

# contacts



N° 142-143  
Mai 1974  
20<sup>e</sup> année

*Le débat sur la décriminalisation de l'avortement*

## **LEVER LE VERROU**

# Avortement et contraception

Dr Robert Dreyfuss

Il n'y a que deux choses : la science et l'opinion. La première fait qu'on sait ; la seconde qu'on ignore.  
Hippocrate (*Aphorismes*).

*Le débat public au sujet de la décriminalisation de l'avortement s'est jusqu'ici développé surtout sur le plan moral. Les faits avancés par les partisans de l'initiative<sup>1</sup> ont mis en évidence les injustices, les détresses et les dangers auxquels sont exposées les femmes du fait de la loi.*

*Ils se heurtent à des positions de principe où le respect inconditionnel de la vie fœtale prime le souci d'une qualité de vie fondée sur la conscience et la dignité.*

<sup>1</sup> Voir *Contacts* No 139-140, mai 1973 : « Décriminaliser l'avortement. »

*Dialogue de sourds qui masque d'autres oppositions. A ce stade de la controverse les arguments rationnels sont trop au service d'a priori émotionnels pour éviter l'affrontement des opinions, même étayées par des faits. Or, aucun fait n'a de force par sa seule évidence : pour donner prise à l'action, il ne suffit pas de constater, il faut comprendre.*

*Il est généralement admis, même par les moins libéraux, que la meilleure prévention de l'avortement est une contraception fondée sur le sens des responsabilités.*

## Tarif des abonnements

1 an . . . . .	Fr. 6.—
Abonnement d'ami . . . . .	Fr. 8.—
Abonnement de soutien . . . . .	Fr. 15.—
Le numéro . . . . .	Fr. 1.50

CCP 10 - 184 65, Lausanne

## Sommaire

Dr Robert Dreyfuss : Avortement et contraception, p. 2.

Contacts : Hommage à Géa Augsburg, p. 4.

Dr P.-A. Gloor : Attitudes conservatrices et ultrarévolutionnaires, p. 5.

Anne Gottraux : La sexualité des jeunes : problèmes de contraception, p. 7.

Anne-Catherine Menétray : Les limites de l'éducation sexuelle, p. 10.

Christopher Tietze : Expériences faites avec l'interruption légale de la grossesse aux Etats-Unis, p. 14.

L'inégalité devant la loi, p. 19.

Michel Buenzod : Décriminaliser l'avortement, c'est dire oui à la vie, p. 19.

## CONTACTS

Rédaction et administration :  
1002 Lausanne - Case Ville 574

### Comité de rédaction :

Françoise Berthoud, Michel Buenzod, Jeanlouis Cornuz, Robert Dreyfuss, Anne-Catherine Menétray, Philippe Rochat

Tirage de ce numéro : 6000 exemplaires.

### Qu'est-ce que « Contacts » ?

Selon ses statuts (art. 2), *Contacts* s'est donné pour tâche de promouvoir ou de défendre des actions capables de favoriser, en Suisse, le développement de la démocratie et du progrès social et l'affermissement de la paix.

*Contacts* est indépendant sur le plan politique et s'efforce de grouper sur des objectifs concrets communs des hommes et des femmes d'horizons politiques et sociaux différents.

Quelles sont les conditions favorables d'une telle prévention ?

Sur la base d'observations faites en Suisse et à l'étranger, la plupart des spécialistes pensent que la décriminalisation de l'avortement au profit d'une approche médico-sociale du problème crée les conditions d'un choix plus conscient vis-à-vis de la grossesse et du contrôle des naissances. La culpabilité et l'angoisse au contraire favorisent les comportements clandestins et la recherche de solutions désespérées, au détriment des valeurs d'autonomie, de maturité et de confiance sur lesquelles est fondée l'action du planning familial.

Le médecin-juge est inévitablement ressenti comme juge plus qu'en médecin : la contraception qu'il préconise devient suspecte d'être une contrainte d'une autre sorte et à ce titre elle sera refusée dans des formes et sous des prétextes divers : intolérance physique ou psychique et oubliés avec les échecs inévitables que cela implique.

Mais la contraception n'est-elle pas toujours, dans une certaine mesure, une contrainte et un renoncement ? Renoncement au désir d'enfant dont les racines plongent dans les profondeurs de l'inconscient et qui peut compromettre des efforts de contraception sincères mais superficiels ; renoncement au plaisir sexuel spontané, non contrôlé, sans souci des conséquences.

A l'encontre du censeur, un interlocuteur neutre et bienveillant devrait-il donc admettre le principe d'une réalisation spontanée des désirs (jusqu'où ?) sans se préoccuper de favoriser leur élaboration et leur expression harmonieuse ? Personne ne le croit et là encore tout le monde est d'accord : on ne saurait être libre tout seul, toute liberté est un compromis, etc.

Mais puisqu'il faut contrôler la pulsion sexuelle, au nom de quoi, pour qui ces sacrifices contre nature ? Au nom de la loi, pour le juge, le médecin ? Ou pour le couple, pour l'enfant désiré, pour les autres ? C'est-à-dire pour soi-même.

Les travaux des sexologues montrent combien est profond et ambivalent le désir d'engendrer, quelles peurs irrationnelles sont à l'œuvre sous le couvert de nos conduites raisonnables et comment elles peuvent conduire à des grossesses non désirées et à des récidives d'avortement que rien apparemment ne peut expliquer, que ni les bons conseils ni les menaces ne peuvent conjurer. Toutes les peurs se confondent et profilèrent dans l'ombre, liguées contre les efforts

du moi pour échapper à ses fatalités. Œuvrer en faveur du contrôle des naissances, c'est lutter contre toutes les angoisses psycho-sexuelles.

La responsabilité, comme la liberté sur laquelle elle se fonde, est indivisible.

Nos adversaires le pensent aussi, mais ils ont une mauvaise opinion des femmes, plus encore que des hommes : un climat libéral ne diminuerait pas le nombre des avortements clandestins et leurs complications. « L'avortement libre » deviendrait une solution de facilité au détriment de la contraception qui demande un effort conscient.

Telle n'est nullement la conclusion du Dr Ch. Tietze, dont nous avons entre autres le privilège de publier les observations faites après l'application de la nouvelle loi aux USA<sup>2</sup>. « L'avortement libre » n'est qu'un fantasme cruel qui révèle une volonté profonde de ne rien changer aux contraintes qui peuvent faire de la grossesse — et non de son interruption — un problème grave. Comme si les femmes choisissaient d'avorter pour le plaisir (ou à cause du plaisir, pour expier ?). L'avortement devient liberté seulement si la grossesse est un piège et un moyen d'asservissement.

De telles opinions sont évidemment incompatibles avec le combat pour une autre liberté, qui serait de ne plus s'exposer à avorter. Mais pour cela il faut savoir pourquoi une grossesse peut être à la fois désirée et vécue comme inacceptable, comment les contraintes de la nécessité ont provoqué une défaillance de la libre décision du moi. Bref, chercher à connaître les causes d'un handicap qu'aucune loi ne peut soulager.

Il n'y a pas si longtemps que certaines maladies cessent peu à peu d'être marqués du sceau de la honte, de l'effroi et du châtement. Aucun progrès dans leur traitement et leur prévention n'est résulté d'autre chose que d'une recherche patiente de leurs causes, le seul mal que reconnaisse l'esprit scientifique étant celui d'une souffrance due à l'ignorance.

Les chercheurs scientifiques ont mis en lumière l'extrême complexité des fonctions psycho-sexuelles et leur étroite dépendance du milieu socio-culturel. L'évaluation des indications à une interruption de grossesse pose de difficiles problèmes médico-sociaux dont la solution postule en tout premier lieu le droit de la femme de prendre elle-même la moins mauvaise décision.

<sup>2</sup> Loi qui autorise sans autre l'interruption médicale pendant le premier trimestre de la grossesse. En Suisse, solution dite du délai.

*Le devoir de la société est de créer les conditions nécessaires pour transformer ce choix du moindre mal en celui de vivre une sexualité heureuse. Pour cela il faut, comme on l'a dit, lever le verrou de la loi, multiplier les centres de planning, intensifier l'éducation sexuelle. Mais sans un changement profond du statut économique et social dans le sens d'une complète égalité de droits des deux sexes, ces mesures n'atteindraient qu'imparfaitement leur objectif.*

*L'évolution qui a marqué le passage des pratiques d'infanticide à l'avortement criminel puis à l'interruption de grossesse pour aboutir à la contraception a suivi le progrès de l'émancipation féminine et de la science en dépit des interdits et des résistances.*

*Le mouvement qui laisse derrière lui les lois dépassées comme autant de monuments anachroniques et l'état des connaissances actuelles permettent d'escompter de nouveaux progrès sur cette voie.*

#### Bibliographie

*Etudes de Planning familial*, vol. 3, No 6, décembre 1972. « Programme commun d'étude de l'avortement » par le Dr Chr. Tietze et Sarah Lewit (publié par The Population Council).

*Etudes de Planning familial*, No 53, novembre 1970. « L'avortement, autorisé ou refusé : méthodes de recherche » (par The Population Council).

*Etudes de Planning familial*, vol. 2, No 10, avril 1972. « La législation sur l'avortement : l'expérience roumaine » (par The Population Council).

*Attitudes féminines devant la Prévention des Naissances*, par le Dr P.-A. Gloor, privat-docent, 1968 (Editions Doinderen & Cie, place de l'Odéon 8, Paris Vie).

*Sexualité et Gynécologie psychosomatique*, par le professeur Willy Pasini, 1974 (Editions Masson & Cie, boulevard Saint-Germain 120, Paris).

*Désir d'Enfant et Contraception*, par le professeur Willy Pasini, 1974 (Editions Casterman).

