

**ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ EN AMÉRIQUE DU NORD**

**© PUBLICATIONS VIVRE PUBLICATIONS INC.  
15, RUE PRINCIPALE NORD  
MONTCERF-LYTTON (QUÉBEC) J0W 1N0  
SANS FRAIS : 1 866 445-9695**

**MARS 2006**

## **TABLE DES MATIÈRES**

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
--------------------------	----------

### **PRÉVENTION DE LA GROSSESSE DIFFICILE**

<b>CONTRACEPTION.....</b>	<b>3</b>
Méthodes hormonales (pilule, injection, anneau cervical/bague vaginale, timbre).....	3
Méthodes de « barrière » (condom, stérilet, cape cervicale, diaphragme, éponge cervicale).....	5
<b>RÉGULATION NATURELLE DES NAISSANCES.....</b>	<b>10</b>
<b>CHASTETÉ.....</b>	<b>11</b>

### **GESTION DE LA GROSSESSE DIFFICILE**

<b>INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE.....</b>	<b>15</b>
<b>SOUTIEN À LA GROSSESSE.....</b>	<b>24</b>
<b>ADOPTION.....</b>	<b>33</b>
<b>MARRAINAGE.....</b>	<b>34</b>

**ANNEXES P. 35**

**RÉFÉRENCES P. 36**

## INTRODUCTION

Dans la dernière décennie, de grands changements se sont opérés dans l'éducation à la sexualité en Amérique du Nord.

Après la mise en place de programmes de grande envergure axés sur le « sexe protégé », ou « sécurisexe », on a constaté que le taux d'infection de maladies transmises sexuellement (MTS), le taux de grossesse difficile et le taux d'avortement, dans l'ensemble, n'ont cessé de grimper. On a constaté l'échec de ces programmes par la non atteinte des objectifs ciblés, la multiplication des problèmes qu'on cherchait à atténuer et même la génération de *nouveaux* problèmes sous forme d'effets secondaires de la contraception et de l'avortement et de l'apparition de nouvelles maladies transmises sexuellement. En effet, dans les années 1960, la syphilis et la gonorrhée étaient les seules MTS importantes. Aujourd'hui, il y en a plus de vingt, lesquelles font 12 millions de nouveaux cas d'infection chaque année <sup>1</sup>.

L'invention d'un préservatif non allergène, soit fabriqué en plastique au lieu d'en caoutchouc naturel (dit en « *latex* »), a mené à la constatation que celui-ci se brisait et se déchirait encore plus que le premier (voir rubrique « Contraception »).

On a tenté de commercialiser un vaccin contre le virus du papillome humain, (VPH) (ou « crêtes de coq », « chancres », « verrues génitales »), pour se rendre compte qu'il était inefficace dans au moins un cas sur vingt (voir rubrique « Contraception »).

Toute tentative de mesure palliative ne semble pas réparer les multiples maux liés à l'éducation sexuelle fondée sur le « sécurisexe ». Pourquoi ?

On découvrira tout au long du présent document les critères fondamentaux du consentement éclairé à l'intervention sur la personne, lequel devrait comporter, entre autres, la divulgation des conséquences possibles du fait d'*aller contre nature*.

On conclura sûrement, à la lecture du présent document, que les solutions « instantanées » et « à court terme » constituent une façon de penser dangereuse qui fait boule de neige au fil du temps en fait de conséquences graves. Nous devons, comme société, nous éclipser de la mentalité comptable du « *bottom line* » pour enfin s'épanouir, ou plutôt, « s'é-pa-'nous'-ir ».

On pourra observer également que l'ensemble de l'Amérique du Nord a tourné la page du « sécurisexe » et est maintenant à l'heure du consentement éclairé de même que de la chasteté comme outil de fondement d'une vie heureuse, saine et en santé, tant pour les individus que pour la société dans son ensemble. On verra que ces deux dimensions du bien-être, individuelle et collective, ne peuvent se dissocier, toutes interdépendantes qu'elles sont, dans un tout organique.

