



Parait toutes les trois semaines

Vendu par abonnement : 160 FF/an

ISSN 1163-2364

Actualités internationales du respect de la vie

A propos de ... Retour de flamme

« Un comité composé d'un pédiatre, d'un travailleur social et d'un gynécologue aura pour tâche, dans tout hôpital public, de dissuader les parents de faire circoncire leurs filles. Mais si les parents persistent dans leur intention, nous voulons que l'opération soit pratiquée dans de bonnes conditions hygiéniques par des médecins formés. Ceci évitera aux fillettes d'être livrées aux mains de barbiers et de sages-femmes maldroits utilisant des instruments qui sont une offense à l'hygiène ».

Ce décret du Ministère de la Santé égyptien, publié pendant l'été, rend légal une pratique qui a été interdite trente cinq ans durant. Il a fait bondir les associations féministes qui combattent la mutilation de l'appareil génital féminin dans les pays islamiques.

Nous partageons leur déception, mais pas leur étonnement.

Voilà deux ou trois décennies que les mêmes associations réclament la légalisation de l'avortement sous le prétexte que les femmes déterminées à se faire avorter trouveront toujours le moyen de le faire, mais aux mains de faiseuses d'anges utilisant des instruments qui sont une offense à l'hygiène et un risque pour leur propre vie.

Lors des débats français sur la bioéthique, on a vu combien l'idéologie qui avait présidé à l'acceptation de l'avortement (légaliser les moeurs que l'on ne veut pas se donner la peine de réprimer) constituait une pierre d'achoppement interdisant tout progrès moral ultérieur de la société. C'est encore la même idéologie qui bloque aujourd'hui l'évolution de la société islamique vers l'abolition de l'excision.

Les femmes égyptiennes vont malheureusement souffrir de l'aveuglement de leurs consœurs occidentales qui, obsédées par l'absurde légalisation de l'avortement, ont fourni à leurs adversaires les armes rhétoriques nécessaires à la légalisation de l'excision féminine.

On ne peut pas gagner sur tous les fronts, affirmer un principe et réclamer son contraire. Malheureusement, encore une fois, ce ne sont pas les féministes de salons parisiens qui feront les frais de leur idéologie meurtrière, mais des femmes du Tiers-Monde, déjà accablées de misères.

François PASCAL

Sommaire

Editorial :	p.1
Actualités :	p.1
Agenda :	p.5
Bibliographie :	p.6

Dossier :
avortement et maltraitance d'enfant

ACTUALITÉS

Les notes en petits caractères italiques à la fin de chaque article indiquent soit la source, soit des références utiles pour les lecteurs cherchant un complément d'information.

Avortement

France : arrêté anti-manifestation à Paris

Le 21/10/95, Philippe MASSON, préfet de Paris, a pris un arrêté interdisant les manifestations anti-avortement à proximité des cliniques et hôpitaux. Est visée en premier chef l'organisation "SOS Tout-Petits", qui organisait depuis plusieurs années des manifestations régulièrement déclarées. L'association a annoncé qu'elle n'entendait pas baisser les bras. L'annulation d'un tel arrêté, visiblement abusif, par le tribunal administratif est une procédure longue (jusqu'à deux ans).

[CORRECTIF :

Ce qui a été confondu avec un arrêté n'était en fait qu'une réponse orale à des questions émises par des conseillers municipaux parisiens. Le préfet MASSON n'a émis aucun arrêté interdisant *ipso-facto* toutes les manifestations anti-avortement futures, mais déclaré son intention de les interdire au fur et à mesure de leurs déclarations.

Dans la pratique, il a bel et bien interdit la manifestation de "SOS Tout-Petit" du 04/11/95, mais est ensuite revenu sur sa décision, entachée de plusieurs erreurs :

- l'arrêté avait été pris avant que la déclaration préalable n'ait été déposée,
- la contre-manifestation organisée par la "Coordination d'Associations pour le Droit à l'Avortement et à la Contraception" tombait sous le coup de la loi interdisant la propagande en faveur des établissements dans lesquels sont pratiqués les avortements.

A noter que sur ce dernier point, le préfet invoque à l'appui de sa décision d'annulation le vote estival du Parlement ayant exclu du bénéfice de l'am-

- édition double -
remplace les parutions du
09/11 et du 01/12
Prochaine édition le 22/12

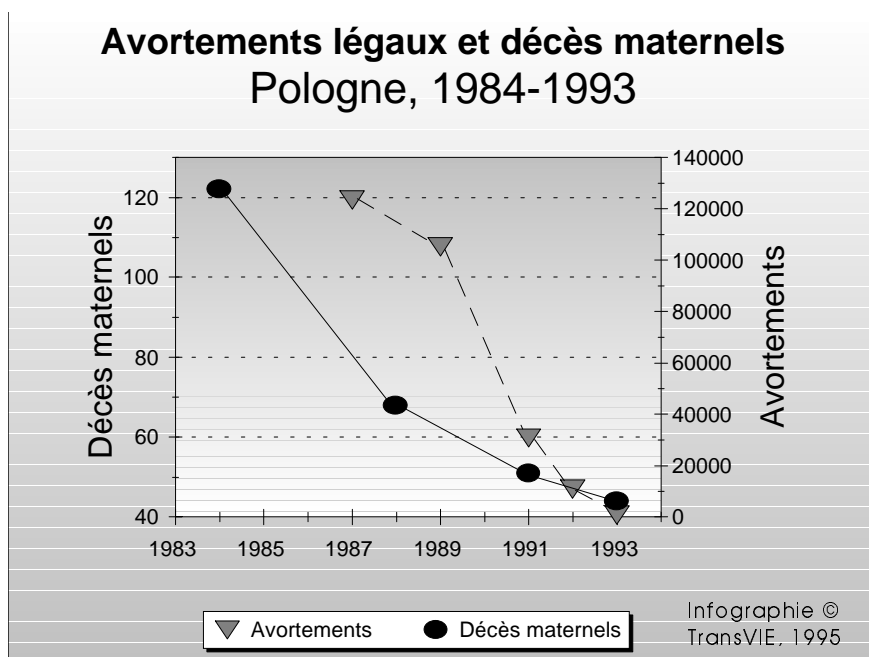
Pologne

L'abolition de l'avortement libre porte ses premiers fruits : baisse des avortements et baisse des décès maternels

Pologne : nouvelle baisse du nombre d'avortements.

Selon les statistiques officielles, le nombre d'avortements a rapidement décliné à la suite de l'application de la nouvelle loi protégeant l'enfant-à-naître dans un plus grand nombre de cas. En 1987, on comptait 123 500 avortements, en 1989 : 105 300, en 1991 : 30 008, en 1992 : 11 006 et en 1993 : 777. Il faut noter que la loi n'ayant été appliquée qu'en 1993, l'essentiel du déclin a toutefois été obtenu par l'investissement de l'Eglise catholique dans ce combat à l'époque même de l'avortement légal. Les insinuations selon lesquelles l'abolition de l'avortement entraînerait une explosion de décès maternels sont contredites par les faits puisqu'on comptait 122 décès maternels (en relation avec l'avortement, la grossesse, ou à la naissance) en 1984, 68 en 1988, 51 en 1991 et 44 en 1993.

(RTL Cincinatti, 09/95)



Loi polonaise du 7 janvier 1993 sur la planification de la famille, la protection de l'embryon humain et les conditions d'autorisation de l'interruption de grossesse.

Votée le 07/01/93 par la Chambre Basse du Parlement polonais, la présente loi fut votée par le Sénat le 29/01/93, signée par le Président Lech Walesa le 15/02/93 et entra en vigueur le 16/03/93.

Considérant que la vie est le bien fondamental de l'homme et que le soin de la vie et de la santé constitue un des devoirs principaux des hommes, de la société et des citoyens, est décidé ce qui suit :

ARTICLE 1

- 1 Toute créature humaine a droit à la vie dès l'instant de sa conception.
- 2 La vie et la santé de l'enfant sont sous la protection de la loi dès l'instant de la conception.

ARTICLE 2

- 1 Les services administratifs de l'Etat ou des collectivités locales, dans les limites de leurs compétences réglementaires respectives, sont tenus de remplir envers les femmes enceintes, les devoirs d'assistance sociale, médicale et judiciaire qui leur incombent en particulier dans :
 - 1) les soins médicaux envers l'enfant conçu et sa mère ;
 - 2) l'aide matérielle et la protection des femmes enceintes qui se trouvent dans des conditions matérielles difficiles pendant la grossesse, l'accouchement et après l'accouchement.
 - 3) la diffusion de l'information dans les domaines du droit, des prestations, des services accordés aux familles, aux femmes mariées ou non-mariées ou à leurs enfants et aussi des possibilités d'adoption ; les services d'information aident également à résoudre les problèmes psychologiques et sociaux.
- 2 Les organismes administratifs d'Etat ou des collectivités locales autonomes, dans les limites de leurs compétences réglementaires respectives, sont tenus d'assurer aux citoyens un accès libre aux méthodes et moyens permettant une procréation responsable.

- 3 Tout établissement éducatif a le devoir d'accorder à l'élève enceinte les congés nécessaires ou toute aide indispensable à la poursuite de ses études, sans occasionner, dans la mesure du possible, de retard dans le passage des examens. Si la grossesse, l'accouchement ou la période postnatale entraîne une impossibilité de se présenter à des examens importants pour la poursuite des études, l'établissement éducatif est tenu de déterminer dans une fourchette qui n'excèdera pas six mois une autre date qui convienne à l'élève.

- 4 Le conseil des Ministres définit les dispositions à prendre quant à l'étendue, les formes et la manière d'accorder l'aide mentionnée dans les alinéas 1 et 2.

ARTICLE 3

- 1 Les organismes administratifs de l'Etat et les autorités locales coopèrent avec et apportent leur concours à l'Eglise Catholique, aux autres Eglises, aux associations confessionnelles ainsi qu'aux organismes sociaux qui pourvoient les familles suppléantes ou qui favorisent l'adoption des enfants.
- 2 Le conseil des ministres définit les dispositions à prendre quant à l'étendue, aux formes et à la manière d'accorder l'aide mentionnée à l'alinéa 1.

ARTICLE 4

- 1 Dans les programmes d'études scolaires doivent être introduites des connaissances sur la vie sexuelle de l'homme, sur les principes d'une parenté consciente et responsable, sur la valeur de la famille et de la vie dès la conception ainsi que sur les méthodes et moyens d'une procréation responsable.
- 2 Le ministre de l'Education Nationale établit le programme détaillé d'études scolaires mentionné à l'alinéa 1

ARTICLE 5

Le point 4 de l'alinéa 2 de l'article 15 de la loi du 24/10/1950 relative à la profession médicale (domaine v n 50 etc ...) est supprimé.

ARTICLE 6

Dans le Code Civil sont introduits les changements suivants :

- 1 à l'article 8 :
 - a) le contenu actuel est précédé de la marque «Paragraphe 1» (1)
 - b) est ajouté le paragraphe 2 en ces termes :
« 2. L'enfant conçu a également une capacité juridique. Toutefois les droits et les obligations de fortune lui reviennent s'il naît vivant.»
- 2 Après l'article 446 est ajouté l'article 446.1 en ces termes :
«Dès sa naissance, l'enfant peut revendiquer la réparation de dommages éprouvés avant sa naissance.»

ARTICLE 7

Dans le Code Pénal sont introduits les changements suivants :

- 1 Après l'article 23a est inséré l'article 23b rédigé en ces termes :
 - «1 - l'enfant conçu ne peut être l'objet d'un acte qui ne soit au service de la protection de sa vie et de sa santé ou de celle de sa mère, à l'exception des actes indiqués au 2.
 - 2 - sont admis les examens prénatals n'aug-

mentant pas les risques d'avortement dans les cas où :

- 1) l'embryon appartient à une famille à risque génétique ;
 - 2) il existe un risque de contraction d'une maladie génétique pouvant être guérie ou soignée ou dont les effets peuvent être diminués dans la période foetale.
 - 3) il existe un risque grave de lésion du fœtus.»
- 2 Après l'article 149 sont ajoutés les articles 149a et 149b en ces termes :
«Art. 149a
1 - Quiconque provoque l'avortement d'un enfant à naître encourt une peine de privation de liberté allant jusqu'à deux ans.
2 - La mère de l'enfant à naître n'encourt pas de peine
3 - N'a pas commis l'infraction indiquée en 1, le médecin ayant fait cette action dans un établissement public de soins dans les cas où
 - 1 la grossesse constituait une menace pour la vie ou une importante menace pour la santé de la mère, menace certifiée par deux médecins autres que celui ayant commis l'acte mentionné au 1. Le jugement des deux médecins n'est pas indispensable dans le cas où il était de nécessité urgente d'écarter la menace pour la vie de la mère.
 - 2 La mort de l'enfant à naître est survenue suite à des actions engagées pour sauver la vie de la mère ou pour réagir contre un dommage important menaçant la santé de la mère ; dans ce cas, le péril doit être certifié par le jugement de 2 autres médecins.
 - 3 Les examens prénatals confirmés par le jugement de 2 médecins autres que celui accomplissant l'acte mentionné au 1 apportent la preuve de handicaps lourds et irréversibles du fœtus.
 - 4 Il y a présomption, confirmée par attestation du procureur, que la grossesse résulte d'un acte criminel.
 - 4 - Dans des cas justifiés, le tribunal peut renoncer à infliger une peine à l'encontre des auteurs du délit mentionné au 1
- Art. 149b Celui qui, utilisant la violence envers une femme enceinte, provoque la mort de l'enfant à naître, ou qui d'une autre manière provoque la mort de l'enfant à naître sans l'accord de la femme enceinte, ou encore qui, utilisant la menace, un acte illégal ou la ruse, conduit la mère de l'enfant à naître à priver de vie cet enfant, est passible d'une peine de privation de liberté allant de six mois à huit ans.»