*Probleme des legalen Aborts in der Schweiz*, par le professeur Dr Heinrich Stamm (Verlag Ars Medici-Lüdin AG, Liestal).

*Bulletins de Démographie et de Planning familial*, No 12, juin 1973. « Conclusions de la recherche sur le planning familial », par John A. Ross, Adrienne Germain, Jacqueline E. Forrest et Jeroen Van Ginneken (publiés par The Population Council).

*L'interruption de la grossesse dans le cadre du planning familial*. Interpellation de Me Favre (Congrès Pl. f. s., 22-23 février 1974, Berne).

*Avortement et Interruption de Grossesse en Suisse*, par le Dr P.-A. Gloor, privat-docent.

## HOMMAGE A GEA AUGSBOURG

Géa Augsburg est mort au commencement de cette année. Il était gravement atteint dans sa santé depuis longtemps.

En 1954, il fut parmi les fondateurs de *Contacts*. C'est lui qui avait trouvé le titre de notre revue, et ce n'est pas un hasard : s'il n'était pas homme de parti, il était « homme de gauche » dans le sens le plus large du terme. Il avait cette faculté de contacts, ce besoin de relations qui lui faisait toujours souhaiter le rassemblement du plus grand nombre pour la défense des causes qu'il estimait justes.

Il collabora à *Contacts* pendant près de quinze ans, tant que ses forces le lui permirent, donnant numéro après numéro des dessins de première page que, au début, il gravait lui-même, directement sur lino.

Son désintéressement était total et un jour, avec son tempérament toujours prêt à l'indignation, il s'emporta contre un collaborateur occasionnel qui, à la suite d'un malentendu, s'était imaginé recevoir quelques sous pour son article. Il est vrai qu'en vingt ans ce fut là le seul collaborateur de *Contacts* qui ait jamais été rétribué.

Géa suivait aussi, régulièrement, les séances du Comité de rédaction et participait activement aux discussions, car ses dessins étaient presque toujours liés au sens de la lutte. Toute l'équipe de *Contacts*, tous ses lecteurs et ses amis restent reconnaissants à un homme qui, tout naturellement, défendait, avec son grand talent, la cause des hommes.

*Contacts*.

En 1968, nous avons publié, sous le titre « *Contacts pour la paix* », une plaquette des meilleurs dessins de Géa Augsburg parus dans *Contacts*.

Il en reste quelques exemplaires que nos lecteurs pourront nous commander au prix de Fr. 10.— (ou davantage). La somme ainsi réunie sera versée au Comité d'aide au Vietnam.

# Attitudes conservatrices et ultra-révolutionnaires

Dr P.-A. Gloor, privat-docent

*Je dis : non ! La vie n'a pas à être ainsi raisonnée. Un enfant, il faut que ça vienne n'importe quand, n'importe où et n'importe comment dans un couple. Il faut que ça y mette la joie ou la pagaille. Il faut même que ça dérange, figurez-vous, et que ça ouvre les brèches que l'amour, sollicité, colmatera s'il le peut.*

Jean Cau  
(Paris-Match, 1295, 2 mars 1974, p. 12).

*Non seulement son individualité génétique est bien certainement établie, nous l'avons déjà vu, mais chose difficilement croyable, ce minuscule embryon au sixième ou septième jour de sa vie, avec tout juste un millimètre et demi de taille hors tout, est déjà capable de présider à son propre destin.*

Professeur J. Lejeune  
(Médecine de France, 247, p. 12, Perrin, Paris 1973).

## La peur

Celles et ceux qui ont paisiblement mené leur vie sentimentale et sexuelle, et qui n'ont jamais ressenti d'angoisse devant la perspective ou l'annonce confirmée d'une grossesse, *n'ont pas besoin de lire cet article*. Les autres, s'ils rassemblent leurs souvenirs, reconnaîtront des émotions intenses, compliquées : d'une part la joie, la fierté, un élan d'amour pour le partenaire ou le conjoint ; d'autre part du souci, de la culpabilité, une anticipation de l'avenir, même de l'hostilité envers l'autre membre du couple. Ces émois sont souvent si marqués qu'ils déclenchent un *refoulement inconscient*, mécanisme psychologique de protection qui peut nous mettre à l'abri, mais nous empêche alors de reconnaître la tension et d'y réfléchir.

De même que les relations sexuelles, la question des enfants échappe largement à notre appréciation individuelle, bien que nous voulions fièrement affirmer qu'il s'agit de « nos affaires ». Dès l'enfance, parents, éducateurs, hommes de loi, gouvernement, religion nous pressent et nous orientent vers une conduite « convenable », appréciée, et combattent certains comportements qui pourraient troubler la vie sociale. Pour le moment, la plupart d'entre nous sont au fond mal préparés à juger *personnellement* de ces questions et préfèrent suivre des « normes », des « coutumes », des « habitudes » qui protègent et rassurent, du moins dans l'apparence.

Vu la grande variété des caractères, les façons de lutter contre la peur de la sexualité, et de maîtriser les émotions liées à la paternité et à la maternité, sont nombreuses. Il est pourtant pos-

sible de décrire deux conduites extrêmes et opposées, entre lesquelles la plupart d'entre nous hésitent.

## Les attitudes conservatrices

Le premier comportement extrême consiste à se convertir profondément à la doctrine des anciens, des parents, des éducateurs, à respecter le pouvoir et la hiérarchie, en devenant sévère pour soi-même et souvent encore davantage pour autrui, surtout dans le domaine sexuel. Ces sujets sont au fond pessimistes quant à leur liberté et à leur possibilité de se contrôler. Méfiants devant la jeunesse et les nouveautés, ils parlent souvent de décadence, de disparition des valeurs, et manifestent alors des émotions soit dépressives, soit agressives. Ils peuvent exprimer l'espoir d'un redressement de la morale privée et publique par la loi et l'intervention des autorités, religieuses et civiles.

Nous les voyons souvent à l'œuvre de nos jours : hostilité contre les homosexuels, réclamation d'une lutte énergique contre la pornographie et la drogue, par renforcement de la douane, de la police et de la censure. La « révolution » sexuelle les irrite, et cent soixante mille d'entre eux ont signé la pétition « Oui à la vie », qui exige le maintien et le renforcement du Code pénal actuel en ce qui concerne l'avortement et l'interruption de grossesse. Ce qui semble signifier que ces personnes s'interdisent, pour elles-mêmes et pour leurs proches, le recours à ces pratiques (ce qui est compréhensible et même louable), mais aussi qu'elles sont décidées à l'interdire dans la me-

sure du possible à autrui (ce qui est contestable). Le planning familial et l'éducation sexuelle scolaire font souvent l'objet de leur surveillance, pas toujours bienveillante, dans le but de maintenir l'activité des gens qui s'en occupent dans les limites du « convenable », car l'accusation de « pervertir la jeunesse » peut toujours servir.

### Les attitudes ultra-révolutionnaires

Ceux qui travaillent à une profonde réforme de nos mœurs et de nos lois dans le domaine de la sexualité, notamment de la décriminalisation de l'avortement, peuvent-ils espérer un soutien de la part de mouvements très divers, de classement difficile, dont le but est d'attaquer franchement les fondations de l'édifice social ? Chez les ultra-révolutionnaires, la tendance normale et utile des adolescents et jeunes adultes de mettre en doute les motivations, les buts et le genre de vie de la génération précédente est alors surchauffée. Il y a refus passionné des valeurs d'autrefois, transmises par une éducation sévèrement jugée comme aliénante. Dans le domaine sexuel, on peut alors constater des conduites de provocation : affichage de relations préconjugales ou extraconjugales, refus du mariage. Un programme comme l'« avortement libre et gratuit » est risqué, car il repose sur la supposition que l'interruption de grossesse, surtout depuis l'apparition des méthodes d'aspiration sous vide, est inoffensive pour la santé somatique et psychique, ce qui n'est malheureusement pas exact dans tous les cas. On peut se demander jusqu'à quel point de telles actions sont utiles ou nuisibles. Si les révoltes, de motivations très diverses, des jeunes gens constituent une force motrice puissante pour pousser au progrès, à une diminution des injustices ou même à des réformes profondes de structure de la société, des méthodes trop provocantes exacerbent la résistance épouvantée des esprits conservateurs. Dans ce domaine, le courage de prendre position ne suffit pas, et vouloir bousculer les craintes et les réticences peut aboutir à l'échec ou même à des mouvements de réaction, politiquement dangereux, et dont il n'y a que trop d'exemples.<sup>1</sup>

### Traits communs

Au risque de chagriner les uns comme les autres, je dirai ici que les citoyens et citoyennes d'opinion extrême se rejoignent dans une certaine défiance, ou horreur, du contrôle réfléchi de leur vie instinctive. Les uns, conservateurs, ne croient au fond pas à cette possibilité, et demandent, pour leur propre sécurité, d'être guidés et contrôlés. Les autres, révoltés en principe contre toute autorité, et contre toute réglementation, ne veulent en établir aucune même s'ils le décident

librement. Les deux groupes ont des traits impulsifs ; les premiers par alarme et mise en défense automatique contre des dangers, les autres par impatience et par désir que tout change tout de suite.

### Conclusions

Nous ne savons pas encore si, au cours de cette année 1974, les Chambres fédérales présenteront un contreprojet acceptable, sous forme de la solution « du délai », le libre choix du médecin étant assuré ; dans le cas contraire, il y aurait maintien de l'initiative pour la décriminalisation de l'avortement et votation fédérale.

Dans la perspective d'une campagne politique, les citoyens d'esprit conservateur ne manqueront pas d'être actifs ; leur présence en nombre dans la hiérarchie sociale, politique, administrative, judiciaire leur assure des avantages. L'appui d'éléments ultra-révolutionnaires est vraisemblablement assuré, bien qu'il soit malaisé de les convaincre de s'abstenir de déclarations outrancières.