**PRÉVENTION DE LA GROSSESSE DIFFICILE**

## CONTRACEPTION

### MÉTHODES HORMONALES

Les méthodes hormonales commercialisées au Canada comprennent la pilule, les timbres, les injections et l'anneau cervical/bague vaginale \*.

#### Efficacité contraceptive

L'Annexe 1 récapitule les taux d'efficacité des divers produits contraceptifs. Le tableau provient du descriptif médical du produit « Nuvaring » (« anneau cervical »/ « bague vaginale »), lancé au Canada au printemps 2005 ; il montre les taux d'efficacité de chaque moyen contraceptif selon l'utilisation « parfaite » et l'utilisation « typique ».

L'utilisation « parfaite » signifie l'efficacité du produit dans des conditions parfaites, sans la présence d'aucun facteur aléatoire, c'est-à-dire en contexte de recherche clinique contrôlée.

L'utilisation « typique » signifie l'efficacité du produit « dans la vraie vie », soit lorsque la femme ou le couple est exposé à l'ensemble des variables aléatoires qui peuvent altérer l'efficacité du moyen contraceptif. Pour la contraception hormonale, ces facteurs comprennent : la consommation d'alcool <sup>2,3</sup>, de drogues ou de médicaments <sup>4,5,6</sup>, la diarrhée <sup>7</sup>, le vomissement <sup>8</sup>, le tabagisme <sup>9,10,11,12</sup> la fumée secondaire <sup>13</sup> et la non-observation des exigences techniques liées au produit (timbre, anneau, injection) <sup>14</sup>, à son installation <sup>15,16</sup>, à son entreposage (timbre, anneau) <sup>17</sup> et/ou à sa consommation (pilule) <sup>18</sup>.

L'Annexe 1 permet de constater que les taux d'efficacité dans la colonne « utilisation typique » sont, pour la plupart, considérablement moindres que les taux d'efficacité cités dans la colonne « utilisation parfaite ».

On remarquera, dans le tableau, que le taux d'échec pour l'« utilisation typique » des méthodes hormonales, toutes compositions confondues, est cité à « 5 % ».

La Société des Obstétriciens et des Gynécologues du Canada (SOGC), pour sa part, indique, dans son *Consensus canadien sur la contraception* que le taux d'échec qu'elle reconnaît pour les contraceptifs oraux « combinés » (composés d'œstrogène et de progestérone) se situe « entre 3 % et 8 % » <sup>19</sup>.

Le taux d'échec que la SOGC reconnaît, dans ce même document, pour les « pilules de progestatif seul » (« PPS ») se situe « entre 5 % et 10 % » <sup>20</sup>. De fait, plusieurs études montrent un taux d'échec avec utilisation « typique », pour la pilule, de 13 femmes sur 100, et, pour les implants, les injections et les timbres, de 8 femmes sur 100 <sup>21,22</sup>.

De nombreuses études parmi les mieux cotées au monde ont établi, au cours de la dernière décennie, le fait alarmant selon lequel une grossesse non planifiée sur deux résulte de l'échec de la contraception. <sup>23, 24, 25, 26</sup>

La plupart des juridictions en Amérique du Nord, de plus en plus aux prises avec la grossesse en contexte difficile (conditions inadéquates, sociales ou médicales, pour le soutien d'une famille) non seulement malgré une éducation massive à la contraception mais, paradoxalement, à la suite de celle-ci, ont maintenant pris conscience de ces faits scientifiques, et choisissent la voie préventive, en transmettant le message selon lequel « La contraception 'efficace à 99 %' n'existe pas 'dans la vraie vie' ».

\* Les implants contraceptifs ont été retirés du marché en 2002 lorsque 40 000 femmes américaines ont gagné leur poursuite de 50 millions \$ contre le fabricant Norplant en raison des effets secondaires graves du produit ainsi qu'à la suite de plaintes concernant son inefficacité<sup>27</sup>.