Les articles 153 et 154 sont supprimés.

Après l'article 156 est ajouté l'article 156a en ces termes :

«Art. 156a

- 1 - Celui qui cause un préjudice au corps de l'enfant à naître, qui perturbe sa santé ou menace sa vie est passible d'une peine de restriction de liberté allant jusqu'à 2 ans.
- 2 - Le médecin n'a pas commis de délit si les dommages causés au corps, ou la perturbation de la santé de l'enfant à naître, sont la conséquence du traitement nécessaire pour éloigner le danger qui menaçait la santé et la vie de la femme enceinte ou de l'enfant à naître.
- 3 - N'encourt pas de peine la mère de l'enfant à naître qui commet l'acte mentionné au 1"

Dans l'article 157

- a) le 1 est modifié comme suit : «si la conséquence de l'acte mentionné dans l'art. 156 au 1, est la mort de la personne, l'auteur est passible d'une peine de privation de liberté allant d'un an à dix ans.»
- b) est inséré un nouveau 2 en ces termes :
« 2 La même peine est encourue par l'auteur de l'acte mentionné à l'art. 149a 1, à l'art. 149b ou 156a 1, si la conséquence de cet acte est la mort de la mère de l'enfant à naître.

c) l'ancien 2 est désormais intitulé 3.

ARTICLE 8

Dans la loi du 8 mars 1990 sur l'autonomie territoriale (...) à l'article 7 alinéa 1 est ajouté le point 16 en ces termes :

«16 - Sont garantis envers les femmes enceintes, les soins sociaux, médicaux et juridiques».

ARTICLE 9

- 1 Une année après le jour d'entrée en vigueur de la loi, le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales devra soumettre à la Diète un rapport sur l'exécution de la loi ainsi que sur les résultats de son application.
- 2 Les Ministres de la Justice, de l'Education Nationale ainsi que du Travail et des Affaires Sociales présenteront des rapports complets sur les problèmes qui entrent dans le cadre de leurs compétences.

ARTICLE 10

La loi du 27 avril 1956 sur l'interruption de grossesse (...) est abrogée.

ARTICLE 11

La présente loi entrera en vigueur 14 jours après sa publication.

nistie les faits relevant de la propagande en faveur de l'avortement.]

(Le Figaro, 01/11/95 ; Présent, 26/10/95)

France : délégation parlementaire renouvelée.

A la suite des récentes élections sénatoriales, le Sénat a nommé, le 12/10/95, ses nouveaux membres de la délégation inter-parlementaire (sénateurs + députés) pour les problèmes démographiques. Il s'agit de :

Mme BERGÉ-LAVIGNE, M. BLANC, Mme BOCANDÉ, MM BOYER, CARLE, CHÉRIOUX, Mmes DEMESSINE, DIEU-LANGARD, DUSSEAU et M. HURIET.

Rappelons que la délégation inter-parlementaire pour les problèmes démographiques est une création de la loi Pelletier (loi de prolongation dite «définitive» de la loi sur l'avortement, en 1979). Elle est censée fournir chaque année un rapport sur l'état démographique de la France, notamment en rapport avec l'avortement. Dans la pratique, la délégation est un organe fantôme qui ne s'est pas réunie et n'a pas publié de rapport depuis des années (BIR Sénat, 23/10/95)

Avortement (suite)

Etats-Unis : interdiction d'une méthode d'avortements tardifs

Le 02/11/95, par 2 voix contre une, les députés ont voté un texte de loi interdisant la pratique de l'avortement par «naissance partielle», utilisée pour quelques centaines d'avortements de plus de vingt semaines. Au cours du débat parlementaire, des photographies de tels avortements ont été projetées aux représentants. [Nota : la méthode d'avortement par «naissance partielle» puis aspiration du cerveau pour permettre l'extraction totale de l'enfant a été décrite dans l'édition n°45 de TransVIE-mag. Des spécimens de ce numéro sont disponibles auprès de TransVIE dans le livret n° 4 d'anciens numéros (60 F port inclus)].

(Le Figaro, Herald Trib. Int. 03/11/95)

Etats-Unis : amende exorbitante pour dix militants pro-vie.

Un jury fédéral vient d'infliger une amende de 8,4 millions de dollars (42 millions de francs) à dix personnes accusées de harcèlement envers la personne du Dr. Norman Tompkins, un avorteur de Dallas.

(Présent, 28/10/95 ; Le Monde, 29/10/95)

Euthanasie

France : de l'avortement à l'euthanasie

les liens existant entre le mouvement pro-avortement et le mouvement pro-euthanasie se confirment. Le 06/10/95 se tenait dans la Drôme une soirée animée par l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMR), qui réclame le droit à l'euthanasie active (aide au suicide). L'animatrice n'était autre que Mme Anne-Marie DOURLIN-ROLLIER, vice-présidente de l'ADMR, fondatrice, dans le passé, de «Maternité Heureuse» devenue depuis le Mouvement Français du Planning Familial et de l'ANEA (Association Nationale pour l'Etude de l'Avortement).

(Dauphiné Lib. 07/10/95. Nous remercions Pierre G. qui nous a transmis cette information)

Contrôle des naissances

Pakistan : accroissement du contrôle des naissances

Le gouvernement pakistanais, dirigé par Benazir Bhutto, une avocate du planning familial, a annoncé son intention d'accroître de 30 ou 80 % le budget qu'il accorde au contrôle des naissances dans son pays.

(IRLF WR, 16/06/95)

Politique familiale

France : salaire maternel plébiscité

Selon les résultats d'un sondage réalisé par la Sofrès pour le Figaro Magazine, 82 % des français estiment que «le salaire maternel pour les femmes restant au foyer pour élever leur enfants» serait «une mesure de progrès qui marquerait la reconnaissance du travail des mères de famille». Ils ne sont que 12 % à estimer que ce serait «une mesure rétrograde qui empêcherait les femmes d'occuper toute leur place dans la société».

(Figaro Mag. 20/05/95)

Grossesse

France : Les grossesses extra-utérines trois fois plus nombreuses dans les pays riches.

L'indice des grossesses extra-utérines a doublé, voire triplé dans la plupart des pays industrialisés au cours des vingt dernières années. Près de la moitié des cas frappent des femmes qui fument au moment de la conception, tandis que 31 % d'entre eux caractérisent des futures mères porteuses d'un dispositif intra-utérin (stérilet).

Telles sont quelques unes des informations révélées par une recherche réalisée en France par le docteur Nadine Job-Spira, de l'unité 292 de l'Institut National de Recherches Médicales (Insem) à l'Hôpital de Bicêtre, et dont les résultats sont publiés par la «La Presse Médicale».

La recherche, réalisée en Auvergne, montre que les grossesses extra-utérines sont en pleine expansion et touchent déjà 20,2 naissances vivantes sur 1 000 dans cette région. Dans 80 % des cas, il existe un facteur de risque, le principal étant le tabagisme de la mère.

Outre le tabac et le stérilet, les autres facteurs de risque sont les antécédents chirurgicaux dans la région pelvienne (19 % des cas), ou de stérilité (19 %), ainsi que les problèmes de salpingite (inflammation des trompes) dans 13 % des cas. Pour 9 % des grossesses, il s'agit d'une récurrence.

Les femmes porteuses d'un stérilet et traitées pour une grossesse extra-utérine ne présentent aucun autre facteur de risque, et plus particulièrement aucun des antécédents pathologiques normalement associés au risque de ce type de grossesse anormale.

Le traitement de prime abord a été d'ordre chirurgical pour 94 % des femmes, tandis que les autres ont reçu un traitement médicamenteux au métotrexate.

(Europe Today 07/03/95)

Organisations pro-avortement

France : Symposium sous l'égide d'"Equilibre et Population"

Les 17 et 18/10/95 se tenaient à l'Assemblée Nationale un symposium sur le thème «Sida, société et population», organisé

par l'association malthusienne française "Equilibre et Population", sous le couvert de son cheval de Troie à l'Assemblée Nationale, le récent Club interparlementaire Projet Populations et Parlement.

Le Symposium affichait un ensemble de conférenciers bien connus dans le mouvement malthusien et pro-avortement mondial : Peter O. WAY, du US Census Bureau, Malcolm POTTS, de International Family Health (GB), Xavier EMMANUELLI, Evert KITTING, de l'IPPF (Fédération Internationale du Planning Familial), Jean-François MATTEI, auteur des lois françaises sur la bioéthique, Gérard MOREAU, Fred SAÏ, directeur de l'IPPF, Margaret CATLEY-CARLSON, du Population Council, Tony KLOUDA, de l'IPPF, Sars SEIMS (Fondation Rockefeller), Joseph SPEDIDEL (Fondation Hewlett). Participaient également aux tables rondes Jacques VALLIN (Centre Français sur la Population et le Développement), Roy M. ANDERSON, Jeanne-Marie AMAT ROZE, Davide AUSTIN, ENrique GARCIA HUETE, Hans Peter VOIGT, Awa Marie COLL SECK, Maria Jose de OLIVEIRA ARANJO, Luc MONTAGNIER, Peet TÛLL, François RAVEAU, Richard LALOU, Victor PICHE, Jacqueline COSTA-LASCOUX (Centre d'Etude de la Vie Politique*), Jeff O'MALLEY, Henri LERIDON, Marc GENTILLINI.

Ce symposium, qui avait pour objectif non-dissimulé de chercher des synergies d'action entre les programmes de lutte contre le SIDA et les programmes de contrôle des naissances dans le Tiers-Monde («Ouvrir une perspective à l'action. Celle de la maîtrise de la fécondité : dans quelle mesure peut-il y avoir des stratégies convergentes avec la lutte contre le SIDA»).

Ce symposium était sponsorisé par :

- Bristol-Myers Squibb (l'une des principales firmes pharmaceutiques produisant les moyens de contrôle des naissances, l'im-

plant contraceptif et abortif Norplant étant produit quant à lui par la firme finlandaise Leiras Pharmaceutical, distribué aux Etats-Unis par les laboratoires Wyeth. Les brevets sont détenus par l'ONG américaine Population Council, spécialisée dans le contrôle des naissances, et la distribution est assurée en Angleterre par Roussel).

- Glaxo Wellcome

- Roche

- Sandoz

- la Commission Européenne

- le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP)

- la Banque Mondiale

- la Fondation Hewlett

- le Ministère des Affaires Etrangères,

- la Mutualité Française

- Air France

- Le Quotidien du Médecin, dont la directrice n'est autre que la fondatrice et présidente d'"Equilibre et Population".

Rappelons qu'"Equilibre et Population" est dirigé par les personnalités suivantes :

Présidente : Dr. Marie-Claude TESSON-MILLET

Directeur scientifique : Dr Michel SALOMON

Directeur politique : Robert TOUBON

Conseil d'experts :

Pr Emile-Etienne BEAULIEU (président) ; Pr. Henri ATLAN ;

Dr. Michel BARZACH ; Constant BURG ; Jacques CARLES ;

Jean-Claude CHASTELAND ; Jacqueline COSTA-LASCOUX ;

Pr. Georges DAVID ; Dr. David ELIA ; Dr. Xavier EMMA-

NUELLI , Pr. Marc GENTILLINI ; Pr. Claude JASMIN ; Pr.

Yves LACOSTE ; Noëlle LENOIR (par ailleurs présidente du

Comité international de bioéthique de l'UNESCO) ; Dr. Alain

MARIE ; Pr. François RAVEAU ; Pr. Claude SUREAU ; Carl

(Publicité)

?

Connaissez-vous la **CHIRURGIE SOUS FLUX LIQUIDE**

- *L'asepsie facile*
- *Une technique à la portée de toutes les cliniques*
- *Evite d'encombrer le bloc pour de petites interventions*
- *Modification et additifs possibles dans l'espace opératoire*
- *Pas plus de problèmes que pour une intervention classique*

Préparation à la chirurgie des membres, extrémités, abdominale, avec extension des indications à la demande.

Réservé au corps médical et aux centres de soins agréés.

RENSEIGNEMENTS ET DOCUMENTATION :

A.L. MÉDITERRANÉE

(Responsable département : Alain MIROUZE)

SYLVACANE, Arcade des Citeaux

13127 VITROLLES

T°/Fax (16) 42 89 86 94

WAHREN ; Colette de SAINT-SAUVEUR.

Le président du club interparlementaire est le Pr. Jean-Michel DUBERNARD, député dans le Rhône.

* La participation du Centre d'étude de la vie politique à un tel colloque nous incite à mettre en garde les associations et militants pro-vie vis-à-vis d'une étude actuelle de ce Centre, branche du CNRS, sur le militantisme pro-vie. Plusieurs abonnés ont reçu d'une stagiaire de cet organisme un questionnaire visant, selon son auteur, à mieux connaître l'implantation politique et idéologique du mouvement pro-vie français, dans le cadre d'un travail de fin d'études. *TransVIE-mag* n'a pas réussi à obtenir des preuves convaincantes, ni même tout simplement de réponses, à ses demandes répétées d'information sur l'objectif et les responsables de cette étude. Le principe d'une étude sociologique des mouvements pro-vie n'est pas mauvais en soi. Mais l'impossibilité d'entrer sérieusement en contact avec les responsables de cette étude nous oblige à signaler à nos lecteurs la possibilité d'objectifs malveillants (entrisme, infiltration, compilation de fichiers à des fins malveillantes, ...).