Nous devons avant tout alerter la conscience de nombreux citoyens et citoyennes embarrassés par la complexité du problème et sa gravité, mécontents de la situation actuelle mais incertains des solutions. La très grande majorité des Suisses adultes des deux sexes a été confrontée avec la situation douloureuse de l'avortement ou de l'interruption de grossesse, qui se compte par dizaines de milliers chaque année, alors que le public croit facilement que tel cas individuel est au fond rare et isolé. Il convient de montrer que l'éducation sexuelle scolaire, le planning familial, la diminution des pressions pénales dans le domaine de l'interruption de grossesse, constituent *un tout cohérent*, et qu'il est contradictoire d'être compréhensif et soucieux de progrès dans l'un des domaines et d'adopter une attitude négative dans l'autre.

Les discussions qui durent bientôt depuis trois ans constituent un test pour le peuple suisse, avec apparition de positions individuelles extrêmes qui n'apparaissaient pas, ou peu souvent, au cours des luttes politiques habituelles. Souhaitons que cette mise en demeure de prendre position puisse aboutir à un changement positif de nos lois, pour une attitude plus avertie et plus consciente, et le respect dû à nos enfants *avant* leur conception déjà.

<sup>1</sup> Le psychanalyste et politicien communiste W. Reich l'a appris à ses dépens : il a été exclu du parti et renié par les psychanalystes. Son ouvrage sur *La Psychologie de Masse du Fascisme* (Payot, Paris 1972) contient à ce sujet des explications et démonstrations utiles. Il nous avertit que les structures psychologiques et les opinions exprimées ne coïncident pas toujours, et les partis « de gauche » n'ont que trop souffert de la présence dans leurs rangs d'esprits parfaitement conservateurs.

# La sexualité des jeunes:

## problèmes de contraception

Anne Gottraux

### En quête d'un statut social

Le début de la vie sexuelle a toujours représenté un des acquis de puissance, d'autonomie, d'indépendance, d'accès au rôle et aux fonctions d'adulte. Jusqu'à nos dernières générations, la jeune fille n'avait de véritable statut social que par le mariage où officiellement sa virginité disparaissait tandis que son identité s'installait à travers celle de son mari. En revanche, il était admis que le garçon s'affirme et s'impose dans son rôle masculin par des expériences sexuelles avant le mariage déjà.

Les civilisations primitives de leur côté avaient résolu le problème du statut social par les rites de passage ou d'initiation à travers lesquels des droits et des privilèges étaient accordés — y compris le plus souvent l'exercice de la sexualité — à tous les individus d'un âge donné et à cet égard nul ne pouvait progresser plus rapidement que les autres. La maîtrise de la douleur ou de la difficulté lors de ces rites était le signe que l'adolescent était admis au rang d'adulte et d'égal dans la tribu. Un autre exemple encore : dans notre civilisation occidentale, au Moyen Age, les périodes de préparation étaient télescopées et on commençait très tôt la vie d'homme ou de femme dans les classes les moins favorisées dès qu'un jeune pouvait effectuer les mêmes travaux qu'un adulte, souvent déjà à 13 ou 14 ans ; la transition des classes d'âge était supprimée.

En ce qui concerne notre époque moderne, il n'existe ni rite, ni télescopage de classes ; notre société impose à l'adolescent une lente acquisition du statut d'adulte, plus lente encore à l'heure actuelle par l'allongement du processus de formation. Cette lente acquisition de la socialisation se double souvent encore d'une très grande variabilité d'un milieu à l'autre ou même dans le

même milieu, d'un secteur à l'autre de l'existence, créant par là des ambiguïtés et des discordances tant pour le même individu que pour l'ensemble du groupe de jeunes du même âge : « La maturité économique, sexuelle, professionnelle, politique, etc., n'est pas acquise en même temps — ni pour lui, ni pour les autres — si bien que le jeune a de la peine à se percevoir de manière cohérente et unitaire et que, d'autre part, la société ne sait pas quel regard porter sur un rejeton aussi contradictoire ! »

Ces contradictions sont essentiellement issues de cette même société qui vit ses propres ambiguïtés, à savoir : mouvance des valeurs et des normes, vraies et fausses contraintes de la vie sociale et professionnelle au nom desquelles on attend des jeunes tantôt obéissance, soumission et acceptation, tantôt initiatives, création, responsabilités. Les appels positifs à l'épanouissement dans un domaine sont bloqués dans un autre.

Cette ambiguïté tant du côté adolescents que société (famille, mass media, autorités politiques, religieuses, etc.) trouve parfois un semblant d'issue dans le phénomène appelé « la culture des pairs », c'est-à-dire les normes sociales du groupe dans lequel vit l'adolescent : sa classe, son milieu d'apprentissage, les bandes, les groupements, les communautés, etc. Le groupe a des lois internes, des schémas et exerce parfois une influence considérable sur l'adolescent en l'aidant à trouver des éléments de référence soit de socialisation, soit de marginalité.

La sexualité est imbriquée dans cette recherche de socialisation ; il semble même qu'elle soit actuellement l'un des secteurs les plus accessibles aux jeunes, puisqu'elle n'est pas tributaire, comme la majorité civique, d'un âge précis ou comme l'indépendance économique de la fin de la formation professionnelle. Cela expliquerait, en

partie, la précocité actuelle de la vie sexuelle et affective chez les jeunes. A ce sujet, un sondage dans notre consultation de planning familial permet de constater qu'en 1973 le 80,1 % des consultants sont célibataires (77 % en 1972). D'une année à l'autre également, le taux le plus représentatif en ce qui concerne l'âge se situe plus précocement.

En 1972 :	En 1973 :
3,7 % ont 16 ans	7,4 % ont 16 ans
12,1 % ont 17 ans	12,0 % ont 17 ans
12,4 % ont 18 ans	13,2 % ont 18 ans
13,2 % ont 19 ans	8,6 % ont 19 ans
13,5 % ont 20 ans	9,1 % ont 20 ans
11,3 % ont 21 ans	7,9 % ont 21 ans
8,3 % ont 22 ans	6,9 % ont 22 ans
etc.	etc.

Cette clientèle, représentative d'une classe de la population, nous permet d'approcher quelques aspects de la sexualité à l'adolescence ou d'une manière plus extensive parmi la jeunesse.

#### Motivations et démarche contraceptive

En prenant rendez-vous à l'une des consultations de planning familial, l'adolescent seul ou en couple vient demander une information contraceptive et la prescription d'une méthode adaptée à son mode affectif et son style de vie. Derrière cette première motivation très précise s'en cache une autre, et de loin certainement la plus importante, qui est le besoin très profond, en général mal explicité mais qui transparait cependant d'être reconnu « officiellement » dans le début de sa vie sexuelle, reconnu aussi et par là comme adulte en devenir.

Cette reconnaissance leur est donnée par le simple fait que leur demande est reçue, acceptée et reconnue comme valable pour eux ; bien qu'il ne nous appartienne pas d'entrer dans leur choix, l'importance et la valeur de leur vie relationnelle peuvent également être discutées ; mais le principe fondamental d'accepter la démarche d'un jeune — et notamment celle de la jeune fille particulièrement difficile lorsqu'elle n'a jamais eu de visite gynécologique — comme un acte autonome et responsable, ce principe est un élément important de références pour lui.

#### Contre-attitudes à ces motivations

A ce propos, il est important d'ouvrir une parenthèse sur la difficulté qu'a l'adulte à se situer face à cette demande. Il est certain que le comportement affectif et sexuel des jeunes peut ébranler le schéma qu'a l'adulte de sa propre vie

sexuelle, comme s'il y avait une peur sous-jacente d'être relégué sexuellement, une génération en chassant l'autre. Pierre Henry parle de cette réaction inconsciente destinée à préserver les privilèges acquis : « Le sexologue sait d'expérience que dans l'attitude de l'adulte qui interdit au jeune d'accéder à l'exercice sexuel figure, parmi d'autres éléments constitutifs, l'inconscient désir de conserver le privilège sexuel. » On peut également se demander s'il n'y a pas chez l'adulte un certain regret de ne plus pouvoir vivre sa sexualité un peu comme l'adolescent la vit, d'une manière spontanée, souvent sans programmation et sans contrainte, dans l'immédiat, dans le présent. Ce regret profond comme la peur d'être relégué pourrait être la source de la tension agressive et de l'attitude encore défensive, face à la sexualité et à la contraception des jeunes, empêchant par là tout dialogue, toute approche véritable, et expliquant la difficulté d'accepter l'adolescent à son stade d'existence précis, dont l'expérience est une valeur en soi, ayant son évolution au même titre que le devenir adulte qui reste toujours lui aussi en évolution.

#### Vécu affectif et sexuel et problèmes d'intégration

La signification donnée aux premières relations par le jeune couple va se heurter parfois à des schémas culturels et éthiques différents. La grande partie des jeunes filles ou des jeunes couples reçus au planning commencent leur vie sexuelle en dehors de toute perspective d'engagement, même le plus souvent sans aucune projection dans l'avenir de leur lien amoureux. Le désir de vivre à deux un lien plus profond s'inscrit dans un projet précis : celui de mieux se connaître à travers le plaisir d'un échange, d'un langage. On ne fait pas l'amour dans l'idée d'un don définitif ou d'une appartenance totale comme à la veille d'une vie conjugale, on le fait pour découvrir l'autre, au seuil d'un lien temporaire, mais pris au sérieux, dans le moment présent et sur la base d'un passé commun parfois très bref. Le début des premières relations a été l'objet d'un choix à deux à travers un dialogue spontané où les deux ont exprimé leur désir, avec néanmoins la notion féminine prédominante que la sexualité du garçon s'imposait davantage et plus rapidement que la sienne. Mais cette recherche de plaisir dans un échange amoureux va parfois à l'encontre des lois éducatives et morales intégrées ; les entraves et les contraintes intérieures existent malgré toute la liberté acquise. Autrefois, on transgressait l'interdit parental en silence et avec une culpabilité consciente évidente. Aujourd'hui, les jeunes transgressent ouvertement en parlant librement entre eux de leurs premières expériences ; le tabou sexuel est en voie



de disparition ; mais si le choix et l'acceptation de la vie sexuelle par les intéressés sont évidents, si elle est même valorisée et encouragée par le groupe des « pairs » auquel ils appartiennent, elle n'est certainement pas immédiatement assimilée dans sa double fonction dès le départ.

