, but by the World Bank's statement of 1968: *"All such activity arises out of the concern of the bank for the way in which the rapid growth of population has become a major obstacle to social and economic development in many of our member states, Family planning programs are less costly than conventional development projects and the pattern of expenditures involved is normally very different. At the same time, we are conscious of the fact that successful programs of this kind will yield very high economic returns."*

McNamara, now president of the World Bank, has personally made great efforts to convince 'developing' countries of the Population crisis. At the annual meeting of the World Bank and the International Monetary System, held in Copenhagen with representatives attending from 116 countries, McNamara, ex-Defense Secret-

*"Colombia Tackles her Population Problems", newspaper clippings, September 1 - December 31, 1966.

ary of the U.S., directly threatened leaders from underdeveloped countries, warning that if the demographic problem didn't disappear it would have to be solved "one way or another."

The Bolivian Minister compared the U.S. threat of "do as we say, or else" to widespread economic sanctions already imposed by the US on other Latin American countries. In Bolivia, for example, nationalization of Gulf Oil meant no more bank loans. The minister accused McNamara of representing US interests that neither care about the misery of the people, nor of the fact that Bolivia has one of the lowest annual incomes per inhabitant (\$160 per year) in Latin America. What the president of the World Bank cares about is that Bolivia pay to Gulf Oil a 'just' indemnization because of the nationalization and that the country of 1,090,581 kilometers and a population density of 4 inhabitants per kilometer, impose birth control.³⁰



AID-PATHFINDER FUND
(Boston, Mass)

The Pathfinder Fund has received \$1.3 million from AID to carry out an international IUD program. Through experiments conducted on thousands of Third World women, Pathfinder is pleased to announce that the new M213 loop has virtually overcome the ill effects of spontaneous expulsion from the uterus. However, many ill effects remain: bleeding and discomfort, relative to pregnancy (meaning possible loss of infant). Researchers claim to be obtaining 'good results' in spite of the poor conditions they have to work with in less developed areas. The once-a-month pill is AID's most promising research project: quick and effective. Everyday consistency with the pill is no longer required. Due to some persistent ill side effects, however, much more experimentation is needed, according to Pathfinder.

AID is known for aiding private associations involved with birth control programs, and for supporting "pioneering" or "experimental" groups in almost all Latin American countries.

II: Protestant denominations — family planning for the natives?

Although many Latin American Catholics, clergy included, have become more sympathetic to the concept of "family planning" in recent years, North American Protestant organizations have long held a vanguard position as backers of population control.

The Church World Service, funded by AID through IPPF, is supporting cooperative family planning activity in 51 countries. Its emphasis is upon encouragement of leadership training—giving conferences and seminars for leaders. CWS is closely involved with implementing 'pilot' programs in family planning.³¹

The American Friends Service Committee, well known among progressive North Americans for its support of black civil rights campaigns of the sixties and its opposition to the Indochina War, has operated in Mexico for at least twenty-five years. Edward Duckles, the AFSC's Latin American commissioner, views overpopulation as Mexico's number one problem and predicts that, in the next twenty-five years, population will double, reaching 94 million, with half the Mexican population being under 15 years of age.

*"The AFSC believes that the health of mothers and babies and the economic and social well-being of families depends upon parents' being able to have only the children they can care for."*³²

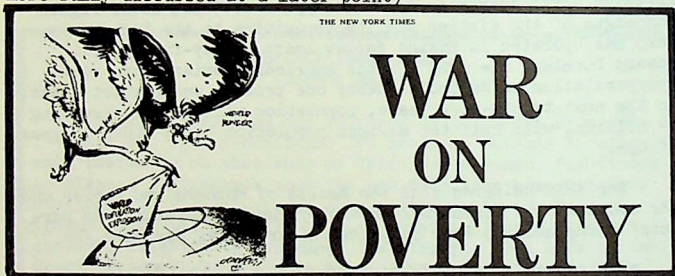
In Peru (1963), the "Comision de Ayuda Social," a counterpart organization of the US based Church World Service, discovered that many Peruvian Protestants were unaware of the Protestant position on birth control. On the basis of this realization, the "Comision" initiated a program to stimulate "responsible parenthood." Its first activities involved distribution of basic pamphlets, such as "Responsible Parenthood and Christian Conscience," focusing mainly upon Lima and the surrounding areas. The pamphlet was also printed in Caretas, one of Peru's leading magazines, and has found its way into Protestant publications in other countries, such as Bolivia.

In 1964, William D. Strong, the Secretary of the "Comision", indicated that his organization would make a transition from informational work to direct distribution of contraceptives:
"Along with information the Comision is increasingly involved in

providing two simple products it has available, foam tablets and aerosol foam. These are distributed through medical personnel and church leaders or directly to users. But more important is the Commission's concern to make more widely known the variety of other products already available commercially throughout Peru."³³

Strong, whose organization was also sponsoring the showing of films on "family planning" to women's clubs and Peruvian political parties, summed up the situation in 1964 by saying: "Though Peru may be many years away from such steps as are being taken in Puerto Rico* and Chile, it is a country where a start can be made and made now."³⁴

In 1967, the American Friends Service Committee was actively cooperating with the Colombian Welfare Association, which was largely financed by AID. IPPF programs, with AFSC help, also set up a birth control clinic in Barranquilla to provide training in Colombia for physicians from other Latin American countries. These activities coincided, on the one hand, with growing support for population control from the elite Medellín Society, and on the other hand, with a growing wave of protests from Colombians who felt that American agencies were seeking to implement a program of "preventive genocide" in Colombia. (These protests will be more fully discussed at a later point)³⁵




In Brazil, American Protestant organizations were also active in peddling "family planning" to the poor. On May 2, 1967, the Capuchin friar, Gil do Novato, the vicar of Estreito (Amazon region), reported that women had come to him for help with severe pain caused by intra-uterine loops (IUD's) that had been prescribed by Presbyterian missionaries. He claimed that the missionaries had "subtly and insidiously" gained the confidence of the peasants by giving them medicine and milk and treating sick children. The missionaries, according to the friar, had zealously created "mothers' clubs", in which women could be tricked into accepting the IUD.³⁶

*In Puerto Rico sterilization was already the principal technique of population control. Strong's "Comisión de Ayuda Social" had relied heavily upon a film on "family planning" called "Los Tiempos Cambian," which had been produced by the Puerto Rican Association for the Welfare of the Family.

At the same time, medical students from the University of Goias discovered that Presbyterian medical missionaries had undertaken mass insertions of the IUD in the underpopulated area along the Belem-Brasilia highway. This area, with about one person per square mile, is one of the largest well-watered regions in the world that has not yet been heavily settled. Inquiries by the Brazilian parliament disclosed that American investors and ranchers had been buying up enormous tracts of land in this potentially productive agricultural region.³⁷

The World Neighbors have operated in Latin America's most exploited countries, concentrating in the villages in Bolivia, Brazil, Colombia, Ecuador, Guatemala, Haiti, Paraguay and Peru. Audiovisual "packages" have been developed for use in the project areas where illiteracy prevails. The World Neighbors also work with BEMFAM in Brazil, which is supported by International Planned Parenthood, heavily endowed with AID funds.³⁸

In Haiti, the Unitarian Universalist Service Committee services low income women living in a 14 block area in Port-au-Prince. The rural program in Fond-Parisien is directed at all women of child-bearing age.³⁹

In spite of the "Christian" or "humane" facades that Protestant denominations and their extensions may cultivate inside the United States, their active participation in population control programs in latin America and other parts of the Third World cannot be isolated from the broader implications and results of these programs. The intertwining of church programs and the more overtly imperialist programs, such as those of AID or the Rockefeller Foundation, make it clear that, in Latin America, Protestant "benefactors" have long ago made their choices with regard to "explosive populations."

A MILLION WOMEN STERILIZED IN BRAZIL

O Estado de São Paulo

2 December, 1971

Use and abuse of the intra-uterine loop (IUD) and wide distribution of contraceptive devices by the group "Welfare and Family" (BENFAM) were officially denounced by the National Conference of Bishops in a statement by the Secretary General, Don Ivo Lorscheider, who labelled the activities of BENFAM as an offence to the dignity of Brazilian women.

The Association of Doctors in the state of Guanabara sharply criticized the use of abortions by this medical entity which, from 1965 until now, has sterilized nearly a million women. The church, which claims responsibility for the conscience of our people, cannot remain silent before campaigns which seek to limit births within a country that still has space for many people.

◆ ◆ ◆

AMEG CONDEMNS BENFAM
O Estado de São Paulo
October 16, 1971

The Medical Association of the state of Guanabara (AMEG) has issued an official statement condemning what it calls the "irresponsible campaign of indiscriminate birth control." In this document, AMEG cites agreements signed by the state governments of Rio Grande do Norte and Espiritu Santo with BENFAM, a group that proposes to develop family programs.

The doctors' Association denounces the methods used by BENFAM to attract clients as suspicious methods. According to the doctor Mario Victor de Assis Pacheco, the general secretary of AMEG, BENFAM uses a false cover when it describes itself as "an association of Brazilian doctors whose sole interest is the well-being of Brazilian families." According to the doctor, "the driveshaft of the programs of BENFAM is the money received from the International Planned Parenthood Federation, whose officers are in New York and London.

The AMEG document, released by the general secretary, protests against possible irregularities occurring in the city of Currais Novos in Rio Grande Do Norte. In this region, BENFAM is using devious arguments set forth in these terms: "It is enough to use the pill or the intra-uterine loop in order to resolve your family's financial problems."

Doctor Mario Victor de Assis Pacheco rebuts such arguments by saying: "As far as we know, there is no country in the world where poverty has been erased by birth control."

In the final paragraphs of his declarations, which was sent to the president of the Republic, the secretary general of AMEG recommended an investigation of BENFAM, calling attention to similar requests by the cardinal-archbishop of Porto Alegre, Dom Vicente Scherer.

III: Malthusian academics-lieutenants of imperialism

One of the greatest fears of world financiers such as the Fords and Rockefellers and their academic agents is that family planning may not be doing the job. Its effects are too slow and short lasting. The process of educating the population to use family planning is time-consuming and too expensive, and massive family planning programs in the developing countries may fail against deep-rooted traditions and popular resistance. Gaining trust among the people has been one of the hardest tasks for the population control advocates.

Academics have been the most avid proponents of massive birth control experimentation and implementation, particularly in the Third World. The "Zero Population" groups on American campuses attest to this fact. Dr. Kingsley Davis, a big Zero, who is the Director of the International Population and Urban Research at the University of California and one of the most admired 'scientists' in his field, explains: "*Millions of dollars are being spent on the false assumption that population control can be achieved by family planning programs. Family planning obscures potentially effective methods. Population control means at the minimum, regulation of population growth in behalf of the society as a whole. It means a deliberate effort to alter the causes of the existing state so as to avoid its undesired social consequences.*"⁴⁰

Dr. Davis believes that "*the number of children couples want is not automatically the number that, from a social point of view, they should have.*" Research, he believes has shown that couples can reduce their fertility if they want to without family planning. On the surface, Dr. Davis seems to be in sympathy with many of the women's liberation demands concerning birth control: "*Why not furnish all people with all the means, including free and unrestricted medical abortion, sterilization, and every kind of reasonably safe and effective contraceptive, regardless of the person's marital status, religion or previous number of children?*"⁴¹

Davis understands why an effective population policy is hard to implement. High mortality has given mankind strong incentives for reproduction. At the same time, Davis considers cruelty to be the motive behind those who disagree with him. "*The most inhumane are those who reject all reasonable means for controlling*

fertility." He wonders if indirect measures of planning such as holding parents rather than public institutions responsible for educating and caring for children, will take effect so that 'compulsory' measures will not become necessary. He sums up his position on reproduction: "*The sine qua non of a population policy is that people be induced to curb their reproduction to the extent necessary for the collective interest.*"⁴²

Davis does not care whether the people themselves decide what their 'collective interest' may be. Instead, he presupposes that those who decide that other more important tasks take priority over reducing the population, are "the most inhumane of all." Davis believes that incentives to reduce large families are lacking in Latin America, particularly in an extended family situation where care of children is also a responsibility of numerous relatives living together. He recommends 'greater rewarding of non-family roles', the organization of family life around the work place, better education, more opportunities for women etc.

On the other hand, Dr. William McElroy, chairman of the Dept. of Biology at John Hopkins University and President of the American Institute of Biological Sciences is a bit perturbed with Davis's direct talk of compulsory population control, but McElroy agrees that family planning need not require unquestioning acceptance of the status quo. McElroy sees new possibilities of control in developing countries, particularly in the field of sex determination. He advocates using the "machismo" ethic to greater advantage. "*In most societies male babies are more desirable than females and if the male were the first offspring, the motivation for having additional offspring would be reduced.*"...*The federal government could also pay a fee. For example, if they did not marry until twenty-four, they would receive a \$500 fee from the government. If they waited until they were thirty, they might even get \$4,000 or a \$5,000 fee.*"⁴³

McElroy, another true 'scientist' and humanitarian presents us with more practical and non-compulsive birth control measures. He and Davis are only two of the thousands of 'scientists' who receive millions of dollars for research in order to discover easier and quicker ways of slowing down or diminishing the numbers of poor people in the world.



IV: Malthus revived

In the mid-twentieth century, the precepts of Reverend Thomas Malthus have been revived, even though nineteenth century capitalists had found these theories inconvenient. Whereas scientists such as Darwin had demolished the "scientific" basis of Malthus predictions and socialist thinkers such as Karl Marx had devastatingly disproved the predictions, Malthusian fears of imminent doom and destruction caused by the abundance of babies have now been re-awakened by the "rising expectations" of the Third World.

In the past and today, Malthusians have argued that high death rates, growing out of war, pestilence, poverty, and vice tend to restrict population increase under "normal conditions." Malthus' notion that food increases arithmetically and people geometrically is echoed by such present-day "population experts" as Dr. Alan F. Guttmacher, president of Planned Parenthood-World Population (the United States branch of the IPPF): *"Reckless population growth without parallel economic growth...makes for a constant lowering of the standard of living. Such a decline, with its concomitant mounting poverty and hunger, leads to political unrest."*⁴⁴

Guttmacher goes on to equate population expansion with the rise of ideologies that are opposed to bourgeois democracy. *"Today the kind of political unrest inevitably delivers a population to some kind of ism, whether it be communism, fascism, or Pan-Arabism (sic), and weans them away from democracy."*⁴⁵

Although Malthus advocated "moral restraint", instead of contraception or other means of solving the population problem, today's Malthusians zealously insist upon the use of "scientific means" of lowering the birth rate. Believing that "nature" no longer controlled population rates through high death rates, Reverend Thomas Malthus deeply feared widespread scarcity and a degeneration of morality. For him, overpopulation, instead of the rise of industrial capitalism, was the sole cause of the evils that he attributed to the society of his day.

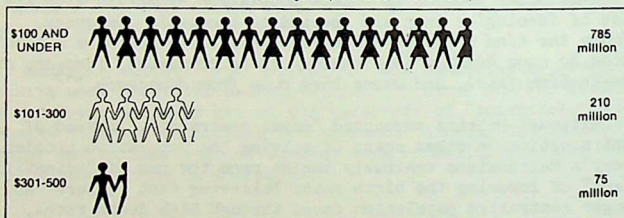
In referring to his own laws of food increase and the ever greater population increase, Malthus felt that the upper and middle classes, with the knowledge of his laws firmly in mind, would

be able to alter the conditions of the poor 'prudently', but efficiently, at least in a 'political light. "Undoubtedly, one of the most valuable of these effects would be the power that would result to the higher and middle classes of society, of gradually improving their governments, without the apprehension of those revolutionary excesses, the fear of which, at present, threatens to deprive Europe even of the degree of liberty which she had before experienced to be practical, and the salutary effects of which she had long enjoyed."*

Knowledge of his laws also spread among the poor would "...remove all unjust grounds of discontent against constituted authorities...." The poor themselves would realize that "...the most permanent cause of poverty has little or no direct relation to forms of government, or the unequal division of property, and that, as the rich do not in reality possess the power of finding employment and maintenance for the poor, the poor cannot in the nature of things, possess the right to demand them; are important truths flowing from the principles of population, which, when properly explained, would by no means be above the most ordinary comprehensions. And it is evident that every man in the lower classes of society who became acquainted with these truths, would be disposed to bear the distresses in which he might be involved with more patience; would feel less discontent and irritation at the government and the higher classes of society, on account of his property; would be on all occasions less disposed to insubordination and turbulence; and if he received assistance, either from any public institution or from the hand of private charity, he would receive it with more thankfulness, and more justly appreciate its value."*

DISTRIBUTION OF WORLD CHILD POPULATION (0-15), 1970

by national per capita income levels \$500 or less (each figure represents 50 million children)



*From Thomas Malthus, Essay on the Principle of Population, Seventh Edition, 1816, J.M. Dent and Sons Ltd.

V: The dynamics of underdevelopment

Contrary to Malthusian mythology, the cries of imminent starvation caused by food shortages are a false alarm. According to the United Nations, (Food and Agricultural Organization-FAO), *"The food problem in the near future is more likely to be surpluses than starvation."* FAO Director Boerm warned that *"excess supplies of cereals, butter and dry skim milk reached proportions that led to serious problems in the commodity markets."* Only 1/10 of the world's total land area is under cultivation according to the UN report. *"More dramatic still are what new techniques, food strains and fertilizers can do; one ton of nitrogen equals in production the worth of 14 new arable acres. Synthetic food is barely born yet, but with a little scientific mid-wifery it soon will be. A man could live from one square meter of land with the proper use of photosyntheses; fifty years ago it took 1 1/2 acres, ploughed, sown and grazed to support a man. Even without photosynthesis food production has been growing 1 3/4 times as fast as population since the mid 1950's. So however much our own ineptitude may produce conditions in Bihar, Mississippi and Biafra that often make the world seem doomed, to eventual famine, the fact remains that Malthus was wrong."*⁴⁶

One of the astounding facts in Latin America has been that, during the so-called "Development Decade", food production fell astronomically, instead of rising as had been expected. In Argentina, where beef exports have continually increased, the Argentinian people's consumption of beef has dropped by 50 percent in the past ten years. While the supply of animal protein increased 12 percent in the world as a whole, it fell 18 percent in Latin America. In 1965, the Bank of Mexico reported that, in Mexico City, 52 percent of the population did not eat meat.⁴⁷

We are told by pro-imperialist economists that, between 1960 and 1970, per capita food production in former "underdeveloped areas", such as the Soviet Union and Eastern Europe, only rose by 45 percent. Yet in the underdeveloped areas of Asia, Africa and Latin America, per capita food production fell by 3 percent and it continues to decline more each year.