France : manifestation le 25 novembre

Les associations défendant habituellement l'avortement légal (Planning Familial, Fédération anarchiste, plusieurs syndicats, ...) ont fait connaître qu'elles manifesteraient à Paris le 25/11/95 pour «revendiquer l'avortement et la contraception libres et gratuits» : abrogation totale de la loi de 1920, intégration des pratiques d'avortements dans la formation des médecins, suppression de la limite de 10 semaines pour l'avortement et de l'autorisation parentale pour les mineures, accès total à l'avortement sur le territoire français.

(tract de la fédération anarchiste)

Opérations-sauvetages

France : participation d'un directeur-adjoint d'hôpital

Le 16/10/95, une dizaine de manifestants pro-vie (6 hommes et 4 femmes) se sont enchaînés au matériel d'avortement du «service d'orthogénie» (service d'avortement) de l'hôpital de Valenciennes. Parmi eux se trouvait le propre directeur-adjoint de l'hôpital, M. Xavier DOUSSEAU. Dans un communiqué de presse, cet homme a expliqué que son geste avait «pour objectif de rendre l'Hôtel-Dieu à sa destination de santé publique et de rompre la contrainte qui force les administratifs de la Santé publique à coopérer au service de l'avortement légalisé». Il réclame en outre le droit à la même clause de conscience que les médecins et le personnel soignant.

A cette occasion, la presse a révélé qu'il se pratiquait chaque année dans cet hôpital 850 avortements pour 2 200 à 2 400 naissances.

Xavier Dousseau, qui a réalisé ce geste avec le plein accord de son épouse, a été suspendu de ses fonctions à l'Hôtel-Dieu, jusqu'au jugement qui sera rendu le 20/11/95 par le tribunal de Valenciennes.

Madame Elisabeth HUBERT, ministre de la santé, a annoncé, de son plein gré, des mesures disciplinaires contre M. Dousseau. A cette occasion, elle a réitéré sa «volonté de défendre la loi IVG sans ambiguïté» et de «développer la contraception».

(Présent, 18/10/95 ; Famille Chret. 26/10/95 ; Le Monde, 18/10/95 ; Le Figaro, 17, 18 et 20/10/95 ; Le Canard Ench. 18/10/95)

France : Nanterre : peine de prison avec sursis et amendes.

Le 21/09/95, le tribunal de Nanterre a condamné six militants pro-vie qui avaient occupé, le 22/03/95, l'avortoir de l'hôpital Antoine Béchère à Clamart. Xavier DOR a été condamné à un an de prison avec sursis et mise à l'épreuve de deux ans. Les autres militants ont été condamnés à 3 ou 6 mois de prison avec sursis ; tous ont été condamnés à verser 4 000 F chacun de dommages et intérêts aux Hôpitaux de Paris, à la Fédération de la Santé, et

au Planning Familial des Hauts de Seine.

Les six militants ont fait appel du jugement.

(Le Figaro, 22/09/95 ; Présent, 23/09/95)

France : opération-sauvetage à Rennes

Le 21/09/95, 14 militants pro-vie, parmi lesquels le Dr. Dor, ont occupé la salle d'attente de l'avortoir du CHR de Rennes, où ils ont récité le chapelet deux heures avant d'être emmenés par la police.

(Ouest France, 20 et 28/09/95 ; Présent, 21/09/95)

Caen : condamnation de 12 militants pro-vie

Le 26/09/95, le tribunal de grande instance de Caen a condamné à 10 000 F d'amende onze militants pro-vie qui avaient manifesté contre l'avortement dans l'hôpital de la ville, le 27/04/95. Le Dr Dor a été condamné, quant à lui, à 15 000 F d'amende et un mois de prison avec sursis. Les douze manifestants ont en outre été condamnés à payer collectivement 17 501 F de dommages et intérêts aux parties civiles.

(Ouest France, 27/09/95 ; Présent, 28/09/95)

Initiatives pro-vie

Vatican : 11e Congrès International des mouvements pro-Vie

Du 02 au 04/10/95 s'est déroulé à Rome une rencontre des mouvements pro-vie du monde entier (plus de 1 300 participants), à l'appel du Conseil Pontifical pour la Famille sur le thème de l'Évangile de la vie. Au cours d'une audience, le pape Jean-Paul II a rappelé aux participants que la défense de la vie n'était pas qu'un problème moral, mais qu'il nécessitait également une action politique. Selon lui, l'implication éthique en faveur de la vie à toutes ses étapes s'étend entre autres à la défense de l'héritage génétique humain contre toute altération ou sélection, à la protection de l'amour et de la procréation dans le mariage, à la recherche de justice et d'équité dans l'usage des ressources de santé. Il a averti les participants sur le fait que la bataille pour la défense de la vie ne peut être gagnée que si le courage et l'enthousiasme sont complétés par une préparation spécifique dans les domaines de la médecine, de l'éthique, de la législation et des questions sociales. Mais aussi que l'impact de leurs activités dépendait largement de leur bonne entente. «Votre mission s'étend au domaine essentiel de l'éducation des jeunes et des familles à un amour vrai, fidèle et chaste. Je vous exhorte à porter une attention particulière aux adolescents et aux jeunes dans les écoles, de sorte qu'ils puissent recevoir une présentation adéquate des valeurs morales, civiles et religieuses qui soit cohérente avec la dignité de la personne humaine et la défense et la promotion de la vie.»

A l'occasion du voyage qu'il effectuait aux Etats-Unis le lendemain, Jean-Paul II a de nouveau appelé les jeunes à «se lever pour la vie»

(L'Osservatore Rom. 04/10/95, in IRLF WR, 13/10/95)

France : parution d'un catalogue pro-vie

La toute nouvelle association «Oui à la vie diffusion» a mis au point et diffusé en septembre un catalogue permettant aux militants pro-vie de trouver plus facilement un certain nombre de documents (livres, dossiers, parmi lesquels le dossier «conséquences physiques et psychosociales de l'avortement sur les femmes», édité par *TransVIE-mag*), et de matériel pro-vie (pin's, modèles). Le catalogue regroupe aussi des documents sur la bioéthique, le viol, le handicap, le SIDA, la pornographie, l'homosexualité. Ce catalogue est paru en encart dans l'édition 86 de *TransVIE-mag*.

AGENDA

Méthode BILLINGS

Calendrier des sessions 1995-1996

3e trimestre 95	Toulon	Mme GALICHET	Tél. 94.58.95.60
21 et 22/10/95	Toulouse	Mme LAFFON	Tél. 61.83.27.57
11 et 12/11/95	Angoulême	Mme J. RENARD	Tél. 45.89.47.03
18 et 19/11/95	Issy-les-Mx	Mme G. RENARD	Tél. 47.49.68.73
18 et 19/11/95	Tours	Mme RORTHAIS	Tél. 47.50.61.87
25 et 26/11/95	Bouvines	Mme DESOUTTER	Tél. 20.13.12.43
2 et 3/12/95	Avranches	Mme AUBREE	Tél. 33.60.46.43
9 et 10/12/95	Compiègne	Mme JACOB	Tél. 44.44.18.38
20 et 21/01/96	Grand Fougeray	Mme CROZON	Tél. 40.04.21.49
20 et 21/01/96	Grand Fougeray	Mme PETREMANT	Tél. 99.51.75.40
3e trimestre 96	Lyon	Mme BAUD	Tél. 74.05.77.77
27 et 28/01/96	Marseille	Mme LEMARQUER	Tél. 42.24.43.80
10 et 11/02/96	Orléans	Mme RENAULT	Tél. 38.53.27.07
10 et 11/02/96	Bordeaux	Mme PICHON	Tél. 56.78.36.15
10 et 11/02/96	Rouen	Mme PINSON	Tél. 35.89.80.02
1er trimestre 96	Strasbourg	Mme STREBLER	Tél. 88.90.12.48
23 et 24/03/96	Session annuelle du Centre Billings à Antony.		

Des sessions d'approfondissements, par cycles de plusieurs soirées sont prévues tout au long de l'année, pour les centres suivants. Pour ces stages, contacter directement les responsables.

Bourgoin	Mme LECLERE	Tél. 74.90.20.24
Nîmes	Mme REGNIER-VIGOUROUX	Tél. 66.26.47.45
Paray-le-Monial	Mme VAN COILLIE	Tél. 85.81.48.21
Clermont-Ferrand	Mme DUCLOUX	Tél. 73.79.44.58
Meaux	Mme VAN HEESWYCK	Tél. 64.33.41.21
Metz	Mme MEYER-BISCH	Tél. 87.76.03.06

Paris : Mme LAFONT, Tél. 40 72 67 54 :

14 novembre 95, 12 décembre, 16 janvier 96, 13 février, 19 mars.

Versailles : Mme de BUYER, Tél. 39 24 05 24 :

21 novembre 95, 12 décembre, 16 janvier 96, 2 avril.

Le Pecq-St-Germain : Mme HUFSCMITT, Tél. 39.16.20.49 :

14 novembre 95, 5 décembre, 9 janvier 96, 26 mars 1996

Renseignements dans toute la France, écrire au :

Centre BILLINGS FRANCE, allée du Bois Périneau, 78120 Rambouillet.

BIBLIOGRAPHIE

Souffrance et dignité humaine.

Mikaël Scattner, Mame, Ed. Universitaires, 1993, 300 p.
Thèse de médecine ayant reçu le prix d'éthique Maurice Rapin en 1989. Postface du P. Marie-Dominique Philippe. [Non-reçu.
Ouvrage conseillé dans *Ethique* 1995/3].

Le monde politique et le respect de la vie.

Choisir la Vie, Edition 8, octobre 95.
Publié depuis 1986 par l'AOCPA, devenue depuis «Choisir la Vie», *Le Monde politique et le respect de la vie* compile, après chaque élection parlementaire, dans un même dossier, la liste de tous les députés, sénateurs et membres du gouvernement, avec, pour chacun d'eux, son vote sur toutes les lois touchant à l'enfant-à-naître depuis 1974 (loi Veil, loi Pelletier, loi Roudy, propositions d'abrogation de la loi Roudy, lois Mattéi). La toute nouvelle édition tient compte du récent renouvellement du tiers du Sénat. Choisir la vie, BP 53, 92502 Rueil Malmaison Cedex. 40 FF.

Ici pour vous

Victimes de l'avortement. Le chemin de guérison.

René Lejeune, 08/95.
Ed. du Parvis, Hauteville, Suisse. 223 p.
Prix ? ISBN 2-88022-064-5.

Depuis 1983, le Christ et Marie apparaissent à Patricia, une anglaise mère de trois enfants, ayant vécu deux avortements et convertie sur le tard à la religion catholique. L'Eglise catholique ne s'est pas prononcée sur ces apparitions et les investigations sont en cours, ce que l'auteur souligne avec honnêteté.

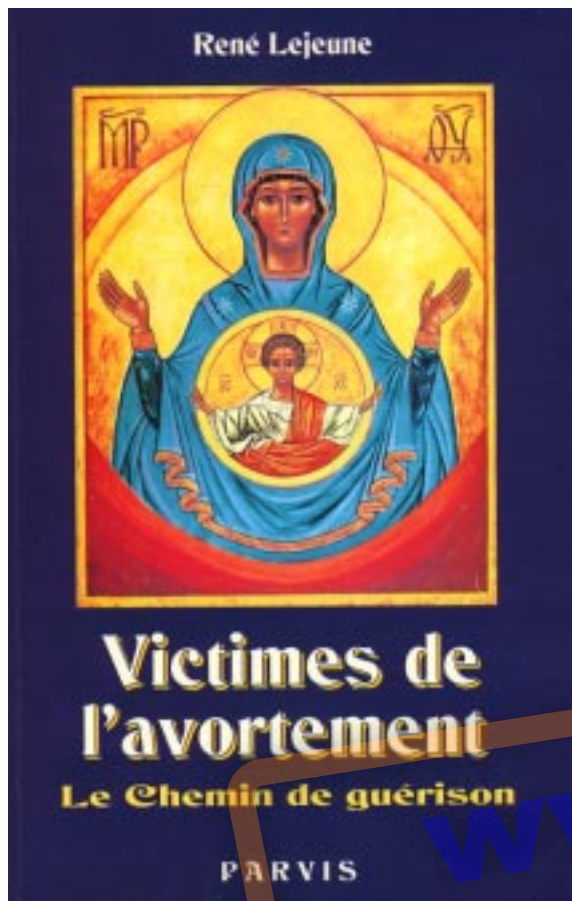
Tout ceci ne justifierait pas une recension dans ce magazine si

une part importante du message reçu par Patricia ne visait à obtenir de l'Eglise catholique la promulgation d'un rite pour le baptême «en esprit» des enfants avortés jusqu'à ce jour et leur reconnaissance comme véritables martyrs «de l'innocence crucifiée». Rite qui viserait tout autant à ouvrir les portes du Royaume à ces enfants, à obtenir la guérison des mères et des personnes blessées par l'avortement, et à obtenir pour l'abolition de l'avortement les grâces de l'intercession de ces millions de martyrs. René Lejeune expose avec clarté, dans ce livre forcément très catholique, la tragédie de l'avortement en tant que mise à mort d'innocents, mais aussi de source de blessures profondes, le message des apparitions à Patricia, leur analyse théologique, le rituel possible, et termine sur une note optimiste avec des exemples de conversions d'anciens médecins-avorteurs. En annexe, une bibliographie et une liste (non-exhaustive) d'oeuvres pro-vie, d'oeuvres d'adoption et de promotion des méthodes naturelles de régulation des naissances.

