

NOI LOTTIAMO:

- PER L'ABORTO LIBERO E GRATUITO.
- PER IL CONTROLLO DEL NOSTRO CORPO.

STA A NOI DONNE DECIDERE:

- DI AVERE O NO DEI BAMBINI.
- DELLE CONDIZIONI DELLA NOSTRA MATERNITÀ O DEL NOSTRO ABORTO.

E solo attraverso la nostra lotta di donne che le condizioni dell'aborto cambiano. Siamo andate in molte dai medici. Abbiamo ottenuto dei prezzi più bassi, degli aborti con anestesia locale. Noi donne, non guadagniamo niente per il nostro lavoro domestico; e quando lavoriamo all'esterno siamo pagate con salari irrisori. Perché dobbiamo pagare la maternità, gli anti-concezionali, l'aborto?

CHE COSA BISOGNA FARE PER OTTENERE L'AUTORIZZAZIONE PER ABORTIRE

 Per le svizzere e le straniere domiciliati in Svizzera da più di 3 mesi:

1. Andare dal ginecologo
 - deve fare un certificato di gravidanza (che non deve oltrepassare 12 settimane dal primo giorno delle ultime regole).
 - deve dare il nome di un esperto.
2. Andare dall'esperto.
 - E uno dei 25 medici (generali, psichiatri...) nominati dal consiglio di stato. Sono i soli che possono dare l'autorizzazione (avis-conforme) affinché l'aborto sia legale.
 - Sotto i 16 anni bisogna presentare all'esperto il consenso scritto dei genitori.

 Per le straniere domiciliati da meno di 3 mesi in Svizzera

1. Andare dal ginecologo
2. Presentarsi alla Commissione di "préexpertise". (32, Bl. de la Cluse)
 - Questa commissione è composta da 2 medici-esperti, un'assistente sociale e una levatrice. Questa commissione dà subito l'autorizzazione o no affinché l'aborto sia legale.

QUELLO CHE POSSIAMO ESIGERE ATTUALMENTE A GINEVRA

- * Esigete dal medico un'informazione precisa sui metodi utilizzati per l'aborto e sugli anti-concezionali.
 - * Non pagate più di 300 fr. al medico (consultazione e intervento compresi)
 - * Non pagate più di 235 fr. alla clinica (l'intervento si fa in un giorno)
- Chiedete le fatture per ottenere poi il rimborso Cassa Malattia.

* Esiste un'altra soluzione: andare alla Maternità Gr.
Questo costa: 160 fr. al giorno per le straniere (deposito 1000)
125 fr. al giorno per le svizzere che non hanno
la Cassa Malattia a Ginevra.
(deposito di 500 fr.)
non pagano niente le svizzere che hanno
la Cassa Malattia a Ginevra.

* Bisogna rimanere alla Maternità tre giorni. (E possibile partire dopo due giorni firmando una carta di "non responsabilità per la Mat.)
Tempo d'attesa: fino a due settimane

* Andate dal medico con un'amica; é più facile discutere e porre delle esigenze.

I MEDICI HANNO FATTO ABBASTANZA SOLDI SUL NOSTRO CORPO !

BASTA TACERE

BASTA D'ESSER SOLE

davanti ai medici
davanti all'esperto
davanti all'ospedale o alla clinica
davanti alla legge
davanti a ciò che rappresenta per noi l'Aborto

Vogliamo discutere liberamente tra di noi delle nostre esperienze.
Venite a raccontarci ciò che avete vissuto. Stiamo preparando un libretto di denuncia.

* In questa settimana sull'aborto ci vediamo ogni sera dal lunedì
* al venerdì (3-7 marzo) dalle 18^h alle 22^h.
*
* Sabato 8 marzo dalle 14^h : " 9 ore per le donne "
*
* Sempre alla "Maison des Jeunes" , 5, rue du Temple.
*

MLF

CASE POSTALE C.P. 111

1227 CAROUGE

NON DECIDIAMO DEL NOSTRO PROPRIO CORPO: NÈ IN ITALIA NÈ IN SVIZZERA!

01509.2

La legge
fascista

In Italia, la legge contro l'aborto, che data dell'epoca fascista(1930), punisce da 2 a 5 anni di prigione la donna che abortisce e la persona che provoca l'aborto.

Malgrado questa legge,

3.500.000 DONNE ABORTISCONO OGNI ANNO IN ITALIA !

(di cui 300 solamente si fanno prendere dalla giustizia).

In che condizioni abortiscono queste donne?

- Pagando un medico molto caro (500.000 - 700.000 lit.)
- Facendo un viaggio in Svizzera o Olanda (molto caro!)
- Passando dalla "faiseuse d'anges" (il che è pericoloso)
- Rivolgendosi a CISA (centro informazione sterilizzazione e aborto) o alla clinica di Firenze aperta in settembre 1974, e chiusa in gennaio 1975!

TRENTO

A Trento, le donne si rivolgono al dottor Zorzi per abortire, anche se fa pagare caro (200.000 lit.), anche se sembra avere sulla coscienza diversi aborti non riusciti, mortali.

In gennaio 1973, una donna di 22anni arriva all'ospedale in fin di vita. Durante l'inchiesta sul ginecologo, che ottiene senza difficoltà la libertà provvisoria, gli vengono confiscate 600 schede delle sue pazienti.

263 donne sono sospettate di reato d'aborto! Il tribunale decide di far loro un PROCESSO!

FIRENZE

A Firenze, in settembre 1974, il partito radicale (che rappresenta la minorità che si batte per l'aborto, l'obiezione di coscienza, etc.) aveva aperto una clinica dove si praticavano degli aborti per 100.000 lire 2 volte alla settimana.

In gennaio 1975, la polizia s'introduce nella clinica, incitata dal settimanale fascista "Candido". Arresta 60 persone, fra le quali 40 donne e il medico che pratica gli aborti. Alcune di queste donne sono lì per abortire, altre hanno appena abortito, alcune sono ancora sotto l'effetto dell'anestesia: tutte vengono arrestate.

MA LE DONNE HANNO INIZIATO

LA LOTTA!

Reazioni

Se, dopo tutti questi avvenimenti, il clero si scaglia contro l'aborto, come se i preti potrebbero capirci qualcosa, se il giornale settimanale l'Espresso è censurato e non deve più essere venduto perchè ha fatto uscire in prima pagina la figura di una donna incinta, nuda, inchiodata su un crocifisso,

ci sono anche altre reazioni:

500 persone si auto-denunciano per aver abortito o praticato degli aborti,

il 25 - 26 gennaio, migliaia di donne si riuniscono a Roma per parlare dell'aborto e imparare a praticarlo,

in febbraio, 2 nuove cliniche clandestine dove si può abortire sono aperte a Roma dal CISA (centro informazione sterilizzazione aborto),

il 15 - 16 febbraio, le donne organizzano delle manifestazioni in tutta Italia dove esse dicono:

**ABORTO LIBERO, GRATUITO E SUBITO
NO AI PROCESSI PERCHÈ L'ABORTO
NON È REATO !!!**

In Italia, la situazione delle donne è terribile: i contraccettivi sono poco in voga (mancanza di informazione), aborto costoso e punibile, sottomissione sessuale e economica (non si trova lavoro) quasi assoluta agli uomini, ecc. ecc.. Ma in Svizzera non è molto differente. Se le donne possono ottenere e utilizzare più facilmente gli anticoncezionali, se hanno l'occasione di conquistarsi un po' d'autonomia di fronte al marito, ai bambini, agli uomini in generale, quando vogliono abortire, devono passare davanti a una commissione che dà il permesso di abortire solo alla metà delle donne che si presentano!

Ma oggi, quando siamo tutte insieme, possiamo dire:

BASTA CON LA COMMISSIONE

**ABORTO LIBERO GRATUITO SUBITO
PER TUTTE LE DONNE**

Contraception

&

Avortement

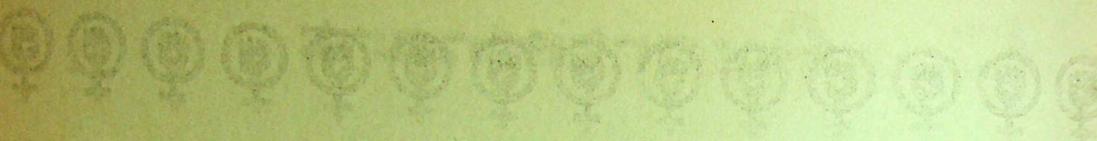
un groupe du mlf genève

case 111

1227 carouge

septembre
1973





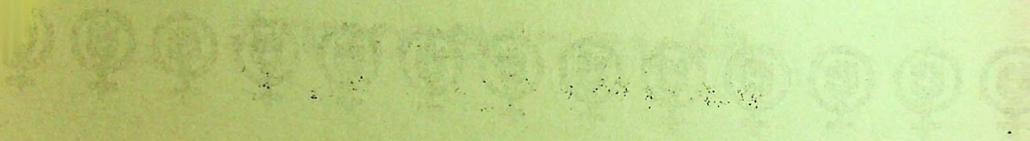
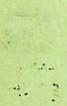
UN PROJET DE TRAITÉ

DE

LA PROTECTION

DES

BIENS



UN PROJET DE TRAITÉ

DE

LA PROTECTION

DES

BIENS



Ils furent heureux et eurent beaucoup d'enfants,
disait-on à la fin des histoires qui se terminaient bien.
Moralité,
s'aimer c'est faire des enfants,
sexualité égale reproduction,
à chaque plaisir sa punition : le gosse.
Le plaisir en lui-même est coupable.

Eh bien cette moralité-là, nous la refusons.

Nous ne voulons plus subir le "devoir conjugal" avec résignation.

Nous voulons prendre notre pied sans être traitées de putains !
Nous voulons faire l'amour, mais nous refusons d'être des lapines.

Plus d'enfants à la chaîne, plus d'enfants-punitions.

Nous aurons des enfants si nous le désirons.

Notre destin biologique n'est pas une fatalité.

LUTTONS POUR AVOIR NON SEULEMENT LE DROIT, MAIS SURTOUT
LA POSSIBILITE EFFECTIVE DE JOUIR SANS NOUS REPRODUIRE.

... il existe la pilule.

il existe le stérilet.

il existe le diaphragme.

il existe des spermicides de toutes sortes.

il existe la stérilisation.

il existe même des capotes ou la vasectomie pour lui

De nos jours, veut-on nous faire croire, une femme
qui sait ce qu'elle se veut n'a pas besoin de se
faire avorter.

Mais avant de chanter victoire, voyons toutes ces méthodes
contraceptives d'un peu plus près.

Voilà avec quoi nous devons nous arranger :

LA PILULE

C'est actuellement le contraceptif le plus sûr (100%), à condition qu'il soit employé régulièrement (il suffit d'oublier sa pilule un jour pour qu'il existe le risque de grossesse pendant tout le cycle).

Seul un examen général permet au gynécologue de prescrire la pilule qui vous conviendra le mieux.

Le mécanisme de la pilule est de provoquer une anovulation (c'est-à-dire qu'il n'y a plus d'ovule perdu par l'ovaire chaque mois), tout en maintenant un cycle de règles artificielles. Ce sont les hormones contenues dans la pilule qui permettent de réaliser ce mécanisme.

Il existe deux types de pilules :

I. La même pilule (association de deux hormones gestagène et oestrogène) est prise pendant tout le cycle. Elle a un effet infailible et agit à trois niveaux :

- pas d'ovulation.
- la muqueuse de l'utérus s'atrophie : si un oeuf est fécondé, et y parvient, il ne peut s'y implanter et meurt.
- formation d'une abondante glaire cervicale au niveau du col de l'utérus, faisant barrage aux spermatozoïdes.

On la trouve dans le commerce sous plusieurs formes. Neogynon, Erygynon, Stediril D sont des préparations à bas niveau d'hormones (c. 5 mg d'oestrogène par pilule) dosage amplement suffisant pour une contraception sûre. Depuis qu'il existe des pilules, la quantité d'hormones n'a cessé de baisser, et il y a de fortes chances qu'elle baisse encore. Moins il y a d'oestrogènes, moins il y a de risques de thromboses.

II. Deux sortes de pilules sont prises pendant le cycle : La première pendant les 15 premiers jours (oestrogènes), la deuxième pendant 5 jours (oestrogènes - gestagènes). Cette pilule a comme seul effet d'empêcher l'ovulation. Elle est donc moins efficace et un oubli entraîne davantage de risques de grossesse.

Nous devons être conscientes qu'en prenant la pilule, nous participons à une expérience dont les conséquences à long terme sont encore incertaines.

Effets secondaires possibles

- maux de tête
- saignements forts ou faibles entre les règles
- était dépressif
- rétention d'eau
- modification de la pression sanguine
- fatigue
- jambes qui gonflent
- modification de la peau; des cheveux
- augmentation ou diminution du désir sexuel
- douleurs dans les seins
- sécheresse du vagin
- vaginite (pertes blanches)
- augmentation du poids
- troubles de la vue
- nausées

Pour les médecins la position la plus fréquente et la plus confortable consiste à expliquer ces effets secondaires comme étant dus à des raisons psychologiques, ce qui revient à nous accuser au lieu d'avouer leur impuissance.

Il est vrai que la pilule comme tout contraceptif pose le problème de notre rapport à la sexualité - discutons-en entre nous, mais refusons de nous laisser culpabiliser par le médecin et exigeons qu'il fasse les examens nécessaires : les inconvénients physiques existent.

Parfois un simple changement de pilule supprime certains effets secondaires.

Contre-indications à la pilule :

Dans les cas suivants il ne faut pas prendre la pilule :

- troubles du foie (hépatite antérieure etc) : la pilule est alors mal supportée (nausées etc) car c'est au niveau du foie que les hormones sont transformées.
- migraines et troubles de la vue qui surgissent avec la pilule.
- tendances aux thrombo-embolies
- pendant la grossesse

Il faut^{se} faire surveiller de près en cas de :

- hypertonie cardiaque
- diabète
- épilepsie
- varices ou phlébites.

20 % à 30 % des femmes ne supportent pas la pilule.

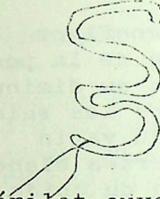
LE STÉRILET

Le stérilet est un petit instrument en plastique ou en métal souple placé à l'intérieur de l'utérus.

On trouve deux types de stérilets :



le stérilet fermé



le stérilet ouvert, en
plastic

Le stérilet ouvert est plus facile à mettre en place dans l'utérus et plus sûr. Nous ne parlerons que de celui-là.

LA pose du stérilet

C'est une opération simple, rapide, indolore. Le stérilet est mis dans un petit tube introducteur que l'on enfle dans le col de l'utérus jusqu'à la base de la cavité utérine. Par une pression sur l'introducteur, le contraceptif est poussé dans la cavité utérine, où il reprend sa forme en zig-zag. L'introducteur est alors enlevé, laissant pendre dans la partie supérieure du vagin deux petits fils de nylon reliés au contraceptif. (ils ne sont pas perceptibles pendant le coït).

Le stérilet se pose de préférence le premier jour de la menstruation, le col de l'utérus étant à ce moment-là plus ouvert.

Fonctionnement du stérilet :

On ne sait pas encore selon quel principe fonctionne le stérilet. Il y a quatre hypothèses :

- L'activité musculaire qui règle le déplacement des spermés et des ovules serait dérangée.
- La composition de la muqueuse utérine serait modifiée, ce qui aurait pour effet d'empêcher la nidation de l'ovule qui a été fécondé.
- Un effet biochimique serait produit par la simple présence du stérilet dans l'utérus, ce qui créerait un milieu nuisible à l'ovule.
- Le stérilet, agissant comme n'importe quel corps étranger, provoquerait des réactions de défense dans l'utérus qui, dirigées en principe contre le stérilet, détruiraient l'ovule fécondé.

Inconvénients :

Le stérilet n'est pas absolument sûr (95 %). Plus on le garde longtemps, plus son efficacité s'accroît. Cependant environ 10 à 12 % des femmes qui portent un stérilet l'expulsent pendant la première année, le plus souvent pendant les trois premiers mois. Il faut vérifier une fois par semaine si les fils nylon sont toujours là. S'ils n'y sont plus, il faut aller chez le médecin. L'utérus expulse le stérilet en général pendant les règles; contrôlez donc le tampon hygiénique lorsque vous le retirez. Si vous avez pris la pilule avant le stérilet, il est utile de la prendre pendant un mois encore après la pose du stérilet.

Si on expulse le premier stérilet, il y a une chance sur deux pour que le deuxième soit aussi expulsé. De plus, 8 à 10 % des femmes doivent se faire enlever le stérilet à cause des troubles qu'il leur cause.

Il semble qu'il est plus difficile de poser un stérilet à une femme n'ayant jamais été enceinte : son utérus est plus petit et son col plus fermé. La plupart des médecins refusent même de poser le stérilet dans ces cas-là. Nous connaissons cependant des femmes qui n'ont jamais eu de grossesse et qui supportent le stérilet parfaitement.

Effets secondaires mineurs :

- = douleurs plus ou moins fortes comparables aux crampes des règles.
- règles plus abondantes que de coutume.

Effets secondaires graves :

Des complications graves sont possibles au cas où une inflammation préexistante n'avait pas été décelée. Une fois sur 2.500 on a pu constater que le stérilet avait perforé la paroi utérine pour aller se loger dans l'abdomen. La plupart des perforations sont dues à une faute du médecin.

Avantages par rapport à la pilule :

- Le stérilet n'intervient pas dans l'équilibre hormonal.
- Les effets secondaires sont plus faciles à reconnaître et à traiter.

DIAPHRAGME PLUS PREPARATION SPERMICIDE

Le diaphragme est un petit "chapeau" de caoutchouc qui se place au fond du vagin et qui, en recouvrant le col de l'utérus, empêche les spermatozoïdes d'y pénétrer.

Seul le médecin peut prescrire un diaphragme adapté à la grandeur du fond du vagin. Tous les deux ans, ainsi qu'après des naissances, des avortements ou des opérations, il faut faire vérifier s'il est toujours de la bonne grandeur. N'oubliez pas de vous faire expliquer avec précision comment il faut le mettre.

Le diaphragme doit toujours être employé conjointement à la préparation spermicide. Il ne doit pas être mis en place plus de deux heures avant le coït, ni enlevé moins de 8 heures après la dernière éjaculation.

La crème (ou mousse) spermicide se place à l'intérieur du diaphragme protégeant ainsi le col de l'utérus; pour plus de sécurité vous pouvez également en mettre un peu dans le vagin.

Le temps pendant lequel la crème spermicide est efficace est indiqué sur le mode d'emploi, il faut y prendre garde. D'autre part, si vous avez plusieurs rapports à la suite, il est recommandé de remettre un peu de crème dans le vagin. Le diaphragme ne doit en aucun cas être laissé en place plus de 24 heures.

De temps en temps il faut vérifier si le caoutchouc n'est pas abimé : pour cela, on peut remplir le diaphragme d'eau ou le tenir à contre-jour.

Le diaphragme peut se déplacer parce que les parois vaginales s'élargissent pendant l'acte sexuel lors d'introductions répétées du pénis dans le vagin et dans les positions où la femme est dessus.

L'efficacité d'un diaphragme, employé avec une bonne crème spermicide, et correctement utilisé, est bonne (95 à 98 %).

LA CAPOTE ANGLAISE (ou préservatif, condom)

La capote anglaise est un fourreau en caoutchouc souple et fin qui recouvre le pénis en érection. Elle se met juste avant la pénétration et se retire à la fin du rapport sexuel.

Son efficacité est accrue si elle est utilisée avec une crème spermicide. Son efficacité est de 93 % à 97 %, si elle est correctement utilisée.

Inconvénients :

- il ne faut pas faire de trop grands mouvements, la capote risque de glisser.
- en se retirant, l'homme doit retenir la capote pour éviter qu'elle ne glisse et répande le liquide séminal dans le vagin.
- la capote devant être placée juste avant la pénétration, elle peut être ressentie comme une interruption désagréable de l'acte sexuel. Cela peut cependant être intégré aux jeux sexuels, la femme la posant elle-même sur le pénis, par exemple.

METHODES A PROSCRIRE

Il faut y renoncer définitivement, car elles ne sont pas sûres.

o g i n o - k n a u - s s o u t e m p é r a t u r e s :

La femme n'est pas féconde durant tout son cycle. Ces deux méthodes sont censées déterminer la période non-féconde (elle est très courte : une dizaine de jours seulement), celle où les relations sexuelles n'entraîneraient pas la grossesse.

Mais cette période est très difficile à déterminer avec précision; de plus il existe toujours certains risques, une ovulation pouvant se produire de façon inattendue et à n'importe quel moment, même pendant les règles.

Cette prétendue méthode de contraception conduit chaque année des milliers de femmes à l'avortement ou à des maternités non-désirées.

L e c o i t - i n t e r r o m p u (ou retrait):

Méthode encore moins sûre que les précédentes. Des écoulements de sperme peuvent survenir pendant le coït sans que l'homme en soit conscient; même si l'éjaculation a lieu à l'extérieur (retrait ou masturbation réciproque), les spermatozïdes peuvent pénétrer dans le vagin.

De plus comment pourrait-on avoir une relation sexuelle détendue et satisfaisante si on est inquiète (la méthode étant peu sûre) et tendue par la crainte "qu'il ne se retire pas au bon moment" ?

l e s p r é p a r a t i o n s s p e r m i c i d e s :

Utilisées seules, elles présentent très peu de sécurité, puisqu'elles connaissent 20 % d'échecs. Mais elles ont l'avantage d'augmenter la sécurité de la capote ou du diaphragme.

Les crèmes spermicides, comme les capotes anglaises s'obtiennent en pharmacie, et sans ordonnance.

LA STERILISATION VOLONTAIRE

La stérilisation n'a aucun effet sur l'activité des glandes (testicules, ovaires). Elle ne diminue pas non plus le désir sexuel. Stérilisation ne signifie pas castration.

En Suisse aucune loi ne réglemente la stérilisation volontaire, mais les médecins exigent de la femme qui veut se faire stériliser une autorisation écrite du mari.

Chez la femme : La ligature des trompes s'est révélée être un moyen peu sûr, et l'on pratique actuellement une section des trompes. Les ovules, ne pouvant plus atteindre l'utérus se dissolvent et sont absorbés par le sang.

Cette opération nécessite une narcose complète et une hospitalisation de 4 à 6 jours.

Chez l'homme : la vasectomie consiste à couper le canal déférent, empêchant ainsi les spermatozoïdes de passer des testicules au pénis. Les spermatozoïdes ne forment que le dixième du liquide éjaculé, la quantité de liquide séminal n'est donc pas diminuée de façon appréciable. La vasectomie n'est pas encore une méthode complètement réversible (50 % des interventions ou plus réussissent).

Cette intervention nécessite une anesthésie locale, dure 20 minutes et peut se faire dans le cabinet d'un médecin.

Cette méthode simple et efficace de contraception est cependant très peu répandue !

Les types qui prêchent toujours l'unité des hommes et des femmes dans la lutte pour un monde meilleur devraient se réjouir de l'existence de la vasectomie !

RESUMONS LA SITUATION :

- la pilule : C'est la plus agréable des méthodes, car elle permet de faire l'amour tout de suite, dès qu'on en a envie. C'est aussi la plus sûre.

MAIS un seul oubli, et la sécurité de la pilule diminue beaucoup.

MAIS on ne peut utiliser tout le temps et sans arrêt cette méthode.

MAIS beaucoup de femmes ne la supportent pas, ont des effets secondaires désagréables.

MAIS on ne sait pas ce que sont les conséquences de la pilule trois ou quatre générations plus tard.

- le stérilet : Cette méthode a les mêmes avantages que la pilule, mais est moins sûre.

MAIS généralement les gynécologues ne les posent que si une femme a déjà eu des enfants.

MAIS un nombre élevé de femmes ne les supportent pas; soit elles les expulsent soit elles ont des hémorragies.

- le diaphragme : Il est aussi sûr que le stérilet, si on l'utilise avec une crème spermicide.

MAIS il faut le mettre avant chaque rapport et l'enlever après; si on ne peut prévoir quand on aura envie de faire l'amour, il faut chaque fois s'interrompre pour le mettre, c'est pas très agréable.

Quant à le mettre tous les soirs, si jamais, c'est pas possible, à la longue cela nous irrite quand même le vagin.

- les spermicides: Ils ne sont pas sûrs. Il ne faut jamais les utiliser tout seuls. Mais ils augmentent la sécurité du diaphragme ou du stérilet. Ils sont même indispensables. Parfois ils irritent le vagin.

- la stérilisation : Il faut généralement que l'on ait déjà eu deux ou trois enfants pour que les gynéco acceptent de le faire.

- les préservatifs : vous êtes bien malignes ou très pri-
et la vasectomie vilégiées, si vous arrivez à les faire
admettre à votre Jules :
les préservatifs : il n'aime pas ça!
la vasectomie : vous osez toucher à
sa sacro-sainte virilité !

Nous ne voyons pas pourquoi c'est toujours aux femmes de subir tous les effets désagréables de la contraception : il n'y a aucun moyen sûr, sans effets secondaires néfastes à court ou long terme pour nous. Nous devons déjà supporter les grossesses, les accouchements, les avortements. Nous pensons donc que les hommes doivent aussi prendre en charge la contraception, puisque les contraceptifs masculins ne sont pas nocifs pour leur santé.

LA CONTRACEPTION : A L'AVANTAGE DE QUI ?

A l'âge des satellites et des cerveaux électroniques, si on a commencé à faire des recherches sur la contraception, ce n'est pas pour les femmes.

La pilule, les stérilets ont été inventés ou perfectionnés par des chercheurs américains afin de diminuer les naissances de futurs chômeurs qui pourraient se révolter dans le tiers-monde. On a amélioré la pilule en faisant des expériences sur les femmes noires des ghettos. On les leur distribuait gratuitement: si ça ne faisait pas trop de dégâts, on les vendait ensuite en pharmacie aux blanches.

DENONÇONS l'usage criminel que fait le pouvoir de la contraception en contraignant les femmes à vendre leur ventre pour des expériences.

Mais malgré tout cela, la science de la contraception n'en est qu'à ses débuts. La pilule ça marche, c'est efficace, ça se vend bien, alors pourquoi les trusts pharmaceutiques grignoteraient-ils leurs profits pour investir dans la recherche ? Aucune statistique sur les effets à long terme de la pilule n'a encore vu le jour.

EXIGEONS de telles statistiques ainsi que des informations précises sur les effets secondaires de la pilule.

De plus, les chercheurs étant en grande majorité des hommes c'est comme par hasard la contraception féminine qu'ils ont avant tout développée. Pourquoi continuerons-nous à payer de notre santé le fait qu'il plaît à ces messieurs de rejeter la responsabilité de la contraception sur nous ?

N'attendons pas trop d'une science capitaliste, impérialiste et patriarcale. PRENONS LES CHOSES EN MAIN NOUS-MEMES !

RESUMONS LA SITUATION :

- la pilule : C'est la plus agréable des méthodes, car elle permet de faire l'amour tout de suite, dès qu'on en a envie. C'est aussi la plus sûre.
 - MAIS un seul oubli, et la sécurité de la pilule diminue beaucoup.
 - MAIS on ne peut utiliser tout le temps et sans arrêt cette méthode.
 - MAIS beaucoup de femmes ne la supportent pas, ont des effets secondaires désagréables.
 - MAIS on ne sait pas ce que sont les conséquences de la pilule trois ou quatre générations plus tard.

- le stérilet : Cette méthode a les mêmes avantages que la pilule, mais est moins sûre.
 - MAIS généralement les gynécologues ne les posent que si une femme a déjà eu des enfants.
 - MAIS un nombre élevé de femmes ne les supportent pas; soit elles les expulsent soit elles ont des hémorragies.

- le diaphragme : Il est aussi sûr que le stérilet, si on l'utilise avec une crème spermicide.
 - MAIS il faut le mettre avant chaque rapport et l'enlever après; si on ne peut prévoir quand on aura envie de faire l'amour, il faut chaque fois s'interrompre pour le mettre, c'est pas très agréable.
Quant à le mettre tous les soirs, si jamais, c'est pas possible, à la longue cela nous irrite quand même le vagin.

- les spermicides: Ils ne sont pas sûrs. Il ne faut jamais les utiliser tout seuls. Mais ils augmentent la sécurité du diaphragme ou du stérilet. Ils sont même indispensables. Parfois ils irritent le vagin.