Il est frappant de constater que, en 1972, 88 % des jeunes venant au planning familial ont déjà commencé leurs relations depuis quelques semaines, quelques mois, voire une année ou davantage même, avant de demander une bonne contraception. Dans 52 % des cas, les relations sexuelles ont débuté avec les méthodes « naturelles » comportant le risque d'échec que l'on connaît et qu'ils connaissent... 12 % des cas sans aucune méthode et parfaitement conscients de ce risque important. L'éducation en classe, redéfinie continuellement dans ses objectifs, se situe de plus en plus au niveau de l'adolescent, faisant passer, en plus d'une réflexion en groupe, une information dont ils se souviennent en général. Cette période transitoire et dangereuse existe malgré tout entre le début des premières relations sans ou avec une mini-protection et la démarche dans un planning.

Entre autres éléments qui retardent cette démarche, tels que l'idéalisation de l'amour, sans entrave et sans programmation d'une contraception, goût du risque, certitude absolue de réussir là où les autres échouent, etc., figure également et particulièrement pour la jeune fille la difficulté d'assimiler la double fonction de la sexualité, qui est à la fois fonction de plaisir, de relation à l'autre, de communication et fonction de reproduction. Il ressort des idées exprimées que les relations sexuelles avec la méthode Ogino sont rassurantes parce qu'il ne s'agit que d'une fois, même si cette fois est régulièrement répétée, rassurante face à l'image du plaisir — qui se confond parfois dans l'esprit de l'adolescente avec celle de « relations faciles » — mais angoissantes malgré tout face à une grossesse qui n'est pas du moins consciemment désirée. Accepter la pilule, ou tout autre moyen sûr, c'est accepter pour un certain temps d'écarter la fonction de reproduction et de choisir consciemment l'aspect de la sexualité qui est l'échange amoureux, l'élan érotique où se retrouvent le plaisir et la tendresse. C'est cette décision qui est la plus difficile à prendre, même parfois chez certaines femmes mariées. Voici un exemple parmi beaucoup d'autres : une élève d'une école professionnelle, 18 ans, connaît son ami depuis une année ; relations sexuelles avec le coït interrompu et Ogino depuis neuf mois ; elle déclare avoir utilisé ces méthodes parce qu'elle n'avait pas entendu parler plus tôt des centres de planning et n'avait pas d'adresses de gynécologues. Dans la suite de l'entretien, elle dit : « Chaque fois qu'on faisait

l'amour, je me disais que ce serait la dernière fois... je ne comprends pas comment j'ai attendu si longtemps avant de me décider... » Or, cette jeune fille n'exprimait aucun regret d'avoir commencé sa vie sexuelle, mais se trouvait momentanément insécurisée et incapable d'assumer l'idée même de la contraception ; ses parents n'étaient pas au courant.

Le même problème, mais en situation d'échec, est celui de la grossesse non désirée et de la demande d'interruption qui souvent fait suite. Lors des premières relations sexuelles, le désir d'enfant s'installe parfois et très en arrière-plan avec la conscience d'une maternité possible, résultat de cette double fonction de la sexualité qui s'impose subitement ; il s'agit parfois chez certaines jeunes filles d'un désir bien compréhensible d'avoir, lors de leur visite gynécologique, l'assurance de leur fertilité et de leur bonne conformité. Le désir d'enfant peut se concevoir d'ailleurs comme l'expression plus ou moins équilibrée et adéquate d'une recherche d'identité féminine et maternelle ; elle peut même trouver sa réalisation chez des très jeunes mères qui attendent leurs 18 ans pour se marier. Mais la grossesse peut également être attendue, tout à fait inconsciemment, comme l'entrave souhaitée à la sexualité, source de plaisir, redoutée et culpabilisante, comme l'entrave à d'autres réalisations également.

Une demande d'interruption de grossesse est l'occasion d'être chez des jeunes un point de départ vers une recherche et une découverte, tout à la fois de leur mode relationnel que ce soit d'autonomie, de dépendance, de rivalité, de culpabilité ou autre, vis-à-vis de leurs parents, entre eux deux ; c'est aussi l'occasion pour eux de donner une signification à leur vie sexuelle. Entre la première entrevue en état de catastrophe et deux à trois mois plus tard, tout un cheminement s'est fait dans le sens d'une plus grande maturité. Le regret de « l'idée » de maternité qui fait suite parfois à l'interruption, comme d'autres sentiments vis-à-vis de l'entourage ont pu s'exprimer et être canalisés. Si l'interruption de grossesse est l'aspect négatif de la régulation des naissances, elle n'est pas moins le résultat d'une difficulté psychologique momentanée qui a besoin d'être résolue ; il s'agit là d'une action éducative à long terme visant à favoriser un comportement plus dégagé et libéré de certaines entraves à la contraception.

Il est clair que cette problématique n'est pas et de loin l'exclusivité des jeunes mais il est d'une importance primordiale de l'approcher dès le début de la vie sexuelle. C'est alors qu'une prévention, aussi bien à l'égard de l'avortement que des troubles de la sexualité, révélera toute son utilité.

# Les limites de l'éducation sexuelle

Anne-Catherine Menétrey

Notre époque est contradictoire. En même temps que s'étale à la devanture des cinémas des affiches grosses comme ça pour annoncer tel ou tel film érotico-pornographique, en même temps que se répand, même sous forme de catalogue publicitaire tous ménages, une information sexuelle ouverte accompagnée de propositions de gadgets auxiliaires, parallèlement, la « misère sexuelle » de la population, pour reprendre le terme de W. Reich, apparaît partout, dans le besoin même de tels films, dans les névroses des adultes, dans les angoisses, les échecs scolaires des enfants et des adolescents, dans la fréquence des divorces et le nombre des avortements. A partir de là, on peut faire l'hypothèse que si l'information sexuelle existe, l'éducation sexuelle, elle, se heurte à des résistances et risque de manquer ses buts.

Par où attraper le problème ? Par quel bout le prendre ? Par l'éducation des enfants, des adultes, mesures préventives ? Par la libéralisation de l'avortement, mesure réparatrice ?

## La pilule obligatoire : une solution miracle ?

Le bon sens voudrait qu'on commence par le commencement, soit par l'information et l'éducation sexuelle des enfants, puis par la diffusion des méthodes contraceptives. Vouloir, comme il en est question maintenant, lever d'abord les interdictions qui pèsent sur l'avortement, n'est-ce pas réduire les chances du planning familial ? N'est-ce pas saboter l'éducation sexuelle et autoriser la pratique débridée de la sexualité, en prolongeant l'illusion que l'amour peut être n'importe quoi si ses conséquences sont toujours réparables ?

A vrai dire, la question qui se pose nous paraît être de savoir si les trois aspects : éducation

sexuelle, contraception, interruption de grossesse peuvent être dissociés. Une éducation bien faite rendrait-elle inutile une loi plus libérale sur l'avortement ? Distribuer dans les écoles la pilule contre les enfants non voulus, comme on distribue le fluor contre les caries, est-ce prévenir efficacement, et finalement à bon marché, le drame des grossesses imprévues ? Notre réponse est non, car notre propos n'est pas pour l'instant de partir sur l'aile du réformisme ou de la technologie avancée vers la société idéale qui ne connaîtrait plus de « ratés », mais de voir ici et maintenant quelles sont les limites de l'éducation sexuelle, celles que lui impose notre organisation politique, économique et sociale qui voudrait en faire un instrument de protection de ses valeurs traditionnelles — le mariage, la famille et la morale bourgeoise — celles qui relèvent de la psychologie individuelle et des résistances plus ou moins conscientes que le public lui oppose.

## De l'information subie à l'éducation partagée

Nous avons fait plus haut la distinction entre l'information et l'éducation sexuelle. Elle est importante. Pour les écoliers, le livre de sciences naturelles contient une information sur les processus de la reproduction. Or, on est frappé de voir combien peu souvent les élèves considèrent un manuel scolaire, donc l'information qu'il contient, comme un instrument qui leur appartient en propre et qui leur apporte par lui-même quelque chose. L'accès à la connaissance, ainsi que le maniement d'un tel instrument passe par les parents à qui on veut faire plaisir ou par le détour d'un maître avec qui se sont instaurées des relations affectives complexes. En dehors de cela, l'information n'est souvent tout simplement pas reçue. En revanche, l'éducation peut se définir comme l'intégration de l'information dans une

élaboration personnelle réfléchie résultant d'une réelle communication avec les éducateurs.

Voyons maintenant quelles sont les tendances actuelles en matière de programmes d'éducation sexuelle.

### **Les limites de la peur**

Tout d'abord, il faut bien constater que même en ce qui concerne l'information, la richesse est beaucoup moins grande qu'il n'y paraît. L'information sexuelle dans les écoles n'en est qu'à ses balbutiements : partielle, épisodique, non généralisée. Quant à l'information donnée aux adultes, elle manque des moyens d'atteindre certaines couches sociales, peut-être justement celles qui en auraient le plus besoin.