Un seul regret : le témoignage d'une écoutante réalisant des entretiens pré-avortement (p. 192 à 200) est livré sans commentaire, alors qu'il renferme des assertions inadmissibles (du type : l'essentiel n'est pas le choix final, mais que la femme ait pu s'exprimer), alors que le principe même des entretiens pré-avortement constitue pour l'écoutante une participation formelle à l'avortement dénoncée dans *Evangelium vitae*. Un dérapage certainement involontaire et dû apparemment à la volonté de l'auteur de ne pas interférer avec un témoignage par ailleurs fort enrichissant et chargé d'émotion.

Un ouvrage très positif donc. L'auteur se soumet d'avance au jugement de l'Eglise sur la vérocité des apparitions, ce qui libère l'esprit du lecteur et le ramène à l'essentiel : quel rite pour les enfants et les femmes victimes de l'avortement ? Peut-être celui de Patricia, peut-être un autre, mais *TransVIE-mag* rejoint l'auteur sur au moins un point : cette question est fondamentale. Quand bien même on mettrait à part la question religieuse (salut des

âmes), tous les archéologues s'accordent pour faire du rituel dû aux morts (inhumation, ...) un maillon essentiel dans l'humanisation. Les enfants avortés ne peuvent échapper à la règle. *Victimes de l'avortement* apporte une réponse. Il a même le mérite d'être l'un des tout premiers ouvrages à soulever la question. Et mérite à ce titre une lecture attentive.



Note à l'attention des lecteurs peu familiers des conventions statistiques, pour la lecture des données et des tableaux du dossier

Pour comprendre les tableaux et données statistique de l'article qui suit, il convient de garder à l'esprit que l'auteur cherche, dans chacun des cas, s'il existe une différence entre les femmes qui maltraitent leurs enfants et les autres.

Chaque étude permet donc de comparer plusieurs échantillons de femmes. Par exemple, dans le tableau 1 on peut constater, à première vue, que les femmes ayant perdu une grossesse sont plus nombreuses, en proportion, à maltraiter leurs enfants que celles qui n'en ont pas perdu.

Toutefois, la première impression ne suffit pas. Il se pourrait que la différence observée soit due uniquement au hasard.

C'est pourquoi l'auteur soumet ses données à un traitement statistique dont la nature varie selon la forme des données, leur présentation, ...

Il en résulte (fréquemment) deux données (parfois plus).

L'une est appelé X^2 (prononcer "ki-deux"). Grossièrement, plus cette

valeur est élevée, plus la variable étudiée a d'importance pour caractériser la différence entre les deux groupes.

L'autre est p . Plus directement accessible à l'esprit, cette donnée statistique représente le "risque que la différence observée soit due au hasard". Prenons un exemple :

On lance 10 fois de suite une pièce de monnaie. En théorie, on doit compter environ 5 "pile". Si on en compte 7, cela ne veut pas dire que la pièce soit truquée. Il se peut que ce soit le hasard. Comme nous n'avons lancé la pièce que 10 fois, il est difficile de trancher. Nous dirons que la probabilité que la différence soit due au pur hasard (le fameux p) est grande (17 % dans ce cas précis, que l'on notera $p < 0,17$)

Recommençons maintenant en lançant la pièce 100 fois. Cette fois, on compte encore 70 "pile".

En toute rigueur mathématique, il est encore possible que la différence observée avec le résultat normal soit due au hasard. Mais cette probabilité est devenue très faible (moins de 4 chances sur 100 000, que l'on notera $p < 0,00004$). Même en lançant la pièce 10 milliards de fois, il serait encore imaginable, mathématiquement, qu'une telle différence soit due au hasard. Mais 50 lancés suffiront largement à un parieur pour se faire son opinion ! Chacun accepte le degré de risque de se tromper qui convient à ses affaires.

En résumé, plus p est petit, plus la différence observée est fiable. On dira alors que la différence est significative. On peut alors s'y fier pour tirer des conclusions. Sinon, il faut recommencer une autre étude avec une population plus nombreuse ou en étant plus précis dans l'observation, par exemple.

Dans la pratique, le seuil est variable.

Pour une première étude destinée à "débroussailler le terrain" on pourra admettre une différence avec 10 ou 20 % de risques de se tromper ($p < 0,2$).

Pour une étude visant à affiner un résultat, ou dans des cas particuliers où les enjeux sont importants (expérimentation de la nocivité d'un médicament, par exemple), on sera beaucoup plus exigeant et on n'admettra la différence comme valide que si le risque de se tromper est très faible ($p < 0,01$ ou $p < 0,0001$ ou même moins). Dans ce cas on dira qu'on recherche une différence hautement significative. Dans les sciences sociales où les mesures sont difficiles (par exemple dans l'article qui suit), on accepte généralement un niveau de risques d'erreur plus élevé que dans les sciences dites "dures" (physique, chimie). Dans l'article qui suit, les seuils de signification, souvent inférieurs à 0,0001, sont donc remarquables.

Il convient néanmoins de considérer que la différence entre deux échantillons peut être hautement significative sans illustrer *automatiquement* une relation de cause à effet. Par exemple, si les urgences reçoivent plus de personnes ayant reçu sur la tête un pot de géranium qu'un pot d'hibiscus, ce n'est pas parce que les géraniums sont plus instables que les hibiscus, mais bien parce qu'il est moins fréquent de semer des hibiscus en balconnière !

Pour comparer des choses comparables, on supprime les facteurs externes (par exemple, en ramenant le nombre de chutes à la proportion respective d'hibiscus et de géranium en balconnière). Dans le cas des sciences sociales, il est plus difficile de "maîtriser" les facteurs qui influencent une population donnée, car les personnes sont beaucoup plus différenciées que les balconnières, et on n'est jamais sûr de ne pas avoir oublié un facteur de risque. C'est ce qui amène le Dr. Ney à relativiser ses résultats. Avant de conclure définitivement à propos de l'influence de l'avortement sur la maltraitance d'enfant, il convient d'étudier plus à fond la question et de rassembler plus que quatre preuves, bien que ce ne soit déjà pas rien.

Tout du moins, et l'auteur le dit lui-même, ce premier faisceau d'indice est-il inquiétant, justifiant d'approfondir la question et obligeant toute personne honnête à cesser, jusqu'à nouvelle preuve, de répandre l'idée pré-conçue que l'avortement diminue la maltraitance.

Relations entre l'avortement provoqué et la maltraitance et la négligence d'enfant : quatre études

Philip G. Ney, MA, MD, FRCP(C), FRANZCP, Tak Fung, PhD, and Adele Rose Wickett, BSN
Pre- and Perinatal Psychology Journal, 8(1), Automne 1993, pp43-63.

Traduit par JM L et FP pour TransVIE-mag

Traduit et publié dans TransVIE-mag

avec l'aimable autorisation de l'auteur et de l'éditeur, Human Sciences Press, New-York.

Les figures 1 et 3, illustrant les données des tableaux 1et 4, ont été ajoutées par nos soins pour une meilleure lisibilité.

RESUME : Quatre études conçues pour rechercher une association éventuelle entre l'avortement provoqué et la maltraitance d'enfant ont permis de trouver un certain nombre de corrélations effectives. Ces découvertes paraissent aller à contre-courant de l'opinion populaire et de certaines déclarations de professionnels comme quoi rendre l'avortement librement accessible permettrait de ne plus avoir d'enfants non-désirés et par conséquent diminuerait le degré de maltraitance d'enfant. Il n'y a aucune preuve que le degré de maltraitance d'enfant ait décliné depuis que l'avortement est plus facilement accessible. Nous avons découvert que les enfants non-désirés n'étaient pas plus souvent maltraités, mais que les femmes qui avaient eu antérieurement des grossesses interrompues (par avortement ou par fausse-couche) étaient plus enclines à négliger ou maltraiter leurs enfants. Il y a un certain nombre d'explications plausibles pour cela, mais celle qui corrobore le plus les statistiques est que les grossesses perdues, particulièrement par l'avortement, tendent à rendre les femmes plus anxieuses lors d'une grossesse ultérieure, et plus déprimées après que l'enfant soit né. L'anxiété et la dépression perturbent le processus de la formation du lien parent-enfant, par conséquent l'enfant se trouve plus exposé à des périodes où les parents se désintéressent de ses besoins ou sont enrégés par un comportement irritant. Les mères qui maltraitent leurs enfants verbalement ou physiquement ont tendance à réagir avec colère au cri de l'enfant. Ceux qui négligent leur enfant ont tendance à réagir avec anxiété ou sentiment d'impuissance. Nous avons également découvert que des femmes non soutenues par leur partenaire ont plus tendance à faire une fausse-couche ou à mettre fin à une grossesse. Le manque de soutien de la part des maris et le manque d'allaitement au sein paraissent contribuer également à la maltraitance et à la négligence. Il est possible que les maris soutiennent moins les mères parce qu'ils craignent que leurs enfants soient avortés et sont impuissants à l'empêcher.

INTRODUCTION

Certaines personnes (Calef, 1972; Dennis, 1976; Geenland, 1973) ont prétendu que chaque enfant devrait être un enfant désiré, en partie parce qu'on croyait que les enfants non-désirés risquaient plus d'être maltraités ou négligés. L'idée était que la possibilité de choisir l'avortement d'enfants non-désirés aiderait à prévenir la maltraitance d'enfant. Maintenant que la société occidentale fournit des contraceptifs efficaces et l'avortement à la demande, presque chaque enfant est «désiré». On trouve pourtant étonnamment peu d'études qui comparent l'incidence de la maltraitance et de la négligence d'enfant aujourd'hui avec celle observée dans les périodes antérieures. Toutefois, quoiqu'il y ait apparemment un débat sur la question de savoir s'il y a une augmentation de la fréquence de la maltraitance ou plutôt une amélioration des déclarations, il semble que ce soit plutôt la première hypothèse qui prévale. Knudson (1988) de l'université de Purdue a étudié les rapports enregistrés par une agence pour la protection de l'enfant durant une période de 20 ans, et a conclu que la croissance du nombre des déclarations reflète une augmentation véritable des comportements abusifs et de négligence. Cela corrobore des découvertes antérieures révélant que la maltraitance d'enfant avait augmenté. (Fontana et Bersharov, 1977 ; Kempe et Helfer, 1972 ; Bergstrand et al., 1979). Ces découvertes ont rendu nécessaire une réévaluation de l'hypothèse selon laquelle l'avortement éviterait la maltraitance d'enfant. Nous enquêtons sur une hypothèse alternative, l'hypothèse que l'avortement accessible sur demande contribue à une augmentation de la maltraitance d'enfant et de la négligence.

Le Dr. Philip Ney est professeur à l'Université de Colombie Britannique. Le Dr. Tak Fung est au Service de Traitement des Données de l'Université de Calgary et Adele Rose Wickett est une assistante de recherche du Dr. Ney.

ANALYSE DE LA DOCUMENTATION SCIENTIFIQUE

Il apparaît qu'il y a une relation entre le taux de maltraitance d'enfant et l'avortement (Ney, 1979). Les provinces du Canada qui ont un taux élevé d'avortements ont aussi un taux élevé de maltraitance d'enfants. Les taux ont augmenté en parallèle. En Colombie Britannique le taux de mortalité pour cause sociale chez les enfants et chez les adolescents a apparemment augmenté peu de temps après que la loi a changé et libéralisé l'avortement (Tonkin, 1979). Bien que cette association puisse être le fait de causes banales, telles que des conditions socio-économiques ou des attitudes sociales envers les enfants, il est clair qu'il n'y a pas de preuve d'une diminution du taux des mauvais traitements.

Pour la profession médicale, en ce qui concerne l'avortement réalisé par un médecin, les questions centrales sont : «Est-ce thérapeutique?», c'est-à-dire : «Est-ce efficace dans le traitement de certaines maladies ou désordres?» et «Est-ce sans risque?», c'est-à-dire : «Est-ce qu'il fait plus de bien que de mal?» Bien qu'il y ait eu beaucoup de tentatives pour démontrer que l'avortement est sans risque, il n'y a pratiquement pas eu de recherches faites pour déterminer son efficacité dans le traitement de maladies physiques, psychologiques ou sociales. Il y a des preuves croissantes de ce que l'avortement fait plus de mal que de bien en tant que procédure médicale (Ney, 1989). Un des dangers de l'avortement peut être qu'il perturbe fortement le lien mère-enfant. Nous avons exploré l'hypothèse selon laquelle l'avortement libre et la maltraitance ont une corrélation réciproque positive, et peut-être une relation causale.