- la stérilisation : Il faut généralement que l'on ait déjà eu deux ou trois enfants pour que les gynéco acceptent de le faire.

- les préservatifs : vous êtes bien malines ou très privilégiées, si vous arrivez à les faire admettre à votre Jules :
 - les préservatifs : il n'aime pas ça!
 - la vasectomie : vous osez toucher à sa sacro-sainte virilité !

Nous ne voyons pas pourquoi c'est toujours aux femmes de subir tous les effets désagréables de la contraception : il n'y a aucun moyen sûr, sans effets secondaires néfastes à court ou long terme pour nous. Nous devons déjà supporter les grossesses, les accouchements, les avortements. Nous pensons donc que les hommes doivent aussi prendre en charge la contraception, puisque les contraceptifs masculins ne sont pas nocifs pour leur santé.

LA CONTRACEPTION : A L'AVANTAGE DE QUI ?

A l'âge des satellites et des cerveaux électroniques, si on a commencé à faire des recherches sur la contraception, ce n'est pas pour les femmes.

La pilule, les stérilets ont été inventés ou perfectionnés par des chercheurs américains afin de diminuer les naissances de futurs chômeurs qui pourraient se révolter dans le tiers-monde. On a amélioré la pilule en faisant des expériences sur les femmes noires des ghettos. On les leur distribuait gratuitement : si ça ne faisait pas trop de dégâts, on les vendait ensuite en pharmacie aux blanches.

DENONÇONS l'usage criminel que fait le pouvoir de la contraception en contraignant les femmes à vendre leur ventre pour des expériences.

Mais malgré tout cela, la science de la contraception n'en est qu'à ses débuts. La pilule ça marche, c'est efficace, ça se vend bien, alors pourquoi les trusts pharmaceutiques grignoteraient-ils leurs profits pour investir dans la recherche ? Aucune statistique sur les effets à long terme de la pilule n'a encore vu le jour.

EXIGEONS de telles statistiques ainsi que des informations précises sur les effets secondaires de la pilule.

De plus, les chercheurs étant en grande majorité des hommes c'est comme par hasard la contraception féminine qu'ils ont avant tout développée. Pourquoi continuerons-nous à payer de notre santé le fait qu'il plaît à ces messieurs de rejeter la responsabilité de la contraception sur nous ?

N'attendons pas trop d'une science capitaliste, impérialiste et patriarcale. PRENONS LES CHOSES EN MAIN NOUS-MEMES !

APPAREMMENT, LA CONTRACEPTION EST AUTORISEE.

On fait des recherches dans ce domaine. On crée par exemple des centres de planning familial. Seulement, ici, où le chômage et la faim ne sont pas aussi aigus que dans les pays du tiers-monde, leur existence est pour le moins discrète.

Dans les journaux genevois, l'adresse du centre de planning familial (CIFERN) n'a pas le droit de figurer sous la rubrique des urgences, là où on trouve toutes les polycliniques et permanences de la ville. Le planning familial n'a pas le droit non plus d'envoyer des dépliants de propagande dans les ménages. Il n'a pas le droit de faire des affiches. Il peut tout juste annoncer les conférences qu'il organise pour lesjeunes mariés.

EN REALITE ON FREINE LA DIFFUSION DE LA CONTRACEPTION

A peine 10 % des femmes prennent la pilule, et ce sont en majorité des femmes des couches supérieures.

Penser qu'il suffit de vanter la pilule pour que les femmes l'avalent, c'est oublier les pressions sociales qui existent, c'est ignorer l'importance du tabou sexuel dans notre société puritaine. Sans compter qu'au gouvernement, il lui faut sa nouvelle fournée de recrues tous les ans, et que les patrons réclament des ouvriers, des apprentis et des manoeuvres.

Et les choses alors se passent ainsi :

... Mon gynéco ne veut pas me prescrire la pilule,
je ne suis pas mariée, ou je suis trop jeune.
mon médecin ne veut pas me placer le stérilet :
je n'ai encore jamais été enceinte.
mon Jules ne veut pas utiliser de préservatifs
il aime pas ça.
mon mari ne veut pas que je prenne la pilule,
il a peur que je le trompe.
mon curé ne veut plus m'absoudre,
je prends la pilule.
Ici Paris déconseille la pilule,
ça fait grossir.

Résultat : Il y a presque autant d'avortements que de naissances, sans parler de tous les enfants non-désirés qui sont mis au monde de force.

On veut maintenir les femmes dans leur ignorance.
On veut maintenir les femmes dans leur rôle d'épouse et de mère..
On veut maintenir les femmes dans leur soumission.
On veut maintenir les femmes dans les structures répressives de la famille.

- Exigeons une réelle campagne d'information sur la contraception dans les ménages, dans les écoles, dans les centres de loisir.

CONTRACEPTION - LIBERATION ?

Ils furent heureux et n'eurent que deux enfants, dit-on maintenant avec un sourire en coin. Moralité, Mesdames, ne soyez pas prudes, il faut maintenant vous montrer mères et amantes à la fois. Mieux vous baiserez et mieux il travaillera alors tenez-vous à la disposition de votre seigneur et maître, et pardessus le marché, cela ne saurait être une corvée, vous devez aimer ça, ou du moins en avoir l'air. Seulement deux gosses dans un HLM, c'est assez, alors débrouillez-vous pour vous contraceptiser, ou vous faire avorter.

Eh bien non !

Nous ne voulons pas que la contraception ne serve qu'à replâtrer la famille, qu'à réenfermer la femme dans son foyer-prison.

Nous refusons aussi que les relations conjugales soient les seules autorisées et que les autres soient tout juste tolérées comme relations pré-conjugales, para-conjugales ou extra-conjugales.

Pourquoi ne s'établirait-il des relations chouettes qu'entre un homme et une femme adultes?

Pourquoi les mineurs n'auraient-ils pas eux aussi droit au plaisir et à l'affection ?

Pourquoi deux femmes ou deux hommes qui s'aiment seraient-ils condamnés ou au mieux ridiculisés par la société?

Une alternative toute nouvelle : celle que des hommes "libérés" veulent nous faire adopter.

C'est le mythe de la femme libre, large d'idées, de la femme sans histoires, qui prend la pilule, avec qui on a des relations hygiéniques et simples, à la bonne franquette. Elle est toujours disponible, où ils veulent, quand ils veulent, comme ils veulent. On la quitte en camarade, avec une poignée de main bien franche. Ou, si elle est plus érotique, dans un long baiser expert, à la passion calculée.

C'est la solution tant que ça va, ça va; quand ça va plus, ça va plus; ma foi tant pis, c'est une question de désir, c'est pas ma faute, faut pas te raccrocher, ça ne sert à rien.

Nous répondons :

* Nous ne sommes pas un objet qu'ils peuvent prendre quand ils en ont besoin, et qui doit se faire le moins encombrant possible, quand ils ont fini de jouer avec.

* Nous refusons la course à l'orgasme :

L'orgasme est une chose agréable. L'exiger à tout prix c'est tomber dans l'idéologie du rendement : plus on a d'orgasmes mieux on travaille. Alors il faut s'arranger pour y parvenir scientifiquement, le plus rapidement

et le plus souvent possible en une semaine. De cette efficacité nous n'en voulons plus. Ce n'est qu'une contrainte de plus pour nous. Nous voulons au contraire jouir de chaque caresse pour elle-même, sans nous dire que nous en sommes à la deuxième étape et que l'étape suivante sera obligatoirement telle caresse. Nous voulons nous caresser parce que c'est agréable, non parce que cela doit nous mener à l'orgasme.

- * Nous refusons que l'on privilégie exclusivement la pénétration du pénis dans le vagin, au détriment de toutes les autres caresses. Toutes les zones du corps peuvent être des zones érogènes. Il n'y a pas de caresses normales, permises, et des caresses perverses. Il y a les caresses dont on a envie, et celle dont on n'a pas envie. Nous refusons donc la norme de la pénétration que l'usage des contraceptifs n'a fait qu'accentuer parce qu'elle nous limite dans nos désirs.

LA CONTRACEPTION NE LIBERE QUE L'HETEROSEXUALITE PENETRANTE. NOUS VOULONS LIBERER TOUS NOS DESIRS DE FEMMES, Y-COMPRIS LES DESIRS QUE NOUS AVONS POUR D'AUTRES FEMMES.

Lutter pour le droit au plaisir, ce n'est pas seulement lutter pour la contraception libre et gratuite. Cette lutte, si elle s'impose, n'est qu'un premier pas, et nous devons surtout être conscientes du fait que la CONTRACEPTION EST UN INSTRUMENT QUI PEUT SE RETOURNER CONTRE NOUS.

LE DROIT DE DECIDER

TU SERAS EPOUSE ET MERE

Un menuisier fait un apprentissage de 3 à 4 ans : il sera peu payé.

Un médecin fait un apprentissage de 8 à 10 ans : il se fera bien payer.

Une femme commence son apprentissage de mère et d'épouse dès la tendre enfance : elle ne sera pas payée du tout. Le mariage et la maternité sont les carrières obligatoires de toute femme. On ne considère pas une célibataire ou une femme sans enfant comme une "vraie femme".

TOUT POUSSE UNE FEMME A AVOIR DES ENFANTS

- Prénatal fera de vous une belle maman!
- Cette poussette à fleurs fera de vous une maman dans le vent !
- Votre couple va mal? Faites un enfant, il ira mieux !
- Vous manquez d'affection ? Faites un enfant, vous pourrez en donner !

RIEN N'AIDE UNE FEMME A AVOIR DES ENFANTS

- Qui s'occupe de mon bébé, puis de l'éducation de mon enfant?
- Combien d'heures le père, s'il existe, passe-t-il à s'occuper de mon enfant?
- Qui va s'arrêter de travailler à l'extérieur pour s'occuper de mon enfant?
- Mon enfant demande du temps, qui lui en donnera?
- Est-ce que j'ai un travail qui me rapporte assez d'argent et me laisse assez de temps pour m'occuper de mon enfant?
- Je ne veux pas me marier et je veux cependant un enfant. Ai-je assez de force pour supporter les pressions que la société (patron, amis, parents) exerce sur moi soit pour que je me marie, soit pour que je renonce à l'enfant?
- Quel est le sort des filles-mères? (Ce n'est pas en les appelant mères-célibataires qu'on change leur situation.)
- J'ai envie d'avoir 4 ou 5 enfants, où trouver un appartement assez grand, ils sont tous prévus pour papa-maman-fiston et fillette?

LA MATERNITE NE DOIT PLUS ETRE UNE FATALITE OU UN CADEAU DU CIEL, MAIS UN CHOIX

NOUS NE SOMMES PLUS OBLIGES D'AVOIR DES ENFANTS
NOUS POUVONS CHOISIR D'EN AVOIR.

Mais pour pouvoir vraiment choisir notre maternité, il nous faut créer les conditions propices à cette maternité.

- Nous ne voulons plus être seules responsables de nos enfants.

- Nous devons essayer de casser le couple prison maman-enfant: il est néfaste et pour nous et pour les enfants.
- Nous devons discuter de ces problèmes entre nous, nous organiser pour prendre en charge collectivement l'éducation des enfants. C'est seulement collectivement, avec des mères et des non-mères, que nous aurons la force d'exiger des types (pères et non-pères) un partage réel de toutes les tâches de l'éducation, y compris les embêtantes.
- Nous ne voulons plus demander individuellement et quotidiennement l'aumône d'un coup de main. D'ailleurs, même si actuellement certains types font une moitié du travail, c'est toujours nous, les femmes, qui devons tout prévoir et tout organiser.
- Mettons nos enfants ensemble pour qu'eux aussi puissent devenir autonomes. Nos enfants ne nous appartiennent pas, ils s'appartiennent.
- Nous devons chercher, imaginer, inventer ensemble des manières chouettes de vivre pour nous, pour nos enfants, avec nos enfants.

POUR LA VIE
POUR LE PLAISIR
POUR DES ENFANTS DESIRES
POUR UNE SOCIETE QUI DONNE
ENVIE D'EN FAIRE

L AVORTEMENT - UN CRIME ?

- les théologiens du Moyen-Age affirmaient l'apparition de la vie au 40e jour pour un foetus mâle, au 80e jour pour un foetus féminin!
- Les "Amis du Foetus" avec l'Eglise catholique déclarent qu'il y a Vie dès la fécondation. Empêcher cette fécondation serait donc déjà criminel!
- La Science déclare qu'il n'y a pas encore ou plus de Vie lorsque l'encéphalogramme est plat. Celui du foetus est plat jusqu'au 6e mois.
- Des gouvernements décident qu'à partir du 3e mois, avorter est un crime!

Toutes ces définitions sont des conventions qui évoluent suivant les époques, les besoins historiques, les intérêts économiques et politiques.

En Suisse comme dans certains pays industrialisés et capitalistes, une femme est criminelle si elle se fait avorter.

Dans certains pays du Tiers-Monde, le gouvernement donne des cadeaux aux femmes qui se font avorter ou stériliser. La vie n'a donc pas le même poids partout.

Cessons d'argumenter sur la Vie sans tenir compte des conditions concrètes, matérielles et affectives de cette vie. D'autre part, on parle toujours de la vie de l'enfant. Et celle de la mère? La femme ne serait-elle considérée que comme une machine à reproduire?

AVORTEMENT FORCE - CRIME CONTRE LA FEMME

La morale courante, qui n'en est pas à une contradiction près, condamne l'avortement volontaire comme un crime, mais ferme les yeux sur les avortements forcés.

- Combien de femmes qui désiraient un enfant ont-elles souffert d'une fausse couche provoquée par leurs conditions de travail?
- Combien de femmes qui désiraient un enfant ont-elles dû se faire avorter malgré elles parce qu'elles risquaient de perdre leur travail si elles étaient enceintes?
- Combien de femmes qui désiraient un enfant ont-elles été poussées à l'avortement par papa-maman "parce que une fille-mère c'est impensable dans la famille"?
- Et les femmes qu'on pousse à se faire stériliser parce qu'elles ont fait un séjour dans une clinique psychiatrique?

AVORTEMENT LIMITE - CRIME CONTRE LA FEMME

Les mêmes instances qui n'hésitent pas à faire avorter une femme s'il en va de leurs intérêts se permettent de condamner celle qui désire se faire avorter. Tout est mis en oeuvre pour que les femmes ne puissent pas décider elles-mêmes. Qui décide pour nous?

L'Etat avec ses lois sur tout et n'importe quoi.

L'Eglise qui culpabilise une femme parce qu'elle ne se soumet pas à son destin d'épouse et de pondeuse d'enfant.

Les médecins qui se font prier, jouent les moralisateurs, puis se font payer grassement pour condescendre à nous avorter.

La femme qui a malgré tout cela assez de force pour vouloir avorter doit passer devant une commission-tribunal (formée comme par hasard essentiellement d'hommes), essayer de passer pour folle, mentir, s'humilier, et par-dessus le marché trouver l'argent nécessaire. Si tous ces stratagèmes échouent, elle peut avoir recours aux "bons soins" d'une faiseuse d'anges.

En Suisse, chaque année, plus de 20.000 femmes jouent la grande comédie de l'avortement légal. 50.000 femmes sont obligées de courir le risque de l'avortement clandestin.

Combien de femmes ressortent-elles indemnes, sans suite physiques ou psychiques de cette course d'obstacles?

AVORTEMENT LIBRE ET GRATUIT

La question que doit se poser une femme qui se trouve enceinte est :

Est-ce que je veux un enfant ou non?

La question que l'on force les femmes à se poser est actuellement:

Est-ce qu'il est possible d'avorter ou non et comment?

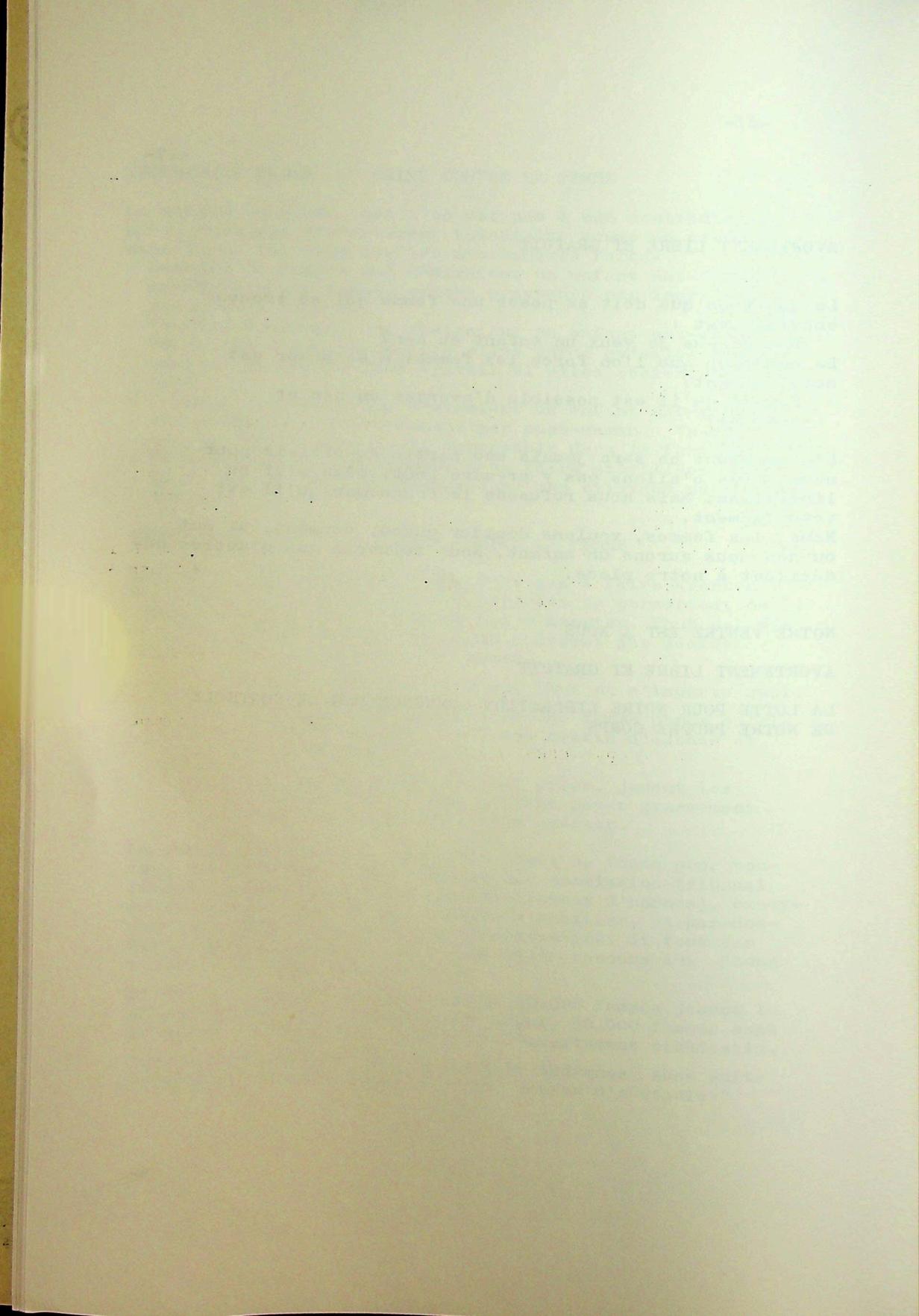
L'avortement ne sera jamais une partie de plaisir pour nous. Nous n'allons pas y prendre goût, même s'il se libéralise. Mais nous refusons le cauchemar qu'il est actuellement.

Nous, les femmes, voulons décider quand, comment, si oui ou non nous aurons un enfant. Nous refusons que d'autres décident à notre place.

NOTRE VENTRE EST A NOUS

AVORTEMENT LIBRE ET GRATUIT

LA LUTTE POUR NOTRE LIBERATION COMMENCE PAR LE CONTROLE DE NOTRE PROPRE CORPS



AVORTEMENT : LA MARCHÉ A SUIVRE

Il est important que vous fassiez les démarches suivantes le plus vite possible, car en aucun cas une interruption de grossesse n'est accordée après la douzième semaine de grossesse. Or si vos règles ont un retard d'une semaine, il se peut que vous soyez enceinte de 5 semaines déjà.

Si vous soupçonnez une grossesse et qu'apparaît un retard de règles, vous pouvez demander à votre pharmacie un emballage de **D u o g y n o n** : ce sont deux pilules d'hormones à prendre deux jours de suite et qui provoquent une hémorragie dans les dix jours si vous n'êtes pas enceinte (Prix : environ 6 francs ; le diagnostic est sûr à environ 70%). Depuis 15 ans que ce produit est sur le marché, son effet sur l'organisme n'a pas été contrôlé ; il est très possible que le duogynon soit néfaste pour le fœtus. Les femmes qui désirent un enfant devraient donc utiliser un autre test de grossesse.

Dès les 12^e jour après la date à laquelle les règles auraient dû arriver normalement, vous pouvez faire un test de grossesse en apportant vos urines dans une pharmacie qui fait les analyses médicales ou dans un laboratoire d'analyses. L'analyse faite par un laboratoire est remboursée par les assurances si elle est prescrite par un médecin ; sinon, elle coûte environ 20 à 25 francs. Le diagnostic est certain à 90%. L'analyse pourrait être effectuée par vous-même. Il y a deux tests sur le marché, dont l'un s'appelle le B-test (environ 22 francs) et l'autre le **Pregnosticon planotest** (50 francs ou même moins pour 10 tests). Ce sont de petits laboratoires de poche avec un mode d'emploi illustré. Ces tests ne sont rentables que dans la mesure où ils peuvent être utilisés "en gros". Ils sont disponibles dès maintenant au Centre femmes.

Vous pouvez également aller chez un médecin pour vous faire faire une piqûre intramusculaire de **L u t o v o c y c l i n e** forte (prix de l'ampoule environ 7 francs + prix de la visite ; sécurité à 99%), qui doit provoquer les règles si vous n'êtes pas enceinte.

POUR OBTENIR L' AUTORISATION D' AVORTER

Si vous êtes Suisse ou étrangère domiciliée depuis plus de 3 mois en Suisse

Si vous êtes étrangère et domiciliée depuis moins de 3 mois en Suisse

Vous devez aller soit chez un gynécologue soit à la policlinique de gynécologie pour obtenir un certificat de grossesse constatant qu'elle n'est pas de plus de 12 semaines

idem

Le certificat de grossesse doit obligatoirement être établi à Genève, même si la constatation a déjà été faite à l'étranger.

(L'annuaire des téléphones contient sous la rubrique "médecins" toutes les adresses de gynécologues établis à Genève.)

Jusqu'à 8 semaines, un avortement (méthode par aspiration) est aussi bénin que la pose du stérilet, jusqu'à 12 semaines comme une opération des amygdales. Plus tard, il n'est toujours pas plus dangereux pour la femme qu'un accouchement.

Mais après 12 semaines, à moins de tomber gravement malade, il est impossible d'avorter à Genève. Donc, si vous n'avez pas eu la chance de tomber à temps sur cette brochure ou sur des gens renseignés, et si vous n'avez pas l'argent pour aller à Londres ou à New York (prix entre 1200 et 3000 francs, adresses au Centre femmes), il n'y a pas de solution pour vous dans les conditions actuelles.

Ensuite il vous faut obtenir un "avis conforme" : c'est l'autorisation qui rendra votre avortement légal. Si vous avez moins de 16 ans, vous devez avoir le consentement écrit de votre représentant légal.

Le gynécologue est tenu par la loi de vous donner l'adresse d'un médecin autorisé. C'est un des 16 experts nommés tous les 2 ans par le Conseil d'Etat. Seul le médecin autorisé peut délivrer un avis conforme. Vous risquez de tomber sur des médecins qui vous prennent de haut. Ne vous laissez pas impressionner, ni intimider par des discours moralisateurs ou dédaigneux : les demandes sont quasiment toujours acceptées.

Vous devez passer à la commission dite "de préexpertise". Elle est formée de 2 des médecins autorisés, qui siègent à tour de rôle. (l'un plutôt conservateur, l'autre plutôt progressiste), d'une sage-femme et d'une assistante sociale.

Cette commission reçoit le mardi et le vendredi de 14 h à 18 h à la policlinique, 32 bd de la Cluse, tél. 24 39 14.

Vous avez avantage à discuter d'abord avec l'assistante sociale, ce qui est possible en vous présentant le mardi ou le vendredi matin déjà à la policlinique. Il est cependant préférable de prendre rendez-vous pour le lundi après-midi ou le jeudi matin.

Vous apporterez :

- le certificat de grossesse ;
- des papiers d'identité (livret de famille, carte d'identité ou passeport) ;
- tout autre document justifiant votre demande.

La commission donne sa réponse après quelques minutes d'attente. Environ 1/3 des demandes sont refusées. Il est donc recommandé d'avoir l'air deux fois plus désespérée qu'on pourrait l'être.

Si toutefois un expert vous refuse l'autorisation, essayez le plus rapidement possible un autre gynécologue ou adressez-vous au Planning Familial, bd St-Georges 36, tél. 21 01 91.

Aucun recours n'est possible contre la décision.

Il y a donc une discrimination nette des étrangères.

* Expert ou commission de préexpertise, le problème de fond reste le
* même. Ce sont les "spécialistes" qui prennent les décisions à la
* place des femmes.

* Au contraire, nous revendiquons le droit de décider nous-mêmes de
* notre corps : exigeons que les spécialistes soient contrôlés par
* les premières intéressées, les femmes. C'est à nous de refuser
* leur sermon paternaliste. C'est à nous de refuser l'exploitation
* qu'ils font de notre ventre.

* Discutons-en entre femmes, regroupons-nous, confrontons nos expé-
* riences. Le Centre Femmes est un lieu où nous cherchons ensemble
* les moyens de lutter pour notre autonomie.

METHODES D'AVORTEMENT

I Développement de la grossesse

Quand l'embryon a un mois, c'est un tout petit morceau de chair qui n'a aucune ressemblance avec un être humain. A la fin du premier mois, l'embryon a à peu près la taille d'un petit pois. A la fin du deuxième mois, l'embryon a grandi, on l'appelle alors fœtus ; c'est une masse de tissus différenciés, longue de 2,5 cm et très fragile. Quand le fœtus a trois mois, il a atteint environ la longueur de 12,5 cm.

Plus l'interruption de grossesse est faite rapidement, moins elle implique de dangers pour la femme. et plus elle est facile à faire pour le médecin. Dès la 20e semaine, le fœtus atteint une taille qui rend l'avortement dangereux.

Mais de toute façon les dangers en cas d'accouchement sont supérieurs à ceux d'un avortement médical.

II Techniques médicales

A : A s p i r a t i o n (jusqu'à la douzième semaine)

La méthode par aspiration est la méthode médicale la plus couramment utilisée pour l'interruption de grossesse. On commence par dilater l'ouverture du col de l'utérus ; ceci grâce à une série de tubes en plastique ou en métal que l'on y introduit, chacun étant un peu plus large que le précédent. Quand le col est dilaté, on introduit dans l'utérus un tube stérile rattaché à un aspirateur qui fait le vide. L'aspirateur, travaillant selon le même principe que l'aspirateur à poussière, aspire les tissus fœtaux attachés à la paroi de l'utérus.

Dans la méthode Karman, l'appareillage d'aspiration, relativement coûteux, est remplacé par une simple seringue. Cette technique ne peut cependant être utilisée que jusqu'à dix semaines, la succion de la seringue étant moins forte que celle de l'aspirateur.

L'aspiration prend rarement plus de 5 à 7 minutes. Excepté certaines crampes de l'utérus, cette méthode ne provoque pas de douleurs. Il suffit d'anesthésier le col de l'utérus par une piqûre (anesthésie locale). Pendant les premières semaines, l'avortement est même possible sans dilatation du col de l'utérus, c'est-à-dire sans anesthésie.

Mais l'avortement n'étant pas libre, nous devons passer par toute une série d'instances qui retardent le moment de l'intervention, et la rendent ainsi plus compliquée. Pour celles qui n'ont pas l'argent de se payer une clinique, s'ajoutent encore les délais d'attente à la Maternité...

B : Dilatation et curetage (jusqu'à 12 sem.)