CHE GUEVARA ON "UNDERDEVELOPMENT"

A dwarf with an enormous head and a swollen chest is "underdeveloped", inasmuch as his weak legs or short arms do not match the rest of his anatomy. He is the product of an abnormal formation that distorted his development. That is really what we are, we, who are politely referred to as "underdeveloped", but in truth are colonial, semi-colonial or dependent countries. We are countries whose economies have been twisted by imperialism, which has abnormally developed in us those branches of industry or agriculture needed to complement its complex economy. "Underdevelopment", or distorted development, brings dangerous specialization in raw materials, inherent in which is the threat of hunger for all our people. We, the underdeveloped, are also those with monoculture, with the single product whose uncertain sale depends on a single market that imposes and fixes conditions -- that is the great formula for imperialist economic domination. It should be added to the old, but eternally young Roman slogan: DIVIDE AND CONQUER.

Guevara, Che Guevara Speaks, Grove Press Inc., New York, 1968, p.31.

Uneven distribution of wealth continually increases, despite the efforts of advanced capitalist countries at economic pacification. The Alliance for Progress succeeded in becoming an alliance for the progress of the consuming classes.

Of course, Malthus did not seriously envision technological possibilities with regard to modern agricultural processes, new food strains, et cetera. Malthus certainly did not conceive of socialist ideology and its capacity to rationalize production, but he did agree with the capitalists of his day that modern industry needed a surplus population: "*Prudential habits with regard to marriages, carried to a considerable extent among the laboring class of a country depending mainly upon manufactures and commerce, might injure it.*"⁴⁹

Malthus was correct in this assumption that persists today. The capitalists do need a "reserve labor force" so that they can step up production or reduce it according to their wants. Unemployment is not a burden upon capitalism, but an essential part of it. The greater the number of workers available to do a job, the lower the real wage level. Unemployment is obviously not the fault of "overproduction of babies", but the fault of social systems that exclude large numbers of persons from the production process.

In 1966, in the context of a parliamentary debate on population control programs, Brazilian deputy Alfonso Arinos argued that "*the proponents of birth control are mainly oligarchs who want to keep production growth within the limits of the present economic system.*"⁵⁰

Under today's capitalism, increasing unemployment is inevitable as long as the economy depends more heavily upon finance capital (credit, savings, corporate stock, etc), which, in turn, decreases the relative importance of constant capital (machinery, land, buildings, etc) Under modern monopoly capitalism, mechanization thus reduces employment opportunities. The burden of unemployment naturally falls on the shoulders of those who are already carrying the heaviest economic burdens. Workers are the ones who create the additional funds (surplus value) that, ultimately, enable the bourgeoisie to throw them out on the street and to say: "*keep your numbers down. There aren't enough jobs.*"

Again, the capitalist does not mean to keep numbers at a minimum, but to keep them suited to the ups and downs of business cycles. As surplus value multiplies, the bourgeoisie is fattened up, and its consumption increases, along with increases in reinvestment.

In Latin America, although the bourgeoisie is constantly prospering and consumption is rising, the majority of men and women have less food now than they did in 1945. According to Andre Gunder Frank, the "metropolis-satellite" relationship characterizes Third World areas such as Latin America. For example, the very rich sugar and coffee-producing regions of northeastern Brazil are "national satellites" of Rio de Janeiro and São Paulo, which are satellites of the United States. The agricultural regions of northern and southern Mexico are "national satellites" of Mexico City, which is, in turn, a United States satellite. *"Thus, a whole chain of constellations of metropolises and satellites relates all parts of the whole system to its metropolitan center in Europe or the U.S. to the farthest outpost in the Latin American countryside."*⁵¹

Most of the capital being pumped into the "metropolises" of Latin America by the imperialist powers never reaches the majority of the population. In fact, inflation created by the unbridled spending and hoarding of the bourgeois forces the poor majority to sink deeper into poverty. *"Each car Brazil puts on the road prevents 50 people from having transportation by bus. A refrigerator closes the possibility of a community freezer. A hundred lives are sacrificed for the sake of one dollar spent on doctors and hospitals for the wealthy instead of programs for safe drinking water. Huge amounts of foreign invested capital are used to mass-produce goods that are worthless to the majority. In the language of Marx, verdinglichung, or reification is the changing of one's real needs into the demand for mass manufactured products. If one is thirsty, he must have a coke."*⁵²

Very basically, the underdeveloped world furnishes the foreign capital class with new consumer markets, super-cheap labor, and precious raw materials. The bulk of goods and profits (agricultural, extractive, and mass-produced) are then exported to the advanced capitalist countries, creating deeper dependency of the underdeveloped upon the developed. Frank sums up the system of underdevelopment by saying: *"It serves the interests of the metropolises which take advantage of the global, national, and local structure to promote their own development and the enrichment of their ruling classes."*⁵³

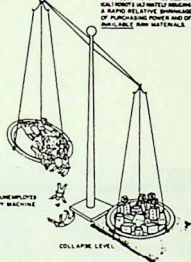
Gunder Frank believes that no amount of outside industrial development can break countries such as Brazil out of the cycle of satellite development. Although many Latin American capitalists believe that archaic institutions have imprisoned their economies in underdevelopment, Gunder Frank disproves this hypothesis by demonstrating that the most recent industrial development, especially of Argentina, Brazil, and Mexico, and also Chile, took place between 1914 and 1945, the period of the two wars and the intervening of the depression - precisely the time when the "metropolises" of these Latin American countries were weakest.

UNBALANCED AFFLUENT ECONOMY WHEN IN
"PROGRESSING BOOM" PHASE

RAPID RISE AND "BOOM"
ECONOMY

PROGRESSIVE AND OVER-AND
INCREASE IN POPULATION OF
UNEMPLOYED OR AUTOMATED MACHINES
AND ROBOTICALLY MANAGED MACHINES
A RAPID RELATIVE DIMINUTION
OF PURCHASING POWER AND OF
AVAILABLE RAW MATERIALS

WORKERS BEING MADE UNEMPLOYED
AND UNEMPLOYABLE BY MACHINE
POWER ROBOTS

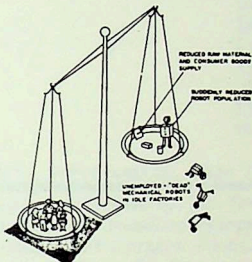


UNBALANCED AFFLUENT ECONOMY WHEN IN
"SUDDEN BUST" OR "GREAT DEPRESSION" PHASE

REDUCES RAW MATERIAL
AND CONSUMER GOODS
SUPPLY

SUDDENLY REDUCED
POPULATION

UNEMPLOYED - "DEAD"
MECHANICAL ROBOTS
IN IDLE FACTORIES



Economics of Overpopulation seen through Capitalist EYES

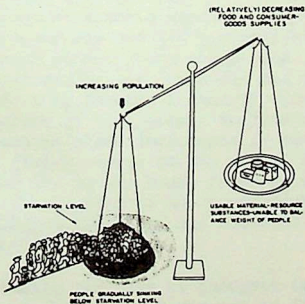
UNBALANCED AND (OVER-RAPID) INCREASE
OF HUMAN POPULATION

(RELATIVELY) DECREASING
FOOD AND CONSUMER-
GOODS SUPPLIES

INCREASING POPULATION

STARVATION LEVEL

PEOPLE GRADUALLY SINKING
BELOW STARVATION LEVEL



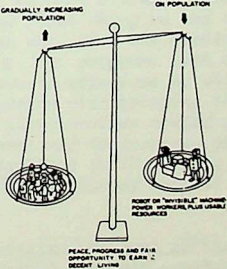
(CONTROLLED AND) ESSENTIALLY BALANCED
POPULATION-INCREASE

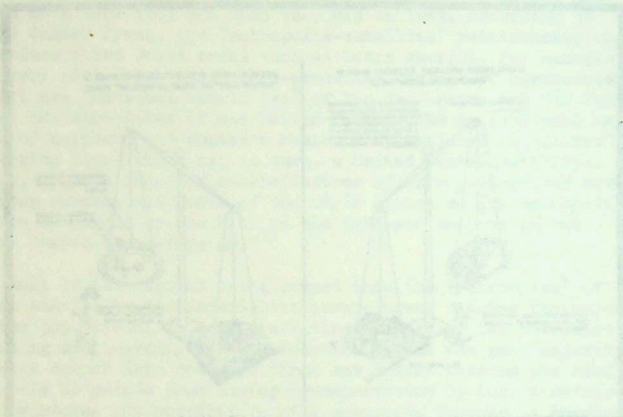
GRADUALLY INCREASING
POPULATION

SUPPORTING RESOURCES
GAINING GRADUALLY
ON POPULATION

ROBOT OR "VISIBLE" MACHINE
POWER WORKERS, PLUS USABLE
RESOURCES

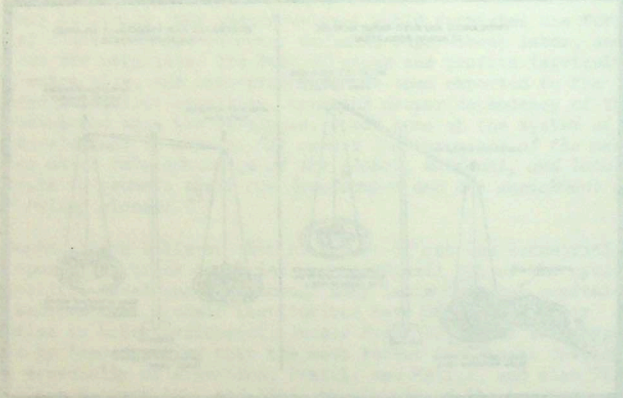
PEACE, PROGRESS AND FAIR
OPPORTUNITY TO EARN A
DECENT LIVING





... ..

... ..



COUNTRY	PERCENTAGE
Brazil	23.2%
Chile	30.6%
Colombia	32.5%
Costa Rica	20.4%
Ecuador	25.6%
Guatemala	9.7%
Honduras	10.3%
Mexico	59.7%
Nicaragua	16.4%
Panama	13.4%
Paraguay	13.3%
Peru	20.3%
Uruguay	17.1%
Venezuela	26.1%

Harry Magdoff, *The Age of Imperialism*, table xxxiii, page 155

*"This hypothesis seems to be amply confirmed by the former super satellite development and present ultra-underdevelopment of the once sugar exporting West Indies, northeastern Brazil, high-land Peru, and others whose names were made world famous centuries ago by their silver. There surely are no major regions in Latin America which are today more cursed by underdevelopment and poverty; yet all of these regions, like Bengal in India, once provided the life blood of mercantile and industrial capitalist development in the metropolises."*⁵⁴

We have seen through history that industrial development can be positive, and potentially beneficial to nations. We should note that societies constructed according to Marxist theory place the highest importance on development through industrialization. The construction of a society based on socialist precepts is described by Fidel Castro: *"It is impossible to emerge from underdevelopment under a capitalist system with its feudal mode of land ownership and its contradiction between a bourgeoisie and oligarch minority and the people. The first thing we had to do was get rid of the latfundia and then deal with the problem posed by the tiny farmer. We had to develop new programs with the cooperation of the farmers to find adequate solutions to all the farmers problems that arose in connection with bringing the sugar-cane fields closer to the mills, to plant what we needed when we needed it, to use heavy farm equipment and to increase production. The problem is not population increase (with all the neo-Malthusian fright), but rational distribution of what is produced."*⁵⁵

During the rise of European capitalism the goal of the European industrialists was not to forestall economic problems at the point of reproduction, as many of today's economists are advocating, but to avoid these problems by colonial expansion.

Robert Hilton, writing on The Population Explosion in Latin

America portrays the colonial period as one of prosperity for everyone: "During the colonial period, the French ran Haiti with remarkable efficiency, and its plantations made it possibly the wealthiest agricultural community in the New World -what a far cry from present day Haiti. These efficient plantations attracted large numbers of farm workers. When with independence, the plantation economy collapsed (what a lesson for those who believe that independence from 'colonialism' is the solution to the woes of tropical countries), the population remained and indeed went on breeding, even though there was no economic basis for the numerous population. It would seem that economic activity stimulates population growth which continues under its own momentum after the need for the population has disappeared."⁶

Writing about the 'prosperity' of Haiti under the French, the population expert fails to mention that the 'large numbers' of farm workers 'attracted' to the 'efficient' plantations were slaves who died off like flies under sub-human working conditions. The wealth was concentrated in the hands of the French planter-class who exported much of the capital back to France.

The flowering colonies of the South, New England, the West Indies and Africa, producing sugar, molasses, cotton and slaves, had enabled the European countries to bloom, especially England. Simultaneously, its satellites, Ireland, Wales and Scotland were impoverished. By 1775, countries such as Britain actually needed more workers (supernumeraries) in order to carry the weight of industrial expansion.

Gunder Frank and much earlier, Karl Marx, suggest that History is the best way of studying and understanding the trends in the world capitalist system which leads to development in the 'metropolises' and the underdevelopment of the satellites.

During the European industrial boom, 'sufficient' unemployment enabled capitalists to keep wages below subsistence, and whole families were mobilized into factory work. Many of the poorest members of society were thrust out of the domestic economy and forced to emigrate to the colonies. Although the British workers were not starving on a large scale, the transition from mercantilism to industrial capitalism caused mass starvation in India when the Indian weavers were put out of business by mechanization of Britain's weaving industry.

Whereas the early nineteenth century economist saw modernization of production based on successful colonial enterprise alleviating population problems, today's economists and demographic experts no longer have faith in their own technology. Malthus was seen as a nut in the 19th century, but today he is regarded as a brilliant theoretician.

Later, Hitler held to the Malthusian fear that too many members of a group (the Jews) were draining Germany of its precious resources, just as today's neo-Malthusians believe on a more grandiose scale that the Third World, composed of black, brown and yellow peoples, is capable of depleting precious resources. Hitler's limited experimental sterilizations of his "economic undesirables" can be compared to today's Latin American experiments, as in Puerto Rico. In the underdeveloped countries particularly, too many unemployed (those who exceed the 'necessary' numbers of unemployed and unemployables) have today become the undesirables. Hitler was a neo-Malthusian in that he wanted to sterilize his undesirables—Jews and gypsies. But as regards Germans, he wanted more of them. This same contradiction can be seen today. Why do AID population funds in the Third World triple the funds allocated to the developed countries?



VI: The haves and the have nots.

In general, birth control programs are racing to outflank the social turmoil and revolution which are developing. Although there was the hope that the 1960's would be the development decade, it naturally was NOT. Those who rule the advanced capitalist nations realize from contemporary historical experience that super-unemployment is a great threat to their interests, whether it be in their own metropolises or in their many satellites. Attempts to predict and, more recently, to control the numbers of employed and unemployed represent a historical drive of capitalist society which will obviously fail because of the society's contradictions. The severe contradictions between the Haves and the majority of Have Nots was begun to work in favour of the Have Nots. In fact, 1/3 of the world's people exist in societies where the Have Nots have confiscated the wealth of the Haves; a frightening proposition to the monopolistic Haves in our own midst.

In the report by the Secretary-General of the UN Conference on Trade and Development, entitled, Towards a Global Strategy of Development, Raúl Prebisch, presiding Secretary-General of the Conference, expresses the resulting dangers of continued economic lag in the 'peripheral' or underdeveloped countries: *"Whatever conscientious and resolute decisions may be taken to halt the trend by a judicious demographic policy, the practical effects of the policy on the growth of the labor force will not be noticeable for some twenty years because the people who will enter this force are already born. And it is precisely during these twenty years that the inadequate absorptive capacity of the peripheral countries will reach very serious proportions until the economic growth rate is accelerated. If the rate is slow, dynamic elements (creative people) in the society will not find opportunities on a large enough scale and there will be no perceptible - or only a very small - improvement in the income of the masses. This fact, together with the frequent spectacle of gross social differences and the mushrooming of the marginal and redundant labor force, are building up a really explosive mixture in the peripheral communities. Everything depends on whether there is something to set it off."*⁵¹

In Population and World Power (1961), A.F.K. and Katherine Organski warn of the rapid development of 'neutral' countries. They understand very well that industrialization in the Third World is synonymous with communism, that 'western' populations must increase, and 'eastern' populations be rigorously controlled. This opinion is not uncommon among political demographers: *"The west owes its position of world leadership to the fact that industrialization came early to the west. Once the secrets of industry are known to all, and indeed, they are no longer secrets, industrial status alone will no longer guarantee superior power. Population size will then assume more importance as a determinant of national power. Tiny industrial England ruled a quarter of the world, including some 300 million unindustrialized Indians. Japan subdued the bulk of pre-industrial China. The United States dominates her neighbors to the south despite the fact that they outnumber her. But once the whole world is industrialized, population size will matter more. The west can be glad that its population is growing as its slender chances of maintaining world leadership are thereby improved."*

In Latin America, the most concerned over the population increase are those whose class interests would be jeopardized by the power of the masses. As a conservative economist views the danger: *"The proletarian masses are those most susceptible to communist propaganda, and if we do not do something to avoid their growth, we are going to find ourselves in a situation like that of Cuba."*⁸

A conservative Colombian student sees the problem similarly: *"Since it is the lower classes which are growing the fastest, and the ones that have the least to contribute to the country and who are also the most anxious for political changes, I would say that population growth - that is - the growth of the working class, is dangerous."*⁹

A Cuban, Juan Perez De la Riva, writing on population matters, believes that some of the capitalist fears of the rising masses are justified: *"There will never be too many of us because the development of a socialist society implies structural changes which tend to produce a reduction of births, comparable to that which we are experiencing now in Cuba, which is really a preamble to a new "baby boom" that will occur when advanced techniques have liberated new forces in our society. There will never be too many of us because communism establishes a harmonious balance between people and natural resources as part of the dialectical process of the transformation of nature."*

Nothing like this is taking place in the rest of Latin America where imperialism, in order to prevent the change of traditional structures, in order to halt the revolution, is trying to impose from the outside a politics of Malthusianism. We know that these efforts are condemned to fail even more spectacularly than the unlamented Alliance for Progress. What they call the demographic explosion will sooner or later become the revolutionary explosion.



VII: The issue of methodology.

Many apologists for imperialism masquerading as population experts pretend to desire better conditions for the poor peoples of the world. They believe that the answer to the world's enormous problems is 'time.' Only by time and patience can we endeavor to better the conditions of those 'unfortunates' upon the earth already. Fertility control would provide this 'time.'