Des preuves croissantes indiquent que tout phénomène qui perturbe le début de la période d'attachement de la mère à son enfant peut contribuer de manière importante à la pathologie de la maltraitance d'enfant (Martin, 1976 ; Egeland and Sroufe, 1981). Ceci a été montré jusque chez les singes (Troisi et al., 1989). Les premières heures critiques de contact mère-enfant peuvent être perturbées si la mère est déprimée (Colman et Colman, 1971). Des femmes sont déprimées le jour anniversaire de leur avortement (Cavenar et al., 1978). Certaines femmes nient l'existence d'un conflit personnel juste après l'avortement, mais ont des conflits personnels graves qui font surface lors d'une psychothérapie (Kent et al., 1978) ou lors d'une grossesse ultérieure. (Kumar et Robinson, 1978). D'après certains auteurs, les femmes «les plus maternelles et les plus mûres» se trouvent être celles qui ressentent la plus grande culpabilité post-avortement (Herrenkohl et Herrenkohl, 1979 ; Pare et Hermione, 1970).

Un tiers des mères avec enfants dont le diagnostic démontre qu'elles n'ont pas réussi (à avoir une relation épanouie avec leurs enfants) pleurent la perte d'un proche. Si un jumeau meurt, la mère a du mal à s'attacher au survivant (Klaus et Kennell, 1976). La mort d'un ami proche, un avortement antérieur ou la perte d'enfants précédents peuvent allonger ou retarder le temps de préparation à l'enfant et retarder la formation du lien (Colman et Colman, 1971). Les femmes enceintes qui ont eu un avortement auparavant (Bradley, 1984) sont anxieuses pendant la grossesse et dépressives après la naissance plus fréquemment que celles qui n'ont pas eu d'avortement. Bien qu'un deuil plus long et plus intense soit observé chez les mères pour qui la grossesse était une expérience positive, elles connaissent toutes des souffrances, que l'enfant vive une heure ou 12 jours, qu'il pèse 3 kg ou 580 gr et ne soit pas viable, et que la grossesse soit planifiée ou non planifiée (Klaus et Kennel, 1976). Les découvertes indiquent que la douleur n'est pas liée de manière significative au poids de l'enfant à la naissance ni à la durée de vie de l'enfant décédé (Benfield, 1978). Les parents ont de la difficulté à s'adapter à la perte de leur nouveau-né. (Culberg, 1971). Malgré la controverse importante concernant l'intensité de la douleur expérimentée par les femmes qu'on a poussées à l'avortement, il est admis que les femmes et les épouses qui ont choisi d'avorter leur enfant désiré mais handicapé font l'expérience d'une douleur mesurable dans 70% à 90% des cas. Les rapports ont montré l'importance qu'il y avait d'avoir pleuré ou non un enfant mort-né (Lewis, 1979). Il a été reconnu depuis longtemps que l'absence d'un deuil complet, après la perte d'un être cher, perturbe les attachements futurs (Bowlby, 1960 ; Freud, 1917). Les enfants et les adultes ont des difficultés à développer des liens avec ceux qui remplacent ceux qu'ils ont aimés et perdus.

Les arguments et les preuves avancés en 1979 (Ney, 1979) demandaient, de toute évidence, une recherche plus approfondie. Quoiqu'elle ne soit pas le seul objet de nos études de la maltraitance des enfants (Ney et Herron, 1985 ; Ney et al., 1986 ; Ney, 1987 ; 1988a ; 1988b ; Ney et al., 1992), nous avons découvert des preuves suffisamment convaincantes pour supporter l'hypothèse originale que l'avortement tend à accroître plutôt qu'à diminuer la probabilité de maltraitance ou de négligence d'enfant.

Vous pouvez commander ce dossier
en tiré-à-part au prix de :
14 F l'unité, 112 F les 10, 840 F les 100
Détail en page 20.

CAS CLINIQUE

Madame G., une enseignante assistante de vingt-trois ans, a été reçue en consultation avec son mari car elle hurlait sans arrêt contre son fils de cinq ans, le jetait violemment sur le lit, le battait jusqu'à lui laisser des marques rouges et l'avait presque étranglé. Son père (un sergent dans l'armée) et sa mère furent décrits comme étant très patients : «Nous n'avions jamais de fessée et on ne hurlait pas contre nous». Plus tard, ses parents divorcèrent. A l'âge de dix-sept ans elle commença à voir un psychiatre. Elle commença à être sexuellement active très jeune et à dix-sept ans elle est devenue enceinte. Ses parents et ses médecins étaient d'avis qu'elle ait un avortement. Elle voulait un enfant mais ne voulait pas continuer à ennuyer ses parents plus longtemps. Elle aurait voulu fuir. Après l'avortement elle parut être en meilleur état. Toutefois, le cours des événements psychiatriques qui ont suivi a été très orageux, avec des crises fréquentes. Quand elle s'est mariée et est devenue enceinte elle a été très excitée. Elle avait des peurs persistantes de perdre son enfant et par conséquent refusait l'acte sexuel. A la naissance, l'enfant a dû passer une courte période en unité de soins intensifs.

La mère était perplexe concernant sa réaction face à son enfant : «Dès qu'ils m'ont tendu l'enfant, je le leur ai rendu. C'était une sensation bizarre. J'étais excitée à l'idée d'avoir un bébé mais ça ne marchait pas. Je ne pouvais pas le toucher». Malgré l'aide importante dont elle a bénéficié à la maison, elle était tellement anxieuse qu'elle ne pouvait plus manger et qu'elle a été placée sous tranquillisants. Elle a commencé à hurler et à battre son bébé, le jetant violemment sur le lit et cherchant désespérément à faire arrêter ses cris : «Je me sentais violemment irritée, lorsqu'il criait. Je ne me suis jamais sentie proche de lui, pas aussi proche que je pensais que j'aurais dû l'être». Cette femme avait joyeusement anticipé la relation avec son enfant et avait pensé qu'elle s'en occuperait avec confiance. Elle n'avait pas de difficulté avec ses neveux et nièces, qui criaient fréquemment. Elle conclut : «Si j'avais eu le premier enfant, je n'aurais pas eu peur et je n'aurais pas eu ce problème».

L'enfant et les parents ont suivi un traitement dans un service psychiatrique. Maintenant la mère a plus de confiance en elle lorsqu'elle s'occupe de l'enfant, mais elle a toujours des rêves effrayants où elle voit son bébé se noyer. Elle se dresse soudain sur son lit en croyant entendre un hurlement de l'enfant. Elle trouve toujours difficile de regarder son enfant dans les yeux et elle le fait rarement. Elle est déterminée à ne rien dire à personne concernant sa prochaine grossesse au cas où quelqu'un essaierait de faire pression sur elle et de la pousser à l'avortement.

ETUDE 1

Méthodologie

Une centaine de mères connues comme maltraitantes, recrutées dans la clientèle de deux pédo-psychiatres et dans deux groupes de soutien pour parents en crise ont été comparées avec des mères non-maltraitantes. On a donné aux femmes de chaque échantillon un questionnaire de 59 questions couvrant des facteurs liés à la maltraitance. Les enfants ont été interviewés aussi pour déterminer leur conscience des facteurs qui pouvaient influencer l'attitude de leurs parents envers eux. Une étude ultérieure suivra la deuxième grossesse des femmes qui ont avorté leur premier enfant par comparaison avec un groupe équivalent de mères dont

DOSSIER

la première grossesse s'est terminée par la naissance d'un bébé vivant, afin de déterminer le taux de maltraitance dans les deux groupes. Les enfants dont les mères ont eu des avortements seront suivis pour déterminer le taux de maltraitance d'enfant dans leur progéniture.

Résultats

Les cent enfants maltraités sélectionnés au hasard dans cette étude avaient des histoires différentes :

- 58 connaissaient ou avaient connu des punitions physiques excessives (fessées plus de deux fois par semaine) ;
- 30, des violences physiques laissant des marques discernables ;
- 15, des maltraitements mentales produisant une dépression chez l'enfant ;
- 9, des viols ou tentatives de viols, toutes du fait de l'homme ;
- 6, des négligences ou abandons ;
- 18, des combinaisons d'abus divers ;

9 enfants étant nés prématurément, 6 avaient été adoptés.

Sur un sous-échantillon de 12 familles sélectionnées au hasard et étudiées plus intensément, 6 enfants avaient fait l'expérience de punitions corporelles excessives, 3 avaient été sexuellement violents (ou violés), 3 avaient subi des violences verbales, 1 enfant était né prématurément et 1 avait été dans un incubateur pendant 11 jours. Même si 5 n'étaient pas désirés au début de la grossesse, ils étaient tous des bébés désirés au moment de leur arrivée.

Les mères de ces 12 enfants avaient perdu des enfants auparavant : 5 avaient eu des avortements, 6 avaient eu des fausses-couches, 1 avait eu un enfant mort-né, et 2 avaient eu à la fois des avortements et des fausses-couches. 7 des premières grossesses finirent en fausse-couche, mort à la naissance ou avortement. 4 des 12 femmes avaient subi des violences étant enfant et 5 firent une dépression post-partum. Sur les 3 femmes dont les premières grossesses furent avortées, 2 firent une dépression post-partum, 1 avait été maltraitée par des punitions excessives, et 3 avaient violenté l'enfant en question. La mère de l'une de ces femmes avait vécu la mort d'un enfant, alors qu'une autre avait eu un enfant mort-né. Bien qu'il n'y ait pas de corrélation entre les fausses-couches des mères et des grand-mères de chacune, il fut noté que 7 grand-mères maternelles avaient connu soit une fausse-couche, soit un enfant mort-né ou soit la mort d'un enfant.

Le groupe de contrôle, rassemblant des mères d'enfants hospitalisés pour de sérieux désordres émotionnels ou de comportement dans le Service Psychiatrique pour les Enfants et les Familles de l'Hôpital du Royal Jubilee, à Victoria, en Colombie Britannique, était semblable par l'âge (groupe étudié 19-37 ans, moyenne 22 ans ; groupe de contrôle 18-25 ans, moyenne 25 ans) et aussi parfaitement semblable du point de vue du statut marital et socio-économique (groupe étudié 3,7 ; groupe de contrôle 3,5). Il y avait 1 seul avortement signalé pour l'ensemble des mères du groupe de contrôle. Ce nombre était significativement inférieur, selon un z-test : $Z = 1,7$ avec $p < 0,05$. Le groupe de contrôle avait 4 fausses-couches ou enfants morts-nés, $Z = 1,25$. Sur ce point, il n'était pas significativement différent de l'échantillon des femmes maltraitantes.

ETUDE 2

Méthologie

162 enfants et 206 adultes composent l'échantillon actuel d'une étude encore en cours sur la maltraitance et la négligence d'enfant. L'étude est à prédominance clinique, impliquant des praticiens privés, des services psychiatriques pour enfants, et un centre de jeunes délinquants, mais il inclut aussi un échantillon de volontaires dans leurs trois dernières années d'études à l'école secondaire locale (high school) et les parents de ceux qui avaient amené leurs enfants pour une évaluation psychiatrique et un traitement. Des mesures ont été faites grâce à l'utilisation du Questionnaire sur le Vécu de l'Enfant et du Questionnaire sur le Vécu des Parents, des instruments qui ont une fiabilité et une validité reconnues (Ney et al., 1986

Figure 1

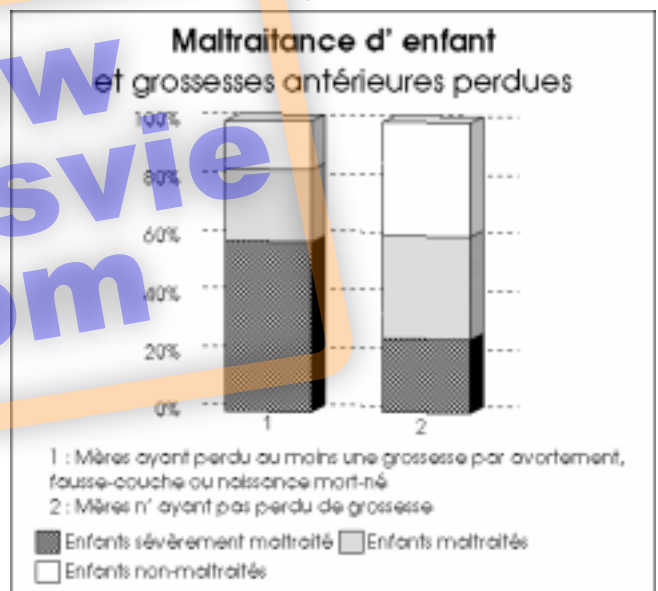


Tableau 1

Grossesses perdues* et maltraitance d'un enfant ultérieur

Degré de maltraitance	Mères ayant perdu une (des) grossesse(s)		Mères n'ayant pas perdu de grossesse	
Maltraitements sévères	(61,7 %)	(32,2 %)	(100 %)	
	21	13	33	
Maltraitements moins sévères	(33,3 %)	(66,7 %)	(100 %)	
	9	18	27	
Pas de maltraitance	(23,1 %)	(76,9 %)	(100 %)	
	6	20	26	

Notes : *Grossesses perdues : par fausse-couche, par avortement provoqué ou par enfant mort-né.

