

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 prévaille. 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 Kennell, 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

Methodologie

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

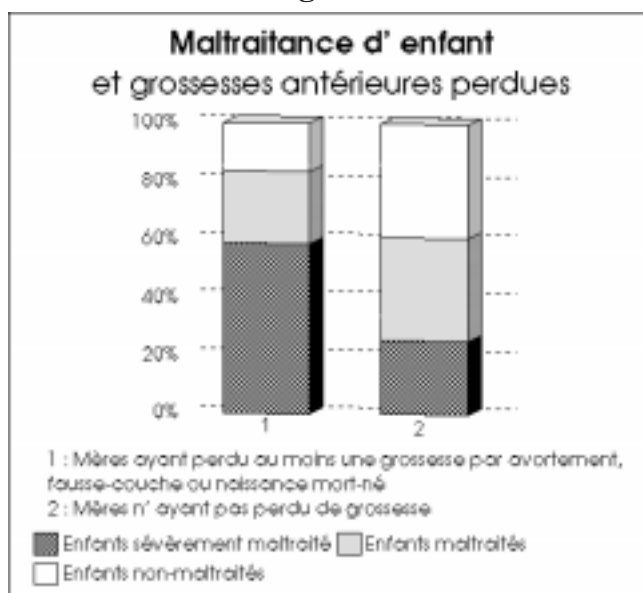


Tableau 1

Grossesses perdues* et maltraitance d'un enfant ultérieur

Degré de maltraitance	Mères ayant perdu une grossesse(s)		Mères n'ayant pas perdu de grossesse	
	(des)			
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

$X^2 = 10,136$

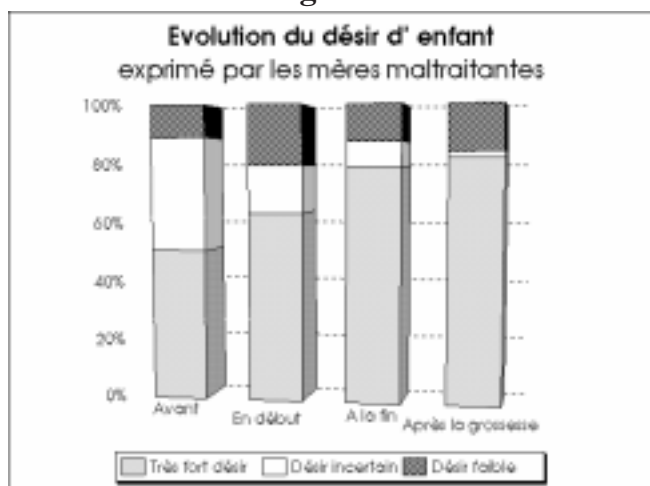
dl = 2 $p < 0,007$

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

Methodologie

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

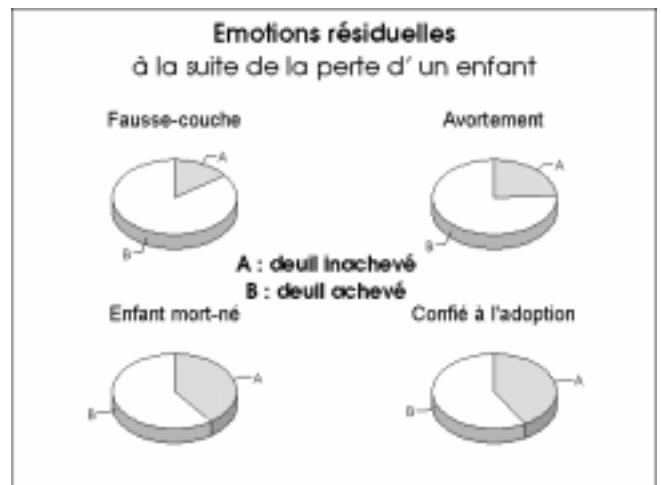


Tableau 4

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

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

Effet			
Besoin exprimé par la mère	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 indique 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		Naissance prématurée	Fausse -couche	Avortement	Enfant mort-né	Décès de l'enfant en bas-âge	Grossesse ectopique
	normal	faible						
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. & Bersharov, 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 Psychiat 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 Perspect* 23 (4) : 155-161.