To many academicians, there seem to be sound empirical reasons why population growth impedes the economic growth in the Third World which is threatening survival. The short-sightedness and weaknesses of their methods will become clear.

One of the most popular notions is that developed countries have fewer people than underdeveloped countries. The idea (according to the experts) is supposed to be derived from a sophisticated method of research called 'comparative statistics'. Economists or demographic experts place statistics together in such a way as to show a positive or negative comparison which justifies their preconceived notion. Just in terms of their own statistical method, the idea is false. Public data shows that in the Third World some of the most impressive gains in per capita income are made by high population growth rate countries.

Venezuela has had a major population increase in recent years in relation to positive economic development whereas Nicaragua, a sparsely populated country of 24 persons per square mile, is extremely poor; one percent of the population takes twenty-five percent of the national income. However, Nicaragua is extremely rich in agricultural potential. The United Nations has suggested re-settling these people in order to entice industrialists to develop the country. Nicaraguans have experienced centuries of exploitation. The example of this country does not say that too few people have made her poor but that numbers have little to do with her poverty.

The absence of a fixed correlation between rates of population growth and rates of poverty is well-explained by the Cuban

writer, Juan Perez de la Riva, who points out that Cuba experienced a "baby boom" immediately after the overthrow of the American-backed dictator Fulgencio Batista: "Comparing last year (1967) with 1964, 32,300 fewer children were born. This 12 percent decline is obvious, but it means little. Immediately after the revolution there was a "baby boom" that we have already discussed, which can be more accurately called "deferred births." Many couples who had not planned to were married shortly after the revolution because of the atmosphere of euphoria and limitless confidence in the future. The government greatly improved the general conditions of the people - in lodging, jobs, or low-interest loans if they were studying - and, furthermore, prevention of births was more difficult. The number of marriages increased, the ages of couples dropped, especially in the cities, and the results came quickly. Could the baby boom continue indefinitely? Of course not. But two factors in particular contributed to the decline that had been predicated: incorporation of women in large numbers into the work-force and the fullest development of mass education."⁶¹

Fidel Castro has explained that revolutionary Cuba regards birth control as a matter of individual choice. Indeed he suggests that with socialist economic development, Cuba could support a considerably larger population: "But the Cuban revolution is not blindly against birth control. The size of the family is the individual decision of the husband and wife as part of their human rights. It is the duty of the state to provide them with the adequate means for having as many or as few children as they want. Propaganda in one direction or the other is completely unnecessary. The revolution is not scared by population increases and it is not worried by a temporary drop in the birth rate. There are some countries that pretend that birth control is the solution, but the only ones who are saying this are the capitalists, the exploiters, because no one who understands what humanity can achieve through science and technology sets out to impose limits upon the number of human beings that can exist on the face of the earth. And this would be especially out of place in a country like ours where there is enough land to take care of a much greater number of people."⁶²

Attacking today's neo-Malthusians who maintain that, in the past, high mortality rates held down population, Castro asks whether these "scientists" consider disease, war ect. as beneficial to their interests: "But it is neither humanly nor economically correct to maintain such a thesis as the problem does not lie there. The poverty which afflicts the people in aggravated form today is basically the same poverty which faced them in the twenties and thirties when the population was considerably less and the infant mortality rate higher. Therefore birth control is no guarantee of political, economic, or social improvement under the capitalist system. What will the people gain by reducing the

population boom if they continue to live in the same sub-human conditions."⁵³

Another statistical argument used by demographic experts is that an unchecked population consumes all the GNP and nothing is left over for new investment. A liberal Colombian economist remarked that: *the economic growth of the country is exclusively slow, especially considering that the growth of the population absorbs almost all the growth of the GNP, leaving a rate of growth of less than one percent annually.*"⁵⁴

A Colombian sociologist expresses the GNP problem in terms of savings and investment: *"Savings and, consequently, possible investments are completely absorbed by the growing population. It is not possible to create an infrastructure of industries nor is it possible to accumulate human capital in education, the government must continually invest its scarce funds in emergency projects (which are in turn results of the growing population), and its hands are tied in its efforts toward natural development.*"⁵⁵

The solution of increased foreign investment is discussed by the United Nations: *"It is not possible to increase national savings, which are the source of domestic investment, without lowering the consumption levels of the population. Since this can hardly be expected of a people whose level of living is already extremely low, foreign investments become necessary, at least as a temporary measure, until a level is reached when national savings can provide needed investment capital.*"⁵⁶

Of course the same United Nations report mentions other more basic reasons why savings in developing countries are low: *"The distribution of income is very uneven. The proportion of income going to profits as compared with wages and salaries has actually been increasing in a number of countries.*"⁵⁷

Demographers, themselves without hesitation, agree that the GNP is positively correlated with population growth. The table indicates that the highest rates of population growth (over 3%) corresponded to the highest rates of GNP growth in both five year periods. It shows that countries with the lowest rates of population growth (Argentina and Uruguay) had the lowest rates of GNP increase. Although this does not mean that more people are the key to a successful economy, it certainly proves that a lowering of the population growth rate will not alter the GNP growth rate of most Latin American countries. Capitalist demographers do not seem to take themselves seriously. What the strategists for the future conveniently leave out is the fact that a large portion of exports which would otherwise go into expanding the GNP, is actually funnelled out as profits on foreign investment or interest on foreign debt. For example, in Ecuador and Chile, in 1966, out of one dollar of exports, 20 cents was drained out of the country. In Venezuela, 25 cents of each dollar went out,

36

in Mexico, 60 cents. American companies have been happier in Latin America than any other continent in the world. Over a period of 10 years (1950-1960), they directly invested 3.8 billion and received 11.5 billion.⁶⁸

However, some of today's wealthy Latin American industrialists are opposed to birth control on the grounds that cheap labor and more consumption is essential for their own industrial growth. The Venezuelan Federation of the Chamber of Commerce recommends "producing more, fighting for optimal productivity laboring tirelessly for the expansion of consumption." Fearing underconsumption, a capitalist Chilean asks, "If we adapt birth control, what would happen to industries such as children's clothing if the market became saturated and there was no one else to sell to."⁶⁹

Latin America.

Percentage growth of the population and the gross national product (1955-1964).

	Population growth (a)		Gross national product			
	1955-59	1960-64	Overall Growth (b)		Growth per capita	
			1955-59	1960-64	1955-59	1960-64
Latin America (except Cuba)	2.9	2.9	4.7	4.0	1.8	1.1
Uruguay	1.2	1.2	0.3	0.1	-0.9	-1.2
Argentina	1.9	1.8	2.7	1.2	0.8	-0.6
Bolivia	2.2	2.3	-0.2	5.0	-2.4	2.7
Chile	2.4	2.4	3.8	4.0	1.4	1.6
Paraguay	2.5	2.5	2.4	3.6	-0.1	1.1
Peru	2.6	2.7	4.7	6.4	2.1	3.7
Colombia	2.8	2.8	5.3	5.3	2.5	2.5
Panama	2.7	2.8	5.3	5.3	2.5	2.5
Guatemala	2.9	2.9	5.1	5.4	2.2	2.5
Brazil	3.1	3.0	5.8	3.9	2.7	0.8
Ecuador	3.2	3.1	4.5	3.7	1.3	0.5
El Salvador	3.0	3.2	3.0	8.3	0.0	5.1
Mexico	3.3	3.4	6.2	6.2	2.9	2.8
Honduras	3.3	3.5	4.8	4.3	1.5	0.8
Venezuela	3.9	3.5	6.5	5.3	2.5	1.7
Nicaragua	3.5	3.5	1.7	7.3	-1.8	3.8
Costa Rica	4.2	4.0	4.9	3.3	0.8	-0.7

(a) Based on estimates published by the *Bulletin of Statistics* of CEPAL, Vol. I., No. 1.

(b) CEPAL. *Economic Study* 1964.

Another variation on the imperialist theme of over-consumption is the contention that a large sector of the population (namely the youth under 15) , do not contribute to the society, thereby creating a large 'dependency' ratio, and that a large portion of education costs must come from the state. A conservative Colombian educator sees birth control as the answer to ignorance:

*"Population growth implies that young people who could be in school must work in order to maintain themselves because their families cannot, with so many. Low educational levels, in turn impede development and encourage population growth. The low level of education of the people causes the low productivity of the workers. The lack of civic education produces the political instability which causes the stagnation of economic structures... The lack of sexual education causes the high birth rates, prostitution and other social evils."*¹⁰

In actuality, the financial burden of public education is paid by the taxpayers (as in all capitalist countries), who are mainly working people. In countries like Brazil and Colombia, literacy campaigns have been ruthlessly suppressed, as the industrial oligarchy has thrown off its former smile. They fear that, when the people learn to read and write, they may also learn to question the social system.

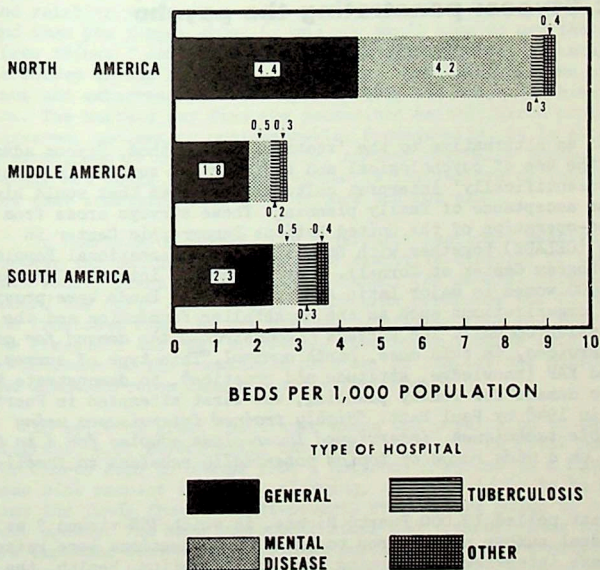
In many instances, birth control is seen as an alternative to social reforms, such as education. J.M. Stycos is another academic neo-Malthusian. He is director of Cornell University's International Population Program, a consultant to IPPF, writer for the Population Council, and an initiator of million dollar programs concerning birth control. Stycos sees only futility in building more schools. His scientific conscience induces him to prove his point by counting the number of school 'seats' needed for a rapidly expanding population. He uses the example of El Salvador. *"...Suppose high goals were set, by 1980, 98% of the primary school age group and 45% of the secondary school age group is attending. In this case they would have to more-than triple the present number of primary seats and increase secondary enrollment almost nine times."*¹¹

Stycos' research leads him to conclude that mass education on the lower levels (under 6 years) means very little in terms of 'fertility control.' The population cannot be stabilized through education. *"Given the facts that education levels are generally low, that urbanization may be needed to activate the effects of education of fertility, and that Latin America is predominantly rural, Latin American countries which wait for "education" to reduce birth rates may wait a long time."*¹²

Stycos also uses the "comparative statistics" method of comparing population growth with GNP growth rate. Since El Salvador's population growth rate is 4% and the GNP increase rate is only

3%, the budget will barely allow its people to survive. Clearly absent from his conclusion or analysis are certain economic facts; that 8% of the population receives 53% of the income. A University population research group, guided by a bourgeois perspective, lets slip the real problem. In referring to the 8% who receive the majority of national income, the project explains: "*Since El Salvador is primarily an agricultural country, this disproportionate distribution of income is closely related to the unequal distribution of land and failure of the workers to share in the increased sales and higher prices of agricultural exports. The unequal distribution of income and the low purchasing power of the population created special problems for economic development.*"¹³

Styco and fellow academicians are critical of many of today's demographic 'statisticians' who are involved in purely "economic,



Hospital beds per 1,000 population by type of hospital in the three regions of the Americas, around 1962.

political or legal functions." He considers his own sociological approach to birth control to be more humane and practical although in reality, he advocates genocide. Many of today's misled ecologists and over-population prophets believe that Stycos must lead the way. He criticises the 'statisticians' method in several ways: 1) changes of the human condition have not been taken into account 2) the importance of theory has been lost 3) studies of sex attitudes which would account for Latin American attitudes towards fertility have not been taken into account. Apparently, probing of the oppressed familys' psyche is seen as a more "humane" means of stabilizing population.

VIII: Stycos: penetrating the psycho

As an alternative to the 'statistician' method, Stycos advocates the use of psychological and sociological surveys in order to 'scientifically' interpret cultural attitudes that would hinder the acceptance of family planning. These surveys arose from the co-operation of the United Nations Demographic Center in Chile (CELADE) together with Stycos at the International Population Program Center at Cornell. They set out to interview groups of 2,000 women in major Latin American cities. Funds were provided by organizations such as the Rockefeller Foundation and the Population Council. The surveys *"demonstrated the demand for goods and services, in this case, birth control."* This type of survey, called KAP (knowledge, attitude and practice), to demonstrate the public demand for family planning, was first attempted in Puerto Rico in 1948 by Paul Hatt. *"Highly trained interviewers using flexible techniques, interviewed lower-class couples for 4 to 6 hours, on a wide range of topics potentially revelent to fertility."*¹⁴

Hatt polled 13,000 Puerto Ricans, in which 75% viewed 3 as the ideal number of children to have. Many questions were raised in these interviews concerning fear of infedility, health, the effects of contraception on pleasure and the effects on the male authority. Answers demonstrated that many feared contraception would foster infidelity, undermine male authority, produce ill-

ness or diminish pleasure. Of the 72 families studied by the Family Life Project, two thirds reported using contraception in some form. The author suggests the best way of avoiding these cultural traditions: *"A method that has proved increasingly attractive in Puerto Rico is sterilization. A review of the reasons will illustrate the interplay of culture, motivation, and the decision to accept or reject methods of controlling births. In 1950 close to one out of every five deliveries in Puerto Rican Hospitals was followed by sterilizations. Between 4 and 5 thousand sterilizations occur each year."*¹⁵

The Family Planning Association of Puerto Rico operates clinics throughout the island, distributes contraceptive pills free, and has legally sterilized some 100,000 men and women.¹⁶ By 1954, 16% of all the women of child-bearing age were sterilized. By 1965, 34% were sterilized.¹⁷

Sterilization is so popular that local politicians dispense the necessary bed space in return for political allegiance. What explains this phenomenal popularity? Sterilization is effective and relatively easy. As one woman put it, *"It is only once, sure, and then you forget about it and you don't have to use those dirty things."* Another reason is that sterilization is usually performed in the hospital, postpartum, thus removing some of the onus and embarrassment of a special trip and a special examination. The husband may find the prescribed method (birth control) tiresome, unclean or unpleasurable. Consequently, it is either discontinued or used erratically. Another pregnancy ensues. The family now feels that contraception is ineffective or impractical and that something must be done once and for all.

In Puerto Rico itself, the government sanctioned massive U.S. funding for national programs. The executive director of the private Family Planning Association stated: *"The general attitude toward the birth control type of program permeates the US from the President down. We are greatly benefiting from the fact that the President has been so clearly favourable towards this kind of solution to the population problem. He has let the nation and the administration know about his feelings."*¹⁸

In spite of great resistance among the population to these programs, M.J. Stycos still has great hopes: *"It is still possible for Puerto Rico to change from a national disgrace to a US showcase with respect to family planning, although it is to be noted that the funds from the Anti-poverty Program are going to a private agency. The more municipal, state and federal funds that are expended within United States borders, the more straightforward and uncomplicated can our approach be to the rest of the hemisphere."*¹⁹

The Argentine delegate to the UN Population Commission, opposed the measures taken in Puerto Rico, condemned the sterilization projects in December, 1962 thusly: "In Puerto Rico, the policy of birth control has produced only insignificant results. That was why various specialists no longer hesitated to propose measures of compulsory sterilization. It was possible to see how far certain theories based on a misconception of the determinants of economic development could lead."¹⁰⁰

Puerto Rico

TABLE 1. Percentage sterilized of all mothers aged 20 to 49 in 1965 by present age

Present age	Total number of mothers	Percentage sterilized
20-24	(1150)	18.7
25-29	(1081)	29.8
30-34	(1145)	35.3
35-39	(1197)	46.7
40-44	(1199)	35.2
45-49	(1157)	35.0
Total	(1,071)	34.0

2. Percentage sterilized of all mothers aged 20 to 49 in 1965 in stable first marital unions* by duration of marriage

Duration of marriage	Number	Percentage sterilized
Less than 5 years	(91)	11.0
5-9 years	(157)	28.7
10-14 years	(157)	43.9
15-19 years	(133)	46.6
20-24 years	(124)	42.7
25 years or more	(100)	37.0
Total	(764) [†]	36.3

* Stable first marital unions are defined as married only once and presently married (excluding separated).

† Includes 2 cases of women in stable first marital unions for whom the duration of marriage could not be derived.



A very cruel type of interview, characteristic of many similar interviews among poor people throughout the world was taken in Haiti among 44 males and 45 females, all of whom were poor and many illiterate. Photographs showing rich and poor families were shown to the 'informants' who were then asked to choose. The pictures portrayed wealthy families, one large and one small, who were well dressed and wore shoes. Pictures of poor families, showed one large and one small, who were either naked or in rags. Questions were asked such as: Tell me about these two families. Do you see any difference between them? In order to trick the Haitian villagers, and establish confidence, the interviewer told each informant that a friend of his took the pictures in another village far away. *"Everyone sees something different in these pictures, I would like to have some of your ideas."* The conclusions to such surveys would be obvious to most except those who see reality under a 'comparative statistics' syndrome. The large wealthy family was preferred by 2/3 of the informants. A "large" family was chosen because of the extended family tradition, and "wealthy" was chosen because of the economic problems which plague the poorer sectors of any society.



Census-taking among Andean Indians in Peru.

Some of those questioned, however, defied the survey by identifying with the poor and choosing the poor family photo as a preference. *"God loves poor people...Because he is poor like me. ...I like her because it is a poor family...If I knew them I would give them a little gift."*³¹ The surveyor displays his contempt for their lack of submission in many ways: *"The lower class has a number of rationalizations for the superiority of the poor, chief among them being that they are the children of God."*³²

In Peru, around 2,000 women, 'currently mated' and several hundred village women were administered with a questionnaire on fertility and desired family size. The results of both rich and

poor showed that two children was the number most desired. Again, conclusions seem obvious. Lower class women desire fewer children and are more sensitive to the implications of additional children than are upper class women. The fertility expert suggests in his conclusions, that if lower class women realized that upper-class women also wanted fewer children, then it would be easier to encourage the poor to think more⁸³ seriously about their 'latent' desires for smaller families.