La méthode par dilatation et curetage consiste à dilater le col de l'utérus et à gratter l'utérus avec une curette. Le col est dilaté à l'aide de tubes gradués de deux à quatorze millimètres, suivant l'âge de la grossesse. Le médecin utilise la curette, sorte de cuiller de métal au bout d'un long manche fin, pour gratter doucement la paroi intérieure de l'utérus ; ainsi il retire les tissus foetaux. L'opération dure de 10 à 20 minutes. La femme est complètement anesthésiée, et il lui faut de six heures à deux jours de repos pour récupérer, temps pendant lequel elle peut avoir des saignements.

La méthode par dilatation et curetage cause plus fréquemment des traumatismes physiques à l'utérus que l'aspiration.

C : A seize semaines environ, l'avortement peut être pratiqué sous forme d'une mini-césarienne ou d'un accouchement provoqué au moyen d'injections salines. Mais de telles interventions ne sont pratiquées à Genève que dans les cas de risques très graves pour la santé de la mère..

Entre 12 et 16 semaines, il n'y a pas de méthodes d'avortement valables.

Quelle que soit votre panique en apprenant que vous êtes enceinte, ne tentez pas des "avortements-boucherie" (charlatans, faiseurs ou faiseuses d'anges...) ; ils sont en effet dangereux, peu sûrs et douloureux.

Un avortement pratiqué dans de bonnes conditions médicales n'implique presque aucun danger lorsque la grossesse ne date pas de plus de douze semaines.

A Genève, la méthode par aspiration est fréquemment utilisée tant à l'hôpital que par les médecins. Mais la plupart des médecins (et l'hôpital toujours) la font suivre d'un "petit" curetage. Un tel curetage, selon des statistiques américaines, ne semblerait être nécessaire qu'une fois sur mille, lorsque l'aspiration n'a pas suffi à nettoyer entièrement la paroi utérine. Le curetage présente des dangers de perforation de l'utérus plus élevés que la simple aspiration. Il allonge en outre la durée de l'intervention.

De plus, les médecins genevois font une anesthésie générale, alors qu'une simple anesthésie locale est tout à fait possible, surtout lors d'un avortement par aspiration pratiqué pendant les deux premiers mois de la grossesse. Or, mis à part le fait qu'elle permet d'augmenter le prix de l'intervention, une anesthésie générale entraîne des inconvénients post-opératoires.

Les médecins justifient la narcose générale par la souffrance physique et morale que subirait une "patiente" consciente de ce qui lui arrive. Pour ce qui est des douleurs physiques, elles ne sont pas

plus élevées que les crampes que nous pouvons ressentir lors des menstruations. Quant aux douleurs "morales", tant qu'on nous refusera le droit de disposer de notre corps, le droit de choisir d'avoir ou non un enfant, nous ne pourrons ressentir l'avortement que comme douloureux et humiliant. C'est pour cette raison que, si on nous en donnait le choix, beaucoup d'entre nous préféreraient subir une anesthésie totale pour ne rien voir, ne rien savoir.

En effet, aussi longtemps que nous ne posons pas notre exigence d'avoir un contrôle sur ce qu'on nous fait, les médecins profiteront grassement de la situation qui leur est faite

- par la loi sur l'avortement,
- par leur monopole des techniques de soins,
- par le secret médical,
- par notre isolement.

C'est ce dernier point que nous voulons attaquer d'abord en nous regroupant, en parlant de nos expériences, en imaginant ensemble des moyens de contrôler ce qu'on nous fait, et qu'on nous fait payer ; puis, en agissant ensemble, nous remettrons forcément en question les trois premiers points.

Au Centre Femmes, nous avons commencé par établir un fichier des gynécologues, Aidez-nous à le compléter !

P R I X D ' U N A V O R T E M E N T

Consultation chez un gynécologue ou un autre médecin :
25.- à 150.- francs.

Prix de la commission : 40 francs.

Maternité : pour les étrangères

Un dépôt de 1000.- est demandé à l'entrée.

Prix de la journée : 125 francs.

On déduit tous les frais du dépôt et on vous rend le reste à la sortie.

pour les genevoises ou suissesses non assurées

Dépôt de 500 francs.

Prix de la journée : 50 francs.

pour les genevoises ou suissesses assurées

Rien à payer ni à déposer : la maternité envoie directement les factures à la caisse maladie.

L'intervention est comprise dans le prix de la journée.

Pour un avortement, un séjour de 3 ou 4 jours est obligatoire.
Pourquoi ?

Cliniques privées :

Il n'existe aucune réglementation quant au prix de la journée. Le prix de l'intervention et le montant du dépôt sont fixés par le médecin : vous avez donc avantage à vous renseigner à l'avance.

La caisse maladie ne rembourse un avortement en clinique que si vous avez payé des cotisations d'assurance hospitalière très élevées.

Les femmes que nous connaissons et qui se sont fait avorter dans les cliniques privées ou chez les médecins ont payé entre 600 et 1200 francs.

Les bénéfices que les médecins font sur l'avortement sont énormes et scandaleux. On comprend mieux alors pourquoi de si nombreux médecins sont contre l'avortement libre : les prix seraient réglementés et une importante source de profit leur filerait sous le nez.

COMMENT ON NOUS FAIT PEUR

On nous dit que
l'avortement est dangereux.

oui, tant qu'il est pratiqué sur une table de cuisine,
mais dans de bonnes conditions hygiéniques il ne
nous expose pas au quart des risques que nous cou-
rons quand nous devons accoucher.

On nous dit que
l'avortement nous rend stériles

oui, tant que de mauvaises conditions d'hygiène provo-
quent une infection de l'utérus (mais même dans ce
cas l'usage des antibiotiques a sensiblement diminué
ce risque).

On nous dit que
l'avortement crée des perturbations psychologiques
graves

oui, tant que le milieu social essaie de nous convain-
cre que l'avortement est un crime, une affaire sordide

On nous dit
qu'il ne faut surtout pas en parler

Ce silence nous culpabilise et nous isole.
Brisons ce silence et nous verrons que toutes les femmes
sont concernées par ce problème. Nous avons toutes avorté
ou été angoissées parce que nos règles se faisaient at-
tendre!

On nous dit
qu'on n'a pas su prendre nos "responsabilités", qu'on
n'avait qu'à faire attention

mais on ne nous a jamais appris la contraception.

On nous fait sentir
que la sexualité n'est pas un jeu et qu'il faut en
supporter les conséquences

mais nous affirmons le droit au plaisir!

On nous dit
que: nous tuons

mais notre vie réelle est plus importante qu'une "Vie"
abstraite.

Mais ne tuons-nous pas un enfant non désiré que nous
avons mis au monde et que nous rejetons?

mais pourquoi les définitions "scientifiques" sur le dé-
but de la vie sont-elles tout à coup oubliées lorsqu'il
s'agit de faire avorter les femmes en Inde ou à Porto-
Rico?

On nous fait à la rigueur la concession d'un avortement légal

mais c'est au prix d'humiliations nombreuses devant médecins, commission, infirmières etc. qui nous font sentir que même légalisé l'avortement reste moralement illégal.

Malgré tous ces arguments nous avons toujours avorté

Contre les lois

Contre la pression morale
dans des conditions abominables

Les femmes ont toujours couru le risque d'avorter quand elles ne voulaient pas un enfant.

Si malgré tout nous avons avorté, il est vrai que nous vivons mal l'avortement !

Parfois des hommes défenseurs de l'avortement affirment que cette intervention n'est qu'une opération comme une autre, mais actuellement ce n'est que rarement vrai - nous ne le vivons pas de cette façon.

Nous découvrirent que nous sommes des femmes: que nous ne pouvons faire abstraction de notre faculté de reproduction, qu'il n'est pas vrai que nous pouvons faire l'amour sans risque comme les hommes.

Nous sommes touchées dans ce que nous avons de plus intime, dans notre identité de femmes, c'est pourquoi on ne peut pas réduire l'avortement à un problème technique.

Cependant le fait que nous vivons actuellement mal notre avortement n'est pas un argument contre l'avortement.

Au contraire

Nous revendiquons la liberté de l'avortement

Nous revendiquons non seulement sa légalisation,
mais sa reconnaissance réelle

Nous revendiquons la déculpabilisation de l'avortement

Nous revendiquons l'avortement comme droit de toute femme de disposer de son corps :

On nous a occupé notre utérus en nous forçant à reproduire.

On nous l'a nié en faisant de nous - par la contraception - des partenaires pseudo-libérées toujours disponibles

Réapproprions-nous notre utérus!

Apprenons à connaître, sentir notre corps pour pouvoir en disposer de manière autonome.

Nous ne voulons plus être contrôlées par d'autres que nous-mêmes. Contrôlons les médecins et la recherche dans le domaine de la contraception et de l'avortement.

A P R E S C O U P . . .

Notre groupe s'est formé à la suite d'une séance de discussion à propos d'un premier papier sur l'avortement fait par un autre groupe. Il se concevait d'abord davantage comme un groupe qui allait clarifier l'idéologie de la brochure, rendre le papier plus féministe, le mettre dans "la bonne ligne". La partie technique nous semblait acquise, les spécialistes de l'avortement (celles du 1er groupe) avaient fait leur travail, nous allions en être les idéologues.

Il en a été un peu autrement.

- Tout d'abord, sur la politique de natalité en Suisse, il était impossible de tirer des conclusions des quelques renseignements que nous avions. Le temps et les moyens de faire cette recherche nous manquaient, et nous ne voulions tout de même pas coller le schéma français ou allemand sur la Suisse! C'est donc un chapitre important qu'il nous faudra bien creuser un jour.

- Quittant le domaine politique général, nous nous mîmes à parler de nous, comment ressentions-nous la contraception, l'avortement. (Une seule femme du groupe avait avorté quelques années auparavant, mais avait soigneusement oublié tout cela.) Les discussions devinrent passionnantes et passionnées. Comment fonctionnaient ces contraceptifs dans nous ?

Quels rapports avions-nous avec les types ?

Quel rapport avions-nous à notre corps ?

Quelle attitude avions-nous en face des médecins ?

- La contraception nous semblait d'abord sans problèmes. Ça allait de soi, nous étions libérées. Peu à peu les problèmes apparurent, il y avait les effets secondaires que nous n'avions pas voulu admettre, nous nous voulions disponibles, nous prenions tout en charge, ne posant aucune exigence de partage des responsabilités aux types.

- Nous ne connaissions pas le fonctionnement de notre corps ni celui des contraceptifs. Cette insouciance nous arrangeait dans l'immédiat, mais elle nous rendait complètement dépendantes des médecins. (A une femme du groupe qui souffrait d'anurie à cause de la pilule, le médecin avait simplement prescrit un médicament supplémentaire pour pisser! Elle l'a pris consciencieusement pendant trois ans ...) Or si nous voulons exiger du médecin des renseignements non paternalistes, nous devons pratiquement savoir nous-mêmes ce qu'il doit nous répondre. Le savoir est un moyen très important pour prendre notre autonomie. Conséquence : nous avons dû nous

replonger complètement dans les détails techniques. Plus nous avançons, moins nous pouvons simplifier, vulgariser. Pour être clair, il fallait donner beaucoup de détails, ne pas avoir peur d'utiliser des noms scientifiques.

Il nous semble donc indispensable - et la brochure est totallement insuffisante à cet égard - d'expliquer avec schémas et dessins à l'appui le fonctionnement du corps de la femme, ainsi que de la contraception.

- Le cheminement du groupe a été pour nous important. Partant de théories générales, nous n'arrivions pas à les insérer dans la réalité. Nous revenions à notre propre pratique pour élargir et nuancer la théorie en tenant compte aussi des contradictions que nous vivons (jusqu'à un certain point ...). Mais comment transmettre ce cheminement ? Nous avons d'abord eu tendance à ne mettre sur papier que les résultats de nos réflexions. Puis nous avons essayé d'éviter les raccourcis et de donner des explications plus complètes. C'est le cas par exemple des méthodes d'avortement. Quant aux méthodes de contraception, il y a avant tout le résultat de nos discussions: et si ce qui figure finalement dans la brochure ne permet pas à une femme de se décider sur sa contraception, c'est que nous nous-mêmes nous sommes mises à douter des divers contraceptifs que nous utilisons, c'est-à-dire de leurs effets sur la santé et sur notre plaisir. Cela ne veut pas dire que nous préférons l'avortement, mais que nous voulons une meilleure contraception. En attendant, nous sommes bien obligées d'utiliser des pilules, saupoudrer des diaphragmes ou enfiler des capotes.

la suite du travail, nous imaginons des groupes qui traiteraient de manière approfondie des sujets pratiques tels que :

- l'examen gynécologique,
- les maladies vénériennes,
- les pilules et les industries pharmaceutiques en Suisse, etc.

- Quant au texte qui critique la pseudo-libération permise par la contraception, nous sommes toujours d'accord sur le fond. Toutes nos réponses sont des positions discutées en groupe, mais nous nous sommes arrêtées à l'idéologie. Nous n'avons pas réussi à nous dire ce que ça signifiait pour chacune de nous personnellement. C'est pourquoi le texte paraît dogmatique, semble juger toutes les femmes qui n'ont pas atteint pratiquement le modèle théorique dans lequel nous baignons. Si nous ne voyons cela que maintenant, c'est que la sexualité est un tabou et que nous avons fait comme si ce tabou n'existait pas. En ce qui nous concerne, nous avons parlé de la sexualité qui devrait être et non de la nôtre. Par exemple, nous aussi avons intériorisé la course à l'orgasme. Bien que nous la ressentions parfois comme une contrainte qui nous culpabilise au lieu de nous libérer, et que nous la refusons, nous avons des difficultés à vivre ce refus pratiquement.

Contraception

&

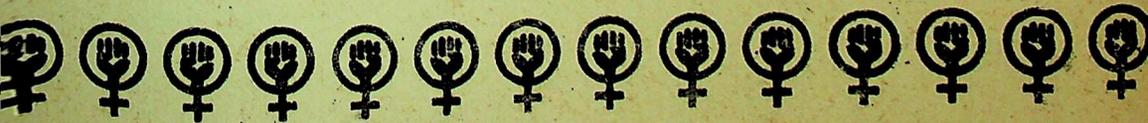
Avortement

un groupe du mlf genève

case 111

1227 carouge

septembre
1973



REUNISSONS - NOUS

PARLONS

ORGANISONS - NOUS

LUTTONS



M L F

29 9 73

affiche pour la réunion nationale
de Berne

L'EXAMEN

GYNECOLOGIQUE

JÉ SUIS UNE FEMME, TU ES UNE FEMME

A tout moment nous sommes confrontées à des problèmes de santé: mal de tête, maux de ventre, pertes blanches, retard des règles. Chaque fois nous sommes affolées par ces signes: est-ce que je suis malade? qu'est-ce que je vais faire?

Nous n'avons que deux choix: ou bien nous laissons aller au risque d'ignorer des symptômes graves, ou bien nous courrons chez le médecin, à la polyclinique.

Nous nous retrouvons sans aucuns moyens de contrôle au bon vouloir et à la bonne "science" du médecin.

Ainsi le cas de ce médecin d'une petite ville de Suisse qui prescrit des pilules seulement pour trois mois car "après les trompes sont bouchées.."

Lutter pour des meilleurs soins médicaux, et plus spécifiquement des meilleurs soins gynécologiques, c'est prendre en main notre propre éducation:

- comprendre comment notre corps fonctionne
- comprendre comment rester bien dans notre peau
- comprendre ce qui attaque notre santé
- comprendre les problèmes que nous pouvons rencontrer
- comprendre les symptômes auxquelles nous devons être attentives.

la plupart de nous obtenons ces informations d'amiet ou par les magazines de femmes, plutôt que par les médecins.

Actuellement nous nous sentons complètement démunies devant le médecin.

Quand il nous examine il ne nous dit pas ce qu'il fait et nous ne le demandons pas.

D'abord nous ne savons pas ce que nous devons demander-et puis nous avons peur de poser des questions.Souvent quand nous reprenons courage le médecin "pressé"(trop pressé pour prendre vraiment bien soin de nous)a déjà terminé sa consultation.

Les médecins ne nous informent pas sur notre corpsne nous montrent pas comment prendre soin de nous-mêmes et ce que nous devons éviter.

ILS NE NOUS EXPLIQUENT PAS L'EFFET DES MEDICAMENTS ET LEURS EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES.

Nous n'avons pas d'indices quand quelque chose va vraiment mal et nous ne savons pas comment le prévenir.Ainsi nous restons dépendantes du médecin tout-puissant,dépendantes de sa "science".

Si on se lave avant d'aller chez le médecin,nous devons faire attention car les secretions à l'intérieur du vagin sont importantes pour détecter des infections.

POIDS ET PRESSIONS SANGUINE

Ils sont fréquemment mesurés par une aide ou l'infirmière avant que le médecin nous examine.Il est important d'avoir les mesures précédentes.Une variations soudaine dans notre poids et notre pressions sanguine peut être l'indications d'un trouble et peut intervenir dans le type de contraception que nous voulons utiliser.

HISTOIRE MEDICALE GENERALE

Quand nous allons pour la première fois dans une polyclinique ou chez un médecin,il doit nous poser des questions sur toute notre histoire médicale.Si on ne peut pas isoler nos problèmes de santé de notre environnement les soins gynécologiques sont en rapport avec toute notre santé:

-si on est fatiguée,cela peut être lié à une anémie,et des règles abondantes font partie du problème.

-des pieds fatigués,des jambes douloureuses Peuvent être des signes avant-courreurs de veines variqueuses et indiquer qu'onne devrait pas prendre la pillule.

-des rhumes fréquents,des douleurs au dos,des irritations de la peau peuvent être reliées à un problème gynécologique.

-des infections vaginales peuvent être les effets secondaires de l'absorbtion de pénicilline pour un mal de gorge.

Le médecin devrait connaître aussi nos maladies passées, surtout les maladies graves même si elles sont complètement soignées. -fièvre rhumatismale, gonorrhée, syphilis, tuberculose, hépatite, peuvent toutes causer des ennuis plus au moins graves reliés au soins gynécologiques. Ils peuvent déterminer le type de contraception ou médicament qui nous seront recommandés.

Il faut mentionner également les maladies graves dans notre famille:
-diabète, maladies cardiaques...

De même si nous sommes allergiques à certains médicaments ou si ce type d'allergie existe dans notre famille.

HISTOIRE GYNECOLOGIQUE

Le médecin doit nous poser des questions détaillées sur notre histoire gynécologique. Voici les questions qu'il doit nous poser; s'il ne les pose pas il faut essayer de les amener dans la discussion. Quand on va chez le médecin pour la deuxième fois, il faut lui rappeler certains de nos problèmes. La plupart des médecins ne lisent pas les notes qu'ils ont prises, encore moins s'en souviennent; si on va dans une polyclinique c'est peut-être un autre médecin qui nous examine.

Si on se lave avant d'aller chez le médecin, nous devons faire attention car les sécrétions à l'intérieur du vagin sont importantes pour détecter des infections.

POIDS ET PRESSIONS SANGUINE

Ils sont fréquemment mesurés par une aide ou l'infirmière avant que le médecin nous examine. Il est important d'avoir les mesures précédentes. Une variations soudaine dans notre poids et notre pressions sanguine peut être l'indication d'un trouble et peut intervenir dans le type de contraception que nous voulons utiliser.

HISTOIRE MEDICALE GENERALE

Quand nous allons pour la première fois dans une polyclinique ou chez un médecin, il doit nous poser des questions sur toute notre histoire médicale. Si on ne peut pas isoler nos problèmes de santé de notre environnement les soins gynécologiques sont en rapport avec toute notre santé:

-si on est fatiguée, cela peut être lié à une anémie, et des règles abondantes font partie du problème.

-des pieds fatigués, des jambes douloureuses peuvent être des signes avant-coureurs de veines variqueuses et indiquer qu'on ne devrait pas prendre la pillule.

-des rhumes fréquents, des douleurs au dos, des irritations de la peau peuvent être reliées à un problème gynécologique.

-des infections vaginales peuvent être les effets secondaires de l'absorption de pénicilline pour un mal de gorge.

Le médecin devrait connaître aussi nos maladies passées, surtout les maladies graves même si elles sont complètement soignées. -fièvre rhumatismale, gonorrhée, syphilis, tuberculose, hépatite, peuvent toutes causer des ennuis plus au moins graves reliés au soins gynécologiques. Il a peut-être déterminé le type de contraception ou médicament qui nous seront recommandés.

Il faut mentionner également les maladies graves dans notre famille:
-diabète, maladies cardiaques...

De même si nous sommes allergiques à certains médicaments ou si ce type d'allergie existe dans notre famille.

HISTOIRE GYNECOLOGIQUE

Le médecin doit nous poser des questions détaillées sur notre histoire gynécologique. Voici les questions qu'il doit nous poser; s'il ne les pose pas il faut essayer de les amener dans la discussion.

Quand on va chez le médecin pour la deuxième fois, il faut lui rappeler certains de nos problèmes. La plupart des médecins ne lisent pas les notes qu'ils ont prises, encore moins s'en souviennent; si on va dans une polyclinique c'est peut-être un autre médecin qui nous examine.

- 1-est-ce que nos règles sont régulières?
- 2-combien de temps dure notre cycle?
- 3-est-ce qu'il a changé?
- 4-est-ce que nos règles sont-elles abondantes ou non?
- 5-est-ce que cela a toujours été le cas?
- 6-est-ce qu'on des crampes? si oui sévères?
- 7-est-ce qu'on a été enceinte?
- 8-est-ce que notre grossesse s'est terminée par: une fausse couche/un avortement/un accouchement?
- 9-si la grossesse s'est terminée par une fausse-couche: à quel mois et est-ce qu'il y a eu des problèmes?
- 10-si la grossesse s'est terminée par un avortement: à quel mois/ avec quelle méthode/ sous quelles conditions, légales, illégales (on a le droit de refuser de répondre à la question sur l'avortement illégal, mais s'il y a eu des complications il est préférable de les expliquer)
- 11-si la grossesse s'est terminée par un accouchement: à quel mois/ quel était le poids de l'enfant/ est-ce qu'il y a eu des complications durant la grossesse ou l'accouchement.

- 12-quel type de contraception on a utilisé,
si on en a utilisé?
- 13-avec quels effets?
- 14-quel type de contraception utilise-t-on
maintenant?
- 15-est-ce qu'on a eu des infections,maladies
surtout gonorrhée ou syphilis,des opérations?

Cette histoire gynécologique peut être prise
par quelqu'un d'autre que le médecin:aide
ou l'infirmière.Mais il ne faut pas croire
que si on a donné ces informations à l'infi-
rmière elles vont nécessairement arriver
dans les mains du médecin,ou qu'il va les
lire avant de nous examiner.
Il nous est souvent plus facile de parler
à l'infirmière car c'est généralement une
femme et elle semble souvent plus disposée
à répondre à nos questions.

ASSURONS-NOUS QUE TOUTES CES QUESTIONS ONT
ETE POSEES.SI CE N'EST PAS LE CAS NOTRE
EXAMEN N'EST PAS COMPLET.

La plupart des polycliniques et des médecins
ne prennent pas une histoire médicale bonne
et complète.

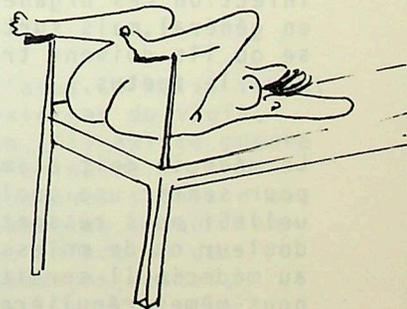
NOUS SAVONS QUE C'EST DUR QUAND NOUS SOMMES
SEULES DANS LE CABINET DU MEDECIN DE CRITIQU-
ER LE TYPE DE SOINS QU L'ON NOUS DONNE.

EXAMEN PHYSIQUE

Cet examen est plus facile si nous avons
uriné auparavant.
Si on nous dit de nous déshabiller,nous
avons le droit de demander quelque chose pour
nous couvrir.On a le droit d'avoir une femme
avec nous dans la salle d'examen.

Le premier examen avec un médecin devrait
être complet,c'est à dire qu'il devrait
nous écouter le coeur,les poumons,nous
examiner les yeux,les oreilles,la gorge.
Si cet examen vient d'être fait par un autre
médecin,surtout si c'est dans la même poly-
clinique,ce n'est pas nécessaire de le répé-
ter;mais si depuis longtemps nous n'avons pas
vu de médecin,il ne faut pas hésiter à
demander au gynécologue ces simples tests.
Cependant nous savons bien que cette
pratique est fort peu courante

A ce moment le médecin
nous demande de nous
coucher sur la table
d'examen et de placer
nos pieds dans les
étriers.



LA PLUPART DE CE QUE NOUS AVONS APPRIS SUR NOS ORGANES SEXUELS EST SECRET, CHUCHOTTE OU PRIVE. La plupart de nous ne nous sommes jamais explorées avec nos doigts. C'est donc vraiment dur de se sentir détendue quand nous sommes exposées et examinées par un étranger, surtout quand c'est un homme. Plutôt que de nous détendre nous nous crispions, et c'est alors plus difficile d'examiner nos muscles vaginaux et l'entrée de notre vagin qui est très étroite, et c'est aussi beaucoup plus pénible pour nous. Il est donc très important d'essayer de se détendre.

EXAMEN EXTERNE

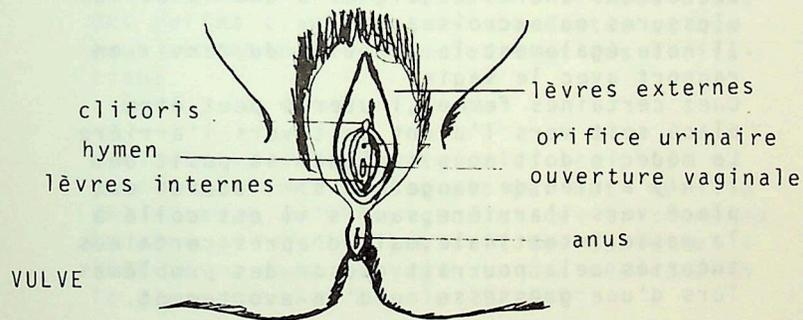
Pendant que nous sommes couchées sur le dos le médecin doit presser sur notre abdomen, pour sentir notre foie, notre vessie et nos reins. S'ils sont plus volumineux, cela peut être le signe d'une grossesse ou d'une infection. Ces organes sont très importants en général, mais surtout lors d'une grossesse où ils doivent travailler pour nous et pour le fœtus.

Le médecin doit examiner nos seins, tant pour sentir une quelconque boule dure inutile. Si nous ressentons une sensation de douleur ou de molesse faisons-le remarquer au médecin. Il serait bien d'examiner nos seins nous-mêmes régulièrement surtout après 30 ans car à ce moment la probabilité d'avoir

un cancer des seins augmente. Demandons au médecin ou à l'infirmière comment le faire. C'est surtout important de faire cet examen quand on va dans une polyclinique où l'on est examinée chaque fois par un médecin différent, ou quand le médecin sort tout frais de l'école de médecine. Nous pouvons détecter nous-mêmes des changements et sentir des petites boules dures bien avant n'importe quel étranger.

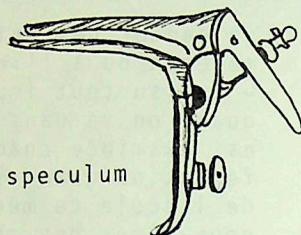
IL NE FAUT PAS OUBLIER QUE PLUS 1/5 DES CANCERS CHEZ LA FEMME ADULTE SONT DES CANCERS DU SEIN ET QU'ILS PEUVENT ETRE SOIGNE S'ILS SONT TRAITES ASSEZ TOT.

Après le médecin examine l'extérieur de notre vagin



Il examine la vulve et l'anus. La vulve inclut les lèvres internes et externes du vagin, l'entrée du vagin, l'hymen, s'il existe encore le clitoris et l'orifice urinaire. Il regarde s'il trouve quelques signes d'une infection, comme une inflammation, un gonflement, des douleurs, ou d'une infection des glandes comme des excroissances (kystes, tumeurs, polypes).