Pour savoir ce qui se fait dans le canton de Vaud, nous nous heurtons à une difficulté importante due au décalage probablement révélateur entre ce que font réellement ou ce que veulent faire les responsables du Centre Pro Familia et les buts des autorités politiques ou la manière qu'elles ont d'en parler. Si l'on se réfère simplement à la présentation qui fut faite à plusieurs reprises de ces programmes devant le Grand Conseil, on a l'impression que tout se passe comme si la bourgeoisie avait conscience de manier une espèce de dynamite et cherchait à désamorcer les pétards. Pour cela, on prétend se limiter à une optique résolument scientifique et technique, faire appel essentiellement à des spécialistes « neutres », sans risque d'implications affectives non contrôlables, maintenir un lien exclusif entre sexualité et reproduction de l'espèce au détriment de tout autre besoin sexuel lié à l'affectivité, enfin intégrer ce type d'éducation dans un cadre scolaire institutionnel dont le caractère autoritaire et répressif a souvent été dénoncé. A ce titre, il est intéressant de citer l'intervention de M<sup>me</sup> Merz au Grand Conseil (14 février 1967) qui prétend parler au nom de Pro Familia : « Nous avons envisagé quatre étapes ou plus exactement divisé la jeunesse en quatre groupes. Le premier comprend les classes enfantines et notre action consiste plutôt en conseils éducatifs donnés aux parents. La deuxième tranche comprend les enfants d'âge scolaire jusqu'à la puberté qui reçoivent des leçons d'anatomie simple données par des maîtres de sciences. Les adolescents de 15 à 16 ans sont initiés par un médecin aux questions physiologiques. On envisage en quatrième étape de toucher ceux qui sont en dernière année de gymnase ou terminent

leur apprentissage en les mettant en face de leurs responsabilités et en leur faisant comprendre la nécessité de respecter la vie. » Révélatrice est aussi cette déclaration de M. Pradervand, conseiller d'Etat, répondant à une interpellation sur l'éducation sexuelle dans les écoles : « Les animateurs sont des personnes étrangères à la classe : ni enseignants du même établissement, ni médecins connus des familles. Ainsi pour ces six heures offertes au cours de la scolarité, un climat d'objectivité permet un dialogue sans réticences sur tous les problèmes qui angoissent les enfants et les adolescents ; une information franche peut alors être reçue et entendue. » (BGC, 27 novembre 1972.)

Quelque déformantes que puissent être ces descriptions, elles ne nous font pas moins percevoir les dimensions du problème.

### **Une curiosité plus affective que scientifique**

Notons tout d'abord la limitation du programme à six heures en tout et pour tout dans la scolarité. C'est dérisoire. On remarquera ensuite cette division tout de même arbitraire de la « clientèle » en tranches, selon des critères qui n'ont peut-être pas grand-chose à voir avec les préoccupations intimes de chacun. Le programme semble axé surtout sur la procréation. N'est-ce pas une tendance à nier qu'il existe d'autres besoins sexuels infantiles ? Le petit enfant ou l'écolier « jusqu'à 15-16 ans » font souvent montre d'une curiosité intense sur l'origine des enfants, mais cette curiosité n'est qu'apparemment intellectuelle ; elle recouvre probablement d'autres interrogations et ne saurait se satisfaire de « leçons d'anatomie simples données par des maîtres de sciences. » Freud et les psychanalystes ont bien montré l'existence d'une sexualité infantile qui n'est pas d'abord génitale, mais qui détermine une recherche de satisfactions sur lesquelles porte aussi l'éducation. Ils ont montré par exemple aussi que beaucoup d'adolescents passent par une phase d'homosexualité vis-à-vis de laquelle il est important que l'adulte ait une attitude qui ne soit ni craintive, ni moralisante ou répressive. Ce n'est donc sûrement pas d'abord de connaître les « circuits » qui préoccupe l'élève, mais bien plutôt de savoir ce que papa et maman font quand ils sont ensemble, si c'est si grave que cela de se masturber, si c'est permis de faire l'amour ou comment on peut se procurer des contraceptifs. Négliger ces aspects, dont le

retentissement émotionnel est intense, peut fausser la conception que le futur adulte se fera d'une vie sexuelle heureuse et libre, par l'interdit dont semble dès cet instant frappée toute recherche de jouissance en dehors du but de reproduction ; et cela risque de jouer un rôle dans l'acceptation ou le refus de la contraception.

### **Le drapeau de la morale**

Plus que d'une connaissance, l'élève ou la personne à éduquer n'est-il pas à la recherche d'un modèle de sexualité adulte assumée ? Sortir ce sujet-là du reste du programme à traiter, en famille, en classe, c'est une certaine manière de brandir un drapeau pour avertir qu'il est plus dangereux qu'un autre. A vrai dire, on ne peut pas nier qu'il le soit devenu effectivement. Mais le drame, c'est que la communication affective soit à ce point chargée qu'il ne puisse plus désormais concerner que le médecin ou le spécialiste. C'est même au point que dans certains collèges, des maîtres, après de longues discussions, ont décidé de s'interdire de répondre aux questions que des élèves auraient pu leur poser à la suite des entretiens avec les spécialistes. Mais s'est-on demandé quelle résonance peut avoir ce silence pour des élèves inquiets de savoir qui ils ont en face d'eux ? Si l'école se soucie d'éduquer sur ce plan, mais parallèlement si les maîtres se taisent, cela doit signifier finalement que la sexualité fait peur à tout le monde et comporte des consignes précises et des interdits. Bien sûr, les animateurs s'efforcent au contraire de faire tomber certaines barrières, mais le cadre institutionnel dans lequel ils se meuvent nous paraît de nature à compromettre ces efforts. A notre avis, le Dr Bugnon, responsable de l'équipe des éducateurs de Pro Familia, se fait des illusions lorsqu'il dit : « Notre position se veut différente de celle de l'enseignant habituel et de celle des parents : nous n'avons en effet aucun pouvoir sur l'élève... nous précisons dès notre entrée que nous n'avons aucune supériorité sur les élèves » ; il pourrait ajouter « sinon la supériorité de l'adulte et de l'enseignant... » Même si l'on est amené à penser aujourd'hui qu'il est difficile de procéder autrement, la question est bien de savoir si l'on peut être efficace dans un cadre aussi limitatif. Car enfin, à quoi faut-il être le plus attentif : à la réflexion que poursuivent, avec une conscience aiguë de ces problèmes, les responsables des programmes d'éducation, ou à la manière dont le pouvoir les récupère ? Ce n'est tout de même pas par hasard que des voix officielles, au Grand Conseil, s'autorisent à exprimer leurs craintes et leurs souhaits en disant par exemple que « des enseignants et certains parents se sont alarmés des tendances à une permissivité exces-

sive en matière sexuelle... Entre la déculpabilisation souhaitable et la licence, le pas est quelquefois vite franchi... [Il faut] insister sur la nécessité de donner à ce programme une base morale solide puisqu'il s'agit de problèmes aussi importants que la formation harmonieuse du couple et de la famille. Les Eglises doivent assumer cette grande responsabilité conjointement avec l'Etat. » (W. Vuagniaux, BGC, 27 novembre 1972.) Ou encore : « Quand on entend des gaminés nous dire : « Vous comprenez, ça c'est passé » pendant les vacances », je leur dis : « C'est » très joli la jeunesse : elle veut tous les droits, » elle veut contester, elle veut la liberté sexuelle. » Bien ! mais subissez-en aussi les conséquences » et ne venez pas nous demander de vous faire » des curetages ! » (Dr Bridel, BGC, 2 septembre 1969.)

### **La liberté sexuelle aux dépens de la productivité**

Ainsi donc, c'est bien l'ordre social qu'il s'agit de préserver. C'est pourquoi, on lance des programmes d'éducation sexuelle visant au planning familial, mais avec une telle crainte de les voir dépasser leurs buts que cette résistance même les rend inopérants. Dans sa déposition au procès de la jeune Marie-Claire Chevalier, Simone de Beauvoir le disait de manière très claire : « Le volume de travail ménager dépasse de loin le travail salarié. Si la société avait à payer ce travail, il est bien évident que cela multiplierait énormément toutes ses dépenses. Il est tout à fait avantageux pour elle d'avoir des femmes qui font cet énorme travail pour rien... On exalte la maternité parce que la maternité c'est la façon de garder la femme au foyer et de lui faire faire le ménage... C'est pour cette raison-là que depuis que la contraception existe, on n'a jamais essayé d'en faciliter la pratique, au point qu'en France actuellement il y a 7 % de Françaises qui se servent de méthodes contraceptives. » La pratique de la sexualité sans peur et sans reproche compromet la force de travail alors que la continence et l'inhibition détournent les énergies ainsi « économisées » vers d'autres activités plus rentables à l'économie. Ainsi, la société bourgeoise, s'appuyant sur la morale et l'Eglise, s'est toujours appliquée à ravalier les besoins sexuels au rang de contingences indignes de la grande âme humaine, à moins qu'ils ne soient récupérés dans une vocation conjugale et maternelle.

Ici prend sa source le réseau complexe des interdits intériorisés qui deviennent autant d'obstacles psychologiques à l'équilibre sexuel des adultes, partant à l'éducation des enfants.

Il est temps en effet d'envisager aussi comment se manifestent les résistances du public à l'éducation sexuelle et surtout à la contraception.