The populationists and demographers are determined to prove that in Latin America countries, family limitation is the overwhelming desire of Latin American families. The frequency of illegal abortion is used to hypothesize a strong desire for family limitation. In Chile, at least 1 in 5 pregnancies is voluntarily interrupted. An Uruguayan report estimated that for every live birth there are three provoked abortions. In Guatemala, it is estimated that 15% of all pregnancies end in induced abortion. Dr. Mendoza, a vociferous advocator of national birth control programs, along with many other Latin American doctors are concerned with the economics of the birth control problem. *"Nearly 25% of the admissions to the maternity section of San Juan de Dios last year were occasioned by abortion complications. These cases consumed eight percent of the hospital's budget."*⁸⁴

In showing that mothers desire fewer mouths to feed, the rationale for voluntary birth control seems difficult to question. The problems of poverty and misery are not caused by too many people, because poverty exists practically everywhere in the world where there is capitalist greed, despite the size of the population. Rather, misery and poverty are caused by the economic structure of capitalist society which denies the worker his control over the means of production.

The average woman in the role of domestic servant and child-bearer, is neither paid, nor able to participate in the major workings of society. In many cases, she is forced to see no other outlet for her oppressed position than birth control (if it is free).

Despite the efforts of racist interviewers to illustrate the point of small family desirability, a much greater understanding of population problems was revealed through the informants themselves. They proved over and over, by the questionnaires, that economic conditions were the cause of their "desire" to reduce family size. In a survey of 2,132 people in Puerto Rico, who had less than 5 years of schooling, 86% felt that deteriorating conditions relieved them of their religious duty to have more children. Fifty-eight percent believed that lack of money, poverty, and education and other socio-economic barriers were the main obstacles to personal progress. In the slum area of Peru, out of 100 polled, 86% wanted a family small for economic reasons. Another poll in Brazil reached 2,763 people, among whom 76% did not

want more⁸⁵ than the ideal number - three children - for economic reasons. A common answer was, "We do not have the means to educate, clothe or feed them." Another mother of two states: "If one is poor he shouldn't have more than two children. The rich can have more because they have money to educate them and do not sacrifice or even kill themselves working as the poor do. For the rich, they are even a recreation; for the poor man they are a burden. The rich are⁸⁶ better for the children, but its a great task for the poor."

If a questionnaire had been circulated to the tens of thousands already surveyed, asking the masses what they wanted most in life, the answer most certainly would have been better wages, housing, food, education, and opportunities. Obviously, such polls were never carried out.



Results of Imperialist Interview

	Left	Center	Right
FAMILY PLANNING			
In favor	Individual human right	Anti-abortion Family health & welfare	Responsible parenthood
	<i>New left</i> <i>Old left</i>	<i>Physicians</i> <i>Social workers</i>	<i>Young clergy</i>
Opposed	Populationism	0	Hedonism- promiscuity
	<i>Black militants</i>		<i>Old clergy</i>
POPULATION CONTROL			
In favor	0	Economic development	Political-economic stability Welfare costs
		<i>Economic planners</i>	<i>Politicians</i>
Opposed	Anti-imperialism Revolutionism	Coercion	Nationalism Abundant labor supply Populationism
	<i>Castroites</i> <i>Peking Communists</i>	<i>Liberal intellectuals</i>	<i>Military</i> <i>Big business</i>

IX: The socialist alternative.

In socialist society, birth control is always put into the context of the whole economic system. A Cuban women in the field of family planning explains: *"In a nation where class differences have been eliminated, the women is no longer an economic or socially dependent being, she can develop her abilities and pursue the career of her choice. Contraceptives are therefore provided not so much as an economic measure, but rather as an effective means of freeing women from the drudgery of house hold chores, releasing her talents for the benefit of all."*⁸¹

Another women from People's China involved in birth control explains the total context surrounding the issue similarly: *"Planned parenthood should be based upon the emancipation of the women, her quality, her right to study and to participate in all political decisions, and her heightened social consciousness. Planned parenthood and marriage are factors for the promotion of a socialist society, but must be based on full equality of both partners, self respect and knowledge. It is, therefore, essential that the masses themselves should grasp all the factors of health and work, and themselves, carry out the programs."*⁸⁸

One of the main slogans of the Chinese revolution was "let the masses educate themselves" which meant that *"only through total participation and involvement, which meant therefore, through knowledge and decision making on the part of the masses could this problem be solved."*⁸⁹

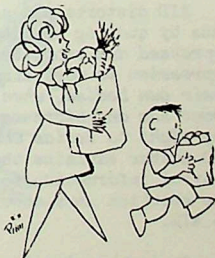
Threats of economic deprivation were not used as fear tactics to force the masses to limit their numbers; instead the masses understood through extensive self-education that all facets of daily life must be revolutionized in order for a socialist future to become a permanent reality. It was realized that population redistribution would be accomplished, not by temporary monetary bribes or deception for the benefit of a few, as we have seen in Latin America, but by wide acceptance of a far-reaching political purpose. The women in Cuba and China became aware of positive

aspects of birth control through women's organizations which were formed by women workers, peasants and students.

Previously, we discussed how the demand for free birth control finds some of its most vocal adherents among the ruling class of today's greatest imperialist power.

Although the Third World is the area where capitalists take a most overt public stance in favor of low cost or 'free' birth control, there is no reason for American women to ignore this phenomenon as if it were unrelated to their own positions on birth control, even though the women's liberation movement and the official American family planning organizations have entirely different goals in mind. The reality that socialists and non-socialist American women alike are ignoring is that, today, international agencies, aiming for national planning programs in the Third World are also trying to implement low cost birth control and abortion programs for women in the United States.

Chairman of IPPF, George Lindsey, former wall street lawyer and State Department advisor, envisions a brighter day for American women whom he believes to be in desperate need of his programs: *"Our present and primary challenge in America then, is to end this unfortunate discrimination against the poor. With but one in seven of the five million fertile women in the United States who need family planning assistance receiving it -- only one out of seventeen women among the rural poor -- our job is far from done. Primary responsibility lies, of course, with the 80 percent of the population who are more affluent and who use family planning. A new understanding of the economics of growth, a new sense of the responsibility of the individual towards all mankind -- it is in these difficult areas that we face our long range challenge."*⁹⁰



X: Conclusion.

The only way in which American women can prevent their demands for free abortion from encouraging and directly aiding fascist trends in our society (for example, controlling the 'undesirables' is to fit progressive women's demands into a context whereby these demands may one day be realized. If we demand that women be allowed to control their own bodies by having a right to abortion, without also demanding an end to population control campaigns, then we are betraying the women's struggle in general and our Third World sisters in particular. It is deceptive to present the illusion that a congressional act legalizing abortion would aid women's struggle, even in a small way.

We have seen the most ruthless chauvinists and enemies of the women's struggle raising the abortion demand through IPPF or the Pathfinder Fund or the Rockefeller Foundation. Low cost birth control programs are already being put into practice to the tune of millions of dollars by American agencies. The directors and trustees of these agencies are directly connected with American foreign policy in areas such as Africa, Vietnam and Latin America. This connection is not accidental, but a result of US Imperialism's efforts to control the people of the earth, including American Women.

AID distorts and uses the meaning of women's liberation demands by quoting them as substance for rationale: *"All women are oppressed and exploited sexually. For working class women this oppression is more direct and brutal. They are denied control of their own bodies, when as girls they are refused information about sex and birth control, and when as women they are denied any right to decide whether and when to have children."*⁹¹ The AID author explains that the women are calling for more birth control information to be disseminated in the high schools and the abortion laws should be liberalized. This is good according to AID.

It is becoming increasingly easier to take women's demands out of the context of 'control over our own bodies' because an analysis of who is really controlling our bodies is lacking.

Abortion can only be put into the context of demands such as free health care, no forced sterilization, no more population programs in the Third World, and child care. In other words, the call for abortion can be progressive for all women if demands are voiced with it, thus ensuring the future achievement of women's rights to control their own bodies and their own lives.

Women involved in the struggle for women's rights could undertake a far-reaching campaign to further investigate and protest population control programs and research being done in the Universities and 'in the field.' We are obliged to speak out loudly and consistently against "family planning programs" which are a facade for Imperialism's neo-Malthusian ambitions.

Avoiding this difficult responsibility puts us in the category of being accomplices by allowing our activities in support of free birth control and abortion to be implemented and directed against Third World women in particular and poor women in general.

If we assume this responsibility and undertake it conscientiously, our women's movement will truly be on the road to becoming an international women's movement which understands its unity and solidarity with our sisters in the world-wide struggle against imperialism.



Footnotes

1. "Population: International Assistance and Research Development" Center of the Organization for Economic Cooperation and Development (Paris, 1969), pp. 208-9.
2. Ibid.
3. "Population Programe Assistance" (Agency for International Development publication, October, 1969, Bureau of Technical Assistance, Office of Population, Washington, D.C.), p.14.
4. Ibid.
5. Ibid.
6. Population Program Assistance, p.7.
7. R.T. Ravenholt. M.D., "Expanding Horizons in Population Control", War on Hunger, V, 20 (October, 1972), 1. War on Hunger is a monthly AID publication.
8. "U.S. Foreign Aid in Latin America", Agency for International Development, 1972 program (Washington , 1971).
9. North American Congress on Latin America, Newsletter, December, 1970, p.14.
10. The Economist, December 20, 1969.
11. "Population Program Assistance", p.23.
12. "Population Program Assistance", p.14.
13. "Population Program Assistance", p.14.
14. "Population Program Assistance", p.36.
15. U.S. Foreign Aid in Latin America.
16. Susan Aurelius, confidential report submitted to Pathfinder Fund on a field trip to Latin America.
17. Ibid.
18. "Population Program Assistance", p.12.
19. North American Congress on Latin America, Newsletter, December, 1970, p.15.
20. The Victor-Boston Fund for the International Planned Parenthood Federation, Report No. 10 (Fall, 1968), p.24.
21. "Population Program Assistance", p.11.
22. Ibid, p.25.
23. "Population Program Assistance", p.14.
24. "Paper X", sub-titled "The Family Planning Seminars for Latin American Leaders and their Results", presented at the fourth conference of the International Planned Parenthood Federation--Western Hemisphere at San Juan, Puerto Rico (April 19-27, 1964).

25. "Population Program Assistance", p.2.
26. North American Congress on Latin America, Newsletter, December, 1970, p.11.
27. Population Program of the Rockefeller Foundation (New York, 1968).
28. "Population Program Assistance", p. 56.
29. E.K. Hawkins, "Statement on Behalf of World Bank Group", International Bank for Reconstruction and Development (Washington, 1968).
30. "A Parallel exists...From Herod to McNamara", newspaper article by V. Galarza. Further data not available.
31. "Population Program Assistance", p. 56.
32. "Confidential Report", American Friends Service Committee, October, 1968, International Service Division family planning program for Mexico. The AFSC requests that no written publicity be given to its family planning program in Mexico.
33. William D. Strong (Secretary, Comision de Ayuda Social, Lima, Peru), "An educational Program for Responsible Parenthood", (April 15, 1964). This report is not for general circulation or quotation.
34. Ibid.
35. "Family Planning Programs in Colombia", American Friends Service Committee, International Service Division, October, 1968. The AFSC requests that no written publicity be given to its family planning programs in Colombia.
36. "Colombia Tackles her Population Problems", newspaper clippings, September 1-December 31, 1966.
37. North American Congress on Latin America, Newsletter, December, 1970, p.12.
38. "Population Program Assistance, p.56.
39. "Population Program Assistance, p.56.
40. Dr. Kingsley Davis, "Will Family Planning Solve the Population Problem?"; Victor-Bostrom Fund Report, No. 10 (Fall, 1968), p.16.
41. Ibid.
42. Ibid.
43. Dr. William McElroy, "Will Family Planning Solve the Population Problem?", Victor Bostrom Fund Report No. 10 (Fall, 1968), pp. 17-31. The article is presented as a debate between McElroy and Davis on the effectiveness of present population control efforts.
44. Joseph Hansen, "The Population Explosion", reprint of "Too many babies?" (1960), (New York, 1970), citation of Dr. Allen F. Guttmacher, p.9.

45. Ibid (Guttmacher citation).
46. The Economist, December 20, 1969.
47. Andre Gunder Frank, "The Development of Underdevelopment" reprinted in Readings in Development (Toronto, 1969); Section 1, p.69.
48. Ibid.
49. Karl Marx, Capital, 1: 25, 3, citation of Malthus.
50. J.M. Stycos, Ideology, Faith, and Family Planning in Latin America (New York, 1971), p.59.
51. Gunder Frank, "The Development of Underdevelopment", p.70.
52. Ivan Illich, "Outwitting the 'Developed' Countries", Readings in Development, Section 1, p.117.
53. Gunder Frank, "The Development of Underdevelopment", p.71.
54. Ibid.
55. Stycos, Ideology, Faith and Family Planning, citation of speech by Fidel Castro, p.115.
56. Robert Hilton, "The Population Explosion in Latin America", Population Studies, (London, 1969).
57. Raul Prebisch, "Toward a Global Strategy of Development", report to the United Nations Conference on Trade and Development (New York, 1969).
58. Stycos, Ideology, Faith and Family Planning, citation, p.33.
59. Ibid., citation, p.205.
60. Juan Perez de la Riva, "Para saber cuanta gente somos", Cuba, n.d.
61. Ibid.
62. Fidel Castro, cited in "Para saber cuanta gente somos."
63. Ibid., citation of speech by Fidel Castro, p.112.
64. Stycos, Ideology, Faith and Family Planning, citation, p.220.
65. The Economic Growth of Twenty Republics, United Nations Report (New York, 1956), p.24, citation.
66. Idem., p.26.
67. Idem., p.27.
68. Harry Magdoff, The Age of Imperialism, (New York, 1969), p.198.
69. Stucos, Ideology, Faith, and Family Planning, citation p.268.
70. J. Arevalo, "Population Growth and Education", in Population Dilema in Latin America, edited by J.M. Stycos and J. Arias (Washington, 1966), p.131.
71. Idem., p.133.

72. Stycos, Human Fertility in Latin America (Ithaca, N.Y., 1968), pp. 22-23.
73. Harold Geisert, Population Problems in Mexico and Central America, George Washington University Population Research Project (Washington, 1959), p.15.
74. Stycos, Human Fertility in Latin America, p.77.
75. Idem., p.78.
76. Robert Hilton, "The Population Explosion in Latin America", Population Studies.
77. Harriet B. Presser, "Sterilization and Fertility Decline in Puerto Rico", (Berkeley, 1969), thesis.
78. Stycos, Human Fertility in Latin America, citation, p.60.
79. Idem., p.78.
80. Idem., p.79.
81. Stycos, Human Fertility in Latin America, citation, pp. 128-29.
82. Idem., pp. 125-28.
83. "Statistical Surveys of Population and Demography in Latin America", International Planned Parenthood Federation - Western Hemisphere (New York, 1970).
84. "Colombia Tackles Her Population Problems" newspaper clippings, September 1- December 31, 1966.
85. Stycos, Human Fertility in Latin America, citation, p.132.
86. Idem., p.134.
87. Stycos, Ideology, Faith, and Family Planning, p.112.
88. Cited in Victor-Bostrom Report, Spring, 1971, issue on China.
89. Victor-Bostrom Report, Spring, 1971, citation.
90. IPPF-Victor Bostrom Report, Fall, 1968.
91. "Population Program Assistance", (AID, 1969), p.313, (citation of article by Bread and Roses women's group in Leviathan, June, 1969).

Appendix I

The following excerpts from J. Mayone Stycos' Human Fertility in Latin America (Ithaca, N.Y., 1968) are being included because they offer such an intimate portrait of the interpenetrations among political agencies, such as the Agency for International Development (AID) or the Organization of American States (OAS), and reputedly non-political agencies, such as the Pan-American Health Organization or the World Health Organization.

GLOSSARY

Moscoso, Theodoro: administrator, Economic Development Administration of Puerto Rico, 1950-1960; U.S. Ambassador to Venezuela, 1961-62; U.S. co-ordinator of Alliance for Progress, 1962-64; now board chairman of Commonwealth Oil; director of Banco de Ponce (Puerto Rico) and Arthur D. Little (Cambridge, Mass.)

Organization of American States (OAS): Western hemisphere alliance consisting of the U.S. and all Latin American states except Cuba. The OAS, under the domination of the U.S., exists to co-ordinate not only economic and political ties within the Western Hemisphere, but military operations also (as with the OAS invasion of the Dominican Republic in 1965).

Draper, William H.: investment banker (see main text), long term backer of population control programs.

Pan-American Health Organization (PAHO): "Non-political" organization for the co-ordination of health services and medical research in the Western Hemisphere.

(Stycos)Partly as a result of the efforts of Teodoro Moscoso, a veteran of Puerto Rico's struggles with population control, the Agency for International Development's Latin American Division was the most active geographic branch in promoting assistance on population problems to requesting nations. While only \$209,500 was expended in 1965, over one and a half million dollars was expended by AID for population and family planning activities in 1966, and close to three million allocated for 1967...

(Stycos details a similar geometric expansion of expenditures by other agencies such as the IPPF-Western Hemisphere, the Population Council, and the Ford Foundation between 1965 and 1967. AID, of course, is the fund giving arm of the U.S. State Department that provides not only population control funds, but funds for the military and political systems of many Latin American nations)

....Several significant steps were taken within the traditionally cautious inter-American system. In September of 1964, an unprecedented meeting was held at the Pan-American Union (Washington) for Latin American ambassadors to the OAS. Organized largely as a result of efforts by William Draper and Alberto Lleras Camargo,

the ambassadors were exposed to a concentrated dosage of discussion of Latin American population problems by a distinguished list of speakers. Soon thereafter, the Inter-American Economic and Social Council recommended that "studies should be carried out to determine the requirements of economic development and social progress as they relate to population increases." Consequently, IA-ECOSCO recommends that Latin American countries carry out such studies, and charges CIAP with co-ordinating them on an international level, and with providing the countries necessary technical assistance." As a result of this mandate, the Department of Social Affairs of the OAS General Secretariat proposed to the Inter-American Committee on the Alliance for Progress (CIAP) that the OAS develop a program on population problems of Latin America. In April, 1965, CIAP suggested that "governments carefully consider the need to formulate population policies and put them into effect....that they make...studies on mutual relations between population trends and factors of economic and social development... and problems relating to fertility and economic, political, and religious factors that condition it." The Department of Social Affairs of the OAS was charged with co-ordinating these and other activities relating to population problems, and in 1967 sponsored a major conference on population problems of the hemisphere.