EXAMEN INTERNE



speculum

Après avoir examiné l'extérieure de notre vagin, le médecin place un instrument appelé le SPECULUM à l'intérieur de notre vagin; cela maintient les parois de notre vagin écartées de manière à ce que le médecin puisse examiner les parois de notre vagin et le cervix. Cet examen n'est pas douloureux, mais il peut être pénible si l'on n'est pas détendue. Il regarde la couleur de la muqueuse qui tapisse le vagin, pour voir s'il y a des sécrétions anormales, signes d'une infection ou de lésions ou excroissances. Il note également la position du cervix en rapport avec le vagin. Chez certaines femmes, l'utérus peut être placé soit vers l'avant soit vers l'arrière. Le médecin doit nous indiquer sa position. Il n'y a rien de dangereux si l'utérus est placé vers l'arrière, sauf s'il est collé à la masse intestinale, mais d'après certaines théories cela pourrait causer des problèmes lors d'une grossesse ou d'un avortement.

Le médecin, à ce moment doit effectuer certains tests:

I. TEST DE PRELEVEMENT POUR LE CANCER:

Avec une spatule en bois, une baguette de métal aplatie ou un tube en verre, il prélève quelques cellules de notre cervix; ce n'est absolument pas douloureux. Il envoie ces échantillons dans un laboratoire pour voir

s'il y a des signes d'un cancer se développant. Ce test doit être fait en tout cas une fois par année chez les femmes de plus de trente ans, et moins fréquemment chez les femmes entre 20 et 30 ans (bien que les théories sur la fréquence de ce test en fonction de l'âge change presque chaque année). Si nous prenons la pillule certains médecins font ce test tout les 6 mois.

II. TEST DE PRELEVEMENT POUR LES INFECTIONS

Le médecin prélève un peu de sécrétions du vagin et l'examine au microscope. Si nous avons une infection il peut voire les microbes et savoir quel traitement prescrire. Ce test est surtout important si nous avons des pertes blanches très abondantes et que nous ressentons des douleurs et des irritations.

Les deux infections vaginales les plus courantes sont provoquées par des monilia (moisissure ou champignon) et des trichomonas. En général il nous prescrit des tablettes à introduire dans le vagin: un des médicaments le plus courant est le "FLAGYL".

III. TEST POUR LES MALADIES VENERIENNES:

Le médecin doit prélever les sécrétions du cervix pour détecter une gonorrhée. Peu de médecins font ce test dans l'examen de routine mais seulement si nous précisons que nous avons eu des rapports avec un homme ou une femme, qui aurait pu être malade.

IL ne faut pas se gêner d'exiger le test pour la gonorrhée. Cette maladie est très

courante. C'EST MAINTENANT LA PLUS IMPORTANTE DES INFECTIONS GRAVES. Pour nous femmes, cela peut être très grave causant parfois la stérilité.

Une femme peut être infectieuse pendant des mois sans le savoir, tandis qu'un homme le sait plus vite la plupart du temps car il a des sécrétions, et ressent des douleurs graves lorsqu'il urine

Une femme peut être infectieuse pendant des mois sans le savoir, tandis qu'un homme le sait plus vite car il a des sécrétions et ressent des douleurs graves lorsqu'il urine 3 semaines après la contagion. Une femme n'a souvent pas de symptômes.

Si le médecin fait ce test pour la gonorrhée nous devons lui demander s'il fait un simple test Gram-négatif (changement dans la coloration d'une substance indiquant la présence de certains microbes) ou s'il fait une "culture" (développement de souches microbiennes sur un milieu nutritif adéquat). La culture est un meilleur test car il est plus précis surtout si les prélèvements proviennent de différents endroits comme le cervix, l'urètre, l'anus.

Pour la syphilis on doit faire un test sanguin. C'est un test assez précis s'il est fait 4 à 6 semaines après la contagion.

IV. TEST DE LA COLPOSCOPIE:

La colposcopie est une méthode qui consiste à regarder le col de l'utérus avec l'agrandissement d'une loupe (le colposcope). On peut voir ainsi si la surface du cervix est normale.

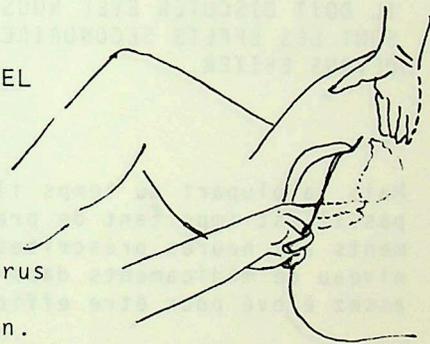
Il fait en même temps un "prélèvement à l'iode". Avec un bouchon de ouate trempé dans une solution d'iode, le médecin frotte la surface

du col. La muqueuse normale devrait prendre une coloration brune.

Après ces tests, le médecin se met des gants en caoutchouc et avec 2 doigts il tâte à l'intérieur du vagin pour sentir s'il y a des boules dures (kystes) ou des tumeurs.

EXAMEN BI-MANUEL

Le médecin place 2 doigts contre le cervix et avec son autre main presse le sommet de l'utérus à travers la paroi du bas de l'abdomen. Il peut ainsi sentir la grosseur de l'utérus, s'il est mou, s'il peut se mouvoir librement et s'il y a une quelconque boule dure ou ne douleur. A la fin le médecin presse les parois de l'abdomen sur les côtés pour sentir les ovaires et les oviductes (Trompes de Fallope): s'il y a des kystes ou des inflammations, il pourrait le sentir. Nous pouvons ressentir un léger chatouillement quand le médecin nous presse les ovaires. Ceci est normal, mais si on ressent une douleur plus sérieuse c'est généralement le signe d'une infection.



A ce moment l'examen physique est terminé et nous pouvons nous rhabiller.

Si nous avons besoin de soins le médecin nous prescrit les médicaments à prendre. Il doit nous dire exactement ce qu'il nous donne.

IL DOIT DISCUTER AVEC NOUS, NOUS DIRE QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES ET CE QUE NOUS DEVONS EVITER.

Mais la plupart du temps il ne s'en occupe pas. Il est important de prendre les médicaments aux heures prescrites afin que le niveau de médicaments dans notre corps soit assez élevé pour être efficace.

Posons des questions même si elles semblent inimportantes. Il vaudrait mieux poser des questions tout le long de l'examen.

A la fin de l'examen la plupart de nous pensons que nous n'avons plus le droit de "gacher" le temps précieux du médecin si "occupé" et se sent bête avec nos questions. Nous repartons donc sans rien demander. Il faut dire que la profession médicale et toutes les institutions hospitalières sont organisées d sorte qu'il est vraiment difficile surtout pour une femme de se sentir à l'aise en posant des questions.

du col. La muqueuse normale devrait prendre une coloration brune.

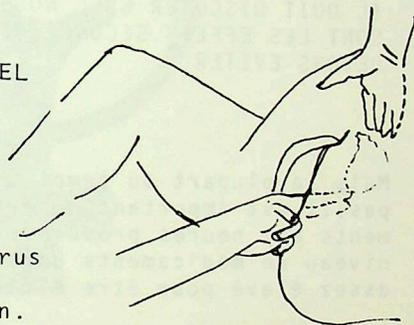
Après ces tests, le médecin se met des gants en caoutchouc et avec 2 doigts il tate à l'intérieur du vagin pour sentir s'il y a des boules dures (kystes) ou des tumeurs.

EXAMEN BI-MANUEL

Le médecin place 2 doigts contre le cervix et avec son autre main presse le sommet de l'utérus à travers la paroi du bas de l'abdomen.

Il peut ainsi sentir la grosseur de l'utérus, s'il est mou, s'il peut se mouvoir librement et s'il y a une quelconque boule dure ou ne douleur.

A la fin le médecin presse les parois de l'abdomen sur les côtés pour sentir les ovaires et les oviductes (Trompes de Fallope): s'il y a des kystes ou des inflammations, il pourrait le sentir. Nous pouvons ressentir un léger chatouillement quand le médecin nous presse les ovaires. Ceci est normal, mais si on ressent une douleur plus sérieuse c'est généralement le signe d'une infection.



A ce moment l'examen physique est terminé et nous pouvons nous rhabiller.

Si nous avons besoin de soins le médecin nous prescrit les médicaments à prendre. Il doit nous dire exactement ce qu'il nous donne.

IL DOIT DISCUTER AVEC NOUS, NOUS DIRE QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES ET CE QUE NOUS DEVONS EVITER.

Mais la plupart du temps il ne s'en occupe pas. Il est important de prendre les médicaments aux heures prescrites afin que le niveau de médicaments dans notre corps soit assez élevé pour être efficace.

Posons des questions même si elles semblent inimportantes. Il vaudrait mieux poser des questions tout le long de l'examen.

A la fin de l'examen la plupart de nous pensons que nous n'avons plus le droit de "gacher" le temps précieux du médecin si "occupé" et se sent bête avec nos questions. Nous repartons donc sans rien demander. Il faut dire que la profession médicale et toutes les institutions hospitalières sont organisées d sorte qu'il est vraiment difficile surtout pour une femme de se sentir à l'aise en posant des questions.



M L F DE GENEVE

CASE POSTALE 111

1227 CAROUGE

Contraception



des femmes
du MLF



Avortement

Pourquoi une nouvelle brochure ?

L'ancienne brochure "Contraception et avortement", datant de septembre 1973, a été écrite à un moment où notre action par rapport à l'avortement était encore très limitée. Nous ne connaissions que peu de femmes qui avaient avorté. Les luttes sur l'avortement, nous ne faisons que les imaginer. Aujourd'hui, février 1975, à travers le soutien pratique — d'abord individuel, ensuite collectif — à des femmes qui venaient avorter à Genève et à travers nos luttes où nous nous sommes affrontés aux médecins, aux experts, à l'hôpital, nous avons acquis une vision plus concrète et nous sommes en possession de données plus précises.

Au cours de la réflexion sur notre contraception et au cours de nos recherches, nous avons commencé à devenir plus critiques. Nous souhaitions alors pouvoir cerner mieux les effets des contraceptifs sur notre santé et faire part de nos résultats à d'autres femmes. Mais nous ne savions encore que peu de choses. Aujourd'hui, des femmes de Berlin (du groupe Brot und Rosen, Maulwurf, Buchversand — Berlin 62, Crellestrasse 22) mettent à notre disposition les résultats de deux ans de travail. Nous les avons largement utilisés dans la partie "contraception". Cette partie est très détaillée et peut paraître trop technique ou trop historique. Mais toutes ces données nous semblent indispensables à trois égards :

- pour nous permettre de choisir le contraceptif le moins nocif et présentant le moins d'inconvénients
- pour comprendre que les recherches scientifiques n'ont pas été faites dans l'intérêt des femmes et pour pouvoir exiger une contraception qui nous convienne
- pour être moins à la merci des médecins en sachant mieux ce que nous voulons. Dans ce but, nous avons ajouté un chapitre qui explique comment fonctionne notre corps et en quoi doit consister un examen gynécologique.

Les discussions sur la sexualité n'étaient qu'à leur début dans le groupe qui a écrit la première brochure. Comme nous avions de la peine à parler de nous-mêmes, les discussions étaient surtout idéologiques et abstraites. Nous en avons critiqué le caractère normatif qui faisait croire que nous étions en dehors des contradictions que vivent les femmes.

ABORTREIBUNG



Nos luttes sur l'avortement

Nous avons débuté en 1971 par un "soutien critique" à l'initiative pour la décriminalisation de l'avortement en recueillant des signatures sur la place publique. Ceci n'allait pas sans problèmes : la police est intervenue arrachant les panneaux, déchirant des listes de signatures. En même temps nous avons distribué un tract qui appelait à une assemblée : le nombre de personnes (une centaine!) dépassait de loin nos attentes. Nous n'étions pas prêtes, nous n'avions rien à leur proposer à part les revendications globales ("c'est aux femmes de décider") contenues dans notre première brochure Avortement "Notre ventre - leur loi".

Des femmes qui voulaient avorter se sont adressées à nous : comment s'y prendre ? A quels médecins s'adresser ? Ces questions nous débassaient. L'idée nous est venue alors de constituer un fichier sur les gynécologues en soumettant un questionnaire aux femmes du mouvement, puis à d'autres femmes. Ce fichier nous a été utile pour nous orienter dans la jungle médicale. Nous continuons toujours à le compléter. Dès lors nous avons pu donner les adresses des médecins les moins hostiles aux femmes, indiquer la démarche précise pour obtenir l'autorisation d'avorter, discuter avec les femmes de leur avortement, de leur sexualité, de leur contraception, de leurs conditions de vie.

En octobre 1973, des femmes des "self-help-clinics" de Los-Angeles sont venues à Genève. Elles nous ont parlé de l'auto-examen gynécologique dans des groupes de femmes (elles examinent elles-mêmes leur vagin et leur col de l'utérus), des extractions de règles et des avortements par aspiration en utilisant un matériel en plastique. Nous concevons leur pratique comme une arme dans la lutte des femmes contre la médecine. Depuis, des groupes "self-help" se sont constitués à Genève, mais ils ne sont pas encore à même de faire part de leurs expériences.

Peu après, une femme s'est fait refuser l'avortement à Genève et à Lausanne. Nous nous sommes adressées au MLAC (Mouvement pour la libération de l'avortement et de la contraception) d'Annecy, qui pratiquait alors des avortements clandestins.

C'étaient en général des personnes sans formation médicale; chaque semaine plusieurs femmes se présentaient à la permanence d'Anancy. Le MLAC les mettait en relation les unes avec les autres, puis toutes allaient chez l'une des femmes où tous les avortements étaient faits. Là, pour la première fois, nous avons vu des avortements. Du coup l'avortement était démystifié. Il était fait par aspiration, sans anesthésie, avec un matériel très simple en plastique et son coût revenait à moins de 100 francs français! Avant, après, pendant l'intervention, les femmes parlaient entre elles et avec l'équipe du MLAC. L'atmosphère était tout sauf dramatique, et les douleurs étaient vécues d'une manière différente dans ce cadre collectif.

Allions-nous suivre la voie du MLAC? Non, vu les conditions différentes de Genève, nous avons décidé d'exploiter d'abord toutes les possibilités de l'avortement légal.

Nous nous sommes mises à lutter pour que les avortements soient faits dans et à d'autres conditions.

En accompagnant les femmes chez les médecins, nous insistions sur nos exigences :

les prix sont descendus

certains médecins sont maintenant d'accord
de pratiquer l'anesthésie locale ce qui devient
moins cher.

Nous essayons de regrouper les femmes qui s'adressent à nous (actuellement elles sont entre 5 et 8 par semaine). Chaque semaine, lors d'un repas collectif, nous confrontons nos expériences. Nous ne faisons pas ce soutien dans l'optique d'un replâtrage, d'une assistance sociale, mais nous voulons qu'il soit un point de départ de luttes concrètes sur les conditions dans lesquelles les femmes avortent. Un exemple en est notre "action" à la Maternité en octobre 1974.

L'ACTION A LA MATERNITE

Une femme enceinte de 8 semaines entre à la Maternité pour avorter. Nous l'avions informée sur les diverses méthodes d'avortement et elle avait décidé, de son plein gré, de demander une interruption de grossesse sous anesthésie locale selon la méthode d'avortement par aspiration. De plus, cette femme désirait que tout se passe en un jour. Or actuellement, on retient les femmes plusieurs jours à la Maternité, alors que l'intervention ne dure qu'une demi-heure et peut se faire ambulatoirement chez des médecins privés.

Pour soutenir la demande de cette femme nous avons manifesté en force devant le colloque de gynécologues qui devait décider à la place

de la femme concernée. Nous avons distribué une lettre ouverte aux médecins et au personnel de la Maternité, précisant que :

“Nous soutenons la demande d’anesthésie locale

- parce que nous, les femmes, sommes les premières intéressées. Nous voulons pouvoir choisir d’assister ou non à notre avortement, de le vivre consciemment.
- parce que, si des femmes choisissent de vivre leur avortement, c’est qu’elles savent que si elles sont conscientes, le médecin sera obligé de tenir compte d’elles et de leurs réactions: elles refusent ainsi d’être un objet dans les mains des médecins.
- parce que l’anesthésie locale entraîne moins de troubles pour l’organisme qu’une anesthésie générale, même légère.

Nous soutenons sa demande de sortir de la Maternité le jour de l’intervention

- parce que pour les femmes qui se font avorter à la Maternité, 3 jours d’hospitalisation signifient 3 jours de perte de gain et/ou 3 jours où elles doivent trouver des solutions pour que l’on s’occupe de leurs enfants, parce que 3 jours signifient que leur entourage et leur patron seront au courant.
- parce que nous voulons que la Maternité qui pratique déjà des prix relativement bas, devienne réellement un service social et ceci en fournissant des soins aussi rapides que les médecins privés.”

Trois principales critiques ont été faites à la suite de cette action :

- notre action a été utilisée par le patron de la Maternité (de Watteville) pour sa propre publicité et celle de l’hôpital. Le débat qui l’a suivi dans la presse, notre principal moyen d’information, s’est retourné contre nous.
- la femme a quitté la Maternité le jour même, mais les médecins ont exercé une pression morale sur elle en lui extorquant la signature pour une “décharge” qui devait l’empêcher de se retourner contre l’hôpital en cas de complications éventuelles. Elle n’a pas pu échapper à la coutume qui veut qu’aucune personne ne quitte l’hôpital sans le consentement express des médecins.
- notre action pouvait faire croire faussement que nous voulions généraliser la revendication de pouvoir quitter l’hôpital le jour même. En effet, pour bien des femmes, trois jours à l’hôpital veulent dire trois jours de repos loin du travail et loin de la famille...

Suite à notre action et pour la première fois, la presse a diffusé des informations longues et précises sur la pratique de l’avortement à

la Maternité. Le "patron" lui-même a déclaré qu'un avortement sous anesthésie locale pouvait se faire sur demande. En fait, cette affirmation s'est avérée fautive par la suite.

Au début février 1975, une femme enceinte de huit semaines a demandé un avortement par anesthésie locale. Or, cette fois-ci les médecins n'ont ni accepté, ni refusé la demande. Par contre ils ont utilisé tous les moyens de pression, menaces, mensonges (quant à l'âge de la grossesse, par exemple) pour faire peur à la femme. Ils y ont réussi : la femme, qui était pourtant informée et décidée, a fini par consentir à avorter sous anesthésie générale.

Pour l'instant, s'il y a des acquis, ils sont de notre côté : l'institution, elle, n'a pas beaucoup bougé. Il semble bien que nous devrions intervenir chaque fois qu'une femme demande de choisir elle-même les conditions de son avortement!

POURQUOI NOUS LUTTONS



On a employé nos maternités pour nous assigner des tâches spécifiques, présentées comme étant propres à la "nature féminine" et on nous a ainsi isolées chacune dans une cellule familiale.

Par ce moyen, on a fait de nous

- des fournisseuses de travail ménager gratuit. Ainsi, la société n'a pas de frais d'équipements sociaux pour reproduire la force de travail, c'est—à—dire pour assurer la descendance et l'entretien des enfants et du mari: les femmes sont à la fois cuisinières, infirmières, couturières, blanchisseuses, repasseuses, nurses et éducatrices sans être payées ni par le mari, ni par le patron du mari, ni par l'Etat,
- une main d'oeuvre d'appoint (la crise se précise et les femmes sont les premières licenciées ou mises au chômage partiel)
- les gardiennes de l'ordre établi : de réprimées, les femmes deviennent répressives envers leurs enfants qu'elles doivent intégrer à la société en leur inculquant le respect de la hiérarchie, de l'ordre, du travail, de la discipline.

VOULOIR LA LIBERTE DE L'AVORTEMENT

- c'est briser ces rôles et ces fonctions qu'on nous impose
- c'est refuser la maternité forcée; c'est choisir d'avoir ou non des enfants, c'est aussi nous permettre de déterminer les conditions de notre maternité et les conditions dans lesquelles nous élevons nos enfants
- c'est concevoir une sexualité qui n'est pas tournée vers la production d'enfants
- c'est aussi lutter contre les médecins, les experts, contre tous ceux qui — dans une société capitaliste et patriarcale — décident à notre place
- c'est lutter pour le contrôle sur notre corps et notre vie



L'avortement - un crime ?

- Les théologiens du Moyen âge affirmaient que la vie apparaissait au 40ème jour pour un foetus mâle, au 80ème jour pour un foetus féminin.
- Au XXème siècle "Oui à la vie" de même que l'Eglise catholique et autres amis du foetus déclarent qu'il y a Vie dès la fécondation. Empêcher cette fécondation serait donc déjà criminel.
- Le Corps médical déclare qu'il n'y a pas encore ou plus de Vie lorsque l'encéphalogramme est plat. Celui du foetus est plat jusqu'au 6ème mois.
- Certains gouvernements poussent les femmes du Tiers-monde à se faire avorter ou stériliser en leur donnant des cadeaux.

La vie n'a donc pas le même poids partout. Toutes ces définitions sont des conventions qui évoluent suivant les époques, les besoins historiques, les intérêts économiques et politiques.

En suisse, le Code Penal (1942) INTERDIT l'avortement, sauf s'il est pratiqué "envue d'écarter un danger impossible à détourner autrement et menaçant la vie de la mère ou menaçant sérieusement sa santé d'une atteinte grave et permanente" (art. 120). Des peines sévères punissent les contrevenants à cette loi, et la femme est considérée comme une CRIMINELLE.

Malgré cela, chaque année, plus de 20.000 femmes jouent la grande comédie de l'avortement légal et 50.000 femmes sont obligées de courir le risque de l'avortement clandestin.

ON NOUS FORCE A L'AVORTEMENT

ON NOUS FORCE A LA MATERNITE

Les raisons d'un avortement sont rarement médicales. Nous avortons parce que

- nous n'avons pas été informées sur les moyens contraceptifs et nous ne voyons pas comment nous en procurer

- nous avons eu un pépin avec les moyens contraceptifs
- nous y sommes contraintes par l'entourage (famille, école, travail) parce qu'une fille-mère c'est impensable et honteux
- nous avons déjà plusieurs enfants et nous ne désirons pas en avoir d'autres. Et de plus, nous en avons assez d'être seules devant les biberons, les bouillies, les langes sales et les maux de dents
- la répression que nous sommes amenées à exercer sur nos enfants (vu l'appartement étroit et bruyant, la famille coincée, et l'absence de perspectives d'une autre manière de vivre avec les enfants) nous ôtent l'envie d'en faire
- nous refusons d'être condamnées à l'exclusion sociale (la femme isolée dans son foyer) qui va le plus souvent de pair avec le fait d'avoir des enfants. Or, les équipements sociaux sont en quantité en qualité insuffisante et les horaires scolaires sont quasi incompatibles avec les horaires de travail
- nous n'avons pas ou peu d'argent, pas assez pour élever des enfants. Si nous restons à la maison, notre travail ménager n'est pas payé. Si nous travaillons hors de la maison, nous sommes mal payées et, de surcroît, nous ne pouvons pas nous occuper des enfants
- nous risquons de perdre notre emploi. Nombreux sont les patrons qui licencient les femmes enceintes afin de ne pas être obligés de payer le congé de maternité. La loi nous protège seulement contre un licenciement éventuel les 8 semaines qui précèdent ou suivent l'accouchement
- on nous pousse à l'avortement parce que nous avons fait un séjour dans une clinique psychiatrique : nous ne sommes pas assez "équilibrées"

Et n'oublions pas toutes celles qui, désirant un enfant, ont souffert d'une fausse couche provoquée par les conditions épuisantes de leur travail debout, à la chaîne...

Comment avorter à Genève

Si nous soupçonnons une grossesse et qu'apparaît un retard de règles, nous pouvons demander dans une pharmacie un emballage de **D u o g y n o n** : ce sont deux pilules d'hormones à prendre deux jours de suite et qui provoquent une hémorragie dans les dix jours si nous ne sommes pas enceintes (prix : environ 6 francs; le diagnostic est sûr à environ 70o/o). Depuis 15 ans que ce produit est sur le marché, son effet sur l'organisme n'a pas été contrôlé; il est très possible que le Duogynon soit néfaste pour le fœtus. Les femmes qui désirent un enfant devraient donc utiliser un autre test de grossesse.

Dès le 12ème jour après la date à laquelle les règles auraient dû arriver normalement, nous pouvons faire un test de grossesse en apportant nos urines dans une pharmacie qui fait les analyses médicales ou dans un laboratoire d'analyses. Nous pouvons faire cette analyse nous-mêmes en achetant en pharmacie le test qui contient un mode d'emploi illustré. Le diagnostic est certain à 90 o/o. L'analyse coûte environ 20 à 25 francs. Des tests sont disponibles au MLF au prix de revient.

POUR OBTENIR L'AUTORISATION D'AVORTER

Pour une Suissesse ou une étrangère domiciliée depuis plus de 3 mois en Suisse

Pour une étrangère domiciliée depuis moins de 3 mois en Suisse

Nous devons aller chez le gynécologue pour obtenir un CERTIFICAT de grossesse constatant qu'elle n'est pas de plus de 12 semaines.

idem

Le CERTIFICAT DE GROSSESSE doit obligatoirement être établi

à Genève même si la constatation a déjà été faite à l'étranger.

Ensuite il nous faut obtenir un "avis conforme" : c'est l'autorisation qui rendra notre avortement légal. Si nous avons moins de 16 ans, nous devons avoir le consentement écrit de notre représentant légal.

Le gynécologue est tenu par la loi de nous donner l'adresse d'un médecin autorisé, d'un expert nommé par le Conseil d'Etat. Seul le médecin autorisé peut délivrer un avis conforme. Il faut connaître les experts peu nombreux qui disent oui.

Nous devons passer à la commission de "préexpertise". Elle est formée de 2 des médecins autorisés, d'une sage-femme et d'une assistante sociale

Cette commission reçoit le mardi et le vendredi de 14 h à 18 h à la policlinique, 32 bd de la Cluse, téléphone : 29 21 22

Il y a avantage à discuter d'abord avec l'assistante sociale, ce qui est possible en se présentant le mardi ou le vendredi matin déjà à la policlinique. Il est cependant préférable de prendre rendez-vous pour le lundi après-midi ou le jeudi matin.

Il faut apporter

- le certificat de grossesse
- des papiers d'identité (livret de famille, carte d'identité ou passeport)
- tout autre document justifiant la demande d'avorter

La commission donne sa réponse après quelques minutes d'attente.

Actuellement la plupart des demandes sont acceptées.

Si l'avis conforme est refusé, il est possible de recommencer les démarches à zéro, à moins que le premier gynécologue consente à nous envoyer chez un deuxième expert.

Aucun recours n'est possible contre la décision, mais il est possible de recommencer toutes les démarches en allant à Lausanne!

Il reste une dernière possibilité : partir en Hollande ou, si la grossesse est trop avancée, en Angleterre. Pour cela il faut prendre contact avec le MLF ou avec le Planning Familial.

Nous retournons chez le gynécologue qui nous fixe le rendez-vous pour notre avortement en clinique privée ou qui nous donne le "bon" d'entrée à la Maternité. Peu de médecins consentent encore à baisser les frais en faisant l'intervention dans leur cabinet (avec anesthésie locale). idem

QUEL EST LE PRIX D'UN AVORTEMENT A GENEVE ?

La consultation chez un gynécologue ou un autre médecin coûte de 25 à 150 (!) francs et le prix de la commission de préexpertise est de 40 francs.

L'intervention à la Maternité coûte :

- pour les ETRANGERES : 125 francs par jour, avec un dépôt de 1000 francs.
- pour les SUISSESSES NON ASSUREES ou pas assurées à Genève: 50 francs par jour avec un dépôt de 500 francs
- pour les SUISSESSES ASSUREES A GENEVE : il n'y a rien à payer ni à déposer : la Maternité envoie directement les factures à la caisse-maladie.

L'intervention est comprise dans le prix de la journée.

En clinique privée il n'y a aucune réglementation quant au prix de la journée, de l'intervention et au montant du dépôt. Le prix d'un avortement en clinique privée va de 600 à environ 2000 francs. Les assurances remboursent selon les tarifs conventionnels (si nous avons payé les cotisations d'assurance hospitalière et à condition que l'avortement ne soit pas mentionné sur la facture et que cette dernière ne soit pas trop élevée, c. à d. ne laissant pas présumer que l'intervention a été un avortement. Les prix sont en général plus élevés pour des étrangères!

Les méthodes d'avortement

QU'EST-CE QUE LA METHODE D'ASPIRATION ?

La méthode d'aspiration avec du matériel en plastique qu'on appelle à tort méthode Karmann, a été inventée en fait par des femmes de Los-Angeles. Karmann, qui n'est d'ailleurs pas médecin, pratique lui, à la solde du gouvernement des USA, des essais de stérilisation sur les femmes de plusieurs pays du Tiers Monde ainsi que sur des femmes pauvres de Philadelphie. C'est pourquoi nous ne voulons plus appeler cette méthode du nom de "Karmann".