## Des obstacles aux pratiques contraceptives

Malgré ce que nous avons dit plus haut, ce serait manquer d'objectivité que de prétendre que les femmes ne sont pas plus maintenant qu'autrefois à l'abri d'un « accident ». Même si les conditions difficiles dans lesquelles l'information est diffusée provoque de grandes déperditions, une partie passe quand même, est reçue et comprise — pas forcément d'ailleurs l'information officielle — mais aussi souvent l'information parallèle et « sauvage » que les gens se transmettent entre eux. Mais d'importantes barrières demeurent que les mesures contraceptives ne passent pas. Elles sont parfois bêtement matérielles : c'est quand les circonstances font de l'amour une rencontre à la sauvette, comme c'est justement si souvent le cas lorsque l'on se situe hors des normes morales bourgeoises (relations sexuelles des adolescents, relations extra-conjugales). Des jeunes filles ne savent pas comment faire matériellement pour se procurer des contraceptifs, n'ont pas d'argent pour le faire ou craignent la réprobation familiale. Pour d'autres, la rareté de leurs relations sexuelles ne leur font pas juger nécessaire de se prémunir. Parfois aussi, le manque de lieux propices à des épanchements réduit des couples à se rencontrer n'importe où, n'importe comment et sans précaution. Dans tous ces cas, les risques tiennent bien davantage aux conditions matérielles et sociales de la sexualité qu'à un manque de connaissances des moyens de prévention.

D'autres barrières sont d'ordre physiologique. Certaines femmes, même les mieux averties et les plus équilibrées, peuvent ne pas tolérer la pilule. Or les autres moyens contraceptifs ne sont pas toujours sûrs.

## Des sabotages inconscients

Mais les barrières les plus importantes sont sans doute d'ordre psychologique. La récupération de l'éducation sexuelle dans un système socio-économique tel que le nôtre peut déterminer chez celui qui le reçoit un état d'esprit de méfiance, de critique, d'opposition. Les adolescents sont plus habiles qu'on ne le croit à saisir les malaises de leurs interlocuteurs, parents, maîtres, adultes en général. Quand une société malade d'alcoolisme fustige la marijuana, par exemple, ils peuvent estimer que le modèle qu'on leur met sous les yeux n'est qu'une piètre marionnette et qu'il n'y a guère de raisons de s'y conformer ; et si les adultes ont peur de l'amour, eux peuvent vouloir montrer qu'ils entendent en faire leur monde et s'y sentir à l'aise. La contraception est un devoir, une responsabilité, une patience, une manière adulte d'assumer les risques. S'adonner librement à l'amour sans prendre de précaution

peut être au contraire une provocation à l'égard du monde adulte ou de la morale bourgeoise, et peut faire figure de revendication libertaire et de protestation révolutionnaire. Mais sur des bases combien fragiles ! Derrière ce bel élan, d'autres motivations souvent inconscientes sont à l'œuvre qui peuvent tout aussi bien déboucher sur une grossesse non désirée. Dans un monde où il s'agit toujours et partout d'avoir à prouver sa virilité, l'homme ne va-t-il pas chercher, sans le savoir, à saboter une prévention faite justement pour l'empêcher d'en administrer la preuve la plus évidente ?

Mais surtout, et pour revenir aux paroles citées plus haut du médecin qui disait : « Si vous voulez la liberté sexuelle, supportez-en les conséquences », il faut dire que la réprobation qui pèse sur la sexualité extra-conjugale ou détournée de son but primitif détermine chez la plupart des gens un sentiment de culpabilité qui, parfois, ne trouve son apaisement que dans la punition, c'est-à-dire l'enfant non désiré.

Les choses pourraient changer. Elles changeront sans doute. Mais il faut prévoir comment. Et il faut aussi, en attendant, admettre que l'éducation sexuelle a des limites qui rendent indispensable une législation libérale de l'interruption de grossesse.

De plus, il faut dire bien clairement qu'aucun changement réel ne se fera en dehors d'une remise en cause fondamentale du statut social de la jeunesse et, plus loin, de la morale bourgeoise. Plus loin encore, on peut se demander quelles chances nous aurons jamais de voir se rétablir dans les familles ou plus généralement entre enfants et adultes séparés par des rivalités œdipiennes si bien ancrées, une véritable communication capable de détruire les tabous et les interdits qui entravent la sexualité et qui soit le gage d'une véritable éducation sexuelle. Bien sûr, il y a des progrès à réaliser d'ici là. Ils sont possibles si l'on ne refuse pas de voir les implications politiques et sociales d'un tel problème, si l'on accepte d'envisager l'intégration de l'éducation sexuelle dans son contexte affectif, si l'on supporte de renoncer à l'écran ou au voile pudique du scientisme et de la technicité, si l'on veut bien reconnaître qu'il existe une sexualité infantile qui détermine des besoins à ne pas négliger. L'éducation sexuelle ne saurait être une spécialisation ; elle ne peut se faire que par une ouverture aux problèmes politiques, économiques et sociaux ; de plus, elle ne peut aller que dans le sens d'une plus grande liberté, ce qui ne veut dire ni licence ni anarchie. En délivrant les gens de leurs inhibitions sexuelles, elles les délivrera aussi peut-être des inhibitions de toutes sortes à l'égard de la contraception. Mais d'ici là, la loi autorisant les interruptions de grossesse aura eu le temps d'être indispensable à bien des femmes.

**Expériences faites avec**

# ***l'interruption légale de la grossesse aux Etats-Unis***

*Christopher Tietze, M.D., Senior Consultant, The Population Council, New York City*

*Le professeur Tietze a participé au débat contradictoire organisé par la Société suisse de planning familial, les 22 et 23 février 1974, à Berne. Pressenti à cette occasion, il a eu l'amabilité de nous donner cet article et nous l'en remercions vivement. (La traduction est due à M<sup>me</sup> M. Jean-Mairet-Steffen.)*

Aux Etats-Unis, les divers Etats ont eu traditionnellement la responsabilité de la législation sur l'avortement. Durant les deux tiers du XX<sup>e</sup> siècle, on n'appliquait qu'une législation restrictive, promulguée au cours du XIX<sup>e</sup> siècle. Seul un danger de mort pour la femme enceinte autorisait une interruption légale, d'après les stipulations des codes de la plupart des Etats. Dans quelques-uns d'entre eux, le danger d'une atteinte sérieuse à la santé de la femme était reconnu comme motif légitime d'interruption.

Une loi plus libérale fut proposée par l'American Law Institute (ALI) en 1955. D'après le paragraphe de ce modèle de Code pénal se rapportant à cette question, l'interruption serait permise au cas où un médecin diplômé « aurait prévu un risque substantiel d'atteinte à la santé physique ou mentale de la mère, en cas de poursuite de la grossesse, ou que l'enfant pourrait naître avec une déficience physique ou mentale » ; ou encore au cas où la grossesse résulterait d'un viol ou d'un abus d'autorité, ou d'un inceste. Dans les années 1960, des controverses éclatèrent dans plusieurs Etats à propos de la libéralisation des lois sur l'avortement, et une douzaine d'entre eux promulguèrent une législation fondée sur le modèle du Code pénal de l'ALI, avec en tête le Colorado en 1967.

En 1970, les corps législatifs de trois Etats (Alaska, Hawaii et New York) ont mis en œuvre des lois qui ne spécifiaient plus les indications d'interruption de la grossesse, ce qui avait pour effet d'autoriser l'interruption sur demande ; l'Etat de Washington suivit par voie de référendum po-

pulaire. Les lois de trois de ces Etats sur quatre limitaient l'application de l'interruption aux seules femmes résidant sur le territoire, mais à New York il n'y avait pas une telle restriction. Aussi, des milliers de femmes affluèrent-elles dans l'Etat de New York, et spécialement à New York City pour obtenir une interruption. Environ 65 % de tous les avortements légaux pratiqués à New York City durant les deux premières années de la nouvelle loi concernait des patientes non résidentes. Pendant que les législateurs s'affairaient, de nombreux procès-tests eurent lieu dans maint endroit, où l'on essayait de prouver que toute loi restrictive était contraire à la Constitution. En 1969, dans le district de Columbia, l'interruption sur demande fut autorisée par décision d'une cour de justice dans un de ces cas.

Le 22 janvier 1973, deux jugements de la Cour suprême des Etats-Unis invalidaient les lois sur l'avortement telles qu'elles existaient dans la plupart des Etats. La Cour décida que durant le premier trimestre « le médecin traitant de la femme enceinte était habilité à prendre seul la décision d'une interruption et à l'effectuer ». Après ce premier trimestre, « un Etat est libre de légiférer sur la procédure à suivre qui tiendrait raisonnablement compte de l'état de santé de la mère ». Après que le fœtus eut atteint le stade de viabilité, « un Etat peut, s'il le désire, régler et même proscrire l'interruption sauf s'il est nécessaire, d'après un jugement médical approprié, d'agir pour préserver la vie ou la santé de la future mère ». La Cour écartait également toute une série de conditions : qu'une demande d'interrup-

tion de grossesse serait autorisée par une commission, ou qu'une femme demandant une interruption devrait être résidente de l'Etat dans lequel l'opération serait faite.

Au début de 1974 encore, la décision de la Cour suprême n'est pas pleinement respectée dans l'ensemble des Etats-Unis. Dans plusieurs Etats, des législateurs, des procureurs ou d'autres magistrats, des comités ou administrations d'hôpitaux ont tenté des manœuvres d'ajournement de l'application de la nouvelle loi ; toute une série

de procès sont en cours, dont l'issue ne fait pas de doute : ces procédés seront jugés anticonstitutionnels. Mais en même temps, des efforts sont faits au Congrès pour présenter un amendement constitutionnel annulant la décision de la Cour suprême.

Quels ont été — en termes de pratique médicale — les résultats des changements légaux en ce qui concerne l'interruption de grossesse, aux Etats-Unis, durant ces dernières années ?