(PAHO jumps on the bandwagon....along with others)

In October, 1965, the Directing Council of the Pan-American Health Organization voted to request the Director "to provide technical advice as requested on the health aspects of population dynamics and...to cooperate with CIAP in population studies assigned to it."

....In the meantime, national governments and private agencies were even more active. While the first three conferences of the IPPF, Western Hemisphere Region, had barely been able to muster a bona fide Latin American delegate, the fourth conference, held in April, 1964, attracted high-level participation from virtually all Latin American nations. The delegates approved a resolution calling on the OAS, the Pan-American Health Organization and the World Health Organization to carry out demographic and epidemiological studies of induced illegal abortions and the "long range effect population increase could have on the social and economic development of the countries of the Western Hemisphere."

Shortly thereafter, in 1964, Peru established a Center for Studies on Population and Development and in 1965 sponsored a week-long conference on Peruvian population problems. Venezuela, which in 1964 reported to the United Nations that it "considered

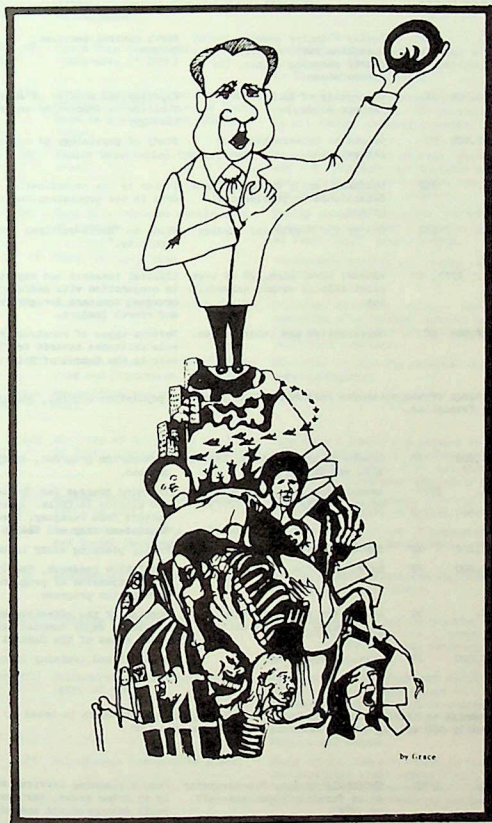
population increase as a positive factor in economic development", early in 1965 established a Department of Population in the Ministry of Public Health, early in 1966 held a large conference on population problems and public health, and in 1967 played host and co-sponsor for the OAS population conference. Jamaica, whose prime minister had for years been identified as a stalwart foe of family planning, announced in 1965 a public island-wide contraceptive program with methods ranging from rhythm to intrauterine devices. Colombia, considered by Latin Americans as the ultimate in religious conservatism, established in 1964 a Division of Population Studies within the Association of Medical Schools. The Division has received substantial foundation grants, and has developed an ambitious program of research, training, and public education. In 1966, it received \$300,000 in counterpart funds to carry out family planning education for the nation's physicians.

J.M. Stycos, Human Fertility in Latin America. pp.304-7.



Appendix II

From Rio Grande to Tierra Del Fuego



APPENDIX 11: FROM RIO GRANDE TO TIERRA DEL FUEGO

ABBREVIATIONS:

AFF: Affiliates
 AID: Agency for International Development
 CWS: Church World Service
 FF: Ford Foundation
 IPPF: International Planned Parenthood Federation
 N.A.: Information not available
 PAHO: Pan-American Health Organization
 P: Pathfinder Fund
 PC: Population Council
 RF: Rockefeller Foundation

YEAR	AMOUNT-SOURCE		RECIPIENT	ACTIVITIES
<u>ARGENTINA</u>				
1966	N.A.	AID	Family Planning Association of Argentina (aff. of IPPF)--26 family planning clinics (12 in Buenos Aires.)	Birth control services.
1965-69	863,000	FF	University of El Salvador (Buenos Aires.)	Experimental studies of anovulatory drugs. Training in demography and reproductive biology.
1968	197,000	PC	Grants to Universities and laboratories.	Study of physiology of reproduction.
<u>BOLIVIA</u>				
1968	N.A.	AID	National Family Center (CENAFAP) Established by presidential decree.	Center is the co-ordinating body for all efforts in the population/family planning field.
1968	N.A.	AID	Center for Population Studies	Study on "Socio-cultural factors conditioning fertility."
<u>BRAZIL</u>				
	N.A.	IPPF, FF	BENFAM; 41 clinics, 28 of them pilot clinics within universities.	Clinical research and experimental programs in conjunction with medical schools, training courses, seminars for government officials and church leaders.
N.A.	117,000	PC	Universities and laboratories.	Various types of research including a study of male attitudes towards fertility and family size by the School of Politics in Sao Paulo.
For listings of the extensive Ford Foundation grants in population control, consult separate table on the PC-4 Foundation.				
<u>CHILE</u>				
1969	534,000	PC	Grants to universities, hospitals, and CELADE	Post-partum programs, study of illegal abortions.
1962-69	N.A.	IPPF	Association for the Protection of the family (aff. of IPPF)	Training courses for Chileans and foreigners. 200 clinics in Chile. Special course for doctors from Paraguay. Special course for Ecuadorean Army and Health Service officials.
1964	42,000	RF	Harvard Univ. and Univ. of Chile	Family planning study in Santiago, Chile.
1965-66	684,000	RF	Univ. of Chile	Population research, family planning programs, expansion of programs outside Santiago, post-partum programs.
1967	N.A.	RF	Assoc. for the Protection of the Family; Univ. of Chile; others.	Studies of the effectiveness of the IUD, including a major demonstration program in rural areas of the Central Valley of Chile.
1964	170,000	FF	Univ. of Chile	Research and training in reproductive biology

For material on CELADE, the Latin American Demographic Center, which is based in Santiago and largely financed by AID and the United Nations, consult the main text.

COLOMBIA

since 1966 N.A. IPPF PROFAMILIA (Assoc. Pro-bienestar de la familia Colombiana--aff. of IPPF) Family planning services at 20 clinics, mainly in urban areas, post-partum programs, radio announcements and educational work

<u>YEAR</u>	<u>AMOUNT-SOURCE</u>		<u>RECIPIENT</u>	<u>ACTIVITIES</u>
1964-69	292,000	RF	Univ. of the Andes; Univ. del Valle	Creation of Colombian Assoc. for the scientific Study of Population, research in reproductive physiology, population study programs.
1968-69	867,000	PC	Medical schools, hospitals, organizations	Post-partum program involving 18 hospitals. Support of population studies by the Colombian Assoc. of Medical Schools. Study of progestin contraception by Univ. del Valle. Demographic studies by the Pan-American Federation of Assoc. of Medical Schools.
All years	N.A.	PAHO	Clinics in rural areas, towns	Technical and financial assistance.
N.A.	N.A. World Neighbors.		Financial support for new clinic in San Jose.	
<u>COSTA RICA</u>				
since 1966	N.A.	IPPF, RF CWS	Costa Rica Demographic Assoc. (CRDA-aff. of IPPF)	Informational and motivational activities at all levels. Technical and material support to 42 government clinics.
All years	N.A.	AID	Center for Social and Population Studies (CESPO), Univ. of Costa Rica (a sub-center of CELADE in Chile.	CESPO coordinate demographic research and provides training for all personnel working on all family planning programs.
since 1968	N.A.	CWS	Family Orientation Center, San Jose.	Provides premarital courses, produces radio and T.V. programs, and together with the Univ. of Costa Rica provides sex education training for school teachers.
N.A.	N.A.	CWS	Good Will Caravans mobile medical program.	Family planning education, distribution of contraceptives under a program that reaches at least 20,000 people yearly.
1968-70	136,000	FF	Univ. of Costa Rica	Demographic studies and family planning training.
<u>DOMINICAN REPUBLIC</u>				
1966	N.A.	IPFS	Assoc. for family planning (aff. of IPPF)	Training, education, clinical services. Cooperation with National Council on Family Planning and Population (government) in establishing training.
since 1968	N.A.	PC	National Council on Family Planning and Population, (gov. run)	Financial support for maternal and child health programs.
N.A.	N.A. CWS; Peace Corps		Unspecified family planning programs.	Financial support and direct participation.
<u>ECUADOR</u>				
since 1969	N.A.	AID	Ministry of Health and the Univ. of Quito, Cuenca and Guayaquil.	Ministry of Health now manages 79 government health centers and will create 54 new centers in rural areas. Univ. are carrying out studies in demography and family planning.
since 1967	N.A.	IPPF	Ecuadorian Family Planning Assoc. (aff. of IPPF)	Operation of 5 clinics, training for physicians and Ministry of Health personnel.
N.A.	N.A.	CELAP	Ecuadorian Institute of Planning and Social Development (INEDES)	Studies of the effect of population growth on socio-economic development, assisted by CELAP.
N.A.	N.A.	N.A.	Association of Women Doctors	Family planning education for Ecuadorean Army men and their wives.
<u>EL SALVADOR</u>				
since 1968	N.A.	AID	Ministry of Public Health	National family planning program providing information and services to women at 50 health centers. Regional training center participation.
since 1962	N.A.	IPPF-AID	Salvadorean Demographic Assoc. (aff. of IPPF)	Assistance to 30 government clinics and 32 private clinics. Maintenance of a Regional Training Center which gives courses to medical personnel from other countries. Financed by AID's regional office for Central America and Panama.
1964-65	N.A.	PC	Salvadorean Demographic Assoc.	Study of attitudes of women in San Salvador (metropolitan area) toward family planning. Fellowships for personnel and financial support for regional training programs.
<u>GUATEMALA</u>				
since 1962	N.A.	IPPF	Asoc. Pro-Bienestar de la familia de Guatemala (aff. of IPPF)	Management of family planning services in 46 centers, training of personnel.

<u>YEAR</u>	<u>AMOUNT-SOURCE</u>	<u>RECIPIENT</u>	<u>ACTIVITIES</u>
N.A.	N.A. P	Guatemala Rural Reconstruction Movement	Pathfinder Fund supplies the GRFM's family planning component with salary aid and contraceptives.
N.A.	N.A. World Neighbors.		World Neighbors includes family planning work in its overall community development program in Chimaltenango.
N.A.	N.A. CWS		Church World Service maintains its own family planning program in Guatemala.
<u>HAITI</u>			
N.A.	N.A. P		The Pathfinder Fund expanded its support for its own program of family planning in 1969.
since 1965	N.A. CWS	Family Planning Committee	Distribution of supplies and literature to hospitals and clinics by the committee which is fully supported by the CWS. It also supports and IUD clinic in Port-au-Prince.
N.A.	N.A. Unitarian Universalist Service Committee	Program in cooperation with versalist Ser- CWS at a Port-au Prince clinic	Urban program in Port-au-Prince, rural program in Font-Parisean.
N.A.	N.A. World Neighbors; Mennonite Central Comm.		Maintenance of their own programs in Port-au-Prince and Grande Riviere du Nord. Family planning assistance is included in all Mennonite health programs in Haiti.
Note: A family planning association in Haiti was formed in 1962, but ceased functioning after 1964. It was re-established in 1968. No government program existed before mid-1969. In 1968 President Duvalier requested technical assistance from Pan-American Health Organization (PAHO)			
<u>HONDURAS</u>			
since 1966	N.A. AID, PC	Ministry of Public Health	60 family planning clinics are maintained through maternal and child health program, as well as a rural health program. In May, 1968, the government sponsored a regional seminar on Population and Labor for Labor leaders.
since 1963	N.A. IPPF	Assoc. Hondurena de Planificacion de Familia (aff. of IPPF)	Four clinics are maintained in hospitals. Government is allowed tax free imports of materials.
N.A.	N.A. P, CWS	Government programs	Literature and contraceptives have been supplied in unspecified quantities.
<u>JAMAICA</u>			
since 1966	N.A. AID	National Family Planning program of government.	122 family planning centers have been created through Jamaica. Educational program initiated by Family Planning Assoc. AID contract for counseling center in St. Joseph's Hospital.
N.A.	N.A. IPPF	Family Planning Assoc. (aff. of IPPF)	2 pilot clinics. Educational work aimed at trade unions, religious groups and midwives. In 1968, the Assoc. initiated a program of home visits by its workers to encourage attendance at family planning clinics.
1965	N.A. RF	IPPF	Grant to IPPF to produce a documentary film on birth control for the Family Planning Association.
N.A.	N.A. Unitarian Universalist Service Comm.		Inclusion of family planning programs within regular programs.
1965-69	N.A. IPPF	Foundation for Population Studies (aff. to IPPF)	Operation of 27 family planning clinics. Course on sex education. Government facilities are available for the programs. Training programs for medical and social worker personnel. In 1968, the Foundation signed an agreement with 20 medical schools to assist in setting up demography courses and family planning clinics with the universities.
<u>MEXICO</u>			
N.A.	210,000 RF	Center for Economic and Demographic Studies at the Colegio de Mexico.	The center would institute a demographic research program.
1963-67	324,000 FF	Colegio de Mexico	Establishment of the Center for Economic and Demographic Studies.
1966-69	200,000 FF	Hospital de la Mujer (Mexico City)	Teaching and research in reproductive biology, family planning demonstration program.

YEAR	AMOUNT-SOURCE	RECIPIENT	ACTIVITIES
1966-68	255,000	Mexican Institute of Social Studies.	Study of Catholic attitudes toward family planning.
1967	95,000	PA American-British Cowdrey Hospital; Hospital de la Mujer (Mexico City)	Post-partum program
1967	N.A.	PC	Financing of rural fertility surveys coordinated by CELADE (Chile)
<u>NICARAGUA</u>			
since 1968	N.A.	AID Ministry of Health	After creation of an Office of Family Welfare to coordinate family planning services, the Ministry also established a family planning orientation center. 26 national health centers provide family planning services.
N.A.	N.A.	AID National Social Security Institute (INSS)	Surveys on induced abortions carried out with assistance from CELADE sub-center in Costa Rica (CESPO). Institute offers family planning services in its own clinics.
N.A.	N.A.	P	The Pathfinder Fund assists programs in 8 family planning clinics and supports IUD research.
<u>PANAMA</u>			
N.A.	N.A.	AID Ministry of Public Health	In 1967, the Ministry, cooperating with the Panamanian Family Planning Assoc. established contraceptive services in its hospitals and health centers.
since 1966	N.A.	IPPF, AID Panamanian Family Planning Assoc. (aff. to IPPF)	5 family planning centers, 4 in rural areas are maintained by the Assoc. It also conducts an educational program on family planning.
N.A.	N.A.	PC Dept. of Obstetrics, School of Medicine, Univ. of Panama.	Studies of induced abortions in cooperation with the Family Planning Association.
N.A.	N.A.	P	The Pathfinder Fund supports and tabulates research on IUD insertions.
<u>PARAGUAY</u>			
N.A.	N.A.	AID Ministry of Health	Program not described.
N.A.	N.A.	AID National Medical School	Creation of a national training center for family planning programs.
N.A.	N.A.	IPPF Paraguayan Center for Population Studies	Program not described
N.A.	N.A.	P	Pathfinder Fund donates contraceptives and other materials for clinics.
N.A.	N.A. Mennonite Central Comm.		In the Chaco region, they are supporting programs in 9 Indian settlements covering 9,000 people. Family planning is part of the medical program that offers IUD's.
N.A.	N.A. World Neighbors	Clinica de la Proteccion de la Familia, Asuncion	The clinic provides birth control methods and sponsors family planning courses.
<u>PERU</u>			
since 1967	N.A.	IPPF Assoc. for family protection (aff. of IPPF)	The Assoc. maintains a staff office and 2 pilot clinics in Lima.
since 1964	282,000	FF Center for Population Development	The Center was established in 1964 by presidential decree. It coordinates population programs and conducts research.
N.A.	167,000	PC Institute of High Altitude Studies, Cayetano Heredia Univ., Lima	Studies of population at high altitudes.
1968	N.A.	PC	The Population Council financed the Seventh International Planning Conference on Demography in Lima (October, 1968)
1965-66	30,000	RF Univ. of Medical and Biological Sciences	Program not described
N.A.	68,000	PAHO School of Public Health	Three one year grants for research and training.
<u>TRINIDAD & TOBAGO</u>			
N.A.	N.A.	PAHO Gov. programs initiated by Minister of Health in 1967	Assistance in providing supplies and advisory services.
since 1961	N.A.	IPPF Family Planning Assoc. (aff. of IPPF)	Operates 8 clinics of its own and cooperates with the government programs. Also provides training programs.

<u>YEAR</u>	<u>AMOUNT-SOURCE</u>		<u>RECIPIENT</u>	<u>ACTIVITIES</u>
1965	7,000	PC	Family Planning Assoc. (aff. of IPPF)	Clinical trials of IUD's
<u>URUGUAY</u>				
since 1962	N.A.	IPPF	Assoc. for Family Planning (aff. of IPPF)	Operates 9 clinics. Uses government provided equipment and facilities in public hospitals. Early in 1968, they initiated a massive educational program and established centers in Montevideo slums. Family planning and sex education courses are offered to professionals and laymen. In 1969, they sponsored the first Latin American course on sex education and family planning, attended by 41 representatives from 20 nations.
1966-67	95,000	PC	Assoc. Pro-Maternidad, Clinica Ginecologica; Dept. of Obstetrics; Univ. of Uruguay	IUD studies and bio-medical research
N.A.	127,000 Nat. Inst. of Health		University of the Republic	Bio-medical research in reproductive biology
<u>VENEZUELA</u>				
since 1965	N.A.	N.A.	Ministry of Health	Establishment of a Population Division. In 1968 it was announced that family planning services would be integrated into the national health system.
since 1966	N.A.	IPPF	Family Planning Assoc. (aff. to IPPF)	Finances family planning clinics in government hospitals. Operates 41 clinics.
since 1963	N.A.	PC	Conception Palacios Maternity Hospital	Family planning training courses, postpartum studies.
1965-67	80,000	PC	Ministry of Public Health	Pilot programs in government hospitals; supplies of IUD's
since 1965	N.A.	AID	Venezuelan Center of Population and Family Services (CEVEPOF)	Research and stimulation of action programs, training in population studies and demography.
N.A.	N.A.	P		The Pathfinder Fund supplies contraceptives. It also funds a "simplified medicine" project in a rural area near Caracas.