Cette méthode consiste à aspirer le contenu de la cavité utérine, après y avoir introduit une canule (tuyau) dont la grosseur varie selon l'âge de la grossesse. Il est possible, avant même d'avoir un test de grossesse positif, de faire une aspiration qui dans ce cas-ci s'appelle une EXTRACTION DE REGLES. Une canule (tuyau) est placée dans la cavité utérine. Pour cela aucune dilatation du col de l'utérus n'est nécessaire; ce n'est donc pas douloureux.

A environ 15 jours de retard de règles le test de grossesse est sûr. Dès cette date, l'aspiration nécessite une dilatation du col de l'utérus équivalente en millimètres, à l'âge de grossesse. Cette dilatation se fait en introduisant des tubes (bougies) dans le col de l'utérus, chaque tube étant un peu plus large que le précédent.

L'aspiration est créée par une pompe manuelle, une seringue spéciale qui empêche l'air de remonter dans l'utérus ou (à l'hôpital) par une pompe électrique. On vide complètement la cavité utérine qui après se contracte, arrêtant ainsi le saignement et provoquant une douleur qui ressemble à celle des règles

FAUT-IL DEMANDER UNE ANESTHESIE LOCALE OU GENERALE ?

Avant 8 semaines de grossesse une dilatation du col de l'utérus peut être faite SANS ANESTHESIE et être supportable surtout pour les femmes ayant déjà eu un ou plusieurs enfants. On peut également faire une ANESTHESIE LOCALE du col de l'utérus en injectant un liquide.

Cette anesthésie présente plusieurs avantages :

- elle supprime la douleur de la dilatation mais n'endort pas la femme qui peut assister à son propre avortement
- elle oblige les médecins de tenir compte de nos réactions et ils ne peuvent donc plus nous considérer comme des objets
- elle comporte moins de risque pour l'organisme que l'anesthésie générale
- elle permet une pratique ambulatoire (la femme repart après son avortement) ou un seul jour d'hospitalisation (au lieu de 3 jours actuellement)

Mais évidemment, réduire la durée d'hospitalisation c'est aussi courir le risque de nous faire avorter à la chaîne ("la suivante, s.v.p. ") et de nous obliger à retourner une heure après l'avortement à nos charges habituelles. Or, il est clair dans ce contexte que 3 jours de repos sont meilleurs pour notre santé (diminution des risques de complications tels qu'infections, hémorragies, etc.) et plus agréables également.

Après 8 à 9 semaines de grossesse la dilatation du col de l'utérus n'est plus possible avec anesthésie locale car elle serait trop douloureuse. L'ANESTHESIE GENERALE se justifie alors. Elle se fait par une piqûre dans la veine en milieu hospitalier, et elle nécessite de 6 à 40 heures de repos pour bien récupérer.

LE CURETAGE, ANCIENNE METHODE ENCORE SOUVENT PRATIQUEE EN SUISSE

Cette méthode consiste à gratter doucement la cavité utérine au moyen d'une curette, sorte de longue cuiller en métal qui ramasse les tissus foetaux. Elle nécessite une dilatation plus importante du col de l'utérus et ceci quel que soit le stade de la grossesse, à cause de la dimension des curettes. Le curetage est pratiqué sous anesthésie générale.

ASPIRATION ET CURETAGE, LA METHODE DE LA MATERNITE DE GENEVE

Cette méthode combine les deux. La dilatation est faite avec des tubes en métal, le tout suivi d'un curetage vérificateur qui donne rarement un résultat, mais rassure le praticien. Elle justifie une anesthésie générale, 3 jours d'hospitalisation et un coût plus élevé. Les tubes en plastique permettraient de gratter la paroi de l'utérus pendant l'aspiration même, ce qui éviterait le curetage, proprement dit et nécessiterait une dilatation moindre.

PROVOCATION D'UN PETIT ACCOUCHEMENT

A partir de 14 semaines de grossesse, l'avortement par aspiration ou le curetage n'est théoriquement plus possible. Il faut provoquer un petit accouchement. Il existe deux méthodes :

- on place une aiguille à travers la paroi abdominale jusque dans l'utérus et on remplace le liquide dans lequel baigne le fœtus par de l'eau salée. Ce liquide tue le fœtus et provoque des contractions qui, comme au cours d'un accouchement, permettent d'expulser le fœtus.
- on enfile un petit tuyau par le col de l'utérus jusque dans la cavité utérine et on injecte une hormone régulièrement toutes les 2 heures. Cette hormone provoque également des contractions et un accouchement.

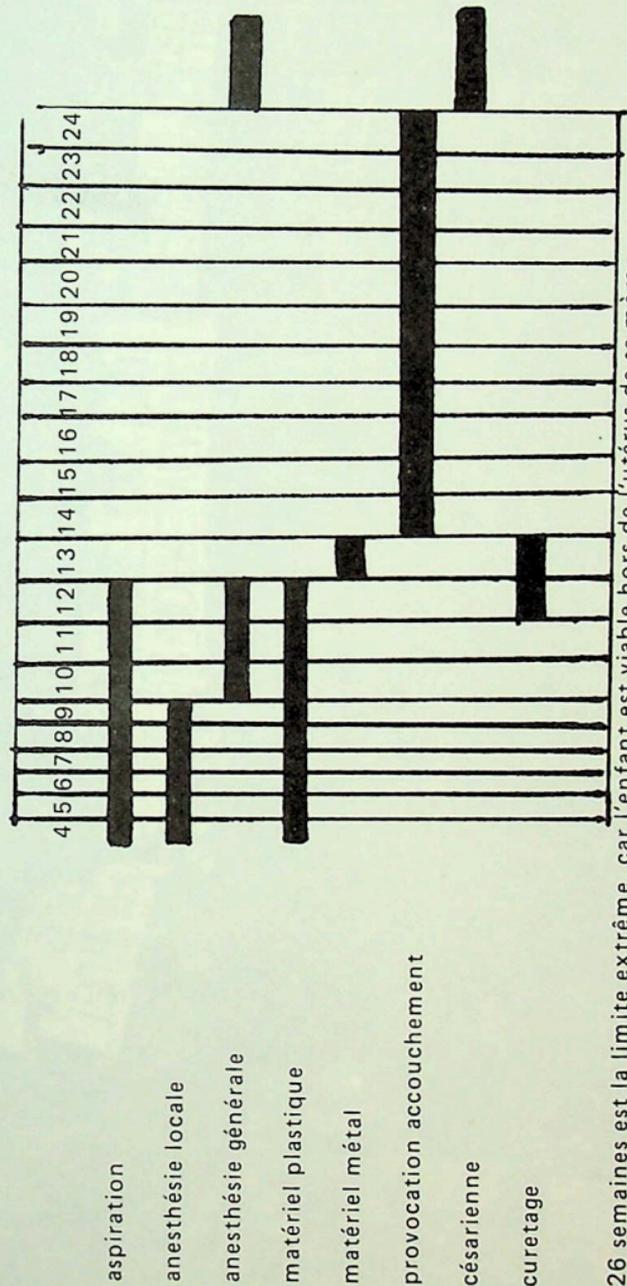
Ces contractions pour expulser le fœtus sont violentes et douloureuses.

LA CESARIENNE, LA METHODE ULTIME

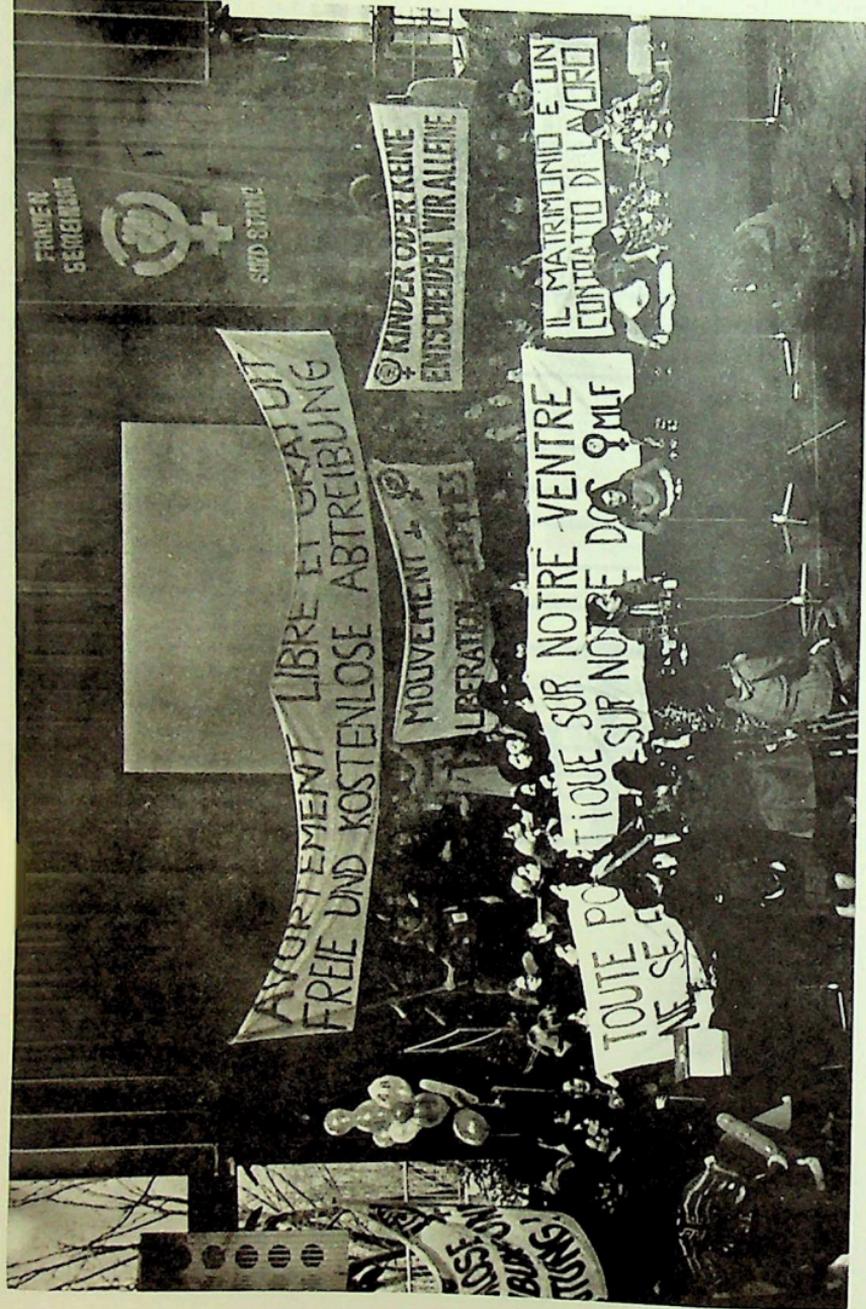
A partir de 24 semaines, seule une césarienne est possible pour interrompre la grossesse. C'est une opération majeure qui permet toujours d'avoir des enfants par la suite, mais le plus souvent par césarienne également, l'utérus ayant une cicatrice due à l'opération.



LES METHODES UTILISEES SELON L'AGE DE LA GROSSESSE



26 semaines est la limite extrême, car l'enfant est viable hors de l'utérus de sa mère.



Les projets du Conseil fédéral sur l'avortement

A la suite de deux initiatives, visant à supprimer les articles de lois punissant l'avortement, une commission fédérale a proposé trois contre-projets. Cette commission est composée de conseillers d'Etat, de professeurs, médecins, théologiens et surtout de docteurs en droit tantôt colonel brigadier, tantôt juge cantonal ou fédéral, tantôt encore procureur général. Il ne manque que les femmes : celles qui veulent avorter, celles qui ont avorté et à qui on refuse le droit de décider.

1) Solution des indications sans les indications sociales

Elle autorise l'interruption de grossesse :

- il y a un motif médical ou eugénique (lésion psychique et physique de l'enfant). Il faut dans ce cas un "avis conforme" délivré par un médecin spécialiste désigné et contrôlé par l'"autorité sanitaire" du canton où la femme réside ou dans lequel l'intervention aura lieu.
- il y a eu contrainte (viol...) . Des "commissions d'enquête" spécialement créées par les cantons devront "examiner les faits et se déterminer à leur sujet" (! ! !) La demande d'avortement devra être déposée moins de 6 semaines après "l'infraction". Cela signifie deux choses: la femme devra prouver qu'elle a été violée (ce qui est quasiment impossible s'il n'y a pas de lésions corporelles), et ces "spécialistes" en jugeront. Pourtant seule la femme le sait.

2) Solution avec indications sociales

Aux indications médicales et eugéniques s'ajoute celle des indications sociales, si la grossesse conduit la personne à un "état de détresse grave ... impossible à détourner par les moyens disponibles".

OBLIGATIONS RESTRICTIVES :

- une "commission sociale" du canton où la femme enceinte réside prend définitivement la décision de l'interruption
- l'appréciation de la situation de la femme porte sur l'âge, le nombre d'enfants, la situation familiale

- l'interruption ne peut avoir lieu que dans un délai de douze semaines après le début des règles

Le Conseil fédéral se décide en 1974 pour la solution des indications (sociales), mais les chambres se prononceront en mars 1975.

3) Solution du délai

L'avortement est libre jusqu'à douze semaines.

OBLIGATIONS RESTRICTIVES :

- l'interruption doit être faite par un médecin désigné par l'autorité sanitaire du canton
- après douze semaines les femmes sont soumises aux indications médicales ou eugéniques (et non pas sociales)

Dans tous les cas il est prévu :

- a) des "centres de consultation" dans tous les cantons pour apporter une "aide" à la femme enceinte
- b) de fixer des "tarifs modérés" auxquels tout médecin devra se conformer

POURQUOI LE CONSEIL FEDERAL ET TOUS CEUX QUI DECIDENT A NOTRE PLACE REFUSENT L'AVORTEMENT LIBRE

Dans un message récent, le Conseil fédéral fait part à la population de ses appréhensions devant le relâchement des moeurs. Il se doit de protéger le foetus au même titre que "l'ordre, la liberté, l'honneur, la propriété". Il considère le foetus comme un de ses "ressortissants" qu'il doit obligatoirement défendre contre "l'arbitraire" "d'individus quelconques" aux "sentiments égoïstes de commodité personnelle".

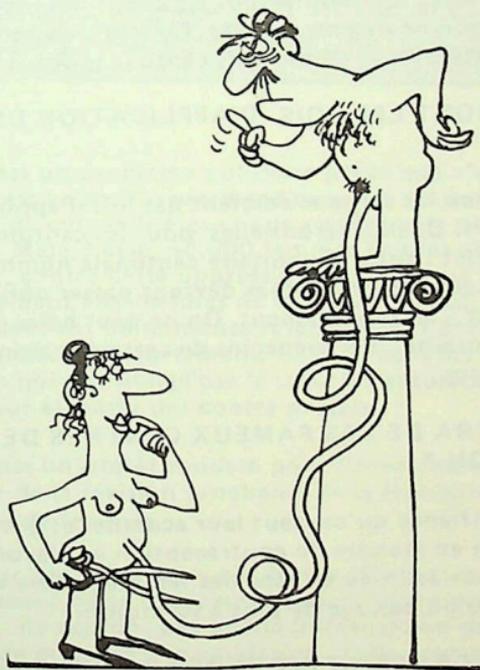
Ces individus, c'est nous. Contre les femmes qui ont toujours avorté, il a besoin d'instruments de répression tels que les articles du code pénal. Sa grande crainte est que "plus personne ne pourrait être puni pour avoir pratiqué un avortement"!

Il essaie ensuite de faire peur en insinuant que, si l'initiative passait, l'intervention pourrait être faite par des non-médecins. En effet, et bien que l'initiative ne le mentionne ni ne l'implique, la méthode par aspiration (avant 8 semaines et avec un matériel en plastique) peut être pratiquée par toute personne ayant été initiée à la méthode, com-

me par exemple les militantes du MLAC en France . . Ceci est, à n'en pas douter, une sérieuse brèche dans "leur" médecine et "leurs" profits.

Même les partisans de la solution du délai s'empressent de dire qu'ils ont "adopté la solution du délai, toutefois sous réserve que cette solution ne soit en aucun cas comprise comme une complète liberté d'interrompre la grossesse et qu'on ne puisse en déduire un droit quelconque à cette interruption".

Eh bien oui! Nous, nos mères, nos grand'mères n'avons pas déduit nos droits de vos lois. **NOUS LES AVONS PRIS.**



A QUI, SINON A LA FEMME, APPARTIENT-IL DE DECIDER SI ELLE VEUT OU NON UN ENFANT ?

Faudra-t-il demander une permission à des lois, des commissions, des enquêtes (qui enquêteront sur quoi?), à un Conseil fédéral composé de 7 hommes! ! Avec tous les contre-projets nous devons en référer à

des autorités qu'on veut nous faire croire plus aptes que nous à décider de nos actes. Toutes ces démarches sont prévues pour nous culpabiliser et dramatiser l'avortement.

Et les mineures! Faudra-t-il le consentement écrit des parents? Rien n'est stipulé dans les contre-projets; de même pour les étrangères non domiciliées en Suisse : va-t-on leur interdire l'avortement en Suisse alors qu'il est plus facile à obtenir que dans leurs pays (ex.: Italie...)

ET APRES DOUZE SEMAINES ?

Toutes les femmes devront faire toutes les démarches bien avant douze semaines, sinon elles tomberont sous les coups des indications médicales ou eugéniques mais non sociales. Ce serait un retour en arrière par rapport au statut quo de certains cantons (dont Genève).

QUELLES SERONT LES LOIS D'APPLICATION DE CHAQUE CANTON ?

A toute législation les cantons édictent des lois d'application qui leur sont propres. Quelles seront-elles pour les cantons très catholiques? En effet l'autorité sanitaire cantonale nommera des experts devant lesquels les femmes devront passer obligatoirement pour "demander" leur avortement. On ne peut hélas pas douter de la "bonne moralité" des médecins de certains cantons tels que le Valais, Fribourg...

QUI S'OCCUPERA DE CES FAMEUX CENTRES DE CONSULTATION ?

Quelle est la confiance qu'on peut leur accorder et quelle sera leur information en matière de contraception et d'avortement? Quelle va être leur attitude en face des femmes? Cela risque bien de n'être qu'un barrage de plus à surmonter.

QUE SIGNIFIE CE "TARIF MODERE" DU CONSEIL FEDERAL ?

NOUS VOULONS L'AVORTEMENT LIBRE ET GRATUIT



L'avortement est un problème politique parce que c'est à travers une législation répressive sur l'avortement que l'on nous maintient dans un état de peur et de culpabilité qui nous empêche de prendre conscience de notre force. Malgré cela, 50.000 femmes luttent chaque année, individuellement, contre cette oppression en se faisant avorter illégalement. Elles décident elles-mêmes de leur avortement. Leurs luttes individuelles deviennent un immense refus collectif des femmes de la législation actuelle sur l'avortement. Et c'est ce refus qui a engendré deux initiatives qui ont obligé par la suite les autorités à nommer une commission pour élaborer des contre-projets.

Ce n'est donc pas un intérêt soudain pour l'avortement ou les femmes, qui est la cause de la révision prochaine de la législation mais bien la lutte de milliers de femmes.

Or, il s'agit pour nous, à travers nos luttes, d'imposer que la nouvelle loi sur l'avortement ne se retourne pas plus contre nous que la précédente. Nous ne voulons pas que la libéralisation de l'avortement s'accompagne de mesures d'intimidation ou de dramatisation qui constituent des freins même en cas d'avortement libre et qui ne sont que destinées à culpabiliser les femmes. "La politique de notre ventre ne se fera pas sur notre dos", tel était un de nos slogans à l'anti-congrès des femmes en janvier 1975 à Berne.

Nous voulons pouvoir avorter librement car nous sommes les SEULES à avoir droit au contrôle sur notre corps, à décider si oui ou non nous voulons avorter. Le choix d'avorter relève de notre décision et non pas de celles d'experts ou de commissions.

L'avortement libre et gratuit signifie d'abord qu'il n'y ait pas de contraintes légales au choix de la femme mais cela signifie aussi qu'il n'y ait pas de contraintes matérielles à ce choix. En effet, pour de nombreuses femmes l'avortement n'est pas libre aussi longtemps qu'il faut déboursier une somme importante pour pouvoir avorter.

L'avortement libre signifie que les conditions suivantes soient remplies :

PAS DE CONTRAINTES LEGALES :

- liberté d'avorter jusqu'à six mois
- libre choix du médecin
- suppression du consentement écrit du représentant légal pour les mineures.

PAS DE CONTRAINTES MATERIELLES :

Notre groupe a deux points de vue .

- Faut-il exiger un remboursement de l'avortement par les assurances alors que l'on sait que beaucoup de femmes ne sont pas assurées, que les prix des cotisations sont plus élevées pour elles et risqueraient encore d'augmenter ?
- Faut-il exiger la gratuité ? Les femmes n'ont pas ou peu d'argent pour elles-mêmes. D'autre part nous refusons de payer l'avortement ainsi que tous les frais liés à la maternité, et à la contraception. Ce ne sont pas des maladies, cela concerne directement notre corps de femmes, notre sexualité et la manière dont notre fonction reproductive est utilisée par le capital.



C O N T R A C T E S T I . O N

S E X U A L I T E

A U T O M O N I E

d e s

J E M M E S

Le problème de la contraception se pose au moment où l'on veut avoir des rapports sexuels avec un homme et qu'on ne veut pas d'enfant.

Mais il y a beaucoup de femmes qui ne recourent pas à la contraception.

- Il y a des femmes qui sont mal informées, qui se gênent d'aller chez le gynécologue ou au Planning Familial . Dans les petites villes, ou à la campagne, on hésite d'aller chez le médecin parce qu'on a peur que ça se sache.
- Certaines femmes nient leur fertilité. Le fait d'être une femme est vécu comme une faiblesse. Elles aimeraient pouvoir faire l'amour comme un homme.
- Il y a les tabous encouragés par l'église, par notre éducation, par la famille et par une certaine presse.
- Des médecins refusent de donner la pilule ou même d'informer sur les moyens contraceptifs.
- Des hommes font pression pour que leur femme ne prenne pas de contraceptifs de peur qu'elle ne devienne trop indépendante.
- Des femmes veulent être sûres qu'elles peuvent avoir un enfant, qu'elles sont fertiles; elles ne prendront de contraceptifs qu'après le premier accouchement ou avortement.
- Des femmes, jusqu'à l'usage courant de la pilule, pouvaient justifier leur refus du devoir conjugal en alléguant les jours "dangereux". Pour elles, prendre la pilule signifierait : être disponible sexuellement chaque fois qu'il le désire.
- Des femmes refusent d'altérer leur corps par des moyens chimiques ou mécaniques ou n'aiment pas la manière dont la contraception intervient dans leur sexualité.

Ces femmes vivent d'ailleurs leur refus de la contraception comme une prise d'autonomie. Mais une telle affirmation de soi est rendue possible pour d'autres femmes précisément par le recours à la contraception.

On voit donc que le fait de recourir ou non à la contraception, ainsi que le fait d'opter pour tel ou tel moyen contraceptif sont liés à la manière dont nous percevons notre corps et dont nous vivons notre sexualité.

*

La sexualité est un mode de communication, une relation qui se situe dans le contexte de la vie quotidienne et des rapports de force sociaux .

Dans toute relation entre un homme et une femme on retrouve les rapports de force entre les hommes et les femmes en général. Ayant toujours été considérées comme mères et ménagères, donc utilisées par le système capitaliste comme des reproductrices de la force de travail, les femmes ont toujours été dépendantes :

- économiquement : elles dépendent du salaire de leur mari, leur travail à la maison n'est pas payé. Dans le travail salarié elles sont défavorisées;
- socialement : une femme n'est reconnue socialement que si elle est avec un homme. Mariées ou non, nous trouvons difficilement une identité à nous : nous sommes celle qui sort avec ..., l'épouse de ..., la mère de ...
- juridiquement : la femme mariée doit être soumise à son mari : c'est lui qui signe, qui décide, qui donne son nom.

On nous a appris à nous adapter à ces formes de dépendance et même à les désirer parce qu'elles semblent être la seule possibilité d'avoir une sécurité. On nous a donné ce rôle : il faut être douce, attentive, disponible, désirable et surtout ne pas être agressive ou prendre des initiatives. Voilà la féminité qu'on valorise.

Ces rapports de force se retrouvent dans nos relations sexuelles avec des hommes. Nous vivons une sexualité qui n'est pas déterminée par nous, dont nous ne choisissons ni les moments, ni les formes, ni la signification. Nous avons toutes fait ou faisons l'amour sans en avoir envie. Par exemple :

- en tombant dans le piège : "Tu ne veux pas faire l'amour, c'est que tu ne m'aimes pas! "
- parce qu'on nous le propose, tant l'attention de l'homme nous semble valorisante
- seulement pour "consoler nos jules" (parce qu'il en a envie et que faire l'amour, ça fait partie du "devoir conjugal")
- pour nous prouver que notre couple "va bien", qu'on s'aime. Faire l'amour, non pas parce qu'on le désire, mais parce que c'est le symbole de notre union

- parce que refuser de faire l'amour si on n'en a pas envie n'est pas facile quand on est matériellement et affectivement dépendante et quand "bien faire l'amour" c'est une manière de garder son homme (C'est du moins ce qu'on lit dans les journaux féminins.)
- parce que c'est le seul moyen d'avoir un "réel contact" avec un homme et comme contre-partie de la tendresse que nous désirons
- en espérant que ça se passe le plus vite possible, et même en faisant semblant de jouir, pour ne pas culpabiliser le jules et soi-même tant on a intériorisé l'idée qu'une femme doit jouir pour être heureuse
- et il y a certainement d'autres situations

Dans toutes ces situations nous ne faisons pas l'amour parce que nous en avons le désir, mais parce que dans notre rôle social de femme, nous nous y sentons obligées.

Notre corps n'existe qu'à travers le regard des autres. Il doit correspondre à une certaine image pour être valorisé socialement. Ceci nous contraint à vivre notre corps en nous comparant toujours à un stéréotype idéal et nous met dans des rapports de concurrence avec les autres femmes. Notre relation à nous-mêmes est parcellisée. Nos organes sexuels ont toujours été cachés, souvent considérés comme sales; il ne faut pas les toucher ni les regarder de trop près, on n'en parle pas. Souvent ils nous inquiètent.

*

Beaucoup d'entre nous se révoltent contre cette dépendance et nous en avons assez de ce rôle qu'on nous attribue. Souvent encore notre résistance ne s'exprime qu'à un niveau individuel et nous nous retrouvons alors dans de nouvelles contradictions. Mais les refus individuels sont actuellement souvent nos seuls moyens de défense. Ce ne sera qu'en collectivisant nos luttes individuelles (pourtant indispensables) que nous pourrions réellement transformer notre situation.

- Nous allons travailler à l'extérieur pour être économiquement indépendantes, pour trouver une autre identité sociale. Ceci nous met devant l'alternative inacceptable : être coïncées entre le travail, le ménage, les enfants, ou renoncer à faire des enfants.
- Certaines socialisent le travail ménager, les repas, la lessive, etc. et la garde des enfants dans un même immeuble, dans le quartier, ou en habitant à plusieurs.
- Certaines refusent l'institution du mariage, qui nous soumet légalement à un homme, et la famille, qui actuellement nous confine

ie plus souvent à l'isolement.

– Certaines choisissent d'avoir des enfants sans être mariées.

Refuser le mariage ne veut pas toujours dire refuser le couple, mais peut l'impliquer. Vivre plusieurs relations affectives et sexuelles en même temps, peut être conflictuel, mais nous permet d'affirmer des besoins divers qu'une seule personne ne peut pas forcément satisfaire. D'autre part, cela peut sortir la sexualité du cadre privé du couple. Ce qui n'est pas la même chose qu'utiliser des relations multiples comme moyen de pression dans le cadre d'un couple pour acquérir un pouvoir que nous n'avons pas par nous-mêmes.