Total N = 87

$X^2 = 10,136$

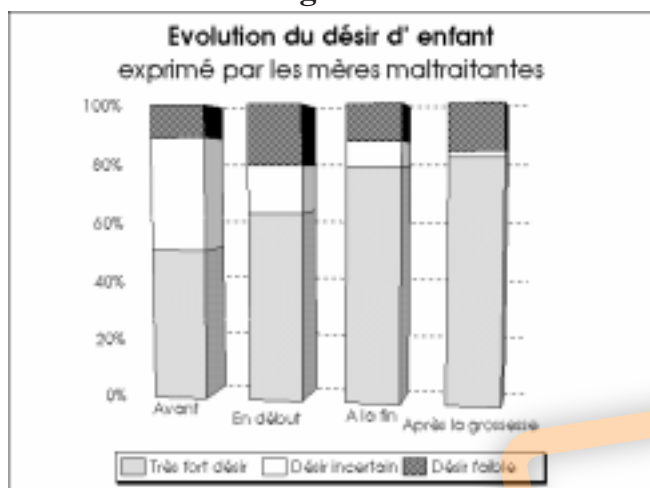
dl = 2 $p < 0,007$

Tableau 2
Evolution du "désir d'enfant"

	<i>Désir de la mère d'avoir l'enfant</i>			
	<i>Très fort</i>	<i>Incertain</i>	<i>Nul</i>	
<i>En début de grossesse</i>	(73,1 %) / 76	(15,4 %) / 46	(11,5 %) / 12	(100 %) / 104
<i>A la naissance</i>	(89,6 %) / 95	(3,8 %) / 54	(6,6 %) / 7	(100 %) / 106
<i>Aujourd'hui</i>	(91,0 %) / 80	(0,0 %) / 0	(9,0 %) / 8	(100 %) / 89

Notes : $X^2 = 22.86$ $p < 0.001$ $df = 4$

Figure 2



; Ney, 1987). Des échelles graduées visuelles analogues ont été utilisées pour marquer la fréquence et la sévérité des mauvais traitements physiques, verbaux, sexuels, de la négligence physique, émotionnelle et intellectuelle. Des mesures ont été menées sur l'âge de la première violence, la durée, l'impact sur l'enfant, sur le degré de perception de l'anormalité des faits et sur divers contre-effets de cette violence sur la perception de soi et la perception des choses de la vie.

Résultats

Le Tableau 1 (et Fig. 1) indique une association significative entre le nombre d'avortements, de fausses-couches et de naissance d'enfants morts-nés vécus par la mère et les risques qu'elle maltraite sévèrement un de ses enfants.

Pour déterminer si le lien entre parents et enfants pouvait être perturbé par la perte d'un enfant *in utero* ou par le type d'accouchement, nous avons examiné les types d'accouchement vécus par des femmes hospitalisées au Christchurch Women's Hospital en Nouvelle-Zélande et celui des femmes ayant eu leur bébé à la maison. Il apparaît qu'il n'y a pas de différence significative, ni en ce qui concernait leur satisfaction concernant cette naissance, ni en ce qui concernait le degré de douleur expérimenté. Bien qu'il y ait eu des différences concernant le moment -plus ou moins tôt- où elles ont tenu leur bébé, il n'y avait pas de différence appréciable dans le taux moyen d'attachement.

Nous avons évalué combien la mère avait voulu l'enfant qui était étudié ; avant d'être enceinte, au début de la grossesse, à la fin de la grossesse et après la naissance de l'enfant. Nous avons trouvé qu'il y avait un changement significatif dans le désir au cours du temps (Tableau 2). Il apparaît également (Fig.2) que les femmes maltraitantes sont plutôt des femmes qui ont voulu leur enfant.

Le Tableau 3 indique les résultats de l'analyse de régression sur les soixante-quatre facteurs dont nous considérons qu'ils pourraient contribuer à la maltraitance d'enfant. Il apparaît que le manque d'allaitement au sein et le manque de soutien de la part des maris sont les facteurs qui sont le mieux corrélés au degré de maltraitance et de négligence. Il apparaît également que la capacité de la mère à allaiter elle-même son enfant est liée à la fois à son propre penchant à toucher l'enfant et au désir de l'enfant d'être dorloté. Le cri de l'enfant provoque sur la mère ou bien l'anxiété et le sentiment d'impuissance, dont résulte la négligence, ou bien la colère, dont résulte la maltraitance, physique ou verbale.

Tableau 3

Cause de maltraitance ou de négligence

<i>Maltraitance physique</i>	<i>Maltraitance verbale</i>	<i>Négligence physique</i>	<i>Négligence émotionnelle</i>	<i>Abus sexuel</i>
Pas d'allaitement au sein*	Manque de soutien de la part du mari	Mari absent	Absence de plaisir à allaiter au sein	Expérience d'un avortement
Mari absent durant la grossesse	Absence de plaisir à allaiter au sein	Affecté par la mort d'un époux ou d'un ami proche	Manque de soutien de la part du mari durant l'enfance	Nombre d'avortements
	Peur de perdre la grossesse			Absence de plaisir à allaiter au sein

Notes : Durée de l'allaitement déterminé essentiellement par :

(1) le plaisir qu'il suscite ; (2) la qualité du toucher (réaction initiale)

Du haut vers le bas : du facteur principal aux facteurs secondaires selon une analyse de régression.

DOSSIER

ETUDE 3

Méthodologie

Une étude à long terme de 1 265 enfants nés en 1977 à Christchurch, en Nouvelle-Zélande, a fourni une grande quantité d'informations sur la vie de famille, la santé, et les circonstances sociales de ces enfants (Fergusson et al., 1989). L'Etude portant sur le Développement des Enfants de Christchurch a été menée par des interviews à la maison, par le rassemblement des questionnaires, et par l'ajout d'autres données venant des registres des hôpitaux, des agences de santé publique et des praticiens du privé. Des études ont été faites au moment de la naissance, et aux âges de quatre mois, un an, deux ans, trois ans et quatre ans. Pour une part de l'étude, les mères ont été questionnées sur différents aspects de leurs grossesses et de leur expérience de l'éducation des enfants. Les résultats sont significatifs lorsqu'on met sous les projecteurs certains aspects aussi bien de la maltraitance que de l'avortement.

Résultats

Les femmes objet de cette étude qui avaient eu un avortement étaient plutôt des femmes qui avaient fait l'expérience d'un grand nombre d'événements traumatisants de la vie, comme des déplacements, la mort d'un proche ou des accidents (X^2 , $p < 0,0000$).

Les mères ont été interviewées et on leur a demandé de rapporter leurs réactions émotionnelles face à la perte d'un enfant par fausse-couche, avortement, naissance mort-né ou adoption. Il apparaît que plus longue est la grossesse ou la période d'implication avec l'enfant, plus les mères se sentent dépossédées et endeuillées à la suite de la séparation. Mais dans tous les cas, les femmes vivent plus intensément le deuil suivant la perte d'un enfant par avortement que celui qui suit la mort d'un enfant par fausse-couche, même quand les avortements ont été faits à un stade plus précoce de la grossesse (Tableau 4 et Figure 3).

Les femmes violentées par leur mari étaient plus susceptibles de maltraiter leurs enfants que celles qui n'étaient pas violentées ($p < 0,038$). L'incidence de maltraitance d'enfant n'était pas plus élevée chez les femmes enceintes, bien qu'elles soient présumées être sous un plus grand stress que les femmes non-enceintes ($p < 0,309$).

De manière intéressante, il y avait peu de corrélation entre les mères qui utilisaient occasionnellement une punition physique pour discipliner leurs enfants (par exemple, une gifle) et celles qui les maltrahaient. C'est-à-dire que les mères maltraitantes n'étaient généralement pas celles qui usaient de discipline corporelle de façon modérée ($p < 0,290$).

Un certain nombre de facteurs : par exemple, l'emploi, le nombre de jouets, la fréquence des voyages hors de la maison, la fréquentation de l'école

Figure 3

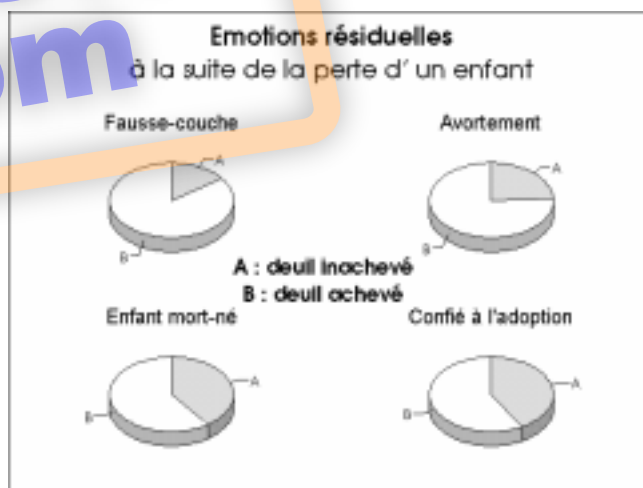


Tableau 4

Effets émotionnels résiduels de la perte d'une grossesse

	Type de perte de la grossesse			
	Fausse-couche	Avortement	Enfant mort-né	Adoption
Toujours endeuillées	15,0 %	24,4 %	40,0 %	41,8 %
Deuil achevé	85,0 %	75,8 %	60,0 %	58,2 %

Tableau 5

Maltraitance d'enfant et avortement antérieur

Type de maltraitance	Corrélation*	Signification
Sévérité de maltraitance verbale de la part de la mère	0,308	$p < 0,03$
Sévérité de maltraitance physique de la part de la mère	0,308	$p < 0,03$
Sévérité de négligence émotionnelle de la part de la mère	0,265	$p < 0,05$
Sévérité de négligence émotionnelle de la part du père	0,405	$p < 0,00$
Sévérité d'abus sexuel de la part du père	0,345	$p < 0,01$

Note : * coefficients de corrélation de Spearman

DOSSIER

maternelle, etc, ont été réunis ensemble pour mesurer la somme de «désavantage social» que connaissent les enfants. 61% des enfants maltraités tombaient dans la catégorie du plus grand désavantage social. Les familles des enfants socialement désavantagés avaient une plus grande probabilité d'être des familles monoparentales avec un passé significatif de maltraitance d'enfant.

Comme le montre le Tableau 5, dans cinq cas, il y a une corrélation significative entre l'existence d'un avortement antérieur et la sévérité de la maltraitance ou de la négligence. Les autres facteurs corrélés avec la maltraitance n'ont pas atteint un niveau de signification statistiquement suffisant.

ETUDE 4

Méthodologie

Avec l'assistance du Collège des Médecins de Famille, nous avons pu proposer en salles d'attente un questionnaire à des femmes en âge d'enfanter ou plus âgées qui attendaient pour consulter leur médecin de famille. Le questionnaire était distribué et ramassé par la réceptionniste. Ces femmes ne différaient pas, en termes d'âge, de statut marital, de nombre d'enfants, de la population féminine globale, lorsqu'on les a comparées à des données de Statistics Canada. Un échantillon de 1 432 femmes, provenant de 69 cabinets médicaux, a fourni des réponses

Tableau 6

Effets négatifs des pertes de grossesses sur la santé de la mère

	Corrélation*	Signification
1 perte	0,018	p < 0,497
2 pertes	0,083	p < 0,002
3 pertes	0,104	p < 0,000

Note : * coefficients de corrélation de Pearson

Les pertes de grossesses englobent les fausses-couches, les avortements, les enfants morts-nés, les grossesses ectopiques et les décès néo-natals.

utilisables. Les estimations visuelles analogiques subjectives de la santé des femmes correspondaient bien avec celles de l'observateur indépendant et celles du médecin de famille.

Résultats

Il apparaît que les grossesses perdues ont un effet cumulatif négatif sur la santé générale de la mère (Tableau 6). De ces grossesses perdues, les avortements ont l'impact négatif le plus important (Tableau 7). Des 44 facteurs dont nous considérons qu'ils pouvaient affecter la santé, il apparaît que la plus grande cause de pauvre santé générale était une pauvre vie de famille. Les trois plus grands facteurs affectant le plus sérieusement la vie de la mère sont : une pauvre vie de famille, la perte de la première grossesse et peu de soutien de la part du partenaire (Tableau 8).

Le Tableau 9 indique que les mères sont plus susceptibles aussi bien d'avorter que de faire une fausse-couche lors de la première ou de la seconde grossesse si elles n'ont pas de soutien suffisant de la part du partenaire, et ce facteur continue d'être important jusqu'à la cinquième grossesse (Tableau 10).

Le Tableau 11 montre l'effet de proximité de la perte de l'enfant, sur le besoin perçu par la femme d'obtenir une aide (psychiatrique) professionnelle pour sa grossesse perdue. Approximativement 20% ressentent le besoin plus ou moins fort d'une aide pour faire face à la perte de l'enfant. Le Tableau 12 montre les corrélations entre l'issue de la première grossesse et l'issue de la deuxième grossesses. Les femmes tendent à avoir des fausses-couches et des avortements à répétition. Il y a une augmentation de 60 % du risque de fausses-couches si le premier enfant a été avorté. Le Tableau 13 est un résumé des cinq facteurs les plus significatifs dont il ressort qu'ils déterminent si la troisième grossesse va se terminer par un bébé arrivant à terme ou par la perte de cet enfant en cours de grossesse.

Il apparaît aussi que si l'on exclut les cas d'avortement, les jeunes femmes ont tout autant de chances de mener à terme, sans problèmes de santé, leurs grossesses, que les femmes mûres.