Tableau I

**Nombre d'interruptions légales de la grossesse, proportions et taux ;  
New York City et Etats-Unis, 1970-1973**

Lieu et année	Nombre d'interruptions	Proportion pour 1000 femmes 15-44 ans	Taux pour 1000 naissances vivantes six mois plus tard
New York City *			
1970-1971	67 400	39,4	511
1971-1972	75 100	43,3	650
1972-1973	78 900	45,2	703
Etats-Unis			
1970	193 500	4,5	52
1971	485 800	11,2	143
1972	586 800	13,2	184

\* Femmes résidentes. Année fiscale, terme au 30 juin.

Le tableau I résume la statistique des interruptions pratiquées à New York City durant les trois premières années d'application de la loi, soit du 1<sup>er</sup> juillet 1970 au 30 juin 1973, ainsi que la statistique d'ensemble pour les Etats-Unis, 1970-1972. Les données de New York sont précises mais limitées aux résidentes urbaines ; les chiffres nationaux sont moins précis et sous-estiment quelque peu le nombre actuel des interruptions légales. Il n'y a pas de données disponibles pour l'ensemble des USA en 1973, après la décision de la Cour suprême ; je ne puis que les estimer à sept cent mille, ce qui est probablement en dessous du chiffre véritable.

On trouve dans le tableau I deux mesures de fréquence : la proportion d'interruptions pour 1000 femmes en âge de reproduction (15-44 ans) et le taux pour 1000 naissances vivantes six mois plus tard. L'accroissement de la valeur de la première proportion est un peu plus faible que l'augmentation des interruptions, car le nombre des femmes de 15 à 44 ans a lui-même augmenté.

Le taux en ‰, d'autre part, a augmenté davantage que le nombre des interruptions à cause de la dénatalité. Ces deux proportions sont nécessaires pour une interprétation correcte de la tendance.

Sur la base des données sur l'interruption légale en ville de New York, j'ai estimé que 70 % des avortements légaux, durant deux ans d'application de la nouvelle loi, pour les femmes résidentes, ont remplacé des avortements illégaux ; les 30 % restant sont responsables de la moitié, environ, du déclin des naissances en ville de New York de 1971 à 1973. Une projection de ces résultats à l'échelle nationale indiquerait que 500 000 avortements illégaux auraient été remplacés par des interruptions légales en 1973, avec diminution correspondante de la morbidité et de la mortalité. Nous ignorons le nombre des avortements illégaux aux Etats-Unis en 1973, mais une estimation élevée serait d'environ 700 000, chiffre à peu près égal à celui des interruptions. Une estimation faible, de 300 000, correspondrait à moins de la moitié des avortements légaux.

Tableau II

**Les interruptions légales par période de gestation et selon les méthodes d'intervention, en pourcentage**

	1970	1971
Gestation :		
De 12 semaines ou moins	81,7	83,5
De 13 semaines ou plus	18,3	16,5
	<hr/> 100,0	<hr/> 100,0
Méthodes d'intervention :		
Succion	64,6	65,2
D+C	21,2	23,4
Saline	12,8	10,3
Hystérotomie *	1,1	0,6
Autres	0,3	0,5
	<hr/> 100,0	<hr/> 100,0

\* Avec l'hystérectomie.

Le tableau II montre la distribution du pourcentage d'interruptions selon la période de gestation et selon la méthode d'intervention. En 1971, environ 18 % des interruptions furent pratiquées à treize semaines de grossesse ou plus tardivement. L'année suivante, la proportion d'interruptions tardives diminue d'un dixième — un petit pas dans la bonne direction — ce qui montre que femmes et médecins commencent à se rendre compte qu'une interruption tardive constitue une expérience plus traumatisante qu'une intervention précoce. C'est parmi les patientes les plus jeunes que ce taux est le plus élevé. D'après une étude importante, presque la moitié de tous les avortements concernant des femmes de 15 ans ou en dessous, et plus de deux cinquièmes de ceux qui concernent des femmes de 18 ans ou en dessous, ont été pratiqués dans le second trimestre ; mais la proportion tombe à un cinquième pour les femmes de 25 ans et plus. La proportionnalité inverse très nette entre âge de la patiente et durée de gestation reflète probablement l'inexpé-

rience des jeunes à reconnaître les symptômes de la grossesse, leur tendance à ne pas vouloir reconnaître la réalité de leur situation, leurs hésitations à se confier à leurs parents, ainsi que leur ignorance de la voie à suivre pour obtenir aide et conseil. Des considérations d'ordre économique et, ici et là, des règlements prohibant des interventions chirurgicales chez des mineures sans le consentement des parents contribuent à aggraver les retards.

Le choix de la méthode d'interruption dépend étroitement de la durée de gestation. Aux Etats-Unis, on pratique de préférence l'aspiration sous vide (succion) durant le premier trimestre ; cette méthode est employée dans environ deux tiers des interruptions précoces, avec, dans les autres cas, emploi de la dilatation classique et du curetage (D+C). Dans le deuxième trimestre, le remplacement du liquide amniotique par une solution saline hypertonique est la méthode de choix. La grande chirurgie (hystérotomie et hystérectomie) est rarement employée.

Tableau III

**Mortalité suite à l'interruption légale, par période de gestation et selon les méthodes d'intervention ; New York City 1970-1972**

	Nombre d'interruptions	Nombre de décès	Taux pour 100 000 interruptions
Gestation :			
De 12 semaines ou moins	321 500	6	2
De 13 semaines ou plus	80 500	14	17
Méthodes d'intervention :			
Succion	261 700	3	1
D+C	84 600	2	2
Saline	53 300	10	19
Hystérotomie	2 400	5	208
	<hr/> 402 000	<hr/> 20	<hr/> 5



On trouve au *tableau III* des données sur la mortalité associée à l'interruption de grossesse, en ville de New York, pour deux ans, de juillet 1970 à fin juin 1972. Ces statistiques comprennent toutes les interventions à New York City, chez des non-résidentes aussi bien que chez les résidentes, et indiquent tous les décès attribués aux interventions, y compris quatre décès de femmes venues d'autres Etats et qui, après interruption de grossesse, sont retournées à domicile et ont développé par la suite des complications fatales. Le taux de mortalité pour interruption au cours du premier trimestre est de 2 pour 100 000, qu'il faut comparer avec une mortalité maternelle de 18 pour 100 000 (aux Etats-Unis), pour complications de la grossesse, au moment de la naissance, et du post-partum (en dehors de l'avortement). Pour le taux de mortalité du deuxième trimestre en cas d'interruption, le chiffre est neuf

fois plus fort et en gros comparable à celui de la mortalité maternelle.

Le taux de mortalité selon les méthodes est minimal pour la succion, et s'élève pour D+C, puis pour l'instillation de solution saline et l'hystérectomie. La différence entre succion et D+C n'est pas statistiquement significative. Le taux élevé de mortalité suite d'hystérectomie provient en partie du fait que la plupart des femmes, en petit nombre, auxquelles cette méthode a été appliquée souffraient de maladies rénales ou cardio-vasculaires, excluant l'intervention par injection de solution hypertonique.

Pour les années 1970-1972, le taux général de mortalité pour la ville de New York est de 5 pour 100 000. En Californie, même pourcentage avec 11 décès pour 200 000 cas d'intervention légale, période 1968-1971.

*Tableau IV*

**Complications « totales » et « majeures » pour 100 femmes, par période de gestation et selon les méthodes d'intervention**

	<i>Complications « totales »</i>		<i>Complications « majeures »</i>	
	Ensemble des patientes	Patientes locales avec contrôle	Ensemble des patientes	Patientes locales avec contrôle
<i>Toutes les patientes</i>				
Gestation :				
De 12 semaines ou moins	5,2	7,8	0,6	1,1
De 13 semaines ou plus	22,2	26,1	2,2	3,0
Total des gestations	9,6	13,1	1,0	1,6
<i>Patientes sans complications préexistantes et sans opérations de stérilisation</i>				
Gestation :				
De 12 semaines ou moins	4,2	6,1	0,4	0,6
De 13 semaines ou plus	20,6	24,0	1,6	2,1
Total des gestations	8,4	11,1	0,7	1,0
Méthodes d'intervention :				
Succion	4,2	6,1	0,4	0,6
D+C	6,0	8,2	0,5	0,8
Saline	23,4	27,2	1,7	2,4
Hystérotomie	33,4	32,9	6,7	6,9
Hystérectomie	49,9	50,4	14,3	15,6

Le *tableau IV* est consacré aux résultats d'une enquête étendue, sur les complications médicales de l'avortement légal, entreprise aux Etats-Unis par le Joint Program for the Study of Abortion (JPSA), patronnée par le Population Council en 1970-1971. Il s'agit de la seule étude de grande envergure qui permette de déterminer les taux de morbidité dus à l'âge, aux conditions socio-économiques, à l'état de santé général, aux stades de gestation, aux méthodes chirurgicales, à la stérilisation et à d'autres facteurs.

Grâce au JPSA, on connaît le taux des complications « totales » et « majeures ». Le nombre des complications « totales » est fort élevé, parce qu'il comporte une masse de plaintes relativement banales, qui ne sont pas habituellement recensées dans les rapports officiels. Une large définition des complications a l'avantage d'inclure aussi bien les plaintes des patientes que les estimations diagnostiques des médecins ; elle permet l'analyse de divers incidents survenus à un nombre relativement petit de patientes. Toutefois elle pourrait produire une fausse impression quant aux risques inhérents à l'interruption légale de la grossesse. C'est pourquoi un groupe plus restreint de complications « majeures » a été analysé par le JPSA, comprenant des recours non prévus à d'importantes interventions chirurgicales, une ou plusieurs transfusions, trois jours ou plus de fièvre, ainsi que plusieurs autres événements associés à de graves risques de décès, de maladies de longue durée, de troubles fonctionnels permanents. Bien que toute définition des complications « majeures » soit quelque peu arbitraire, il est encourageant de constater que les modèles de complications (« majeures » et « totales ») sont semblables dans leur association avec des variables tels que période de gestation et méthode d'intervention.