La sexualité sous cette forme est à double tranchant : elle peut être un pas vers notre autonomie si elle est vécue comme plaisir, mais elle peut aussi se retourner contre nous si elle devient une nouvelle contrainte, une norme à atteindre, souvent imposée par des hommes qui définissent notre liberté en fonction de leur plaisir. Qui n'a pas cédé une fois à la pression de cette petite phrase : "Tu veux pas? T'es pas libérée!" ou plus souvent à des variantes plus subtiles de cette phrase. La libération sexuelle se retourne aussi contre nous quand elle est utilisée par la société capitaliste comme objet de consommation et comme moyen pour faire vendre.

Le cadre dans lequel nous vivons notre sexualité reste la division capitaliste de la vie en travail, domaine où les relations affectives ne doivent pas exister, et en loisir où tout est permis entre quatre murs. L'amour est souvent vécu comme compensation aux frustrations dans le travail. La fatigue engendrée par le travail diminue le désir sexuel. Les horaires de travail rendent les moments où l'on se retrouve de plus en plus rares.

- Nous voulons changer les relations entre femmes, dépasser les rapports de rivalité qui nous soumettent aux hommes et découvrir une réelle solidarité entre nous dans la lutte contre notre oppression. Pour certaines ceci implique avoir des relations sexuelles avec d'autres femmes.
- Nous apprenons à découvrir notre corps autrement que selon les normes établies par d'autres que nous. Nous voulons nous sentir différemment que par l'intermédiaire des hommes! Nous pouvons découvrir notre corps en le regardant, en le touchant, en apprenant à l'aimer. Nous pouvons apprendre plus précisément comment il fonctionne.

Découvrir notre corps, c'est aussi savoir de quoi on a envie ou pas, quels sont nos besoins, et les imposer : envie de dormir seule parfois – envie d'être dans les bras de quelqu'un, de dormir avec quelqu'un sans que cela veuille dire faire l'amour – envie d'être un enfant – envie de toucher les autres, hommes ou femmes – envie d'être folle, de sauter, de courir, de chanter, de siffler – envie d'exprimer notre violence au lieu de la retourner contre nous-mêmes, nous battre.

*

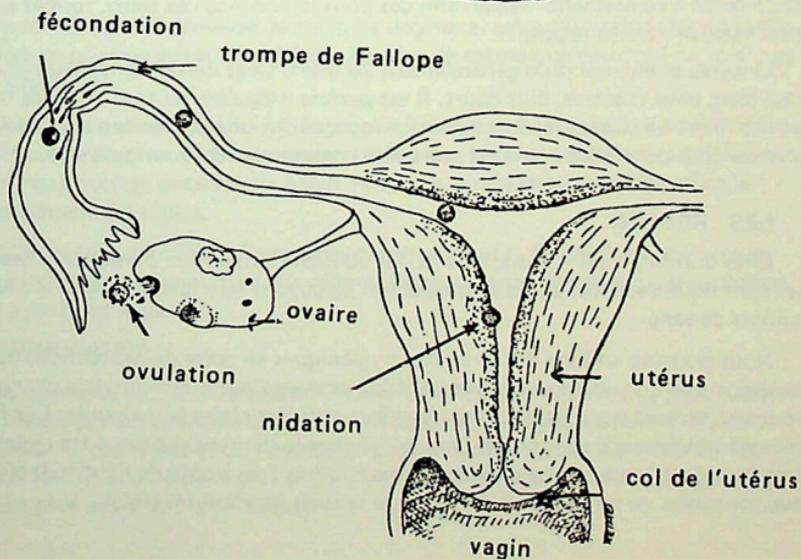
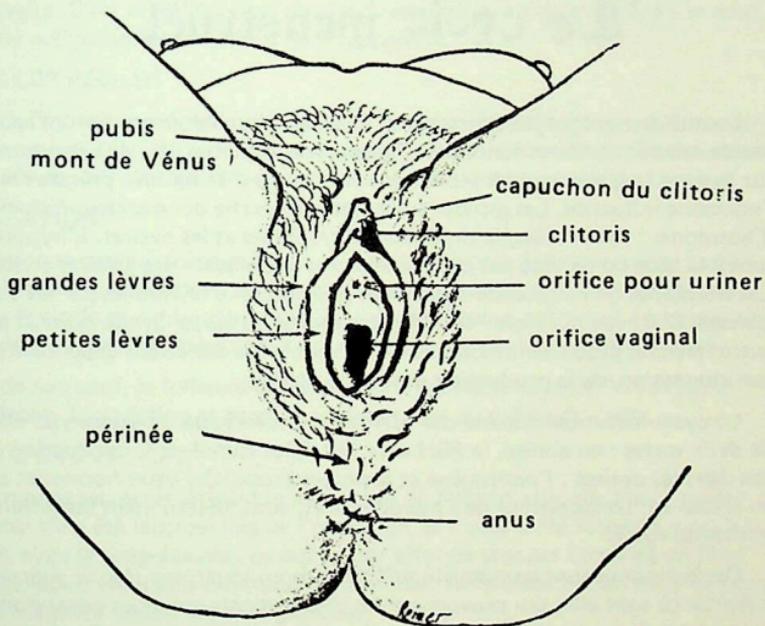
Cette affirmation de nous-mêmes ne fait souvent qu'exacerber les rapports de force existants, elle risque de les dévoiler dans un premier temps. Découvrir et affirmer nos besoins, c'est souvent refuser de faire ce que nous avons toujours fait :

- refus de faire la vaisselle tout le temps après chaque repas
- refus de s'habiller comme il le désire
- refus d'être disponible toujours pour consoler, écouter, comprendre
- refus de toujours être obligée de se dépêcher, de faire notre horaire en fonction de celui des autres
- sortir seule le soir pour voir des amies, pour aller à une réunion ou simplement pour aller se promener seule
- refus d'être toujours disponible à ses désirs

Ce n'est que dans la mesure où nous affirmons nos désirs d'une manière autonome que nous aurons d'autres relations avec les hommes, des relations où le rapport de force ne nous écrase pas et que nous vivrons une sexualité qui réponde à nos besoins. CETTE SEXUALITÉ, IL NE S'AGIT PAS DE LA REDECOUVRIR A UN ETAT DE NATURE, MAIS DE LA CONSTRUIRE A PARTIR DES CONTRA-DICTIONS QUE NOUS VIVONS ACTUELLEMENT. NOTRE AUTONOMIE NE PEUT JAMAIS ETRE UN ETAT A ATTEINDRE, ELLE EST LA LUTTE POUR L'AUTONOMIE.



Notre anatomie



Le cycle menstruel

Les hormones sont des "messagers" chimiques qui "donnent l'ordre" aux organes de remplir certaines fonctions. Puisque les hormones peuvent être transportés par le sang, la glande qui les sécrète n'a pas besoin d'être située près de l'organe que l'hormone influence. Les glandes suivantes font partie des glandes productrices d'hormones : le pancréas, la thyroïde, les testicules et les ovaires. L'hypophyse située à la base du cerveau est peut-être la plus importante des glandes endocrines. Les hormones qu'elle sécrète contrôlent la sécrétion d'hormones par les autres glandes. C'est elle qui règle l'équilibre hormonal du corps. Si elle produit plus, les autres glandes produisent moins et inversement. Ses sécrétions dépendent aussi, par interaction, de la production des autres glandes.

Le cycle menstruel dépend des hormones sécrétées par l'hypophyse; elles sont de deux sortes : en abrégé, la FSH et la LH. Elles stimulent la production d'hormones dans les ovaires : l'oestrogène et la progésterone. Ces deux hormones agissent en retour sur les sécrétions de l'hypophyse et, ainsi, déterminent les différentes phases du cycle.

Ces hormones sont en quantité suffisante pour jouer leur rôle au moment de la puberté; ce sont elles qui provoquent les changements que nous constatons dans notre corps à ce moment : apparition des poils, croissance des seins, formes plus marquées, premières règles.

Le cycle menstruel dure généralement 28 jours. Chez certaines femmes, il est plus long, chez d'autres, plus court. Il est parfois irrégulier, surtout chez les très jeunes filles. Le climat, les émotions, les voyages ont une influence sur le cycle. Le premier jour où le sang coule est considéré comme premier jour du cycle.

LES REGLES

Elles durent de 3 à 7 jours, sont fortes au début et vont en diminuant. Les pertes sont liquides, mais, parfois, lorsque les règles sont très fortes, il peut y avoir des caillots de sang.

Nous pouvons utiliser des serviettes hygiéniques en guise de protection, ou des tampons que l'on enfle dans le vagin. L'un comme l'autre doivent être changés souvent, en tout cas aussi souvent que l'intensité des règles le demande. Les femmes vierges peuvent utiliser des tampons si elles le désirent. Lorsque les règles sont très fortes, on peut mettre deux tampons à la fois l'un à côté de l'autre. Il n'y a aucune raison de ne pas avoir de rapports sexuels pendant les règles.

Pendant les règles déjà, l'hypophyse sécrète des hormones qui vont favoriser la croissance des follicules, petites cellules qui contiennent chacune un oeuf, à la surface de l'ovaire. C'est le follicule qui sécrète l'oestrogène, hormone qui, à son tour, va avoir une action sur les sécrétions de l'hypophyse.

APRES LES REGLES

Durant les jours qui précèdent l'ovulation, les hormones sécrétées par l'hypophyse, et l'oestrogène, sécrétée par l'ovaire, favorisent la croissance des follicules, dont l'un va se développer plus que les autres et va presser contre la paroi de l'ovaire.

L'OVULATION

L'ovulation se produit lorsque l'oeuf se trouvant dans le follicule rompt l'enveloppe qui l'entoure; en effet, lorsque la croissance du follicule arrive à son terme, la paroi du follicule se confondant avec la paroi de l'ovaire, est presque transparente; elle se déchire alors et libère l'oeuf qui est aspiré par les trompes (cf figure).

Libéré de son oeuf, le follicule va sécréter une hormone appelée "corps jaune": la progestérone. L'ovulation se produit généralement au milieu du cycle.

APRES L'OVULATION

Les hormones sécrétées altèrent la muqueuse de l'utérus afin que l'oeuf puisse s'y implanter s'il a été fécondé lors de l'ovulation. Si l'oeuf a été fécondé, c'est lui qui produit alors la progestérone, ce qui a pour effet de stopper l'activité de l'hypophyse qui réduit alors sa production d'hormones. Ainsi aucun autre oeuf ne pourra arriver à maturité durant toute la grossesse.

Si l'oeuf n'a pas été fécondé, le follicule dégénère, cesse sa production de progestérogène, se referme et est absorbé par l'ovaire de même que ceux qui ne sont pas arrivés à maturité.

La production d'oestrogènes et de progestérone est réduite, ce qui a pour effet de diminuer l'irrigation de la muqueuse utérine par le sang. La couche supérieure de cette muqueuse se détache, de petits vaisseaux sanguins se rompent, c'est le commencement des règles.

C'est donc la production d'hormones par l'ovaire et le follicule qui provoque les règles, et non pas l'ovulation elle-même. On peut donc ne pas avoir d'ovulation tout en ayant des règles.

LA MENOPAUSE

Après quarante ans, généralement, l'activité des ovaires diminue, la production des hormones par les ovaires n'est plus aussi intense, les règles cessent, l'ovulation cesse. Cet arrêt des règles et de l'ovulation s'appelle ménopause. La femme n'est alors plus fertile, elle ne peut plus avoir d'enfants. Mais ceci ne veut pas dire qu'elle ne peut plus avoir de plaisir sexuel.

L' examen gynécologique

A tout moment, nous sommes confrontées à des problèmes de santé : mal de tête, maux de ventre, pertes blanches, retard de règles. Chaque fois, nous sommes affolées par ces signes : est-ce que je suis malade ? Qu'est-ce que je vais faire ?

Nous n'avons qu'une alternative : ou bien nous laissons aller, au risque d'ignorer des symptômes graves; ou bien nous courons chez le médecin ou à la polyclinique.

Nous nous retrouvons sans moyens de contrôle, livrées au bon vouloir et à la "science" du médecin. Ainsi, le cas d'un médecin d'une petite ville de Suisse qui prescrit la pilule seulement pour trois mois, "car après les trompes sont bouchées".

Lutter pour de meilleurs soins médicaux, en particulier de meilleurs soins gynécologiques, c'est prendre en main notre propre éducation :

- comprendre comment notre corps fonctionne.
- comprendre comment rester bien dans notre peau.
- comprendre ce qui porte atteinte à notre santé.
- comprendre les problèmes que nous pouvons rencontrer.
- comprendre les symptômes auxquels nous devons être attentives.

La plupart d'entre nous obtenons ces informations chez des amies ou dans les magazines féminins, plutôt que chez les médecins. Actuellement, nous nous sentons complètement désarmées devant le médecin. Quand il nous examine, il ne nous dit pas ce qu'il fait, et nous ne le demandons pas. D'abord, nous ne savons pas ce que nous devons demander, et puis nous avons peur de poser des questions. Souvent quand nous en prenons le courage, le médecin "pressé" (trop pressé pour prendre vraiment soin de nous) a déjà terminé sa consultation.

Les médecins ne nous informent pas sur notre corps, ne nous montrent pas comment prendre soin de nous-mêmes et ce que nous devons éviter. Ils ne nous expliquent pas l'effet des médicaments et leurs effets secondaires possibles.

Nous n'avons pas d'indices quand quelque chose va vraiment mal et nous ne savons pas comment le prévenir. Ainsi, nous restons dépendantes du médecin tout-puissant, dépendantes de sa "science".

Le médecin et tout le système de santé devraient être là pour nous aider à prendre soin de notre corps.

Mais dans les faits, ils ne sont pas là pour nous aider, ni pour développer les soins préventifs qui rapportent peu; au contraire, le système de santé fait partie de tout le système des rapports commerciaux : profit pour le médecin, profits pour les hôpitaux, les industries pharmaceutiques, les compagnies d'assurance.

Nous les femmes, nous devons apprendre nous-mêmes et ensemble ce qui est nécessaire pour notre santé. C'est une arme qui nous permet d'exiger que les médecins, les permanences, les hôpitaux nous donnent les soins dont nous avons besoin : nous voulons des examens complets et réguliers, afin de prévenir les premiers signes de n'importe quel ennui, nous voulons que les médecins répondent aux questions sur ce que nous avons observé sur nous-mêmes.

Nous demandons aussi un développement de la recherche dans le domaine de la gynécologie, l'un des secteurs de la médecine où on fait le moins de recherches.

Il est clair que tant que les soins médicaux ne seront pas considérés comme un droit mais comme un privilège, nous ne pourrons pas avoir des soins valables et GRATUITS.

CE QUE DOIT INCLURE UN BON EXAMEN GYNECOLOGIQUE

Nous décrivons ce qu'un bon examen gynécologique doit comporter. C'est un premier pas vers une connaissance de notre corps, de nous-mêmes et du type de soins médicaux que nous devons exiger pour nous et pour toutes les femmes.

Certaines femmes font un lavement vaginal avant d'aller chez le médecin, ce qui risque de supprimer momentanément les sécrétions à l'intérieur du vagin, qui sont importantes pour détecter les infections.

POIDS ET PRESSION SANGUINE

Ils sont fréquemment mesurés par l'infirmière avant que le médecin nous examine. Il est important d'avoir les mesures précédentes. Une variation soudaine dans notre poids ou notre pression peut être l'indication d'un trouble et peut intervenir dans le type de contraception que nous voulons utiliser.

HISTOIRE MEDICALE GENERALE (ANAMNESE)

Quand nous allons pour la première fois dans une polyclinique ou chez un médecin, on doit nous poser des questions sur toute notre histoire médicale, car les soins gynécologiques sont en rapport avec toute notre santé:

- si nous sommes fatiguées, cela peut être lié à une anémie, et des règles abondantes peuvent en être la cause.
- des pieds fatigués, des jambes douloureuses peuvent être des signes avant-coureurs de veines variqueuses et indiquer qu'il ne faudrait pas prendre la pilule.
- des rhumes fréquents, des douleurs au dos, des irritations de la peau peuvent être liés à un problème gynécologique.
- des infections vaginales peuvent être les effets secondaires de l'absorption de pénicilline pour soigner un mal de gorge.

Le médecin devrait connaître aussi les maladies que nous avons eues, surtout les maladies graves, même si elles sont complètement guéries : fièvres rhumatismales, gonorrhée, syphilis, tuberculose, hépatite. Car toutes ces maladies peuvent causer des ennuis plus ou moins graves liés aux soins gynécologiques. Elles peuvent déterminer le type de contraception ou de médicament qui nous seront donnés.

Il faut mentionner également les maladies graves dans notre famille : diabète, maladies cardiaques etc. Il faut aussi dire si nous sommes allergiques à certains médicaments ou si ce type d'allergie existe dans notre famille

HISTOIRE GYNECOLOGIQUE

Le médecin doit nous poser des questions détaillées sur notre histoire gynécologique. S'il ne le pose pas, il faut insister pour qu'il en prenne note.

Quand nous allons chez le médecin pour la deuxième fois, il faut lui rappeler certains de nos problèmes. La plupart des médecins ne lisent pas les notes qu'ils ont prises, encore moins ne s'en souviennent-ils; et dans une policlinique, c'est peut-être un autre médecin qui nous examine.

Voici les questions que le médecin doit nous poser :

1. Nos règles sont-elles régulières ?
2. Combien de temps dure notre cycle ?
3. A-t-il changé ?
4. Nos règles sont-elles abondantes, ou non ?
5. Cela a-t-il toujours été le cas ?
6. Avons-nous des crampes ? Si oui, sont-elles fortes ?
7. Avons-nous été enceintes ?
8. Notre grossesse s'est-elle terminée par une fausse-couche, un avortement ou un accouchement ?
9. Si la grossesse s'est terminée par une fausse-couche : à quel mois ? Y a-t-il eu des problèmes ?
10. Si la grossesse s'est terminée par un avortement : à quel mois ? Avec quelle méthode ? Sous quelle conditions, légales, illégales ? (Nous avons le droit de refuser de répondre à la question sur l'avortement illégal, mais s'il y a eu des complications, il est préférables de les expliquer).
11. Si la grossesse s'est terminée par un accouchement : à quel mois ? Quel était le poids de l'enfant ? Y a-t-il eu des complications pendant la grossesse ou l'accouchement ?
12. Quel type de contraception avons-nous utilisé ?
13. Avec quels effets ?
14. Quel type de contraception utilisons-nous maintenant ?
15. Avons-nous eu des infections, maladies —surtout gonorrhée ou syphilis — des opérations ?

Cette histoire gynécologique peut être notée par quelqu'un d'autre que le mé-

decin : une aide ou une infirmière. Mais il ne faut pas croire que si nous avons donné ces informations à l'infirmière, elles vont nécessairement aboutir chez le médecin, ou qu'il va les lire avant de nous examiner. Il vaut mieux s'assurer qu'il les a lues.

Assurons-nous que toutes ces questions ont été posées; si ce n'est pas le cas, notre examen n'est pas complet.

NOUS SAVONS QU'IL EST DIFFICILE, QUAND NOUS SOMMES SEULES DANS LE CABINET DU MEDECIN, DE CRITIQUER LE TYPE DE SOINS QUI NOUS EST DONNE. A deux, c'est plus facile.

EXAMEN PHYSIQUE

Cet examen est plus facile si nous avons uriné auparavant. Si on nous dit de nous déshabiller, nous avons le droit de demander quelque chose pour nous couvrir. Nous pouvons avoir une femme avec nous dans la salle d'examen.

Le premier examen devrait être complet : le médecin devrait nous ausculter le cœur, les poumons, nous examiner les yeux, les oreilles et la gorge. Si cet examen vient d'être fait par un autre médecin, surtout si c'est dans la même polyclinique, ce n'est pas nécessaire de le refaire.

Mais si depuis longtemps nous n'avons pas vu de médecin, il ne faut pas hésiter à demander au gynécologue ces simples tests.

Le médecin va ensuite nous demander de nous coucher sur la table d'examen et de placer nos pieds dans les étriers.

LA PLUS GRANDE PARTIE DE CE QUE NOUS AVONS APPRIS SUR NOS ORGANES SEXUELS EST SECRET, CHUCHOTE OU PRIVE

La plupart d'entre nous ne nous sommes jamais explorées avec nos doigts. C'est donc vraiment difficile de nous sentir détendues quand nous sommes exposées à la vue d'un étranger qui nous examine, surtout si c'est un homme.

Plutôt que de nous détendre, nous nous crispions, et c'est alors plus difficile d'examiner nos muscles vaginaux et l'entrée de notre vagin qui est très étroite; et c'est beaucoup plus pénible pour nous. Il est donc très important d'essayer de nous détendre.

EXAMEN EXTERNE

Pendant que nous sommes couchées sur le dos, le médecin doit presser sur notre abdomen, pour sentir notre foie, notre vessie et nos reins. S'ils sont plus volumineux, ce peut être le signe d'une grossesse ou d'une infection. Ces organes sont très importants en général, mais surtout lors d'une grossesse où ils doivent travailler pour nous et pour le fœtus.

Le médecin doit examiner nos seins, les palper pour sentir s'il y a une éventuelle boule dure inhabituelle. Si nous ressentons une sensation de douleur ou de mollesse, faisons-le remarquer au médecin.

Il serait bien d'examiner nous-mêmes nos seins régulièrement, surtout après 30 ans, car à ce moment la probabilité d'avoir un cancer du sein augmente. Demandons au médecin ou à l'infirmière comment le faire.

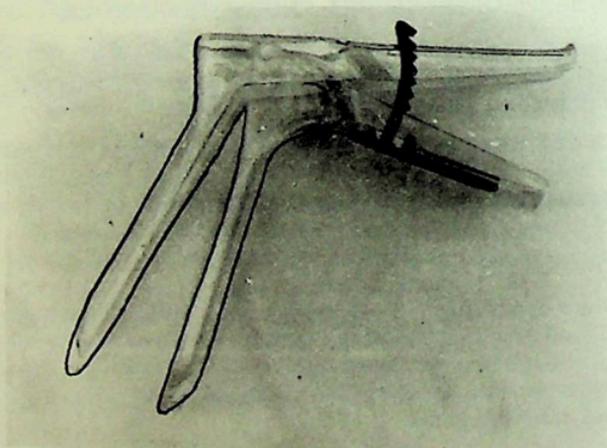
Il ne faut pas oublier que plus de 1/5 des cancers chez la femme adulte sont des cancers du sein et qu'ils peuvent être guéris s'ils sont traités assez tôt.

Le médecin examine ensuite l'extérieur de notre vagin, la vulve et l'anus. La vulve comprend les lèvres externes et internes du vagin, l'entrée du vagin, l'hymen s'il existe encore, le clitoris et l'orifice urinaire.

Le médecin regarde s'il trouve des signes d'une infection locale, gonflement, douleurs, ou des signes d'une infection des glandes : excroissance (kystes, tumeurs, polypes).

Après avoir examiné l'extérieur de notre vagin, le médecin place un instrument appelé SPECULUM à l'intérieur de notre vagin, ce qui maintient les parois de notre vagin écartées, de manière à ce que le médecin puisse examiner les parois de notre vagin et le col de l'utérus. Cet examen n'est pas douloureux, mais il peut être pénible si nous ne sommes pas détendues. Le médecin regarde la couleur de la muqueuse qui tapisse le vagin, pour voir s'il y a des sécrétions anormales, des signes d'une infection, des blessures ou des excroissances. Il note également la position du col de l'utérus par rapport au vagin.

Chez certaines femmes, l'utérus peut être placé soit vers l'avant, soit vers l'arrière, mais d'après certaines théories cela pourrait poser des problèmes en cas de grossesse ou d'avortement.



LE MEDECIN DOIT EFFECTUER CERTAINS TESTS

1. Test de prélèvement pour le cancer

Avec une spatule en bois, une baguette de métal aplatie ou un tube en verre, il prélève quelques cellules de notre col de l'utérus, ce qui n'est absolument pas douloureux. Il envoie cet échantillon dans un laboratoire afin de déterminer s'il existe des signes de développement d'un cancer. Ce test doit être fait en tout cas une fois par année chez les femmes de plus de 30 ans et moins fréquemment chez les femmes entre 20 et 30 ans (bien que les théories sur la fréquence de ce test en fonction de l'âge changent presque chaque année). Si nous prenons la pilule, certains médecins font ce test tous les 6 mois.

2. Test de prélèvement pour les infections

Le médecin prélève un peu de sécrétions vaginales qu'il examine au microscope. Si nous avons une infection, il peut voir les microbes et savoir quel traitement il convient de prescrire. Ce test est surtout important si nous avons des pertes blanches très abondantes et que nous ressentons des douleurs ou des irritations.

Les deux infections vaginales les plus courantes sont provoquées par des "monilia" (moisissures ou champignons) et des "trichomonas".

En général, le médecin nous prescrit des tablettes à introduire dans le vagin.

3. Test pour les maladies vénériennes

Le médecin doit prélever les sécrétions du col de l'utérus pour détecter une gonorrhée. Peu de médecins font ce test dans l'examen de routine, mais seulement si nous précisons que nous avons eu un rapport sexuel avec un homme ou une femme qui aurait pu être malade.

Il ne faut pas se gêner d'exiger le test pour la gonorrhée. Cette maladie est très courante. C'EST ACTUELLEMENT LA PLUS IMPORTANTE DES INFECTIONS GRAVES. Pour nous femmes, cette maladie peut parfois causer la stérilité.

Une femme peut être infectée pendant des mois sans le savoir, tandis qu'un homme le sait la plupart du temps car il a des sécrétions et ressent de fortes douleurs lorsqu'il urine, à partir de trois semaines après avoir été contaminé. Une femme, elle, n'a souvent pas de symptômes.

Pour détecter la syphilis, il faut faire un test du sang, qui est assez précis, s'il est fait de 4 à 6 semaines après la contamination.

4. Test par colposcopie

La colposcopie est une méthode qui consiste à regarder le col de l'utérus au travers d'une loupe qu'on appelle colposcope et qui permet de voir si la surface du col est normale.

Le médecin fait en même temps un prélèvement à l'iode, frottant la surface du col avec un tampon d'ouate trempé dans une solution iodée. La muqueuse devrait alors prendre une coloration brune.

Après avoir bien effectué tous ces tests, le médecin enfle une paire de gants en caoutchouc et, à l'aide de deux doigts, tâte à l'intérieur du vagin pour sentir la présence éventuelle de boules dures (kystes) ou de tumeurs.

E x a m e n b i - m a n u e l

Le médecin place deux doigts contre le col et avec son autre main presse le sommet de l'utérus à travers la paroi du bas de l'abdomen. Il peut ainsi sentir la grosseur de l'utérus, s'il est mou, s'il peut se mouvoir librement et s'il y a une éventuelle boule dure ou une douleur.

Enfin, le médecin presse les parois de l'abdomen sur les côtés pour sentir les ovaires et les trompes de Fallope : en cas de kyste ou d'infection, il pourrait le sentir. Nous pouvons ressentir un léger chatouillement lorsque le médecin nous presse les ovaires. C'est normal, mais si nous ressentons une douleur plus forte, c'est généralement le signe d'une infection.

L'examen physique est terminé et nous pouvons nous rhabiller.

Si nous avons besoin de soins, le médecin nous prescrit les médicaments à prendre. Il doit nous dire exactement ce qu'il nous donne.

IL DOIT DISCUTER AVEC NOUS, NOUS DIRE QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES DES MEDICAMENTS PRESCRITS ET CE QUE NOUS DEVONS EVITER.

Mais la plupart du temps, il ne s'en occupe pas.

Posons des questions, même si elles ne semblent pas importantes. Il vaudrait mieux poser nos questions tout au long de l'examen. A la fin de l'examen, la plupart de nous pensons que nous n'avons plus le droit de "gaspiller" le temps précieux du médecin si "occupé" et nous nous sentons bêtes avec nos questions. Nous repar- tons donc sans rien demander.

Il faut dire que la profession médicale et toutes les institutions hospitalières sont organisées de telle sorte qu'il est vraiment difficile, surtout pour une femme, de se sentir à l'aise en posant ces questions.

MAIS CONCRETEMENT QUE FAIRE ?

Notre premier problème à résoudre est de savoir où obtenir les soins les moins mauvais, de déterminer nos besoins et nos problèmes, afin de poser nos exigences aux médecins. Il est difficile de savoir quel médecin nous traite de façon acceptable et à quel prix.

C'est pourquoi nous avons commencé à parler de nos expériences entre nous et à établir un fichier des médecins valables (et aussi de ceux à éviter).