Tableau 7

Facteurs d'influence négative sur la santé actuelle de la mère

	Ma santé actuelle n'est pas bonne	
Nombre de naissances à terme de poids normal	0,034	p < 0,194
Nombre de prématurés	0,013	p < 0,194
Nombre d'enfants morts-nés	0,022	p < 0,403
Nombre de fausses-couches	0,64	p < 0,041
Nombre d'avortements	0,107	p < 0,000
Nombre de décès d'enfants	0,029	p < 0,268
Age de la mère	0,005	p < 0,860
Manque de soutien de la part du partenaire	0,263	p < 0,000

Note : Exprimé en coefficients de corrélation de Pearson

DOSSIER

Tableau 8

Principaux facteurs d'influence négative sur la santé actuelle de la mère

	<i>T</i>	<i>Signification</i>
Pauvre vie de famille	4,594	p = 0,0000
Perte de la première grossesse	2,838	p = 0,0048
Manque de soutien de la part du partenaire	2,478	p = 0,0137

Note : Exprimé en ordre décroissant d'importance, selon une régression multiple

DISCUSSION

Il apparaît qu'il y a une relation complexe entre l'avortement et la maltraitance d'enfant. Il est possible qu'une mère qui a eu un avortement soit plus anxieuse durant sa grossesse suivante et subisse une dépression post-partum plus aiguë. En conséquence, elle est moins apte à se lier avec son prochain enfant. Il est également possible que l'avortement perturbe la santé générale de la mère, en lui donnant moins de liberté émotionnelle et de vigueur physique nécessaires pour prendre soin de l'enfant dépendant.

Il est possible que l'avortement modifie la réponse innée de la mère au cri de l'enfant. L'avortement peut rendre difficile à la mère le toucher du bébé, réduisant les chances d'allaitement au sein et de bonne santé de l'enfant. Un enfant moins nourri pleurera plus souvent et de manière plus pathétique, rendant la mère plus anxieuse et/ou irritable dans sa réponse aux

Tableau 9

Effet de la présence et du soutien du partenaire sur l'issue de la première et de la seconde grossesses

<i>Issue de la grossesse</i>	<i>Première grossesse</i>			<i>Seconde grossesse</i>		
	<i>Présent et soutenant</i>	<i>Présent mais sans soutien</i>	<i>Absent</i>	<i>Présent et soutenant</i>	<i>Présent, mais sans soutien</i>	<i>Absent</i>
Naissance à terme, poids normal	76,3	47,1	55,3	78,6	62,7	46,8
Naissance à terme, petit poids	4,0	8,8	1,6	5,4	6,7	9,7
Naissance prématurée	4,7	6,9	7,3	5,3	8,0	12,7
Fausse-couche	8,7	18,6	8,9	7,8	12,0	9,7
Avortement	4,0	16,7	25,2	1,1	8,0	19,4
Enfant mort-né	1,1	1,0	0,8	0,5	0,0	1,5
Décès de l'enfant en bas-âge	0,8	0,0	0,0	1,0	2,7	0,0
Grossesse ectopique	0,3	1,0	0,8	0,3	0,0	0,0
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Avortement et fausse-couche réunis	12,7	35,7	34,1	8,9	20,0	29,1
		N = 969			N = 764	

Notes : Test du X². p = 0,0000

Tableau 10

Influence de l'âge et du soutien de la part du partenaire sur la perte d'une grossesse

<i>Facteur influençant l'issue de la grossesse</i>	<i>Rang de la grossesse</i>					
	<i>1ère</i>	<i>2nde</i>	<i>3e</i>	<i>4e</i>	<i>5e</i>	<i>6e</i>
<i>Age</i>	116,607 p < 0,000	78,541 p < 0,000	32,374 p < 0,054	19,212 p < 0,379	20,571 p < 0,302	9,631 p < 0,648
<i>Présence et soutien du partenaire</i>	106,503 p < 0,000	86,286 p < 0,000	78,768 p < 0,000	60,275 p < 0,000	27,638 p < 0,006	5,577 p < 0,694

Notes : exprimé en X²

DOSSIER

Tableau 11

Besoin exprimé par la mère	Effet		
	Perte de la première grossesse	Pertes de la 1ère et de la dernière grossesse	Perte de la dernière grossesse
Aucun besoin de l'aide d'un professionnel	80,9	64,9	67,4
	6,6	9,6	3,5
	1,6	8,8	5,8
	0,5	2,6	1,2
	5,5	7,9	5,8
	2,2	0,9	5,8
	0,5	4,4	1,2
Grand besoin d'aide	1,1	0,9	4,7
	1,1	0,0	4,7
	100 %	100 %	100 %
	N = 183	N = 114	N = 86

Notes : Pertes de grossesses englobant les fausses-couches, les enfants morts-nés et les avortements.
Coefficient R de PEarson = 0,75409 p < 0,0000
X² = 391.21614 p < 0,0000

besoins de son enfant. Il est également possible que les enfants désirés courent plus de risques d'être maltraités à cause des attentes plus exigeantes des parents. Les probabilités plus élevées d'être déçus augmentent la tendance des parents à se mettre en rage contre leurs enfants.

Tous ces facteurs semblent quoi qu'il en soit être soumis à un dénominateur commun, le manque de soutien de la part du partenaire.

Il est possible que l'on observe un manque de soutien de la part du partenaire dans le climat social actuel en partie parce que le partenaire n'est pas sûr que la grossesse en cours va être poursuivie jusqu'au bout. Sachant que sa femme peut indépendamment de lui décider d'avorter l'enfant, il ne s'attache pas lui-même à l'enfant ni ne soutient la mère durant la grossesse. Notre Etude sur les Aboutissements des Grossesses concernant plus de 1 400 femmes prouve que le manque de soutien de la part du partenaire est la variable la plus significative parmi celles qui accroissent la tendance à l'avortement ou à la fausse-couche. Une autre étude indiquent qu'approximativement 80% des relations entre les partenaires se brisaient à la suite d'un avortement. Nous avons aussi collecté des données dans un grand service de conseil post-avortement. Cette étude menée sur des clientes d'un service d'aide par téléphone confirme les mêmes observations que les autres : les femmes qui ont subi des violences sexuelles étant enfant sont plus susceptibles de désirer des avortements que les autres.

Tableau 12
Relations entre l'issue de la première grossesse et l'issue de la seconde grossesse

Issue de la seconde grossesse	Issue de la première grossesse							
	Naissance à terme, poids normal	Naissance à terme, poids faible	Naissance prématurée	Fausse -couche	Avortement	Enfant mort-né	Décès de l'enfant en bas-âge	Grossesse ectopique
Naissance à terme, poids normal	76.9	55.9	45.2	61	51.4	58.3	80	60
Naissance à terme, poids faible	3.5	17.6	4.8	5.9	9.3	0	0	0
Naissance prématurée	4	8.8	33.3	4.2	2.8	25	0	20
Fausse-couche	9.3	8.8	14.3	21.2	14	16.7	20	20
Avortement	4.6	2.9	0	5.9	21.5	0	0	0
Enfant mort-né	0.4	2.9	2.4	1.7	0	0	0	0
Décès de l'enfant en bas-âge	1.1	2.9	0	0	0.9	0	0	0
Grossesse ectopique	0.4	0	0	0	0	0	0	0
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	N = 571	N = 34	N = 42	N = 018	N = 107	N = 12	N = 5	N = 5

Notes : X² = 176.58424 p < 0.0000

Tableau 13

Facteurs influençant l'issue de la troisième grossesse

Naissance à terme	Perte de la grossesse
Soutien constant de la part du partenaire	Santé affectée par la perte d'une grossesse antérieure
Santé non-affectée par la perte d'une grossesse antérieure	Manque de soutien de la part du partenaire à la 3e grossesse
Soutien de la part du partenaire durant la 2e grossesse	Manque de soutien constant de la part du partenaire
Soutien de la part du partenaire durant la 3e grossesse	Manque de soutien de la part du partenaire à la 2e grossesse
Pas de perte de grossesse antérieure	Perte de la 1ère grossesse

Note : de haut en bas, du facteur le plus important au moins important.
Régression logistique

Il y a plusieurs explications possibles au lien apparent entre l'avortement et la maltraitance d'enfant, et il est possible que ces facteurs s'additionnent. Toutefois, si l'attachement parent-enfant est le principal facteur affecté par l'avortement, on devrait se rappeler que, même si l'attachement protège l'enfant contre des épisodes occasionnels de rage ou de négligence de la part des parents, il n'est pas une protection absolue. Les parents ne prennent soin de l'enfant auquel ils sont attachés que dans la mesure où ils prennent soin d'eux mêmes ou l'un de l'autre.

Les jeunes mammifères et beaucoup d'oiseaux ont une forme instinctive de relation spéciale aux parents, connue désormais sous le nom de lien. Ce lien assure le contact, et le contact a une importance pour la survie. Aussi longtemps qu'il y a contact, la chance d'être dirigé vers la nourriture et loin du danger est optimale. Parce que le lien est généralement exclusif aux parents, il fournit une protection contre d'autres adultes ou d'autres espèces connues pour voler les jeunes à leurs parents. Les rejetons immatures réagissent aux adultes étrangers comme s'ils étaient des prédateurs éventuels. Ces mécanismes dont le but est d'assurer les soins et d'éviter les prédateurs étrangers sont essentiels à la survie de n'importe quelle espèce. Et le bébé humain est lié à ses parents pour les mêmes raisons. Les enfants qui n'ont pas un lien exclusif à leurs parents accepteront plus facilement l'attention séductrice d'étrangers.

Il a été observé que quand un étranger visitait un centre de soins de jour où une barrière basse séparait les visiteurs des enfants, au moins sept ou huit enfants venaient à la barrière et levaient les mains en attente, espérant être pris. Il est apparu qu'ils n'avaient pas très peur d'être emmenés. Dans des conditions normales, un enfant devrait s'éloigner timidement d'un étranger et hurler si l'un d'entre eux le prenait. L'enfant qui n'a pas cette défense innée est plus vulnérable à l'enlèvement ou au viol.

Le lien parent-enfant est assez durable mais il peut être brisé. Dans un centre de soins de jour, on a soigneusement construit une pièce avec une isolation sonore où l'enfant était laissé à lui-même, en train de pleurer, quand sa mère s'en allait. Cela pour qu'il ne dérange ni les autres enfants, ni surtout le personnel du centre. Si l'on en croit la personne chargée de cette tâche, il suffit de six ou sept jours pour qu'un enfant «s'adapte» à l'absence de ses parents et s'arrête de crier. En plus de briser le lien spécial, cette pièce pour les pleurs est capable d'apprendre à l'enfant que la douleur de sa séparation ne sera pas secourue, quel que soit le désespoir avec lequel il exprime sa colère, sa peur ou son chagrin.

Puisque le lien parent-enfant est si nécessaire à la nutrition et à la survivance des enfants, il est important d'étudier tout effet qui pourrait être apporté par des changements sociaux dans le domaine de la parenté. L'avortement a maintenant été vécu par 50 % (Forrest, 1987) et 70 % (Ney, 1983) des américaines avant l'âge de 45 ans. Même si cela n'avait qu'un effet minime sur chaque individu, l'impact sur l'incidence globale de maltraitance et de négligence pourrait être grand.

Il y a un degré de concordance remarquable entre les études que nous avons faites dans des villes différentes avec des populations différentes. L'hypothèse initiale présupposant qu'il y a une corrélation croissante plutôt que décroissante entre la maltraitance d'enfant et l'avortement (Ney, 1979) tient bon après quatorze années passées à rassembler et à analyser des données. Une recherche à partir de données de Medline ne présente aucune preuve du contraire. Nos études, bien qu'elles ne permettent pas de conclure définitivement, semblent indiquer qu'il y a une relation importante, et qui nécessite une étude approfondie, entre l'avortement et la maltraitance d'enfant. Ceux qui recommandent des avortements théra-

peutiques devraient prendre ce risque en considération.

Les arguments avançant que les enfants non-désirés sont plus souvent maltraités ne sont établis par aucune donnée prouvée. Bien qu'il y ait quelques preuves que dans les familles de mères célibataires, à petits revenus, les enfants non-planifiés courent plus de risque d'être maltraités, ils ne sont par contre pas plus souvent négligés qu'ailleurs, et la relation est indirecte (Zuravin, 1987 ; Zuravin, 1991) : à chaque fois, c'est dans les familles de grande taille, chez des parents ayant d'éventuelles attentes irréalisables ou perdu des grossesses, qu'on les retrouve. D'autres auteurs ne trouvent simplement pas de relation (Kotelchuck, 1982). Nous avons trouvé que le désir d'enfant changeait de manière significative au fur et à mesure de la grossesse, mais jamais que l'enfant non-désiré était maltraité ou négligé plus souvent que l'enfant désiré (Ney et al., 1986).

Les études sur des enfants nés de femmes à qui on a refusé l'avortement (Forssman et Thuwe, 1966 ; Matejcek et al., 1978) apportent peu de preuves, car il n'est pas possible de comparer l'enfant que l'on a voulu avorter (mais que l'on a pas avorté) à un frère ou une soeur arrivant plus tard. La constitution de l'enfant ayant échappé à une volonté d'avortement et l'environnement dans lequel il est né sont tous deux uniques. Il apparaît que la plupart de ces enfants sont nés dans des circonstances de grande pauvreté et/ou tumultueuses. On devrait se rappeler que dans le climat social occidental d'aujourd'hui, où des gens sont prêts à payer de fortes sommes à des mères-porteuses ou à s'inscrire sur de longues listes d'attente pour adopter des enfants, il y a peu de raisons, voire même aucune, pour qu'une mère célibataire soit contrainte à élever, en luttant seule, son enfant.