En analysant les suites fâcheuses d'interruption, il faut distinguer celles qui surviennent à la terminaison de la grossesse, de celles dues à une cause pathologique préexistante : adjonction par exemple d'opérations entreprises à d'autres fins (stérilisation définitive, hystérectomie pour fibromes). Donc, on distingue le pourcentage de complications relatif au total des patientes et celui relatif aux femmes présumées en bonne

santé générale, sujettes au seul risque de l'interruption elle-même, en excluant les patientes présentant des complications pour causes préexistantes, ainsi que celles qui ont subi des opérations pour stérilisation.

On distingue aussi les taux de complications pour l'ensemble des patientes et pour des patientes locales qui ont été suivies ambulatoirement. Dans l'enquête du JPSA, la définition du contrôle ambulatoire est donnée par l'existence de visites dix jours et plus après l'interruption légale. Les chiffres pour l'ensemble représentent une estimation minimale des complications après intervention. Puisque les patientes locales présentant des complications sont plus susceptibles de revenir se faire soigner que celles qui n'ont ressenti aucun malaise, et du moment que la proportion de patientes non privées (présentant davantage de complications) était plus élevée parmi les patientes locales que parmi l'ensemble des patientes, le taux pour patientes locales contrôlées ultérieurement représente l'estimation maximale de l'incidence de suites fâcheuses après interruption.

Comme le montre le *tableau IV*, l'estimation minimale du taux total de complications (comprenant l'ensemble des diagnostics et des plaintes exprimées) était de 9,6 pour 100 femmes ; l'estimation maximale, pour 100 femmes locales contrôlées, se monte à 13,1. Pour les complications majeures, les pourcentages correspondants étaient de 1 et 1,6 respectivement. Durant le deuxième trimestre, la fréquence des suites fâcheuses était trois ou quatre fois plus élevée.

Le groupe des femmes présumées en bonne santé, exposées au seul risque de l'interruption, se compose presque entièrement de patientes ayant subi la succion au premier trimestre, ou l'instillation de solutions salines au deuxième trimestre. Comparées à l'ensemble des patientes, ces femmes présentaient un moindre taux de complications pour chaque période de gestation. En ce qui concerne les méthodes d'intervention, les taux de complications « totales » et « majeures » sont analogues aux chiffres de mortalité qui figurent au *tableau III* ; minimal à l'emploi de la succion, croissant pour D+C, puis pour l'instillation de solutions salines hypertoniques, l'hystérotomie, l'hystérectomie.

## ABONNEZ-VOUS A « CONTACTS » !

Lecteur, vous trouverez dans ce numéro un bulletin de versement.

Pour vous abonner (tarif en page 2), il suffit de remplir lisiblement et d'effectuer le paiement, en indiquant au dos « **Nouvel abonné** ».

Merci !

# **Décriminaliser l'avortement, c'est dire oui à la vie**

Michel Buenzod

Déposée en décembre 1971, l'initiative populaire pour la décriminalisation de l'avortement demande que soit inscrit dans la Constitution fédérale un article

65bis ainsi rédigé : « Il ne pourra être prononcé de condamnation pour interruption de grossesse. » Depuis lors, et tandis que le Conseil fédéral engageait, selon

l'usage, une procédure de consultation, le débat s'est amplifié dans le pays.

Sollicitée par le Département de justice et police, la commission

## ***L'inégalité devant la loi***

*De nombreux médecins suisses reçoivent de cliniques étrangères des lettres-circulaires telles que celle que nous publions ici et qui vient d'un établissement situé dans les environs de Londres.*

*Les honoraires annoncés sont « minimums »... Quel est le pourcentage de femmes suisses disposant de moyens financiers qui leur permettraient, sans autres, de sauter dans le prochain avion pour être accueillies ainsi à l'aéroport d'Heathrow ? C'est pourtant le développement de telles pratiques que prépare la solution préconisée par le conseiller fédéral Fürgler.*

Cher Monsieur le Docteur !

Notre organisation a été créée dans le but d'assister celles de vos clientes que vous aimeriez nous envoyer aux fins de l'interruption de grossesse. Nous sommes également en mesure de donner des conseils relatifs à la contraception, la vasectomie, ou toute autre question de planification familiale.

Tous les conseils sont donnés sous conditions de la confiance la plus absolue ; pour éviter toute difficulté, notre personnel est polyglotte.

Toute cliente que vous voudrez bien nous envoyer aux fins de l'interruption de grossesse recevra son traitement dans une clinique hautement réputée et approuvée par le gouvernement, dont le personnel chirurgical, médical et hospitalier est parfaitement compétent et expérimenté.

Comme vous le savez probablement, certaines organisations ont exigé dans le passé des honoraires excessifs, mais nous avons toujours adopté le principe d'offrir nos services de sorte à apporter des bénéfices maximums aux clientes, tout en leur comptant des honoraires minimums.

Toute cliente nous avisant à l'avance sera rencontrée à son arrivée par une de nos voitures privées et recevra l'accueil le plus sympathique. Prière de nous aviser du numéro de vol et de l'heure approximative d'arrivée. Nous sommes situés à quelques minutes seulement de Heathrow, l'aéroport de Londres.

Le bien-être de la cliente représente notre souci primordial.

Il vous suffit de donner à votre cliente notre numéro de téléphone pour être certain qu'elle sera traitée de façon capable et sympathique.

Veuillez agréer, Monsieur, nos salutations les plus empressées.

(Signé) *Le principal.*

d'experts pour la revision du Code pénal a soumis trois propositions à M. Fürgler.

La solution dite « du délai » admet bien que l'interruption de grossesse puisse intervenir légalement dans les douze premières semaines, mais seulement si elle est pratiquée par un médecin agréé des services sanitaires cantonaux. Cette exigence est critiquée, à juste titre, par la Fédération des médecins suisses. A ce propos, le Comité central de cette association écrit au Département de justice et police : « Ces médecins seraient ainsi en mesure de faire échec, en quelque sorte légalement, aux intentions véritables du législateur. »<sup>1</sup>

Les deux autres solutions, dites « des indications » (avec ou sans indications sociales), ne changeraient pratiquement rien à la situation actuelle, voire l'aggravaient.

Quant à lui, le conseiller fédéral Fürgler s'est précisément prononcé pour la solution des indications sans indication sociale, autrement dit en faveur de la plus régressive de toutes. Et cela au nom d'un a priori ancré dans des positions politico-philosophiques stipulant que « la vie » doit être protégée dès la conception. Nous ne saurions dénier aux partisans de cette thèse le droit de la défendre auprès des femmes confrontées à la difficile décision de demander une interruption de grossesse.

Ce qui est inadmissible, c'est leur volonté de l'imposer à l'ensemble du peuple suisse, fermant ainsi la porte à la solution du problème pratiquement posé chaque année à des dizaines

de milliers de nos concitoyennes par les grossesses non désirées et les avortements clandestins.

La puissante Alliance des sociétés féminines, qui groupe 300 000 femmes, aurait du reste menacé de lancer un référendum si la proposition du Département de justice et police était acceptée par les Chambres.<sup>2</sup>

Placer le débat sur le terrain idéologique, comme le fait M. Fürgler, est dangereux parce que subjectif. Si l'on admet que « la vie » commence avant la naissance, il serait à peine paradoxal de soutenir que, dans les cellules germinales, elle existe avant la conception.

Il est indispensable d'abandonner délibérément la voie de la répression. Pratiquée par un médecin, l'interruption de grossesse ne saurait rester soumise au droit pénal. Dans une société qui, comme la nôtre, se veut démocratique, la répression, s'imposant brutalement au moment des plus délicates décisions de la conscience individuelle, est sans issue : spéculant sur la peur, elle favorise les comportements régressifs et leur exploitation dans le drame de l'avortement clandestin ou de la grossesse non désirée — tous deux lourds de dangers vitaux et de souffrances trop certains.

Reentrant d'un voyage d'études aux Etats-Unis, le Dr Geisendorf, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Genève, constate : « Aucune loi, aussi rigoureuse qu'elle fût, n'a jamais réussi à supprimer, ni même à enrayer l'avortement clandestin. ... La seule méthode permettant de faire disparaître l'avortement clandestin est d'engager les fem-

mes à faire une contraception efficace. ... L'avortement libre est considéré par les centres de planning américains non comme un but, mais comme un moyen d'atteindre toutes les femmes ayant des grossesses indésirables, ou comme une *étape* dans un programme de planification familiale. ... Le *counseling* (pratiqué par les Américains) est un acte fondamental et constructif qui doit supplanter toute attitude tristement punitive, moralisatrice ou uniquement technique. »<sup>3</sup> Nous sommes là au cœur de la question.

Il faut construire et non punir. Cela signifie élever toujours davantage, pour chaque femme, pour chaque couple, la maternité au niveau d'un acte conscient et libre.

Cette liberté suppose des mesures sociales nouvelles en faveur de la mère et de l'enfant, telles que l'assurance maternité, la construction de logements à loyers abordables, l'amélioration de la qualité de la vie.

Mais elle implique la liberté de choix, d'abord grâce à une meilleure information dans le domaine des méthodes contraceptives, ensuite en faisant passer l'interruption de grossesse du règne de la contrainte au règne de la libre disposition.

Tel est le but de l'initiative pour la décriminalisation de l'avortement, pierre angulaire d'une politique qui dit vraiment oui à la vie.

<sup>1</sup> Position de la Fédération à l'égard des projets de loi, *Bulletin des médecins suisses*, 23 janvier 1974.

<sup>2</sup> Selon la *Tribune de Lausanne* du 6 novembre 1973.

<sup>3</sup> *Médecine et Hygiène*, 14 novembre 1973.