D'autre part, nous pouvons nous examiner nous-mêmes à l'aide d'un spéculum en plastique, d'un miroir et d'une lampe de poche. Nous pouvons montrer à des femmes qui s'adressent à nous la pratique de l'auto-examen.

REFUSONS D'ETRE UN CAS QUE LA MEDECINE EXAMINE COMME UN OBJET.

Refusons de nous confier aveuglément à des spécialistes.

Apprenons à connaître notre corps et démythifions le personnage du médecin.

En tant que femmes, nous voulons pouvoir contrôler tout ce qui nous concerne.



La pilule

POURQUOI LES FEMMES PRENNENT LA PILULE

Le dilemme de la plupart des femmes est d'avoir à choisir entre des méthodes contraceptives dont les effets nuisibles à la santé ne se manifestent pas à première vue, et l'avortement, coûteux, humiliant et qui peut être dangereux aussi.

Nous n'avons pas d'alternative à offrir. Tout ce que nous pouvons faire ici est de chercher à préciser le problème.

Il est important que nous connaissions exactement les méthodes contraceptives que nous employons et que nous clarifions nos rapports à notre corps et à notre sexualité. C'est ce qui va nous permettre de choisir la méthode contraceptive qui nous paraît, à chacune de nous individuellement, la plus appropriée et, une fois que nous aurons effectué ce choix, de poser, collectivement, nos exigences.

Nous avons d'abord été soulagées de ne plus avoir à craindre, chaque fois que nous faisons l'amour avec un homme, de "tomber" enceintes. Nous avons trouvé la pilule confortable, parce que les relations sexuelles n'étaient pas "dérangées" par des "artifices". L'homme ne voit, ni ne sent, ni ne respire rien. Nous n'avions pas besoin d'en parler.

En échange de ces "facilités", nous avons d'abord volontiers accepté les "effets secondaires mineurs". Malgré cette bonne volonté, la pilule nous préoccupait quotidiennement. Il fallait l'avaler tous les soirs, que nous ayons ou non une relation satisfaisante; nous nous rendions compte que cela ne faisait pas souvent partie de la relation, que l'homme pense en général qu'il va de soi que sa partenaire prenne la pilule et que le problème de la contraception est ainsi liquidé. La relation sexuelle n'est ainsi libérée qu'en apparence.

Parce que nous avons compris qu'actuellement c'est encore nous qui devons prendre sur nous la contraception, étant donné que nous sommes avant tout concernées nous avons essayé d'en savoir plus sur la pilule et son utilisation. Nous nous sommes aperçu que nous payons notre apparente libération par la dépendance vis-à-vis des médecins et de l'industrie pharmaceutique.

Dans la partie médicale de l'exposé, nous voulons diffuser les informations auxquelles a droit chaque femme qui ingurgite un médicament. Nous voulons mettre en lumière l'insécurité quant aux effets directs ou secondaires de la pilule, une insécurité qui subsiste en dépit du fait que des millions de femmes prennent la pilule depuis des années.

La pilule pour l'homme n'existe pas encore dans le commerce. Nous ne sommes d'ailleurs pas d'accord non plus que les hommes prennent des médicaments que nous refusons pour nous.

Mais il est significatif qu'un médicament, dont les effets secondaires sont si importants, soit d'abord administré aux femmes.

COMMENT AGIT LA PILULE ?

Si on étudie les prises de position des médecins face à la pilule, on constate qu'elles sont souvent contradictoires, que les données statistiques sont insuffisantes et que des connaissances précises sur le fonctionnement de la pilule dans l'organisme font défaut. Les résultats des travaux concernant les effets de la pilule sont formulés de façon évasive. Combien de points obscurs subsistent au sujet d'un médicament prétendument le mieux testé de tous !

QUE SAVONS-NOUS DE LA PILULE ?

La pilule se compose d'hormones artificielles : l'oestrogène et la progestérone. Il y a deux façons de les absorber : combinées pendant la durée du cycle, ou bien l'une après l'autre, en deux phases.

La pilule agit sur notre corps de plusieurs manières :

1. Sur le cerveau

Les hormones agissent sur deux glandes (dont l'hypophyse) et bloquent l'action des hormones sécrétées par notre corps (la LH — luteinizing hormone et la FSH — follicle stimulating hormone, hormone stimulant le follicule), hormones qui permettent la maturation de l'ovule et l'ovulation.

Si on empêche artificiellement l'ovulation de se produire, aucun ovule fécondable n'arrive à maturation. Ce mécanisme de blocage est l'effet principal de la contraception hormonale.

2. Sur l'utérus

La préparation de la muqueuse utérine pour accueillir un oeuf fécondé ne se déroule plus normalement.

Un usage prolongé de la pilule peut entraîner l'atrophie de la muqueuse et même de l'utérus tout entier, de sorte que la nidation d'un oeuf fécondé, même après avoir cessé de prendre la pilule, n'est plus possible.

Le mucus sécrété par les glandes du col de l'utérus est au maximum de sa fluidité au moment de l'ovulation, afin de faciliter le passage des spermatozoïdes dans l'utérus, ceci lorsqu'on ne prend pas la pilule. Mais sous l'action de la progestérone (introduite dans l'organisme par l'absorption de la pilule), le mucus cervical (du col de l'utérus) s'épaissit, plus ou moins suivant la formule de la pilule, ce qui rend impossible le passage des spermatozoïdes.

3. Sur l'ovaire

Les moyens contraceptifs hormonaux n'agissent pas seulement sur les ovaires par l'intermédiaire du cerveau, mais aussi directement. Le tissu des ovaires s'épaissit et les hormones naturelles qui se forment dans l'ovaire diminuent.

4. Sur les trompes (de Fallope)

La mobilité des trompes est affectée à des degrés divers suivant l'importance des doses d'hormones; en cas d'ovulation éventuelle, le cheminement de l'oeuf est perturbé.

5. Sur les autres organes

Les hormones agissent sur le métabolisme des graisses (nos "rondeurs"), sur celui du sucre (le diabète peut être aggravé) et sur le foie (ses fonctions de sécrétion peuvent être diminuées).

La circulation du sang en est affectée, ce qui favorise la formation de caillots sanguins, l'élasticité des veines augmente, de sorte que des varices peuvent apparaître ou s'aggraver.

LES EFFETS SECONDAIRES DE LA PILULE

Le fait que tout médicament efficace ait également des effets secondaires, parfois désagréables, est pour la pilule d'une importance capitale. Car la pilule est prise par des femmes en bonne santé pour éviter une grossesse et non pas, comme un médicament, pour soigner une maladie.

Des effets secondaires tels que les maux de tête, les nausées, les saignements, les médecins les traitent de bagatelles "qui disparaîtront d'elles-mêmes" au bout de quelques mois. Aucun médecin ne les prend au sérieux, sinon tout au plus comme un signe "d'hystérie".

Nous savons qu'il ne se trouve guère de femmes prenant la pilule qui ait subi un véritable examen médical et dont les petits "malaises" qu'elle signale soient pris au sérieux; au contraire, pour ceux-ci on prescrit d'autres médicaments. Par exemple, des femmes qui prennent la pilule et qui se sentent dépressives reçoivent un "anti-dépresseur". A une femme du "groupe avortement" qui a souffert d'anurie à cause de la pilule, le médecin a prescrit un médicament supplémentaire pour uriner; elle l'a pris consciencieusement pendant trois ans !

A l'heure actuelle, il est impossible de tirer des conclusions définitives sur tous les effets secondaires dûs à la pilule, du fait qu'il n'existe aucune étude systématique entreprise sur une durée suffisamment longue.

Et même s'il en existait une, nous pourrions toujours nous demander de quelle façon elle a été menée et quels sont les intérêts qui l'ont commandée.

Il est clair que les hommes ont intérêt à ce que la pilule continue d'être consommée. Elle est si commode pour eux, car elle résoud, une fois pour toutes, le problème de la contraception.

Il est clair que les médecins y trouvent également leur compte, puisque la pilule leur épargne du temps et du travail, tout en leur amenant des honoraires.

Il est clair enfin que l'industrie pharmaceutique y trouve aussi son intérêt, car avec la pilule elle réalise un fameux chiffre d'affaires.

LE RISQUE DE CANCER ?

Impossible d'affirmer aujourd'hui avec certitude si la pilule favorise l'apparition de tumeurs. Certains chercheurs font état d'"altérations infectieuses" du col de l'utérus, en présence d'une absorption de pilules. Ces altérations ne sont perceptibles qu'à la loupe (par coloscopie) et non pas par frottis.

Que ces altérations soient attribuées uniquement à la pilule, ou ainsi que certains le prétendent, à des relations sexuelles très variées, nul ne se prononce avec certitude. On ne sait pas non plus si ces altérations peuvent à la longue entraîner le cancer.

L'incertitude qui règne dans ce domaine est due, une fois de plus, à l'insuffisance des recherches en la matière. Par exemple, pour pouvoir prouver qu'il y a cinq fois plus de risque d'avoir une tumeur du sein si on prend la pilule, il suffirait d'examiner onze mille femmes qui prennent une pilule déterminée et onze mille qui n'en prennent aucune.

LES MENACES D'ORDRE GENETIQUE ?

Là aussi, c'est le règne de l'incertitude : ce qui signifie que les enfants conçus une fois qu'on a cessé de prendre la pilule pourraient risquer de subir une atteinte d'ordre génétique. Pour pouvoir le prouver, il suffirait de suivre pendant au moins 6 ans cent mille enfants dont les mères ont pris la pilule.

LES THROMBOSES ?

Le risque de thrombose a été prouvé. (Il s'agit de la formation de caillots de sang qui obstruent les vaisseaux sanguins et qui peuvent provoquer des attaques, des embolies pulmonaires, etc.). Selon les statistiques disponibles aujourd'hui, le risque de mourir d'une thrombose est de 6 à 8 fois plus élevé chez les femmes qui prennent la pilule. De même, ces dernières risquent 10 fois plus d'être victimes d'une thrombose non mortelle.

Un neurologue de Berlin-Ouest a trouvé, entre 1969 et 1972, 33 femmes de moins de 40 ans victimes d'une attaque, dont la cause ne pouvait être attribuée qu'à une thrombose; 27 d'entre elles avaient pris régulièrement la pilule.

Les signes précurseurs de l'attaque sont des maux de tête, des vertiges, des "étoiles" devant les yeux. Quand une jeune femme ressent ces symptômes, ce neurologue berlinois lui recommande de cesser de prendre le pilule.

Sait-on combien de femmes auraient dû cesser de prendre la pilule à la suite de tels symptômes ? ? ?

LA STERILITE ?

Parmi les femmes qui ont cessé de prendre la pilule, 5 à 10 % doivent compter près de six mois jusqu'à ce que leurs règles reviennent. 1 % des femmes demeurent stériles; en d'autres termes, l'ovulation a cessé de se produire, ou la muqueuse utérine s'est altérée de telle façon qu'une grossesse ne peut plus se produire. L'industrie pharmaceutique remédie à cet "incident" par l'administration d'une "pilule après la pilule".

LA PILULE ET LES TRES JEUNES FILLES

Ce sont elles qui sont les plus menacées de stérilité si elles prennent la pilule pendant un certain temps.

40 % des filles de 15 à 17 ans, bien que réglées, n'ont pas encore d'ovulation; entre 18 et 20 ans, il s'en trouve encore 20 % dans ce cas. Autrement dit, le développement de la jeune fille n'est pas encore terminé et un apport d'hormones lui cause des perturbations. Mais souvent ce n'est pas pour des raisons d'ordre médical qu'on ne donne pas la pilule aux jeunes filles sans réserves, mais pour des raisons de "moralité".

LES AUTRES EFFETS SECONDAIRES

Les effets secondaires qualifiés de "bagatelles" sont tout de même assez importants pour que 30 % des femmes cessent de prendre leur pilule.

Effets secondaires qu'on attribue plutôt à l'oestrogène :

Nausées et vomissements

Augmentation rapide du poids par rétention d'eau

Sensation de tension, surtout avant les règles

Lourdeur des jambes

Saignements plus forts

Augmentation des pertes blanches

Inflammation du col de l'utérus

Maux de tête

Effets secondaires qu'on attribue plutôt à la progestérone :

Sécheresse du vagin

Diminution de l'envie de faire l'amour

Bouffées de chaleur

Lassitude

Dépression

Crampes au mollet

Lente augmentation du poids

Champignons et infections du vagin

LA PILULE POUR CHAQUE TYPE DE FEMMES ?

Pour faire accepter la pilule à toutes les femmes, l'industrie pharmaceutique a créé la pilule pour chaque "type" de femmes.

On nous dit qu'il existe une pilule qui correspond à notre "type hormonal". On nous a réparties en trois catégories : les grosses, les normales et les minces, qu'on a appelées ensuite celles qui ont un type "oestrogène", celles qui sont "équilibrées" et celles qui ont un "type progestérone" !

La femme de type oestrogène est censée être petite, rondelette, elle a des for-

mes féminines, un système pileux féminin et des sécrétions vaginales plus abondantes. Et inversement, chez la femme du type progestérone.

Les femmes "progestérone" ont besoin de davantage d'oestrogène (pour devenir plus féminines ? !) et les femmes "oestrogènes" de davantage de progestérone.

Cette "répartition" ne tient pas debout, car les analyses portant sur les hormones sont bien trop chères et bien trop complexes et dans la pratique on ne les effectue pas.

L'absurdité d'une telle catégorisation peut être démontrée.

1. Il n'existe aucune méthode qui permette de déterminer la soi-disante "teneur en progestérone". Chez une femme, il n'est possible de mesurer les effets dus à la progestérone que par l'action qu'ils exercent sur la muqueuse utérine; les autres effets que cette hormone exerce sur l'organisme ne peuvent être déterminés que sur des animaux. C'est-à-dire que la teneur en progestérone ne se rapporte qu'à l'effet qu'elle exerce sur la muqueuse utérine.
2. Il n'est pas possible de comparer les quantités de progestérone à leur teneur. Le Norgestrel (une progestérone), par exemple, contient une dose de progestérone faible mais efficace, tout en étant, toutes proportions gardées, un produit à forte base de progestérone. C'est-à-dire que la publicité faite autour d'un produit faiblement dosé à la progestérone est sciemment trompeuse.
3. Il se trouve des progestérones qui ont en plus un effet pareil à l'oestrogène ou qui bloquent l'action des oestrogènes.

Avec une rigueur qui semble scientifique, on veut nous persuader que chaque femme peut avoir un type de pilules qui lui convient, pour peu qu'on fasse l'analyse hormonale qui convienne.

LA PILULE A UNE SEULE PHASE

On avale chaque jour (pendant 21 ou 22 jours) la même pilule avec une proportion déterminée d'oestrogène et de progestérone.

Avantages

Grande sécurité. Si 100 femmes prennent la pilule pendant une année, il n'y en aura qu'une seule au plus qui sera enceinte (taux d'échec environ 1 %).

Inconvénient

Atrophie de la muqueuse utérine, stérilité.

LA PILULE A DEUX PHASES

On prend une pilule à oestrogène pendant la première moitié du cycle et une pilule à oestrogène et progestérone combinées pendant la seconde moitié.

Grâce à cette combinaison, on pense pouvoir mieux adapter la pilule à l'équilibre hormonal naturel.

Avantage

Pas d'atrophie de la muqueuse utérine. Risque de stérilité plus rare (!) si on cesse de prendre cette pilule que pour celle à une phase.

Inconvénient

La dose d'oestrogène étant plus forte, le risque de thrombose en est accru. Sécurité moindre : si 100 femmes prennent la pilule pendant une année, il y en aura entre 1 et 4 qui seront enceintes (taux d'échec 1 - 4 ‰).

LA MINIPILULE

Du fait que les oestrogènes jouissent maintenant en général d'une fâcheuse réputation, puisqu'ils provoquent des effets secondaires graves, tels que les risques de thrombose, les atteintes au foie, etc., l'industrie pharmaceutique a lancé sur le marché une nouvelle préparation.

Laminipilule ne contient que des progestérones qu'il faut absorber de façon continue — sans pause. De ce fait, les règles sont supprimées. "Microlut" est une pilule qui n'intervient que de façon négligeable dans le cycle physiologique de la femme. L'ovulation n'est pas bloquée (Prospectus du produit fabriqué par Schering, République fédérale d'Allemagne). Pourtant, d'après une recherche datant de 1972, il a été établi que dans 20 à 40 ‰ des cas, l'ovulation ne se fait pas, c'est-à-dire que la minipilule agit également sur l'une des glandes qui permettent la maturation de l'ovule (l'hypothalamus).

De plus, la minipilule agit sur le mucus cervical (cervical = du col de l'utérus), en l'épaississant, ce qui bloque le passage du sperme.

Avantages

Tolérance meilleure, dépressions moins fréquentes (!), maux de tête et crampes au mollet moins fréquents; pas d'atteinte au foie.

Inconvénients

Sécurité moins bonne : l'indice de Pearl varie de 2 à 9.

Chez 20 à 40 ‰ des femmes, il se produit des pertes de sang au cours du cycle. Chez 3 à 8 ‰ des femmes qui cessent de la prendre, les règles ne reviennent pas.

De ces indications, il ressort que le développement de nouveaux moyens contraceptifs à base d'hormones ne signifie pas une amélioration de notre sort.

D'autre part, ces indications amènent à la conclusion que les femmes se sont habituées depuis longtemps à s'accommoder des effets secondaires.

L'argument publicitaire porte donc sur l'intensité réduite des effets secondaires : "La minipilule provoque moins de nausées, moins de maux de tête, moins d'œdèmes, moins de jambes douloureuses!" (!)

PREPARATION D'HORMONES A ACTION DURABLES

1. L'injection une fois par mois, ou tous les trois mois.
2. La pilule mensuelle
3. La pilule du lendemain
4. La capsule de silicone (implant sous-cutané)

1. LES INJECTIONS

Elles contiennent une progestérone et un oestrogène à longue durée. Les injections s'administrent soit tous les mois, soit tous les trois mois, par voie intra-musculaire.

L'usage de ces injections provoque des troubles dans les règles tellement importants que les publications pharmaceutiques vont jusqu'à parler de "menstruation chaotique".

En langage clair : lorsque le traitement par hormones est terminé, il s'écoule de nombreux mois avant que les règles ne reprennent à un rythme normal.

De plus, 3/4 de toutes les femmes qui ont suivi pendant une année le traitement des injections mensuelles demeurent stériles — 75 femmes sur 100.

Les médecins disent de ce type de contraception qu'il provoque de telles atteintes à la santé qu'il "n'est pas pour les Européennes, qui ne le supporteront pas !"

"Nous croyons malgré tout que ce genre de contraception est appelé à un avenir certain dans les pays en voie de développement. Si on parvient à développer une méthode d'injections tous les 6 mois, il sera dès lors possible de travailler de façon efficace et économique sur des groupes de populations analphabètes, fatalistes ou dotées d'un sens des responsabilités insuffisant." (G.A. Hauser, Medizinische Klinik 65, Nr 27, 1970).

2. LA PILULE MENSUELLE

La préparation qui a été l'objet du plus grand nombre de tests contient un oestrogène agissant pendant 3 à 4 semaines et une progestérone agissant pendant quelques jours. On prend cette pilule le 21ème jour après le début des règles.

Pendant les premiers mois, cette pilule n'est pas sûre. A partir du deuxième mois, le taux d'échec se situe entre 1 et 2 0/0. Les effets secondaires sont les mêmes que pour les autres pilules avec en plus des troubles des règles.

3. LA PILULE DU LENDEMAIN

a) La pilule à base d'oestrogène

On sait depuis 1966 que de fortes doses d'oestrogènes peuvent empêcher une grossesse après que la fécondation a eu lieu.

Il s'agit de prendre, au plus tard 48 heures après le rapport sexuel, pendant 5 jours 10 à 15 pilules de Progynon M quotidiennement ou, pendant 5 jours, également chaque jour, 60 à 100 pilules de Cyren B forte.

Des doses d'hormones aussi fortes provoquent nécessairement des nausées et des vomissements et le fabricant recommande de prendre en même temps un anti-

vomitif (c'est au moins une pilule qui ne fera pas grossir !)

Impossible de prouver l'efficacité de cette méthode par voie de statistique, car on ne peut pas prouver la présence d'une grossesse 48 heures après le rapport sexuel.

Les règles peuvent se faire attendre quelques jours.

Selon des renseignements émanant de la "Food and drug administration" américaine, une indication doit figurer sur l'emballage, qui enjoint d'interrompre la grossesse si cette méthode a échoué.

On a appris par la suite que le Cyren B forte entraîne des effets secondaires graves. Chez des filles dont les mères ont absorbé du Cyren B forte, on a constaté davantage de cancers des organes féminins.

b) La pilule à base de progestérol

Jusqu'à présent, on connaît des expériences avec des doses de progestérol de 0,8 mg de Quingestanol. Il faut avaler cette doses 24 heures après le rapport sexuel. On dit que le risque de grossesse est réduit pratiquement à zéro. Cette dose est trois fois plus forte que celle de la minipilule et comporte des effets secondaires moins importants. Mais il n'existe à ce jour aucune préparation dans le commerce.

4. LA CAPSULE DE SILICONE

C'est un produit qui contient des progestérols et qui s'implante la plupart du temps dans le creux du coude. Il est efficace pendant environ neuf mois.

Son efficacité correspond à celle de la minipilule.

On ne dispose pas de données statistiques sur le taux d'échec; ce qui est certain toutefois, c'est que ce n'est qu'après l'implantation de cinq capsules qu'on peut être sûr que la grossesse ne se produira pas.

Ce produit en est encore au stade des tests, naturellement pas en Europe.

"Alors qu'il semble très peu probable qu'un tel procédé puisse s'appliquer dans les pays hautement civilisés, son usage dans les pays du tiers monde présente certes des avantages." (Dr Hammerstein, gynécologue à la clinique de Berlin-Steglitz). On ne saurait être plus cynique face à des femmes sans défense, qui n'ont pas accès aux connaissances dont nous devons nous emparer.



Le stérilet

L'histoire du stérilet commence en Orient, où longtemps avant l'ère chrétienne, on a introduit des pierres dans l'utérus des chamelles qui devaient parcourir de longues distances à travers le désert, afin qu'elles ne tombent pas enceintes en chemin.

Sûrement qu'à cette époque, les femmes connaissaient ce moyen contraceptif, et qu'elles ont fait des essais avec les corps étrangers les plus divers. En Allemagne, on fit usage de stérilets dès 1870 environ. Les premiers modèles étaient principalement des tubes de caoutchouc qui avaient de graves effets secondaires entraînant souvent la mort. Les infections des organes génitaux qui se déclaraient couramment ne pouvaient guère être combattues avant la découverte des antibiotiques. La plupart des gynécologues les condamnaient cependant, non seulement pour ces raisons-ci, mais aussi parce qu'ils les considéraient comme des moyens abortifs.

En 1928, un médecin allemand nommé Gräfenberg mit au point un anneau, en or ou en argent, qui fut lancé sur le marché comme le premier stérilet. En raison d'accidents et d'effets secondaires graves, de l'attitude conservatrice des gynécologues et des lois contre la contraception au temps du fascisme, l'anneau de Gräfenberg fut interdit en 1937.

Ceci eut des conséquences dans le monde entier; la recherche en vue du perfectionnement du stérilet resta en veilleuse pendant 30 ans.

C'est seulement en 1959 que la discussion reprit, mais la recherche systématique ne fut poursuivie que par l'entremise du "Population Council" (1) de New-York.

En 1965, le Congrès américain décidait de donner une aide au développement (dans le cadre de l'action NOURRITURE POUR LA PAIX) qu'aux pays qui acceptaient de mettre sur pied un programme de "contrôle démographique". Ces programmes voulaient dire : essayer, à l'insu des femmes, de nouveaux moyens contraceptifs, les stériliser après leur accouchement ou leur avortement, poser des stérilets dans des cliniques ambulantes, sans contrôle médical ultérieur. On stérilise aussi des hommes en série en leur donnant un poste transistor en prime (comme en Inde par exemple).

LES CAMPAGNES EN FAVEUR DE LA CONTRACEPTION AU TIERS MONDE NE SONT RIEN D'AUTRE QU'UN GENOCIDE ORGANISE.

Aujourd'hui, à Porto-Rico, une femme sur trois a été stérilisée. En Bolivie, des "équipes médicales" ont stérilisé des centaines de femmes sans qu'elles le sachent (Nouvelles Féministes, décembre 74).

Récemment, des médecins nord-américains à la solde du Population Council ont testé un nouveau procédé de stérilisation sur des femmes du Guatemala de la

manière suivante : d'abord, on leur a injecté dans l'utérus une solution qui devait provoquer une inflammation des trompes afin de les bloquer. Quelques temps après, on leur a enlevé chirurgicalement l'utérus et les trompes dans le but d'examiner de près "l'ampleur des dégâts". Quarante-huit femmes "sélectionnées dans un dispensaire destiné aux classes laborieuses et pauvres" ont été traitées de la sorte. Ces femmes ne sauront jamais qu'une hystérectomie (le fait d'enlever l'utérus) n'était pas nécessaire à leur stérilisation. Cette expérience est relatée par l'Emerging Population Alternatives (USA).

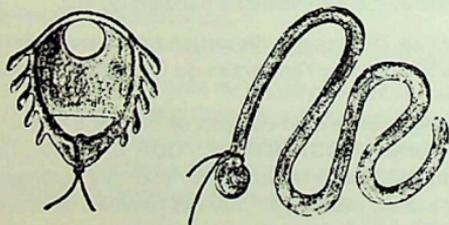
En 1960, le POPULATION COUNCIL ENTREPREND DES RECHERCHES IMPORTANTES POUR LA PROPAGATION DES STÉRILETS, et la machine se met en marche.

Aujourd'hui, 10 à 15 millions de femmes environ portent un stérilet dont 1 à 2 millions aux Etats-Unis, les autres principalement en Inde, au Pakistan, en Corée du Sud et à Taiwan.

Entretemps, il est sorti plus de 60 modèles de stérilets, dont 12 à 20 sont sur le marché. Pour la plupart, le nom qu'ils portent met nettement en lumière la manière dont les chercheurs et les fabricants considèrent les femmes : ils s'appellent PAPILLON, COMETE, ANGE-GARDIEN...

Les modèles récents, utilisés de 1959 à 1964 sont en matière synthétique souple et sont munis de deux fils de nylon que l'on peut voir et sentir au fond du vagin. Ils contiennent souvent un produit de contraste afin d'être visibles aux rayons X.

Les stérilets les plus connus étaient les spirales (Lippes Loop-S) (dessin) et les "cerfs-volants" (Dalcon Shield).



On remarque qu'après 2 ou 3 ans, des dépôts calcaires altèrent la matière synthétique, et rendaient la surface du stérilet rugueuse, ce qui provoquait des hémorragies. C'est pourquoi on a ajouté une certaine quantité de silicone à la matière synthétique. Il s'est avéré que cette altération diminuait le taux de rejet et de grossesse. L'effet du silicone sur le dépôt de calcaire est encore inconnu.

Les stérilets en matière synthétique ont en général les avantages suivants sur les premiers modèles fermés en or, en argent ou en métal inoxydable :

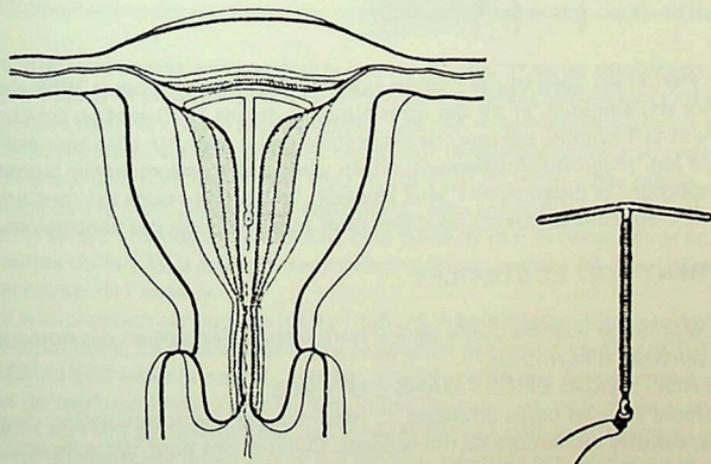
1. La matière synthétique est bien supportée par la muqueuse
2. Le stérilet peut être introduit à l'aide d'un tube de plastique sans anesthésie
3. Grâce aux fils de nylon, on peut vérifier si le stérilet est encore en place. La femme peut voir les fils si elle s'examine au speculum, mais peut aussi les sen-

tir au toucher. Le médecin les voit lors de l'examen gynécologique.