En conclusion, si les preuves et les déductions sont correctes, alors l'avortement contribue directement ou indirectement à la maltraitance et à la négligence d'enfants :

1. en perturbant la formation d'un lien protecteur entre l'enfant et les deux parents ;
2. en changeant la réponse des parents aux cris désespérés de l'enfant ; au lieu d'en prendre soin, ils vont l'agresser ou le négliger ;
3. en réduisant le nombre de fois où l'enfant est touché et nourri au sein ;
4. en diminuant le soutien du partenaire à la mère ;
5. en dévaluant l'enfant et par conséquent ceux qui prennent soin des enfants ;
6. en créant un deuil compliqué pour la mère, la rendant par la suite moins consciente des besoins de son enfant suivant et moins apte à y répondre ;
7. en produisant une dépression chez la mère pour laquelle les enfants auront tendance à se blâmer eux-mêmes.

L'hypothèse selon laquelle il y a une relation de cause à effet entre l'avortement et la maltraitance d'enfant n'est peut-être pas encore prouvée ; mais la question a soulevé suffisamment de doutes raisonnables pour mériter une reconsidération de l'argument si souvent affirmé que l'avortement libre arrêtera la maltraitance et la négligence d'enfant. Après tout, la charge de preuve incombe à ceux qui promeuvent ou pratiquent telle ou telle procédure médicale. C'est à eux de montrer sans aucun doute raisonnable possible, que c'est à la fois sans danger et efficace. Cela n'a jamais été fait avec l'avortement. Au contraire, les preuves les plus claires sont que l'avortement n'est pas thérapeutique (il ne soigne rien) et qu'il n'est pas sans danger, c'est-à-dire qu'il tue des bébés non-nés, qu'il abîme la santé des femmes, qu'il brise les familles, et qu'il fait que des milliers d'autres enfants sont soumis à de plus forts risques d'être maltraités ou négligés et plus vulnérables devant ces maltraitements et négligences.

DOSSIER

REFERENCES

- Benfield, D.B. (1978). Grief response of parents to neonatal death and parent participation in deciding care. *Pediatrics* 62 : 171-177.
- Bergstrand, C.G., Forslund, M., & Stibner, E. (1979). Child abuse in Malme. *Acta Scand Suppl* 275 : 108-111.
- Bowlby, J. (1960). Grief and mourning in infancy and early childhood. *Psychoanal Study Child* 15 : 9-52.
- Bradley, C.F. (1984). Abortion and subsequent pregnancy. *Can J Psych* 29 (10) : 494-498.
- Calef, V. (1972). Hostility of parents of children : some notes on fertility, child abuse, and abortion. *Int J. Psychoanal Psychother* 1 : 79-96.
- Cavenar, J.O., Mallbie, A.A., & Sullivan, J.L. (1978). Aftermath of abortion : anniversary depression and abdominal pain. *Bull Menninger Clin* 41 : 433-438.
- Colman, A.D. & Colman, L.L. (1971). *Pregnancy : the psychological experience*. New York : Herder and Herder.
- Culberg, J. (1971). Mental reactions of women to perinatal death. In S. Karger (Ed.) *Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynecology*. Bâle.
- Dennis, M. (1976). *Necessity and sorrow, life and death in an abortion hospital*. New York : Basic Books.
- Egeland, B., & Sroufe, L.A. (1981). Attachment and early maltreatment. *Child Dev* 52 (1) : 44-52.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J., Shannon, F.T., and Lawton J.M. (1989). The Christchurch Child Development Study : a review of epidemiological findings. *Paediatr Perinat Epidemiol* 3 : (3) 302-25.
- Fontana, V.J. & Berzharov, D.J. (1977). *The maltreated child*. Springfield : Charles C. Thomas.
- Forrest, J. (1987). Unintended pregnancy among American women. *Family Planning Perspectives* 19 : 76-77.
- Forsman, H. & Thuwe, I. (1966). One hundred and twenty children born after application for therapeutic abortion refused. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 42 : 71-88.
- Freud, S. (1971). *Mourning and melancholia*. J. Strachey (Ed.), standard edition, vol.14, p. 249. London : Hogarth.
- Greenland, C. (1973). *Child abuse in Ontario. Research Report III*. Toronto : Ontario Ministry of Community and Social Services.
- Herrenkohl, E.C. & Herrenkohl, R.C. (1979). A comparison of abused children and their nonabused siblings. *J Child Psychiatry* 18 : 260-269.
- Kempe, C.H. & Helfer, F.C. (1972). *Helping the battered child and his family*. Philadelphia and Toronto : R.B. Lippincott.
- Kent, I., Greenwood R.C., & Loeken-Nicholls, W. (1978). Emotional sequelae of elective abortion. *B.C. Med J* 20 : 118-119.
- Klaus, M.H. & Kennell, J.H. (1976). *Maternal-infant bonding*. St Louis : C.V. Mosby Company.
- Knudsen, D.D. (1988). Child maltreatment over two decades, chance or continuity. *Violence Vict* 3(2) : 129-144.
- Kotelchuck, M. (1982). Child abuse and neglect : prediction and misclassification. In R.H. Starr, Jr. (Ed.) *Child abuse prediction : policy implications* (pp. 67-104), Cambridge MA : Ballinger Publishing Company.
- Kumar, R. & Robinson, K. (1978). Previous induced abortions and ante-natal depression in primiparae : a preliminary report of a survey of mental health in pregnancy. *Psychol Med* 8 : 711-715.
- Lewis, E. (1979). Mourning by a family after a stillbirth or a neonatal death. *Arch Dis Child* 54 : 303-306.
- Lieh-Mak, F., Chung, S.Y., & Liu, Y.W. (1983). Characteristics of child-battering in Hong-Kong : a controlled study. *Br J Psychiatry* 142 : 89-94.
- Martin, H.P. (Ed.) (1976). *The abused child*. Cambridge : Ballinger Publishing Company.
- Matejcek, Z., Dytrych, Z., & Schuller, V. (1978). Children from unwanted pregnancies. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 42 : 71-88.
- Ney, P.G., (1979). Relationship between abortion and child abuse. *Can J Psychiatry* 24 : 610-619.
- (1983). A consideration of abortion survivors. *Child Psychiatr Human Dev* 14 : 158-179.
- (1987). Does verbal abuse leave deeper scars : a study of children and parents. *Can J Psychiatr* 32 : 371-378.
- (1988a). Triangles of child abuse : a model of maltreatment. *J Child Abuse and Negl* 12 : 363-373.
- (1988b). Transgenerational child abuse. *Child Psychiatr Hum Dev* 18 : 151-168.
- (1989). Child mistreatment : possible reasons for its transgenerational transmission. *Can J psychiatr* 34 : 594-601.
- (1992). Transgenerational triangles of abuse : a model of family violence : In Emilio C. Viano (Ed.) *Intimate Violence : Interdisciplinary Perspectives*. Washington : Hemisphere Publishing Corporation.
- Ney, P.G., Fung, T. & Wickett, A.R. (1992). Causes of child abuse and neglect. *Can J Psychiatry* 37(6) : 401-405.
- Ney, P.G. & Herron, J.A. (1985). Children in crisis : to whom should they turn ? *NZ Med J* 98 : 283-286.
- Ney, P.G., Mc Phee, J., Moore, C. & Trought, P. (1986). Child abuse : a study of the child's perspective. *Child abuse and neglect* 10 : 511-518.
- Ney, P.G. & Wickett, A.R. (1989). Mental health and abortion : review and analysis. *Psych Journal U of Ottawa* 14 : 506-516.
- Pare, C.B. & Hermione, R. (1970). Follow-up of patients referred to termination of pregnancy. *Lancet* 1 : 635-637.
- Tonkin, R. (1979). Mortality in childhood. *B.C. Med Assoc J* 21 : 212.
- Troisi, A., Aureli, F., Piovesan, P., & D'Amato, F.R. (1989). Severity of early separation and later abusive in monkeys : what is the pathogenic threshold ? *J Child Psychol Psychiatry* 30(2) : 277-284.
- Zuravin, S.J. (1987). Unplanned pregnancies, family planning problems, and child maltreatment. *Family Relations* 36 : 135-139.
- Zuravin, S.J. (1991). Unplanned childbearing and family size : their relationship to child neglect and abuse. *Fam Plann Percept* 23 (4) : 155-161.

Les Dossiers de TransVIE-mag

Séquelles physiques et psycho-sociales de l'avortement. 25 F⁰
Un rapport de la Commission d'Enquête du Royaume-Uni sur le
Fonctionnement et les Conséquences de l'Abortion Act. Tiré-à-
part du no. 80 de TransVIE-mag, 10/04/95. 27 p. Noir et blanc.

Les survivants de l'avortements. 30 F⁰
Traduction en français d'un article du Child Psychiatry and Human
Development, Vol. 13:3, printemps 1983.

Relations entre l'avortement provoqué, la maltraitance et la
négligence d'enfant : 4 études. 14 F⁰
Traduction en français d'un article du Pre- and Perinatal
Psychology Journal, 1993. Tiré-à-part du no. 88 de TransVIE-mag,
20/11/95. 10 p. Noir et blanc.

Tarif TTC franco de port, pour 1 exemplaire.
de 10 à 100 exemplaires identiques : - 25 % du prix HT.
+ de 100 exemplaires identiques : - 40 % du prix HT.
Afrique : rajouter 20 % au prix HT.
Amérique, Asie, Océanie : rajouter 30 % au prix HT.
TVA incluse : ① 2,1 % ; ② 5,5 % ; ③ 20,6 %.

Trans
o
VIE
mag

TransVIE-mag[®]

24, rue du Bourg,
65100 LOURDES, FRANCE
Tel. 62 42 32 36 - Fax 62 42 32 37
e-mail :

100441.1155@compuserve.com

Commission paritaire n° 74 425

Directeur de publication :

François PASCAL

Imprimeur: BURS, BESANCON

TransVIE-mag est une marque déposée
Toute copie, même partielle, interdite sans autorisation.

BIBLIOGRAPHIE (suite)

écouté pour vous

Requiem pour un Enfant à naître.

Disque compact, John Boyle, 11/95.

Life Art Ltd. En France, Suisse et Belgique : Centre International pour la vie, 24 rue du Bourg, 65100 Lourdes.
120 F/pièce + port 17 F forfait quelque soit le montant de la commande. Tarif dégressif au delà de 5.

John Boyle, compositeur contemporain, a eu la prodigieuse idée de composer un poème symphonique, une cantate en 4 mouvements, en Requiem pour l'enfant à naître.

Tout juste pressé début octobre, après son enregistrement par le Choeur et Orchestre Symphonique National de Varsovie, son livret et sa pochette ont été francisés par son distributeur francophone, le Centre International pour la Vie (Lourdes).

Il en résulte une oeuvre accessible à tous les amoureux de la musique classique contemporaine, et qui devrait être promis à un grand succès. L'oeuvre est méritante, en effet. John Boyle maîtrise parfaitement la forme symphonique, et a su, en quatre mouvements faisant appel à l'ensemble des instruments de l'orchestre et aux différents registres polyphoniques, rendre parfaitement les atmosphères successives d'angoisse à l'approche de la mort, de danse macabre au sein des enfers, de désespoir de l'âme oubliée et enfin de joie grave mais sûre du salut promis.

Car c'est bien d'un Requiem dont il s'agit, une oeuvre grave et sérieuse dont les accents de lamentation initiaux n'ont pour fonction essentielle que de mieux souligner l'espérance ultime promise à ceux qui craignent Dieu.

L'auditeur n'aura aucune peine à suivre la trame des quatre mouvements successifs grâce à un livret présentant côte-à-côte la version originale et française des voix. La forme musicale choisie (cantate symphonique) dispense de toute façon de recourir au livret, sinon par curiosité, tant cette oeuvre est riche d'impressions sonores et tant les voix sont fondues dans chacun des thèmes mélodiques.

En bonus, le disque compact contient deux autres pièces symphoniques d'auteurs contemporains, l'une de William T. McKinley (Sinfonova) et l'autre de Howard Whitaker (Prières d'Habbakkuk, particulièrement intéressante musicalement).

Ce disque compact est vendu par le Centre International pour la Vie, vitrine à Lourdes des mouvements pro-vie du monde entier, au profit de son oeuvre de promotion de la culture de vie, et au profit d'associations pro-vie telles que TransVIE.

Surtout, il s'agit d'un vecteur tout à fait original et nouveau du message du respect de la vie, susceptible, à ce titre, d'atteindre un public nouveau peu touché habituellement par les vecteurs médiatiques traditionnellement utilisés par les mouvements pro-vie.

De par son extrême qualité musicale, *Requiem pour un Enfant à naître* peut en effet fort bien être offert comme cadeau de fin d'année à des personnes ne portant pas habituellement d'intérêt particulier à la défense de la vie, pour peu qu'elles apprécient la musique classique.

Exceptionnel ! Vous avez le téléphone ?

Du 28 novembre au 20 décembre 1995, de 18h00 à 24h00,

écoutez un extrait de
Requiem pour un Enfant-à-Naître
sur le serveur vocal de TransVIE.

Composez le
05 62 42 32 36

(précédé du 16 pour les appels d'Ile-de-France)

Tarifcation téléphonique ordinaire, sans surcharge.

Vous devez posséder un téléphone à fréquence vocale (95 % des téléphones en usage en France. Tous les téléphones récents sont à fréquence vocale. Il est parfois nécessaire de manipuler un interrupteur. Consultez la documentation de votre téléphone)