IS THERE A FORD IN SOMEONE'S FUTURE?

Not having mentioned the Ford Foundation previously does not imply a desire to ignore its many "Contributions" to the field of population control. Ford has contributed more funds to population work than any other private or government agency. Since 1952, it has contributed about \$115 million. Here is a list of just a few randomly selected Ford grants:

<u>YEAR</u>	<u>AMOUNT (\$)</u>	<u>RECIPIENT</u>	<u>PURPOSE</u>
1953	1,450,000	Worcester Foundation for Experimental Biology (Mass.)	Funds are for staff salaries mostly for investigators from less developed areas.
1953	14,500,000	International Institute, Colombia-Fresbyterian Medical Center (New York)	Expansion of the Population Council's bio-medical laboratories. In order to attract them to careers in fertility research, up to 10 medical students will be invited to take part in lab programs.
1954	600,000	Population Council	Ford Foundation funds are used for training and research in economic, social, and psychological aspects of population growth, as it applies to underdeveloped countries.
1954	254,000	University of El Salvador, Argentina	Ten institutions in Argentina, Chile and Uruguay will establish a post-graduate course to give young doctors experience and training in studies of population and human reproduction.
1954	100,000	Pan-American Federation of Associations of Medical Schools (Headquarters in Bogota.)	The grant will help improve cooperation between university medical departments and government officials on population issues.
1962	550,000	University of Montevideo, Uruguay.	Establishment of a Latin American center for training and research. The center will concentrate on studies of mothers and children from fetal to post-natal stages. A major research program will define hazards of frequent pregnancies.
1962	170,000	Women's Hospital, Mexico City, Mexico.	International training in culdoscopy, a simple and inexpensive program of female sterilization.
1963	500,000	Harvard Univ. and John Hopkins University.	Establishment of major centers for family planning administration, training, and research related to fertility control, particularly in underdeveloped countries.
1963	105,000	University of Michigan	Studies on population dynamics of developing countries.
1964	250,000	University of Chicago	Summer workshops for foreign family planning officials at the university's Community and Family Study Center.
1965	182,000	Univ. of Bahia, Univ. of Rio de Janeiro.	Training and studies in reproductive biology.
1965	212,000	Society of Family Welfare (Brazil).	Experimentation and research in family planning.
1965	165,000	IPPF	General purposes
1965	25,000	Center of Studies on Population and Development (Peru)	Research and training in demography
1968	1,000,000	Univ. of Puerto Rico	Research. The analysis is expected to provide information on the health and hormonal status of the pill-users and the effects of oral contraceptives on blood pressure.
1968	212,000	Population Reference Bureau (U.S.)	Study of "long term effects of contraceptive pills covering 14,000 women in Puerto Rico."
1968	61,000	West Indies Univ. (Barbados, B.W.I.)	Fertility study.



WHY STERILIZATION GUIDELINES ARE NEEDED

In April 1974 the Department of Health, Education and Welfare promulgated new federal guidelines regarding elective sterilization procedures. These were developed in direct response to a lawsuit, Relf v Weinberger,¹ which focused national attention on the issue of sterilization abuse. Minnie Lee and Mary Alice Relf, two young black women, ages 12 and 14, had been sterilized without either they or their parents being fully informed about the nature of the operation. Their sister Katie, age 15, locked herself in her room in order to avoid people from the local family planning clinic who were attempting to sterilize her. Katie Relf later became one of the plaintiffs in the case. In its opinion, the court noted that there was "uncontroverted evidence in the record...that an indefinite number of poor people have been improperly coerced into accepting a sterilization operation under the threat that various federally supported welfare benefits would be withdrawn unless they submitted to irreversible sterilization". It was held that substantial portions of the HEW guidelines which were presently in effect were arbitrary and unreasonable and required revision. The new guidelines (see Appendix A for a summary) thus attempted to regulate the circumstances under which sterilizations could be performed and to specify the elements required for effective informed consent.

In January 1975 an Advisory Committee on Sterilization was created to assist the New York City Health and Hospitals Corporation in developing guidelines which would be both legally adequate and responsive to the needs of the patients served by the municipal hospital system. It was within this context that representatives of health advocacy groups, women's groups, community boards, independent lawyers and staff of the Health and Hospitals Corporation began working on this issue.*

*See Appendix B for a list of Committee participants.

The Relf case created both publicity and outrage because of several factors -- the youthfulness of the children involved, the fact that it occurred in a southern state, and the racial overtones. Unfortunately, it also created the illusion that incidents of this type occur only in the south; this is simply not the case. Similar incidents have occurred and continue to occur throughout the country, and many have been documented. The Advisory Committee on Sterilization thus accepted as its primary goal the responsibility to insure that any person requesting or undergoing a sterilization operation would be fully and completely informed of the ramifications of that request.

POTENTIAL FOR ABUSE

Nationwide statistics, although not uniformly maintained, have indicated certain patterns of abuse in many major cities. Not only have the actual numbers of sterilizations increased dramatically, but documentation of abuse -- of women being coerced by subtle and not-so-subtle methods into having an operation which permanently terminates their ability to have children and which frequently has serious complications -- is also increasing in volume. According to HEW statistics, an estimated 100,000 to 150,000 low income persons were sterilized annually over the last few years under federally funded programs. In addition, one member in over 16% of the married couples in this country between the ages of 20 and 39 has had a sterilization operation.² The Association for Voluntary Sterilization estimated that in 1973, one million persons were sterilized. We are thus dealing with a figure that is much larger than is commonly believed.

The reasons for the increases in sterilizations are varied. The Health Research Group's Study on Surgical Sterilization³ reported that many surgical boards, including the American Board of Surgery, stipulate the number of operations which must be performed by a doctor before he or she may be certified. Other boards have similar requirements, thus creating a "need" to perform operations which may have nothing to do with the actual medical needs of the patient. The study cited several statements by doctors affirming that operations are performed unnecessarily.

In Baltimore City Hospital, the Health Research Group reviewed the cases of 12 women who had been sterilized. "In most cases, the woman was in labor when asked to sign the sterilization permit and in none was there evidence that the woman had expressed any interest in sterilization previously..."⁴ A similar situation led to the filing of a lawsuit in November 1974 against the USC-Los Angeles Medical Center on behalf of women whose "consent" was elicited while they were in labor.

In New York City, there exist a number of causes for alarm: a dramatic increase in the number of sterilizations in the last several years; an admitted lack of knowledge by hospital personnel about the requirements of the new federal regulations; and the use of sterilizations as a teaching procedure. These factors, combined with the fact that New York City municipal hospitals serve primarily a poor, under-educated, and largely minority population, many of whom have cultural biases in favor of sterilization and lack specific information about or are misinformed as to the irreversibility of the procedure, create an atmosphere for concern. In Puerto Rico, where sterilization is a most readily available method of birth control, 35% of the women of childbearing age have been sterilized.⁵ The familiarity with sterilization (referred to as "la operacion") among Puerto Rican women does not necessarily mean that the procedure is understood as irreversible. A number of misconceptions about "la operacion" are common, i.e., that the tubes can be untied, or that in 5 or 7 years the "strings" will disappear and conception will again be possible. This type of misunderstanding is more common than might be expected.

When considered in conjunction with the above material, the extent of noncompliance with the existing federal guidelines is of great concern. Even the minimal protections offered by the HEW guidelines are often not provided by the hospitals offering sterilization services. Two recent reports deal directly with the question of compliance, and the results of both reports are startling. Public Citizen's Health Research Group investigated the degree of compliance in 50 of the nation's largest teaching hospitals approximately 9 months after the promulgation of the

new HEW regulations. Of the 42 hospitals responding, 64% were found to be in "gross violation" of the regulations (i.e., they were in violation of one or more major requirement); 33% had never seen or were not aware of the existence of the regulations; and another 31% claimed knowledge of the existence of the regulations but were unaware of or in noncompliance with the requirements of informing the patients that medical benefits would not be withheld should the patient decide not to be sterilized. Two hospitals in this group admitted to the illegal practice of not complying with the 72 hour waiting period that the federal regulations require.

The American Civil Liberties Union's Reproductive Freedom Project surveyed 154 Obstetrics/Gynecology department heads at teaching hospitals throughout the country. Only 51 responded, but even this limited number indicated certain patterns. Thirty-six hospitals (70%) were in complete noncompliance with federal regulations; "These hospitals do not have a 3 day waiting period, do not give the required notice to welfare recipients, and they either did not provide samples of consent forms or the samples provided did not meet with the requirements of informed consent".⁶ Of the 7 hospitals which had waiting periods, two were illegally short. Of the 19 consent forms that were forwarded to the ACLU, only two complied with federal regulations. The implications are clear -- noncompliance with federal regulations is widespread.

INFORMED CONSENT

The concept of informed consent to an operation -- that is, knowing, voluntary and competent consent -- is basic to any consideration of personal choice. The decision to have or not to have children is one which must reflect a deliberate and thoughtful process; it should not be made in a haphazard manner, or without full knowledge of all material facts.

Despite the fact that much controversy exists within the medical community with respect to the advantages and disadvantages of sterilization, this broad view is rarely presented to the patient. On the contrary, a rosy, trouble-free picture is frequently painted. Patients are not usually told, for example,

that the mortality rate from postpartum surgical abdominal ligation is 25 per 100,000 women.⁷ The complication rate, primarily from infection and bleeding, is 2 to 4 percent.⁸ Death rates from sterilization by laparoscopy (a method by which a small incision is made below a woman's navel in order to reach the tubes) are similar, but 1 to 2 percent of women sterilized by this method experience bleeding, uterine perforation, accidental cauterization or bowel trauma.⁹ Other side effects from laparoscopy include abdominal pain or pain during menstruation (20-30 percent).¹⁰ Hysterectomy, a far more serious operation which involves higher mortality and morbidity rates, is also used for physician training and for sterilization purposes, despite the fact that the latter is questionable as a sound medical practice, and the former, on moral grounds. Hysterectomy has a 10-20 percent times higher complication rate than tubal ligation,¹¹ and the mortality rate is 300-500 for every 100,000 women.¹²

The dangers inherent in sterilizations are further minimized by the terminology employed. For example, the laparoscopy is frequently called "bandaid surgery" or "belly button surgery". These names belie the fact that the method is neither innocuous nor free of complications. But as one gynecologist said, "The procedure sounds attractive to the uninformed public, but a serious complication rate exists".¹³

Much of the current literature about sterilization indicates that sex can be more fun after the operation because of the reduced fear of pregnancy. In fact, this appears to often not be the case, since a high psychosexual casualty rate exists, and frigidity and depression frequently can result. High rates of regret are reported and are more likely to accompany the procedure when any of the following factors are present: when the patient is under 30; when immediate economic problems motivate the decision; when the decision is made at a stressful time (such as during labor, during hospitalization for an abortion, or during the immediate post partal period); when the decision is a hasty one; or when someone other than the patient initiated the idea of the operation. The Journal of Nervous and Mental Disease, May 1973, indicated that the regret rate may be as high as 25%; and the American Journal of Obstetrics and Gynecology reported a 32% regret rate when the decision was initiated by a physician.¹⁴

A PROGRESSIVE PROGRAM FOR NEW YORK CITY

The Health and Hospitals Corporation (HHC) Advisory Committee on Sterilization has developed what is probably the most progressive sterilization policy in the country with respect to the protection of the patient's rights. The guidelines were passed by the Board of of Directors of the Health and Hospitals Corporation in September and they will become official policy in all city hospitals on November 1, 1975.

At the Advisory Committee's first meeting several decisions were made about priorities in the development of new guidelines. Female sterilization presents unique problems and unique opportunities for abuse since women can be subject to coercive pressures merely by virtue of the fact that they are in the hospital for childbirth or abortion; it was therefore determined that females would be dealt with separately and specifically, with male sterilization being deferred to a later date. Since the new federal regulations placed a moratorium on Medicaid reimbursement for sterilizations of minors or legal incompetents, the Committee dealt only with legally competent adults. And in certain areas where the federal guidelines were considered inadequate in providing real protection, it was felt that it was both appropriate and necessary that more stringent standards be established. Generally both the guidelines and the consent forms were developed in conformity with specific items of the federal and the recently released New York State guidelines.

The strength of the HHC guidelines lies in their attempts to protect patient rights by general intent as well as by specific provisions. These are discussed below.

A 30-day waiting period is required between the time that consent is given and the time of the operation. This waiting period was considered essential in order to provide an adequate period of time in which a woman may make a well-reasoned decision. The 72 hour period, as required by both federal and state law, was regarded as virtually meaningless as a protective device. No woman should be expected to decide in such a brief period whether or not to permanently terminate her ability to have children, particularly if this period is post-partal or post-abortion, or when a hospitalized woman is in unfamiliar surroundings and lacks privacy for consultation with family and friends.

An informational session with a counselor, in the primary language of the patient and in an understandable form, will be required before a woman can sign a sterilization consent. At this session, the consent form will be presented orally and information on all methods of controlling conception will be imparted, including the risks and benefits of each. Other birth control methods will be offered for use during the waiting period. The patient is encouraged to bring a witness of her own choosing, and, where necessary, interpreters will be supplied. Each patient will also be furnished with a packet of materials at the time of the initial request for sterilization information and in advance of the counseling session. Materials will be available in French, Spanish, Chinese, and English.

Initial consent may not be elicited from a patient during admission or hospitalization for childbirth or abortion or other medical treatment; consent obtained during these times will be presumed involuntary. The assumption here is that these are stressful periods, and that a decision of this nature should not be made under the stress of temporary problems.

Medical personnel may discuss sterilization only in conjunction with other birth control methods, and in the context of a general discussion on this subject. The intent here is to insure that women are fully aware of all of their alternatives.

The new sterilization guidelines become effective on November 1, 1975. Their effects will be far-reaching. They offer protections which will make informed consent a reality with respect to female sterilization.

Footnotes

1. Relf v Weinberger, 372 F. Supp. 1196 (1974), p. 1199.
2. Ibid.
3. Health Research Group, Study on Surgical Sterilization: Present Abuses and Proposed Regulations, Oct. 29, 1973.
4. Health Research Group, op.cit.
5. Family Planning Digest, I (May, 1972).
6. A.C.L.U. Reports, Reproductive Freedom Project, Hospital Survey on Sterilization Policies, March, 1975.
7. H.B. Presser, "Voluntary Sterilization: A World View", Reports on Population/Family Planning, No. 5, (1970), p.1.
8. Cedric W. Porter, Jr., and Jaroslav F. Hulka, "Female Sterilization in Current Clinical Practice," Family Planning Perspectives, VI (Winter, 1974), p.37.
9. Ibid.
10. Lu & Chun, "A Long Term Follow-up Study of 1,055 Cases of Post Partum Tubal Ligation," Obstetrics British Commonwealth, Vol. 74, p.875. (It should be noted that different researchers often find certain side effects in varying frequencies. For this reason, the statistic cited here and in the following two (2) footnotes indicate a percentage range, and not simply a flat percentage.)
11. Porter & Hulka, op. cit., p. 35.
12. Ibid.
13. J.A.M.A., 222, 1558, 1975
14. Am. J. Obst. Gyn .89 (1964)

APPENDIX A: SUMMARY OF HEW GUIDELINES ON ELECTIVE STERILIZATION
April, 1974

The 1974 HEW guidelines, although developed as an attempt to control sterilization abuse, provide only minimum protection by specifying the basic components of informed consent. Informed consent is defined as "the voluntary, knowing assent from the individual on whom any sterilization is to be performed after he has been given (as evidenced by a document executed by such individual):

- (1) a fair explanation of the procedure to be followed;
- (2) a description of the attendant discomforts and risks;
- (3) a description of the benefits to be expected;
- (4) an explanation concerning appropriate alternatives methods of family planning and the effect and impact of the proposed sterilization including the fact that it must be considered to be an irreversible procedure;
- (5) an offer to answer any inquiries concerning the procedures; and
- (6) an instruction that the individual is free to withhold or withdraw his or her consent to the procedure at any time prior to the sterilization without loss of other project or program benefits to which the patient might otherwise be entitled."

In addition, the guidelines require that elective sterilization shall not be performed sooner than 72 hours after the giving of consent and that an auditor/witness designated by the patient must be present under certain circumstances.

B
The following persons and groups participated in the
development of the Health and Hospitals Corporation

Guidelines for Female Elective Sterilization

Ebon Adelora, Harlem Hospital Community Board
Phill Archbold, Harlem Hospital Community Board
Esta Armstrong, HHC, Quality Assurance
Maritza Arrastia, Puerto Rican Socialist Party
Bronwydnes Anges, Metropolitan Hospital, Executive Asst.
Elizabeth Bell, National Black Feminist Organization
Constance Bloomfield, HHC, Grants Management
Sharon Bohem, HHC, Quality Assurance
Bernice Bolar, Harlem Hospital Community Bd., Chairperson
Pamela Booth, Healthright
Barbara Caress, Health/Pac
Adela Cartey, HHC, Community Relations
Joan Clark, HHC, Community Health/Ambulatory Care
Fran Davis, Bronx Municipal Hospital, Community Affairs
Bill Epton, HHC, Community Relations
Edith Falk, HRA Family Planning
Naomi Fatt, Healthright
Edie Fontenez, Lower E. Side Neighborhood Health Center
Debbie Gallaway, HHC, Administrative Resident
Doris Glasser, L.I. Jewish Hillside Medical Center
Arlene Goldstein, Bellevue Hospital Community Board
Elissa Kraus, Healthright
Diane Lacey, HHC, Special Assistant to President
Bobby Lane, Metropolitan Hospital
Jane Lawrence, Greenpoint Hospital, Community Affairs
Carol McVicker, Committee to End Sterilization Abuse
Ella MacDonald, Director, HRA Family Planning
Elsa Moore, Coney Island Hospital, Community Board
Francine O'Dell, Greenpoint Hospital, Community Affairs
Gilbert Ortiz, M.D., HHC, Professional Services
Samuel Perez, Coney Island Hospital, Council of Municipal Hosp., Bds.
Jean Quan, Gouverneur Hospital, Community Board
Estella Robles, Greenpoint Hospital, Director, Volunteer Servs.
Helen Rodriguez, M.D., Lincoln Hospital
Edmund O. Rothschild, M.D., HHC, Quality Assurance
Martha Staubach, Metropolitan Hospital Community Board
Nancy Stearns, Center for Constitutional Rights
Margaret Stevens, Coney Island Hospital, Community Relations
Velma Thomas, Morrisania Hospital
Hsi Fong Waung, Gouverneur Hospital, Community Board
Judy Wessler, Gouverneur Hospital, Community Board
Carla Wilson, HHC, Community Relations

STERILIZATION METHODS

Female sterilization is accomplished by severing and tying, closing with a metal clip, or sealing by cauterization the fallopian tubes, or by hysterectomy, the removal of the uterus. Both procedures are possible in association with childbirth, with induced abortion or independently as an interval procedure. Tubal sterilization can be performed as follows:

Laparotomy consists of cutting through the abdominal wall to reach the fallopian tubes which then become readily accessible to the surgeon.