Tous ces stérilets ont le même inconvénient : l'utérus doit s'adapter à la forme et à la grosseur du stérilet.

La paroi de l'utérus se dilate quand on porte un stérilet, et pour réagir à la dilatation, l'utérus se contracte pour expulser ce corps étranger.

Il fallait donc trouver un stérilet qui s'adapte à la cavité utérine et non le contraire. Pour ce faire, on partit des constatations suivantes : quand l'utérus est vide, ses parois sont séparées l'une de l'autre par une fine pellicule de sécrétions. Il n'y a pas de cavité à proprement parler. La fente extra-mince se transforme en cavité pendant la grossesse, ou lorsque les parois de la matrice sont séparées l'une de l'autre par un corps étranger (par exemple un stérilet). La grosseur de la cavité dépend de l'élasticité des tissus. La tension des muscles change constamment, et par là, la forme de la "cavité"; lorsque le tissu musculaire se resserre, elle se rétrécit de partout; lorsqu'il se détend, elle prend la forme d'un T. On posa comme hypothèse que cette forme persistait même quand le tissu musculaire se contracte beaucoup et on mit au point un stérilet en forme de T, puisque le T semblait se rapprocher le plus de la forme naturelle de la cavité utérine.



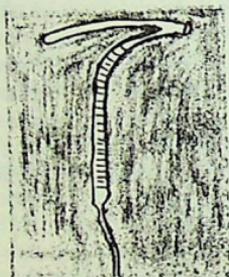
En 1967, on expérimenta ce modèle cliniquement. Les premiers tests montrèrent que le T ne provoquait que le cinquième des troubles que l'on constatait avec la spirale et que le taux d'expulsion diminuait de moitié.

Par des tests faits sur des rats à la même époque, on constata que le cuivre métallique était un moyen contraceptif parfait.

On eut alors l'idée d'utiliser le T, non plus comme moyen contraceptif en soi, mais comme porteur d'une substance contraceptive. C'est à cette déduction que l'on doit les derniers modèles de stérilets.

En 1967 on fit les premiers tests cliniques du T en cuivre (sur qui... on ne le dit pas). On enroule un fil de cuivre autour du support du T. Le taux d'échec s'est abaissé.

Un modèle est à l'essai sous l'appellation T-cuivre 200 (200 mm² de cuivre), ainsi que T-cuivre 220 (220 mm² de cuivre). Il existe un autre stérilet en forme de 7 qui est aussi entouré de cuivre; il est appelé le "Gravigard". A Genève, c'est ce modèle qui est plutôt utilisé. A part ça, on fait des essais avec des modèles en forme de T, entourés de cuivre et de zinc. Le taux d'échec serait presque nul, grâce à ce mélange.



GRAVIGARD

Le stérilet est aussi utilisé comme porteur d'hormones. Depuis 1968 des tests faits sur des animaux, et sur des êtres humains depuis 1970 sont en cours, avec la spirale et le T comme porteurs de progestérone. La quantité d'hormones livrée chaque jour n'agit que localement, dit-on, c'est-à-dire seulement sur la muqueuse, en empêchant la nidation de l'oeuf fécondé. Le peu de textes existant sur ce sujet sont trop contradictoires pour que nous puissions tirer des conclusions.

COMMENT AGIT LE STERILET

Le stérilet ne modifie pas le taux d'hormones, à l'exception des nouveaux modèles porteurs d'hormones.

IL AGIT LOCALEMENT DANS L'UTERUS

Comme tous les corps étrangers, le stérilet cause une accumulation de globules blancs, cellules de défense de notre corps. Celles-ci ont pour tâche de nous défendre contre les corps étrangers (les bactéries par exemple) en les "engloutissant". Les globules blancs engloutissent donc les spermatozoïdes et les éventuelles cellules fécondées. Cette accumulation de globules blancs due à la présence du stérilet, est appelée "inflammation locale non spécifique".

En Californie, un médecin a constaté que CETTE ACCUMULATION LOCALE DE GLOBULES BLANCS NE SE FAISAIT PAS LORSQUE POUR RAISON DE MALADIE ON PREND DES ANTIBIOTIQUES. Cette constatation a été rapportée par les deux Américaines de la clinique Self-Help de Los Angeles qui sont venues à Genève en octobre 1973.

D'autres facteurs jouant un rôle dans l'action du stérilet ne sont pas encore tout à fait élucidés. La transformation de la muqueuse utérine qui empêche la nidation de l'oeuf fécondé en est un des plus importants.

Les chercheurs en sont encore aux suppositions quant à l'effet du cuivre, et s'appuient sur l'expérience clinique pour dire que le cuivre est spermicide, c'est-à-dire détruit le sperme.

Pour l'instant, on sait que, comparativement aux autres stérilets, le stérilet en cuivre abaisse le taux d'expulsion ou d'échec. Comment, on ne le sait pas encore. De même, on ne sait pas quelle quantité de cuivre reste dans le corps et quels sont les effets du cuivre à long terme (60 microgrammes de cuivre se dissolvent chaque jour; en guise de comparaison, la nourriture en apporte 2000 à 2500 microgrammes par jour). Les stérilets avec du cuivre doivent être changés tous les 2 ans, car le cuivre est entièrement dissous.

LES EFFETS SECONDAIRES

Les plus fréquents sont les saignements qui vont de la petite perte de sang jusqu'à l'hémorragie entre les règles, des crampes du ventre et des douleurs dans le dos.

Ces effets accompagnent en général la pose du stérilet ou se produisent immédiatement après et peuvent diminuer avec le temps. Des douleurs peuvent être ressenties également lors d'un rapport sexuel. Les règles sont en général plus fortes souvent plus douloureuses et peuvent durer plus longtemps que d'habitude. LA PERTE DE SANG EST DONC UN PEU PLUS FORTE. Pour cette raison, il est important que le médecin fasse un contrôle du sang (taux d'hémoglobine). Si la teneur du sang en hémoglobine devient trop basse, il faut la rééquilibrer en prenant entre autres du fer. Mais souvent des médecins prescrivent du fer sans même chercher les causes de l'anémie.

Une complication sérieuse peut être l'infection bactérienne générale des organes reproducteurs. Le plus souvent, elle se produit pendant LES DEUX PREMIÈRES SEMAINES après la pose du stérilet. Elle peut être due à un manque de précaution du médecin (mauvaise stérilisation des instruments, erreurs de manipulation). Elle survient également chez des femmes qui ont déjà une infection chronique ou un ancien foyer infectieux mal guéri (par exemple une ancienne chaudière — gonorrhée). La plupart des cas peuvent être traités aux antibiotiques, ce qui risque donc d'annuler l'effet du stérilet. Certaines sont assez graves pour que le stérilet doive être enlevé.

PERFORATION

C'est lors de la pose du stérilet que le danger de perforation de l'utérus est le plus grand; ensuite il est quasi nul. C'est pourquoi nous ne devrions aller que chez des médecins expérimentés (Mais leur expérience vient d'où sinon de l'hôpital où ils se sont exercés sur des femmes ?)

CANCER

Pour le moment, il n'existe encore aucun indice permettant de supposer que le stérilet favorise le développement du cancer.

CONTRE-INDICATIONS

Quand ne faut-il pas poser de stérilet ?

- Lors d'infections aiguës, chroniques ou mal guéries des organes génitaux
- Lors d'hémorragies d'origine indéterminée
- Lors d'un cancer de l'utérus ou du col de l'utérus
- Lorsqu'on soupçonne une grossesse
- Lors de fibromes utérins (kystes)
- Lors de maladies cardiaques, congénitales ou non
- Lors d'un diabète.

Les femmes souffrant d'une maladie cardiaque doivent particulièrement éviter toute occasion d'infection qui aggraverait leur état cardiaque. Les diabétiques sont plus sensibles aux infections que les autres personnes et les infections leur sont plus néfastes.

EXPULSION

La fréquence d'expulsion varie selon les modèles de stérilets. Si le stérilet est expulsé ceci arrive le plus fréquemment durant la première année et surtout les trois premiers mois. Il est inhabituel qu'un stérilet soit expulsé après une année. Pas toujours, mais très souvent, il est expulsé pendant les règles. C'est pourquoi il faut vérifier, en tout cas chaque mois après les règles, si les fils de nylon sont encore là. Les femmes plus jeunes sans enfants ou ayant eu un à deux enfants sont plus susceptibles d'expulser le stérilet que les femmes plus âgées avec plusieurs enfants.

LE TAUX D'ECHEC

Parmi les moyens mécaniques, le stérilet est le plus sûr.

Stérilet avec du cuivre : taux d'échec de 0,8 à 1,5 %

Stérilet sans cuivre : taux d'échec allant jusqu'à 5 %

(Sur 100 femmes portant le stérilet pendant un an).

GROSSESSES NORMALES

Si une femme est enceinte malgré qu'elle porte le stérilet et qu'elle veut garder l'enfant, se pose la question s'il faut enlever le stérilet ou non, et si le fait de l'enlever peut provoquer une fausse-couche.

Il ressort d'une étude du "Population Council" faite sur 722 femmes enceintes portant un stérilet que celui-ci empêche manifestement le cours normal de la grossesse. Mais le fait de l'ôter n'entraîne pas nécessairement une fausse-couche !

LA POSE DU STERILET

Pour commencer, il faut exiger un examen gynécologique complet (voir p. 33).

Des frottis pour le contrôle cytologique (cancer) et pour détecter d'éventuelles maladies vénériennes (gonorrhée) doivent être faits, ainsi qu'un examen de la teneur du sang en hémoglobine. La pose des stérilets flexibles en matière synthétique est assez simple, et assez ou peu douloureuse suivant les personnes. Pour les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, le T-cuivre et le 7-cuivre (le gravigard) conviennent mieux.

Le stérilet est mis dans un petit tube introducteur que l'on enfle dans le col de l'utérus jusqu'à la base de la cavité utérine. Par une pression sur l'introducteur, le stérilet est poussé dans la cavité utérine, où il reprend sa forme (en zig-zag, en T, en 7...). L'introducteur est alors enlevé, laissant pendre par le col de l'utérus dans la partie supérieure du vagin deux petits fils de nylon reliés au stérilet. On peut apercevoir ces fils quand on se regarde à l'aide du speculum (auto-examen). Ces fils ne sont pas gênants quand on fait l'amour.

Le stérilet se pose de préférence pendant les règles, le col de l'utérus étant à ce moment-là plus ouvert. t

Après un accouchement ou un avortement, il est préférable d'attendre quelques semaines (jusqu'aux prochaines règles en tout cas) avant de faire poser le stérilet. L'utérus étant très mou, le danger de perforation est alors plus grand. En plus, le risque d'expulsion est alors plus élevé.

Des douleurs ressemblant aux crampes des règles peuvent se produire les premières heures, les premiers jours (ou les premières semaines...) après la pose du stérilet.

COMMENT ENLEVER LE STERILET ?

Les stérilets comportant des fils sont faciles à enlever. Le médecin le retire doucement par les fils.

LE STERILET ET LES FEMMES DU TIERS MONDE

Le stérilet est bon marché (coût à la fabrication : 10 cts !), simple et vite posé. Ce sont des arguments déterminants dans les campagnes de masse gouvernementales ou impérialistes en vue de contenir la "fertilité excessive". Dans certaines cliniques indiennes, les femmes ont à peine le temps de monter sur la table d'examen que le stérilet est déjà posé.

Nous avons vu que le stérilet doit être posé par une personne expérimentée et que chaque femme qui porte un stérilet doit rester absolument sous contrôle médical. Mais les cliniques ambulantes qui parcourent les pays du tiers monde, disparaissent à l'horizon dès que la quantité voulue de stérilets a été posée. Les femmes n'ont alors personne à qui s'adresser lorsque des effets secondaires ou des complications graves se déclarent. La panique éclate alors dans les villages; dans le jargon médical, cela s'appelle une "panne".

(1) Le Population Council fut fondé en 1952 par John D. Rockefeller III avec l'aide des Fondations Ford et Carnegie ainsi que l'appui de la Banque mondiale. Il est devenu une institution puissante qui met au point des programmes de recherche et des campagnes pour le contrôle des naissances, principalement dans les pays du tiers monde.

La stérilisation

Selon les cas, la stérilisation peut s'avérer être la méthode la plus appropriée de toutes les méthodes existantes. Mais souvent, elle est un acte de désespoir. Si la femme a déjà beaucoup d'enfants, elle décide de se faire stériliser pour avoir la paix. Souvent, aussi, on propose aux femmes de les stériliser après un avortement. Elles sont alors si épuisées physiquement et psychiquement qu'elles donnent leur consentement.

En Suisse, il faut avoir trente ans, avoir déjà plusieurs enfants, et, si l'on est mariée, avoir l'autorisation du mari.

LA STERILISATION DE LA FEMME

Il existe différentes méthodes :

1. La méthode la plus ancienne, qui consiste à ouvrir le ventre par une petite incision de 3 cm environ et de ligaturer les trompes. Cette intervention nécessite 8 à 10 jours d'hospitalisation.
2. La laparoscopie : on fait deux petites incisions dans le ventre; l'une pour y placer le laparoscope (sorte de microscope ou de loupe), l'autre pour placer une sonde dont l'extrémité est munie d'une sorte de pince avec laquelle on cautérise électriquement environ 3 cm de trompes. S'il n'y a pas de complications, la femme peut rentrer chez elle le jour même.
3. Une méthode semblable à la précédente, consistant à cautériser les trompes, est pratiquée en passant par le vagin et en pratiquant une petite incision dans la paroi interne du vagin. Cette intervention ne nécessite qu'une anesthésie locale.
4. La méthode la plus récente est la suivante : pour mieux voir on injecte un gaz (l'oxyde de carbone) dans le vagin, puis on introduit une sonde électrique jusque dans les trompes et on cautérise celles-ci. Cette intervention ne dure que quelques minutes sous anesthésie locale. La femme peut rentrer chez elle une heure plus tard.

LA STERILISATION DE L'HOMME

Certains hommes décident de se faire stériliser, soit pour prendre en charge le problème de la contraception, dans le cadre d'un couple, soit parce qu'ils affirment catégoriquement ne pas vouloir d'enfants.

On procède par vasectomie, c'est-à-dire qu'on coupe 1 cm environ du canal déférent et qu'on en ligature les extrémités. On confond souvent vasectomie et castration. Bien que la stérilité provoquée par l'intervention soit le plus souvent irréversible (cela dépend de l'habileté du chirurgien qui pratique l'intervention), l'opération ne modifie pas la sécrétion des hormones masculines, ni n'arrête la forma-

tion des spermatozoïdes dans les testicules. Mais ces derniers n'arrivent plus dans le liquide séminal et ne sortent donc pas au moment de l'éjaculation. Ils se décomposent dans les testicules.

La stérilisation peut entraîner toute une série d'effets secondaires, physiques et psychiques :

- Toute anesthésie générale comporte un risque. Souvent, une anesthésie locale suffirait, mais la plupart des médecins préfèrent opérer sous anesthésie générale parce que c'est plus simple pour eux.
- On risque des adhérences post-opératoires à la suite des incisions pratiquées dans le ventre.
- En cauterisant les trompes, on risque de toucher, donc de brûler d'autres organes, par exemple les intestins.
- La stérilisation est souvent ressentie par l'homme comme un sacrifice qu'il fait pour sa femme. La femme peut alors se sentir coupable.
- La stérilisation de l'homme suppose une relation de couple continue. Si la femme décide d'avoir d'autres relations sexuelles, le problème de la contraception se pose de nouveau pour elle.

La revendication "Que les hommes se fassent stériliser!" nous semble fausse. La stérilisation est une intervention dans un corps sain. De même qu'on reconnaît qu'une contraception médicamenteuse est nuisible, de même cette altération du corps est à refuser dans un but contraceptif. Il ne s'agit pas à long terme de revendiquer le partage d'une contraception nuisible, mais de lutter pour une contraception qui nous convienne.

L'usage qui a été fait de la stérilisation dans les pays du tiers monde en particulier, est scandaleux. Voir à ce propos l'histoire du stérilet.

D'autre part, dans une revue médicale allemande, on indique comme moyen contraceptif le plus sûr l'ablation totale de l'utérus, rien que ça ! ...

Crèmes, sprays, gelées

Ces crèmes, suppositoires, comprimés vaginaux ou sprays doivent être introduits dans le vagin un certain temps avant le rapport sexuel. Ils sont censés tuer ou immobiliser les spermatozoïdes, c'est-à-dire les empêcher de remonter dans les trompes. Les prospectus promettent souvent une sécurité de 100 %, mais il est prouvé que ces moyens ne sont pas sûrs.

Méthode des températures

La température du corps humain est d'environ 47 degrés centigrades. Mais elle varie souvent au cours d'une même journée. Chez la femme, cette température est légèrement plus basse pendant la première moitié du cycle, et elle monte après l'ovulation. Il est donc possible de déterminer le moment de l'ovulation. Toutefois, les variations ne portent que sur quelques dixièmes de degré, c'est pourquoi les mesures doivent être faites avec exactitude. S'il y a doute, il vaut mieux vérifier en reprenant la température que de s'en tenir à un chiffre inexact.

Il faut prendre sa température chaque matin, avant le lever, à la même heure, en laissant le thermomètre 7 minutes au moins dans le rectum.

Le chiffre lu sur le thermomètre est reporté sur un graphique. Lorsque la température s'élève, sans raison décelable, il est vraisemblable que cette élévation indique la rupture du follicule, surtout si c'est au milieu du cycle. Très souvent, on observe une légère baisse de la température le jour précédent l'élévation. Si la température reste élevée jusqu'aux règles, on peut affirmer que l'ovulation a eu lieu. (cf figure). Dans ce cas, on n'est sûre de ne plus être féconde que 2 jours après la hausse de température.

Pour appliquer cette méthode, il faut aussi tenir compte des jours d'indisposition ou de maladie qui peuvent faire monter la température, des émotions, voyages, etc... qui peuvent aussi avoir une influence sur la température du corps.

Cette méthode permet aussi de voir si l'ovulation se produit ou pas, ce dont on devrait s'assurer avant de prendre un moyen contraceptif quelconque.

Méthode Ogino

C'est la seule méthode acceptée par l'Eglise, car elle a en fait pour but initial (comme la précédente d'ailleurs) de déterminer quels sont les jours féconds d'une femme. Ces jours sont donc les jours où il faut prendre des précautions si on ne veut pas d'enfant. C'est donc, en fait, une méthode contraceptive. Cette méthode ne peut s'appliquer que dans la mesure où le cycle est absolument régulier, mais même à cette condition, elle n'est pas sûre.

On part du fait que l'ovulation a lieu entre le 12^{ème} et le 14^{ème} jour avant les règles, que l'ovule féminin n'est fécondable que pendant 24 heures et que les spermatozoïdes masculins vivent pendant 48 heures. Il peut y avoir fécondation seulement si le rapport sexuel a lieu juste après l'ovulation — pendant que l'ovule est encore vivant —, ou s'il a lieu juste avant l'ovulation et qu'un spermatozoïde encore vivant se trouve sur le chemin de l'ovule au moment de l'ovulation.

On établit un calendrier du cycle pendant un certain temps (plusieurs mois) avant d'appliquer cette méthode. A l'aide de ce calendrier, on prend le cycle le plus long et le cycle le plus court. On déduit 17 jours du cycle le plus court et 13 jours du cycle le plus long. L'intervalle entre les deux chiffres obtenus couvre la période pendant laquelle on est féconde.

Par exemple :

Le cycle le plus court : 24 jours moins 17 = **7 jours.**

Le cycle le plus long : 31 jours moins 13 = 18 jours

Ce qui veut dire qu'entre le 7^{ème} et le 18^{ème} jour, cette femme est susceptible d'être féconde et qu'elle doit prendre des précautions.

Cette méthode est à déconseiller, car elle n'est pas sûre. En effet, en dehors des erreurs de calcul qui peuvent arriver, l'ovulation peut se faire à un autre moment que prévu. elle peut même se faire pendant les règles. D'autre part, avec cette méthode, on voit qu'il faut prendre des précautions pendant 15 jours.

Coït interrompu

Avec cette méthode, le rapport sexuel est interrompu avant l'éjaculation de l'homme. L'homme retire son pénis du vagin de la femme et doit veiller à ce qu'il n'y ait pas de liquide séminal sur les parties extérieures des organes génitaux de la femme, car de là, les spermatozoïdes peuvent quand même remonter à travers le vagin et l'utérus jusqu'à l'ovule. Des femmes vierges se sont retrouvées enceintes : la pénétration n'est donc pas absolument une condition. De plus, les spermatozoïdes peuvent déjà être sécrétés avant l'éjaculation. En outre, le succès de cette méthode dépend uniquement de la capacité qu'a l'homme de se retenir. Tous les hommes ne peuvent pas ou ne veulent pas interrompre le rapport juste avant l'éjaculation, même s'ils ont promis avant de "faire attention".

Capote anglaise

(ou préservatif ou condom)

La capote anglaise est un fourreau de caoutchouc souple et fin, qui recouvre le pénis en érection. Elle se met juste avant la pénétration. Son efficacité est accrue si elle est utilisée avec une crème spermicide. L'efficacité est de 93 à 96 %.

Cette méthode a certains inconvénients :

- Elle risque de glisser lors du rapport sexuel ou d'éclater si on fait des mouvements trop grands. En se retirant, l'homme doit retenir la capote afin que le liquide séminal ne se répande pas dans le vagin.
- Le contact direct ne se faisant pas (la pellicule de caoutchouc est toujours entre le pénis et les parois du vagin), la sensibilité est moins grande pour l'homme.

Beaucoup d'hommes ont un préjugé contre la capote, parce qu'il faut la sortir de son emballage, la mettre, ce qui interrompt le rapport sexuel. Mais ceci n'est pas seulement un défaut de la capote. D'un homme qui refuse de mettre une capote pour ces raisons, on ne peut guère attendre de solidarité, que ce soit dans le domaine de la contraception ou dans d'autres domaines.

La capote a plusieurs avantages : elle n'est pas nuisible à la santé, n'a pas d'effets secondaires et est relativement sûre, si elle est employée correctement. On peut acheter des capotes dans les drogueries et les pharmacies.

Diaphragme

Le diaphragme est un petit chapeau de caoutchouc qui se place au fond du vagin et qui recouvre le col de l'utérus. Il empêche ainsi les spermatozoïdes d'y pénétrer.

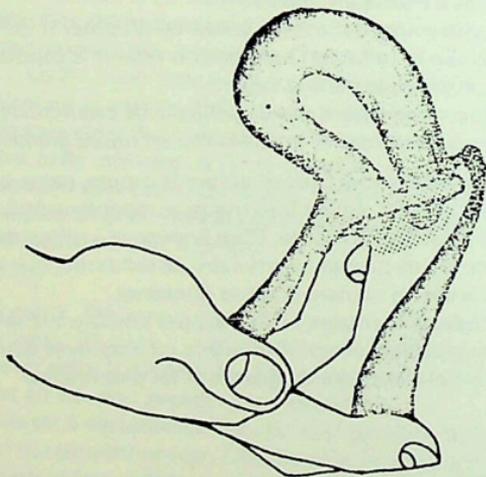
Le médecin doit prescrire un diaphragme adapté à la grosseur du col de l'utérus. Tous les deux ans, ainsi qu'après un accouchement ou un avortement, il faut faire vérifier s'il est toujours de la bonne grandeur. Il faut se faire expliquer avec précision comment il faut le mettre et si possible essayer soi-même en demandant au médecin ou à une autre personne de vérifier s'il est bien mis. Le diaphragme doit être toujours employé conjointement à une crème spermicide. On étale la crème à l'intérieur du diaphragme, et, pour plus de sécurité, on peut en mettre un peu dans le vagin à l'aide d'un petit appareil introducteur qui se vend avec la crème. La crème garde une efficacité pendant environ 2 heures ou, selon les produits, le temps indiqué sur le mode d'emploi. Si on a plusieurs rapports à la suite, il vaut mieux remettre un peu de crème dans le vagin. Le diaphragme ne doit pas être mis

en place plus de 2h. avant le rapport sexuel, et doit être laissé en place au moins 8h. après la dernière éjaculation. Il ne doit en aucun cas rester plus de 24h dans le vagin, car cela risque de causer des infections.

Comme le préservatif masculin, le diaphragme peut se déplacer car les parois vaginales s'élargissent pendant le rapport sexuel.

De temps en temps, il faut vérifier si le caoutchouc n'est pas abîmé: pour cela on peut le remplir d'eau ou le tenir à contre-jours.

L'efficacité du diaphragme, employé avec une bonne crème spermicide et correctement employé, est bonne (95 à 98 %).



la pose du diaphragme



PERSPECTIVES

CONTACTEZ-NOUS A LA SORTIE, CONTACTEZ-NOUS A LA SORTIE, CONTACTEZ-NOUS A LA

ABOLITION IMMEDIATE DE LA COMMISSION ET DES EXPERTS !

Nous sommes un groupe de femmes de Genève qui luttons pour la liberté et la gratuité de l'avortement.

Depuis trois ans, nous accompagnons les femmes qui font appel à nous chez les médecins et à cette commission de préexpertise. Nous avons appris à quémander des autorisations d'avorter (ce qu'il faut dire et ne pas dire ...). Nous nous sommes battues sur les prix, sur les conditions d'avortement. Aujourd'hui, nous voulons faire éclater au grand jour le scandale de cette commission. Pour nous, ses principales fonctions sont:

- de nous humilier
- de nous "interdire" d'avorter, et par là
- de fournir de la clientèle aux trafiquants d'avortement illégaux hors de prix.

Tout le monde sait que lorsque nous avons décidé d'avorter - souvent malgré notre désir d'avoir un enfant, parce que les conditions de vie ne nous le permettent pas - ce ne sont pas des "experts" qui vont nous faire changer d'avis.

Jeudi, les Chambres fédérales à Berne vont se prononcer sur la question de l'avortement. Nous pensons que c'est le moment de montrer par une action collective que nous sommes résolues à nous battre, quel que soit le résultat du vote; le moment de dénoncer toutes les institutions de contrôle et de répression des femmes dont cette commission à laquelle vous êtes contraintes de vous soumettre, est la plus révoltante et la plus hypocrite.

AUJOURD'HUI NOUS PROPOSONS A TOUTES LES FEMMES QUI SE FONT REFUSER PAR LA COMMISSION DE FAIRE AVEC NOUS UN RECOURS COLLECTIF

- * Si ce recours échouait, nous avons une solution légale de rechange à vous proposer collectivement (voyage organisé par nous dans un pays plus accueillant, solidarité au niveau financier).
- * Nous sommes à la disposition de celles qui ont reçu une réponse positive pour discuter du choix du médecin, méthode d'avortement, prix, etc.

A TOUTES LES FEMMES QUI SOUTIENNENT NOTRE ACTION

Rendez-vous tous les jours de cette semaine de 19 à 21 h.
Maison des Jeunes, rue du Temple : recueil de témoignages
(livre noir sur la médecine et les femmes en préparation)

CONTACTEZ-NOUS A LA SORTIE, CONTACTEZ-NOUS A LA SORTIE, CONTACTEZ-NOUS A LA

Mars 1975

Table des matières

I Avortement

Introduction: Pourquoi une nouvelle brochure?	p. 1
Nos luttes sur l'avortement.....	p. 3
L'avortement- un crime.	p.8
Comment avorter à Genève.	p.10
Les méthodes d'avortement.	p.13
Les projets du conseil fédéral.	p.18

II Contraception-Sexualité-Autonomie des femmes

Sexualité-autonomie des femmes	p.25
Notre anatomie.	p.30
Le cycle menstruel	p.31
L'examen gynécologique	p.33
La pilule	p.41
Le stérilet	p.50
La stérilisation	p.57
Crèmes, sprays, gelées	p.58

<i>Méthode des températures</i>	p. 59
<i>Méthode Ogino</i>	p. 61
<i>Coït interrompu</i>	p. 61
<i>Capote anglaise</i>	p. 62
<i>Diaphragme</i>	p. 62
<i>Perspectives</i>	p. 64

BON

POUR

un avortement

ONU

PAYÉ PAR L'

DANS LE CADRE DE

l'année de la femme

◆◆◆◆ le secretaire general : ◆◆◆◆