Colpotomy involves cutting through the vagina, which permits the surgeon to pull each tube through the incision so he can sever and tie it.

Laparoscopy is an endoscopic technique which permits visualization of the organs through a fiberoptic instrument inserted through a tiny incision in the abdominal wall. Using a special instrument inserted either into the laparoscope or through a second incision, the surgeon is able to close the tubes either by electrocoagulation or by applying special clips. He accomplishes this without major surgery.

Culdoscopy is another endoscopic technique in which the route to the fallopian tubes is via the vagina. A minute incision is made into the vaginal vault through which the surgeon inserts the culdoscope, visualizes the tubes, draws each through the incision, and closes them.

Hysteroscopy is an experimental endoscopic technique in which the surgical instrument, attached to a fiberoptic device, is inserted into the uterus through the pelvic canal and then into the tubes --without any incision. The surgical tool is then used to sever the tubes in the same ways as in laparoscopy. (Hysteroscopic sterilization is not performed concurrently with abortion.)

From: Family Planning Perspectives
Vol. 5, No. 3, Summer 1973,
"Sterilization Associated with
Induced Abortion: JPSA Findings"

(Joint Program for the Study of Abortion)

NEW YORK CITY
HEALTH AND HOSPITALS CORPORATION

Effective November 1, 1975

THESE GUIDELINES APPLY ONLY TO LEGALLY COMPETENT ADULTS.
HEALTH AND HOSPITALS CORPORATION POLICY DOES NOT PERMIT
STERILIZATION OF INDIVIDUALS UNDER THE AGE OF 21 OR
LEGALLY INCAPABLE OF CONSENTING BY REASON OF INCOMPETENCE.

GUIDELINES FOR FEMALE ELECTIVE STERILIZATION

The Health and Hospitals Corporation has adopted the following set of guidelines for the performance of a female elective sterilization operation. The guidelines attempt to insure that a consent form will be signed only after the woman has indicated a complete understanding of the procedure to be performed, its complications, and its after-effects. To help her attain this understanding, she will receive an informational session which will include discussion of all methods of birth control, and the advantages and disadvantages of each; she will also receive information about the permanence of sterilization, and the incidence of regret which may accompany the operation under certain circumstances. She will be informed, as required by Federal regulations, that her consent may be withdrawn at any time prior to the operation without threat of loss of health services or other benefits. She will also reaffirm her understanding of the sterilization operation and its implications by signing a second written consent, given just prior to the performance of the procedure.

No woman will be subjected to any kind pressure by any employee of the Health and Hospitals Corporation or by any member of a municipal hospital staff, medical or otherwise.

If, after careful consideration of all other methods of contraception, a patient elects to be sterilized, compliance with the following guidelines is required in order to discharge the hospital's legal and social obligation to a competent adult woman requesting the procedure.

(1) Patients eligible for sterilization in Corporation facilities must be at least 21 years of age, and legally competent.

(2) Patients requesting sterilization will not be denied sterilization because of their marital status, number of children, or age, as long as they are 21 years old and legally competent, unless the procedure is medically contra-indicated.

(3) Sterilization is to be discussed by hospital staff only in conjunction with alternative birth control methods and in the context of a general discussion on this subject.

(4) Initial consent may not be elicited from a patient during admission or hospitalization for childbirth or abortion or other medical treatment; consent obtained during these times will be presumed involuntary.

(5) Informed consent for sterilization requires that the patient understand the risks and benefits of sterilization, as well as the risks and benefits of all alternative, reversible methods of controlling conception. In order to meet the requirements of informed consent, every patient must receive an informational session by a non-physician counselor in addition to any information she may have received from a doctor or a medical student.

(6) At the time that a patient requests information about sterilization, she should be given an informational packet and an appointment for an informational session. She will be encouraged to bring to the session a friend, family member or spouse who can serve as her witness.

(7) Written informed consent for sterilization must be obtained from each patient. The Health and Hospitals Corporation requires that the attached consent form be used. This form must be presented orally in the presence of a witness. If the patient has not brought a witness of her own choosing, the hospital will provide a witness who is neither the counselor nor a physician.

(8) All consent forms and informational materials must be available in at least Spanish, French, Chinese, Yiddish and English. If the counsellor does not speak the primary language of the patient and the witness cannot serve as an interpreter, the hospital must provide an interpreter. Where an interpreter is not available, as a last resort the patient should be referred to another municipal hospital where such an interpreter or counsellor is available.

(9) Sterilization may not be performed sooner than thirty (30) days following the giving of initial informed consent by the patient, except as described in (10) below. The hospital treating the patient must offer and encourage the use of other methods of birth control during the waiting period.

(10) A woman who has completed the appropriate forms and informational session and who signs the required consent form thirty (30) days prior to her anticipated delivery date may be sterilized in less than thirty (30) days if she delivers prior to her anticipated date, as long as her delivery does not occur in less than 72 hours after giving consent.

(11) If a woman appears for delivery (full-term or pre-term) at a municipal hospital other than that at which she has completed the appropriate forms and informational session, the receiving hospital shall contact, by telephone, the hospital at which the forms and procedures were completed for verification of same. This must be noted in the record, with the name and title of the person providing the information, the date that the consent form was signed, and the anticipated delivery date. If the consent form was signed thirty (30) days prior to the anticipated delivery date, this will be sufficient to enable the receiving hospital to perform the sterilization. If the patient presents a duplicate copy of the initial consent duly signed, witnessed and dated at least thirty (30) days prior to the anticipated delivery date, telephone verification may be waived.

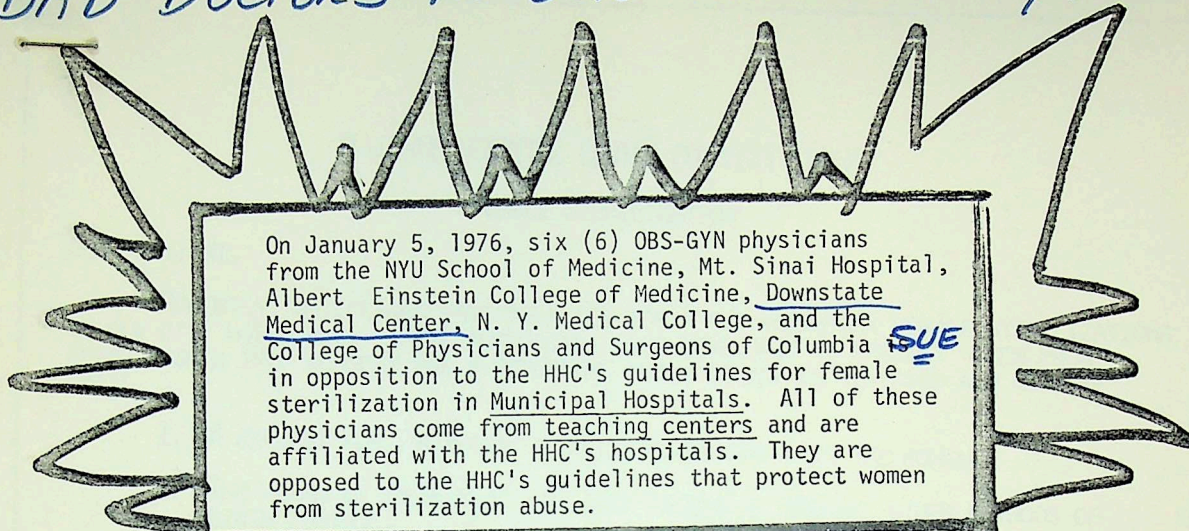
(12) All sterilizations, whether elective or based upon medical indication, must be reported to the Office of Quality Assurance on a monthly basis.

(13) As required by New York State regulations, all women must sign a statement reaffirming their request and consent to sterilization upon admission for the procedure.

(14) There is no legal basis in New York which requires that a married individual must be joined by the spouse in giving consent as a prerequisite to the performance of a sterilization procedure.

(15) Assurance must be given to every patient, orally and in writing, in the form of the following legend, boldly printed at the top of all consent forms and all informational materials. The legend should read: "IF YOU DECIDE YOU DO NOT WANT TO BE STERILIZED, YOU WILL NOT LOSE ANY BENEFITS OR MEDICAL SERVICES. YOU CAN CHANGE YOUR MIND AT ANY TIME PRIOR TO THE OPERATION." Medical services cannot be delayed or withheld while a woman is considering sterilization.

BAD DOCTORS IN OUR COMMUNITY!



On January 5, 1976, six (6) OBS-GYN physicians from the NYU School of Medicine, Mt. Sinai Hospital, Albert Einstein College of Medicine, Downstate Medical Center, N. Y. Medical College, and the College of Physicians and Surgeons of Columbia SUE in opposition to the HHC's guidelines for female sterilization in Municipal Hospitals. All of these physicians come from teaching centers and are affiliated with the HHC's hospitals. They are opposed to the HHC's guidelines that protect women from sterilization abuse.

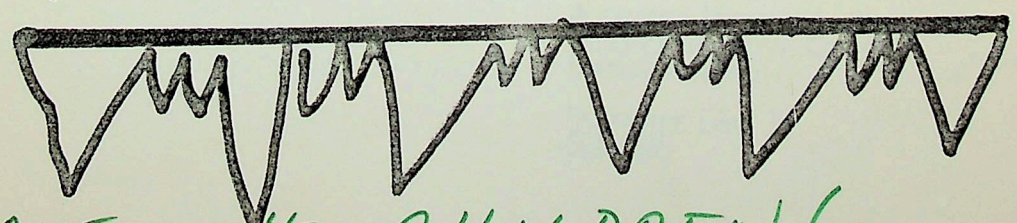
SOUND THE ALARM GENOCIDE!

The upsurge in drug traffic by international drug pushers protected by local corrupt government who want to control our mind with drugs and modify our struggle for liberation work hand in hand with the medical establishment - pushers of sterilization who want to control our bodies by destroying our ability to reproduce - WE MUST BECOME VIGILANT.

Human service work^s that provide the services that protect and enrich life in health, education and welfare - we mean schools, day care centers, libraries, recreation programs and the essential Fire, Sanitation and Police Departments are experiencing lay-offs and program termination that hurt all the people, but especially the poor.

Read the attached position paper of the Advisory Committee on Sterilization.

Fight the medical establishments attack on the poor.



SAVE THE CHILDREN!

BELLEVUE HOSPITAL CENTER COMMUNITY BOARD

FEMALE STERILIZATION

DEAR PATIENT,

RECENTLY, GUIDELINES HAVE BEEN SET FORTH FOR VOLUNTARY FEMALE STERILIZATIONS IN ALL CITY HOSPITALS. THESE GUIDELINES WERE DEVELOPED TO PROTECT WOMEN FROM BEING RUSHED INTO SURGERY FOR A PROCEDURE WHICH CANNOT BE REVERSED AND REQUIRE THAT:

1. A REQUEST FOR VOLUNTARY STERILIZATION COME FROM THE WOMAN.
2. THE WOMAN BE COUNSELLED FOR THIS PROCEDURE AND ALL OTHER METHODS OF BIRTH CONTROL.
3. THE WOMAN MUST SHOW SHE UNDERSTANDS THE PROCEDURE BEFORE SHE SIGNS THE CONSENT FORM.
4. THIRTY DAYS MUST PASS BETWEEN SIGNING CONSENT AND THE STERILIZATION. DURING THIS TIME THE WOMAN MAY CHANGE HER MIND WITHOUT LOSING FUTURE MEDICAL BENEFITS.

YOU SHOULD KNOW THESE GUIDELINES ARE NOT NOW BEING FOLLOWED AT BELLEVUE AND SOME OTHER CITY HOSPITALS., ALSO KINGS COUNTY HOSPITAL.

FEMALE STERILIZATION IS A SURGICAL PROCEDURE PERFORMED SO A WOMAN WILL NOT BECOME PREGNANT. ONCE A WOMAN IS STERILIZED, SHE CAN NO LONGER HAVE CHILDREN. THE PROCEDURE CANNOT BE REVERSED SO IT IS IMPORTANT THAT ONLY WOMEN WHO ARE VERY SURE THEY DO NOT WANT ANY, OR ANY MORE CHILDREN SHOULD CONSENT TO BE STERILIZED. STERILIZATION IS OFTEN CALLED BY OTHER NAMES: HAVING YOUR TUBES TIED OR LAPAROTOMY AND TUBAL LIGATION; LA OPERACION, THE BAND AID, BELLY BUTTON OR LAPAROSCOPY; OR COLPOTOMY.

STERILIZATION CAN BE EITHER THERAPEUTIC OR VOLUNTARY. A THERAPEUTIC STERILIZATION IS DONE FOR MEDICAL REASONS--YOUR DOCTOR SAYS A STERILIZATION PROCEDURE IS ESSENTIAL FOR YOUR HEALTH. ELECTIVE STERILIZATION IS VOLUNTARY-- YOU HAVE DECIDED YOU DO NOT WANT ANY, OR ANY MORE CHILDREN AND THAT IS THE ONLY REASON FOR STERILIZATION. (IT IS ONLY ONE METHOD OF BIRTH CONTROL, ALL OF WHICH HAVE SOME LIMITATIONS AND RISKS.)

BEFORE AGREEING TO A STERILIZATION PROCEDURE, WE URGE THAT YOU GIVE IT SERIOUS THOUGHT AND DISCUSS IT WITH YOUR FAMILY, NURSE, AND/OR SOCIAL WORKER.

ALEXANDER HENDERSON, PRESIDENT
BELLEVUE HOSPITAL CENTER
COMMUNITY BOARD

MEZZANINE EAST 17
561-6185

POSITION PAPER ON STERILIZATION

BACKGROUND AND GOALS OF THE ADVISORY COMMITTEE

In April 1974, the Department of Health, Education and Welfare promulgated new federal guidelines regarding elective sterilization procedures as a result of a lawsuit¹ in which a Federal District Court held that substantial portions of the HEW regulations were arbitrary and unreasonable and had to be revised. The new guidelines regulate the circumstances under which sterilizations may be performed and specify the elements required for effective informed consent, thereby preventing the sterilization of any person who does not have adequate knowledge and understanding of the effect of the operation. (See Appendix A for a summary of the guidelines as promulgated by HEW).

In November 1974 an Advisory Committee on Sterilization was created to assist the New York City Health and Hospitals Corporation in developing guidelines which would be legally adequate and also responsive to the needs of the patients served by the municipal hospital system. It was within this context that representatives of health groups, women's groups, community boards, independent lawyers and Health and Hospitals Corporation staff persons began working together on this issue. The Committee's goal was to insure that any persons requesting or undergoing a sterilization operation would be fully and completely informed as to the ramifications of that request.

1

The Relf v Weinberger case (372 F. Supp. 1196, 1974) received substantial publicity because it involved the sterilization of two young black sisters, ages 12 and 14, who had not been informed about the nature of the operation. The implied racial overtones as well the fact that it occurred in a Southern state made it an ideal case on which to focus nationwide outrage. The court noted that there was "uncontroverted evidence in the record....that an indefinite number of poor people have been improperly coerced into accepting a sterilization operation under the threat that various federally supported welfare benefits would be withdrawn unless they submitted to irreversible sterilization".

POTENTIAL FOR ABUSE

In New York City, there exist several causes for alarm: a dramatic increase in the number of sterilizations in the last several years; an admitted lack of knowledge by hospital personnel about the requirements of the new federal regulations; and the use of sterilization as a teaching procedure. These factors, combined with the fact that New York municipal hospitals serve primarily a poor, undereducated minority population, many of whom have cultural biases about sterilization² and lack specific information or are misinformed about the irreversibility of the procedure, create an atmosphere for concern. For example, according to estimates of the Human Resources Administration statistical department, of the approximately 5-6,000 women seeking services of the HRA Family Planning Clinics per month, about 110 women who have already been sterilized come seeking contraceptive services each month; i.e., they do not understand that they are sterile. The Maternity Infant Care-Family Planning Project of the City of New York Health Department has found a 300% increase in the number of sterilizations since the liberalized abortion law went into effect in July 1970, indicating a relaxed attitude towards interference with womens' reproductive functions.

In a Report by Public Citizen's Health Research Group entitled, "Sterilization Without Consent: Teaching Hospital Violations of HEW Regulations" (January, 1975), a study of the nation's 50 largest teaching hospitals revealed gross violations with respect to compliance with HEW's regulations.

²In Puerto Rico, sterilization is the only readily available method of birth control; it is general knowledge that 35% of all Puerto Rican women of childbearing age have been sterilized. The familiarity with sterilization (referred to as "la operacion") among Puerto Rican women does not necessarily mean that the procedure is understood as irreversible. A number of misconceptions about la operacion are common: that the tubes can be untied; and that in 5 or 7 years the "strings" will disappear and conception will again be possible.

Newsday, a daily newspaper published for Long Islanders, reported the acting director of obstetrics/gynecology at one municipal hospital as saying, "In most major teaching hospitals in New York City, it is the unwritten policy to do elective hysterectomies on poor black and Puerto Rican women, with minimal indications, to train residents... At least ten percent of gynecological surgery in New York City is done on this basis. And 99 percent of this is done on black and Puerto Rican women".³ This statement was supported by another obstetrician/gynecologist teaching at Mt. Sinai Hospital.

Psycho-sexual complications are not uncommon when women are sterilized with misunderstandings about the procedure, when the decision is made at a stressful time (pregnancy is included as such), or when the decision is hasty. Although statistics vary as to the actual numbers of women who regretted having the operation, an article in the The Journal of Nervous and Mental Disease, May, 1973, indicated that the regret figure may be as high as 25%. High regret rates accompany the procedure when the patient is under 30 or in economic hardship. A study reported in the January, 1968, Journal of OBY/GYN reported a 32% regret rate when the decision was initiated by a physician. A 1964 article in the same journal cited frigidity as the most frequent manifestation of regret.

THE HEALTH AND HOSPITALS CORPORATION'S GUIDELINES

At the Advisory Committee's first meeting several decisions were made as to the order of priorities in the development of new guidelines. Female sterilization presents unique problems and unique opportunities for abuse since women can be subject to coercive pressures merely by virtue of the fact that they may already be in the hospital for childbirth or abortion; it was therefore determined that females would be dealt with separately and specifically, with male sterilization being deferred to a

³The 1970 National Fertility Studies indicated that three times as many black women as white had been sterilized for birth control purposes.

later date. Since the new federal regulations declared a moratorium on sterilization of minors or legal incompetents, the Committee dealt only with legally competent adults. And in certain areas where the federal guidelines were considered inadequate to provide any real protection, it was felt that it was both appropriate and necessary that more stringent standards be established. Generally, both the guidelines and the consent form were developed in conformity with specific items of the federal regulations.

At the outset, it should be emphasized that counseling of prospective patients is crucial to the success of this program, as counseling will permit the patient to assess information necessary to make a responsible and fully informed decision. It is the patients' right to know, to have clear understanding of the alternatives, and to have ample opportunity to discuss with a health professional or family or friends any questions or doubts she might have.

The counseling procedures will be established as follows: at the time of inquiry about sterilization, the patient will be referred to the available counseling service (either the Social Service department of the individual hospital or the affiliated family planning program) for an appointment. She will be given a packet of information composed of the Health and Hospitals guidelines and consent form and pamphlets describing all available methods of birth control, and an appointment will be made for her to see a counselor. At the time of the appointment, the counselor will discuss the methods of birth control available, and will help the patient to arrive at a decision. If she decides to be sterilized, the consent form will be presented to her orally, in the presence of an auditor/witness, and she will complete and sign the form. An appointment will then be scheduled no less than 30 days from the date of the signing. This will permit the patient additional time for consideration and discussion; further counseling sessions will also be available during this period.

Sterilization should be offered only upon patient-initiated request, and the hospital staff should not make such recommendation except upon medical indication. Medical personnel may discuss

sterilization as part of a general discussion of all methods of controlling conception; however, sterilization is not to be suggested outside the context of such a discussion.

Consent may not be elicited from a patient immediately before, during, or after an abortion, labor or childbirth. "Immediately" may be defined as at the time of admission or during hospitalization for abortion or childbirth. This regulation insures that women are not approached regarding sterilization, nor are decisions made, at a time of great stress, when temporary external factors might lead towards a decision which might not be made under ordinary circumstances. Since statistics show that decisions made during these periods are more frequently regretted later, particular importance is placed on this point.

A 30 day waiting period is required between the time that consent is given and the time of the operation. This is considerably longer than the federal requirement of 72 hours. It should be noted, however, that the 72 hours are suggested as a minimum; the operation cannot occur "sooner than" that period of time. But given the fact that sterilization is not an emergency operation, and that to be sterilized means to lose forever the ability to have children, 72 hours is virtually no protection at all. It is unthinkable that a decision of this magnitude might be made after only 3 days of thought, especially if those 3 days are post partal or post abortal, when a woman is in unfamiliar surroundings and lacks privacy for consultation with family or friends. When placed in this context, with the knowledge that this is a lifetime decision, 30 days is not an unduly long period. The imposition of a specific waiting period merely formalizes an existing reality with respect to the time many patients have to wait to schedule elective surgery. Alternate methods of birth control will be provided, and their use encouraged, during the waiting period.⁴

⁴For those who would be concerned that a woman might not return to the hospital after the 30 day period, it should be noted that a failure to return might indicate that the patient was not highly motivated to have the operation. Under such circumstances, is it not preferable that she not be sterilized, rather than for her to regret the operation later?

The Advisory Committee on Sterilization urges the Board of Directors of the Health and Hospitals Corporation to take a strong position in supporting and accepting the proposed guidelines. It is not sufficient that the guidelines are committee to paper --they must be implemented and made a reality for those in whose interest they were written.

APPENDIX A: SUMMARY OF HEW GUIDELINES ON ELECTIVE STERILIZATION
April, 1974

The 1974 HEW guidelines, although developed as an attempt to control sterilization abuse, provide only minimum protection by specifying the basic components of informed consent. Informed consent is defined as "the voluntary, knowing assent from the individual on whom any sterilization is to be performed after he has been given (as evidenced by a document executed by such individual):

- (1) a fair explanation of the procedures to be followed;
- (2) a description of the attendant discomforts and risks;
- (3) a description of the benefits to be expected;
- (4) an explanation concerning appropriate alternative methods of family planning and the effect and impact of the proposed sterilization including the fact that it must be considered to be an irreversible procedure;
- (5) an offer to answer any inquiries concerning the procedures; and
- (6) an instruction that the individual is free to withhold or withdraw his or her consent to the procedure at any time prior to the sterilization without loss of other project or program benefits to which the patient might otherwise be entitled."

In addition, the guidelines require that elective sterilization shall not be performed sooner than 72 hours after the giving of consent and that an auditor/witness designated by the patient must be present under certain circumstances.

GUIDELINES FOR FEMALE ELECTIVE STERILIZATION

The Health and Hospitals Corporation is concerned that women may be sterilized without being informed of the consequences and risks involved. Sterilization is the only irreversible method of birth control and as such, is subject to the following guidelines.

Sterilization should be offered only upon patient-initiated request. If, after careful consideration of all other methods of contraception, a patient elects to be sterilized, compliance with the following guidelines is required in order to discharge the hospital's legal and social obligation to a competent adult woman requesting the procedure.

(1) Patients eligible for elective sterilization in Corporation facilities must be at least 21 years of age and legally competent.

(2) Patients requesting sterilization will not be denied sterilization because of their marital status, number of children, or age, as long as they are 21 years old and legally competent, unless the procedure is medically contra-indicated.

(3) Hospital staff may discuss sterilization as a birth control method only in conjunction with alternative methods and in the context of a general discussion on this subject; they cannot recommend sterilization except when based upon medical indication, and bearing in mind that multiple Caesarian deliveries are rarely, if ever, valid medical grounds. If sterilization is recommended for medical reasons, that should be noted in the patient's record with the name of the recommending physician and the basis for the recommendation.

(4) When a medical indication for sterilization exists, it must be confirmed by a second medical consultation in the speciality of the indication, and so noted in the record.

(5) Consent may not be elicited from a patient during admission or hospitalization for childbirth or abortion.

Consent obtained during these times will be presumed involuntary.

(6) Informed consent for elective sterilization requires that the patient understand the risks and benefits of sterilization as well as the risks and benefits of all alternative, reversible methods of controlling conception. In order to meet the requirements of informed consent, every patient must receive a counselling session by a trained family planning counselor other than a doctor or medical student.

(7) At the time that a patient requests information about sterilization, she should be given an informational packet and an appointment for a counselling session. She will be encouraged to bring to the session a friend or family member who can serve as her witness.

(8) Written informed consent for elective sterilization must be obtained from each patient. The Health and Hospitals Corporation requires that the attached consent form be used. This form must be presented orally in the presence of a witness. If the patient has not brought a witness of her own choosing, the hospital will provide a witness who is neither the counselor nor a physician.

(9) Since the primary language of many patients is not English, all consent forms, informational materials and counselling sessions must be available in Spanish, French, Chinese and English. If the counsellor does not speak the primary language of the patient and the witness cannot serve as an interpreter, the hospital must provide an interpreter. If neither of these is possible, the patient should be referred to another municipal hospital where an interpreter or counsellor is available.

(10) Except as noted in (11) below, an elective sterilization may not be performed sooner than 30 days following the giving of informed consent by the patient, as described in (7) above. This waiting period is essential because quickly made decisions may not be well considered or voluntary. People making such decisions for sterilization often regret them later. This time period will enable the patient to thoroughly consider the seriousness and irreversibility of her decision to be sterilized. The hospital treating the patient must offer and encourage the use of other methods of birth control during the waiting period.

(11) A provision for exceptions to the 30-day consideration period is being developed by the Committee in consultation with counsel and others. Your suggestions would be appreciated.

(12) When a woman has requested to be sterilized following childbirth and has followed the procedures outlined herein, the sterilization procedure may not be performed until after the newborn has been examined and is determined to be normal, healthy and with good chances of survival.

(13) There is no legal basis in New York which requires that a married individual must be joined by the spouse in giving consent as a prerequisite to the performance of an elective sterilization procedure.

(14) Elective sterilization is a matter of personal choice and should never be performed under threat or coercion. As required by federal regulations, patients should be assured that their decision to be or not to be sterilized will not adversely affect the delivery of any health care services. Such assurance must be given orally and in writing in the form of the following legend, boldly printed at the top of all consent forms and all informational materials. The legend should read: "IF YOU DECIDE YOU DO NOT WANT TO BE STERILIZED YOU WILL NOT LOSE ANY BENEFITS OR MEDICAL SERVICES. YOU CAN CHANGE YOUR MIND AT ANY TIME PRIOR TO THE OPERATION." No medical services can be delayed or withheld while a woman is considering sterilization.

NEW YORK CITY
HEALTH AND HOSPITALS CORPORATION

EFFECTIVE NOVEMBER 1, 1975

FEMALE STERILIZATION
CONSENT FORM

This form must
be administered
by a counselor
and read to the
patient in the
presence of a
witness.

_____ Hospital
Time _____ Date _____

Chart No. _____

Name _____

IF YOU DECIDE YOU DO NOT WANT TO BE STERILIZED YOU WILL NOT LOSE ANY BENEFITS OR
MEDICAL SERVICES. YOU CAN CHANGE YOUR MIND AT ANY TIME PRIOR TO THE OPERATION.

I hereby authorize Dr. _____ or his designated
replacement and the medical staff of _____ Hospital to
sterilize me. I will have to wait 30 days. The operation will be performed on or
after _____. I have been offered other birth
control methods for this period so that I will not become pregnant. I do not want
to have any more children. I understand the purpose of this operation is to make me
sterile, and I will never be able to have a child.

The operation to be performed on me is called _____
A description of it, and its risks and benefits have been described fully to me by
_____ (name of counselor).

I understand that there is always a certain risk of death involved for any type of
surgery or when general anesthesia is used, and this has been explained to me.

I have been told that if I use a method of birth control other than sterilization
and if that method fails, I can have an abortion. However, I have chosen not to use
other methods and want to be sterilized.

I acknowledge that no guarantee of sterility as a result of this operation has been
made to me. _____ (name of counselor) has answered questions
which I have concerning the female sterilization procedure and I have been counseled
about the operation and other birth control methods.

I UNDERSTAND THAT I AM FREE TO WITHDRAW MY CONSENT TO THE PROCEDURE AT ANY TIME
PRIOR TO THE STERILIZATION OPERATION WITHOUT LOSING FUTURE MEDICAL CARE OR BENEFITS
TO WHICH I MAY BE ENTITLED.

I DO NOT WANT ANY (MORE) CHILDREN AND AM REQUESTING A STERILIZATION OF MY OWN FREE
CHOICE.

event I am to be sterilized at the time of childbirth, I consent to the sterilization operation irrespective of the outcome of the birth; that is, I will be sterilized even if the baby is unhealthy or stillborn.

(NOTE: IF YOU HAVE ANY DOUBT ABOUT THIS, DO NOT SIGN THIS FORM. WAIT AND DECIDE AFTER YOUR BABY IS BORN.)

With a full understanding of the above information and explanations, and having been counseled and advised in accordance with the Health and Hospitals Corporation guidelines and policies, I hereby release the New York City Health and Hospitals Corporation, _____ Hospital, its physicians, nurses, employees, agents and independent contractors from any and all liability in connection with the female sterilization operation except for failure to perform this procedure with appropriate medical care.

I am of sound mind and my decision to be sterilized is wholly voluntary and was made without coercion by anyone.

I am _____ years of age, having been born on _____ and have never been judicially declared incompetent.

Signature of Patient

Date: _____

To be filled out by the patient, or by the witness if the patient cannot write, at the time of the signing of the initial consent. This description of risks and alternatives, to be written by the patient, is designed to assist her in understanding sterilization and is not necessarily intended to be complete.

I understand that the risks of sterilization could include _____

Other methods of family planning have been explained to me, such as; _____

SIGNED BY THE WITNESS:

I have heard the counselor read the consent form to _____
(patient's name) and have seen the patient complete page 3 in her own
handwriting.

Witness by:* _____
Name

Date: _____

*Other than counselor or the physician performing procedure.

TO BE SIGNED BY THE COUNSELOR:

I have read the consent form to the patient _____
(name) and answered all of her questions. She has stated to me that she understands
the procedure and wishes to have it performed.

Name of Counselor

Date: _____

TO BE SIGNED BY PHYSICIAN PERFORMING OPERATION PRIOR TO THE OPERATION:

I will be performing _____ (operation) on
_____ (name of patient). I have
discussed this operation with her and she has assured me that she understands the
procedure and wishes to have it performed.

(COMPLETE IF APPLICABLE:)

The patient requesting sterilization is pregnant. I have
examined her and, in my opinion, her anticipated date of
delivery will be on or about _____.

Signature of Physician

Date: _____

REAFFIRMATION OF REQUEST AND CONSENT:

(TO BE SIGNED BY THE PATIENT ON ADMISSION FOR STERILIZATION)

I certify that I have carefully considered all the information, advice and explanations given to me at the time I originally signed the Female Sterilization Consent. I have decided that I still want to be sterilized by the procedure noted in the original consent form, and I hereby reaffirm that decision.

Signature of Patient: _____

Signature of Witness: _____

Date: _____

This reaffirmation is required by New York State Law.

NEW YORK CITY
HEALTH AND HOSPITALS CORPORATION

Effective November 1, 1975

THESE GUIDELINES APPLY ONLY TO LEGALLY COMPETENT ADULTS.
HEALTH AND HOSPITALS CORPORATION POLICY DOES NOT PERMIT
STERILIZATION OF INDIVIDUALS UNDER THE AGE OF 21 OR
LEGALLY INCAPABLE OF CONSENTING BY REASON OF INCOMPETENCE.

GUIDELINES FOR FEMALE ELECTIVE STERILIZATION

The Health and Hospitals Corporation has adopted the following set of guidelines for the performance of a female elective sterilization operation. The guidelines attempt to insure that a consent form will be signed only after the woman has indicated a complete understanding of the procedure to be performed, its complications, and its after-effects. To help her attain this understanding, she will receive an informational session which will include discussion of all methods of birth control, and the advantages and disadvantages of each; she will also receive information about the permanence of sterilization, and the incidence of regret which may accompany the operation under certain circumstances. She will be informed, as required by Federal regulations, that her consent may be withdrawn at any time prior to the operation without threat of loss of health services or other benefits. She will also reaffirm her understanding of the sterilization operation and its implications by signing a second written consent, given just prior to the performance of the procedure.

No woman will be subjected to any kind pressure by any employee of the Health and Hospitals Corporation or by any member of a municipal hospital staff, medical or otherwise.

If, after careful consideration of all other methods of contraception, a patient elects to be sterilized, compliance with the following guidelines is required in order to discharge the hospital's legal and social obligation to a competent adult woman requesting the procedure.

(1) Patients eligible for sterilization in Corporation facilities must be at least 21 years of age, and legally competent.

(2) Patients requesting sterilization will not be denied sterilization because of their marital status, number of children, or age, as long as they are 21 years old and legally competent, unless the procedure is medically contra-indicated.

(3) Sterilization is to be discussed by hospital staff only in conjunction with alternative birth control methods and in the context of a general discussion on this subject.

(4) Initial consent may not be elicited from a patient during admission or hospitalization for childbirth or abortion or other medical treatment; consent obtained during these times will be presumed involuntary.

(5) Informed consent for sterilization requires that the patient understand the risks and benefits of sterilization, as well as the risks and benefits of all alternative, reversible methods of controlling conception. In order to meet the requirements of informed consent, every patient must receive an informational session by a non-physician counselor in addition to any information she may have received from a doctor or a medical student.

(6) At the time that a patient requests information about sterilization, she should be given an informational packet and an appointment for an informational session. She will be encouraged to bring to the session a friend, family member or spouse who can serve as her witness.

(7) Written informed consent for sterilization must be obtained from each patient. The Health and Hospitals Corporation requires that the attached consent form be used. This form must be presented orally in the presence of a witness. If the patient has not brought a witness of her own choosing, the hospital will provide a witness who is neither the counselor nor a physician.

(8) All consent forms and informational materials must be available in at least Spanish, French, Chinese, Yiddish and English. If the counsellor does not speak the primary language of the patient and the witness cannot serve as an interpreter, the hospital must provide an interpreter. Where an interpreter is not available, as a last resort the patient should be referred to another municipal hospital where such an interpreter or counsellor is available.

(9) Sterilization may not be performed sooner than thirty (30) days following the giving of initial informed consent by the patient, except as described in (10) below. The hospital treating the patient must offer and encourage the use of other methods of birth control during the waiting period.

- (10) A woman who has completed the appropriate forms and informational session and who signs the required consent form thirty (30) days prior to her anticipated delivery date may be sterilized in less than thirty (30) days if she delivers prior to her anticipated date, as long as her delivery does not occur in less than 72 hours after giving consent.
- (11) If a woman appears for delivery (full-term or pre-term) at a municipal hospital other than that at which she has completed the appropriate forms and informational session, the receiving hospital shall contact, by telephone, the hospital at which the forms and procedures were completed for verification of same. This must be noted in the record, with the name and title of the person providing the information, the date that the consent form was signed, and the anticipated delivery date. If the consent form was signed thirty (30) days prior to the anticipated delivery date, this will be sufficient to enable the receiving hospital to perform the sterilization. If the patient presents a duplicate copy of the initial consent duly signed, witnessed and dated at least thirty (30) days prior to the anticipated delivery date, telephone verification may be waived.
- (12) All sterilizations, whether elective or based upon medical indication, must be reported to the Office of Quality Assurance on a monthly basis.
- (13) As required by New York State regulations, all women must sign a statement reaffirming their request and consent to sterilization upon admission for the procedure.
- (14) There is no legal basis in New York which requires that a married individual must be joined by the spouse in giving consent as a prerequisite to the performance of a sterilization procedure.
- (15) Assurance must be given to every patient, orally and in writing, in the form of the following legend, boldly printed at the top of all consent forms and all informational materials. The legend should read: "IF YOU DECIDE YOU DO NOT WANT TO BE STERILIZED, YOU WILL NOT LOSE ANY BENEFITS OR MEDICAL SERVICES. YOU CAN CHANGE YOUR MIND AT ANY TIME PRIOR TO THE OPERATION." Medical services cannot be delayed or withheld while a woman is considering sterilization.