### **Risques de santé**

Les pages 6 à 10 du descriptif du « Nuvaring » (Annexe 2) décrivent en détail l'ensemble des risques de santé liés à la contraception hormonale : cancer du col de l'utérus ou du sein ; thrombose ; attaque de cœur ; ostéoporose ; maladie de la vésicule biliaire ; anévrisme ; embolie ; phlébite ; hypertension ; pierres au rein ou au foie ; infections rénales, urinaires ou vaginales ; rétention d'eau, etc.). D'autres études les corroborent et les explicitent<sup>28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37</sup>.

Ajoutons que la contraception hormonale ne protège aucunement contre les maladies transmises sexuellement (« MTS ») et les multiples problèmes de santé qui en découlent (stérilité ; grossesse ectopique ; avortement spontané ; cancer ; césarienne ; voir rubrique sur les MTS à la fin du présent chapitre sur la contraception).

### **Contraception orale d'urgence (« COU »)**

La « contraception orale d'urgence », ou « COU », peut se classer tant comme un moyen contraceptif qu'un moyen d'avortement chimique ou « médical » (non chirurgical)<sup>38, 39, 40</sup>. Ses mécanismes d'action sont les mêmes que ceux de la contraception hormonale ordinaire, sauf qu'ils sont plus instantanés parce que la COU comprend les mêmes hormones synthétiques mais en dose deux à soixante fois plus forte. La COU comporte donc tous les risques de santé liés à la contraception hormonale régulière, mais plus prononcés<sup>41</sup>. Tantôt primera le mécanisme contraceptif, tantôt le mécanisme abortif, selon qu'il y ait eu conception ou pas. Puis, tantôt se poursuivra la grossesse. Les risques de poursuite de la grossesse seront diminués de seulement 75 % avec le régime dit de « Yuzpe »<sup>42, 43</sup> et de 60 % avec le régime dit « sans œstrogène » ou « à progestérone seulement »<sup>44</sup>. La femme devra alors subir une deuxième tentative d'avortement, cette fois, chirurgicale. On a constaté que la COU entraîne un risque considérable de grossesse ectopique (implantation de l'enfant dans un organe autre que l'utérus)<sup>45</sup>. La grossesse ectopique est responsable d'au moins 13 % des décès liés à la maternité<sup>46</sup>.

## **MÉTHODES DITES « DE BARRIÈRE »**

Les méthodes de barrière comprennent le condom, le stérilet, la cape cervicale, le diaphragme et l'éponge cervicale.

### **CONDOM**

#### **Efficacité contraceptive**

Comme le montre l'Annexe 1, le taux d'échec du condom avec utilisation « parfaite » (en contexte d'étude clinique contrôlée) est de 3 %, alors que celui avec utilisation « typique » (« dans la vraie vie ») est de 14 %. En d'autres termes, selon ce tableau, « dans la vraie vie », 14 femmes sur 100 deviennent enceinte sur un an en se fiant à ce produit.

Une autre étude de conclure : « Une femme sur cinq (20 %) qui se fie sur le condom pour empêcher la grossesse deviendra enceinte sur deux ans »<sup>47</sup>.

#### **Risques de santé**

##### **Protection contre les maladies transmises sexuellement**

Dans le « Rapport concernant l'efficacité du condom pour la prévention des MTS », publié en juillet 2001 par le National Institutes of Health (NIH) des États-Unis, vingt-huit experts mondiaux concluent ce qui suit : « En raison de leurs limitations importantes, les cent trente huit études sur le marché concernant l'efficacité du condom ne permettent pas de conclure que le condom offre quelque protection que ce soit contre les maladies transmises sexuellement... Les données concernant la protection possible contre le VIH/SIDA (c.-à-d. 'aussi faible que 60 %') ne sont que de grossières estimations, sujettes à de nombreux facteurs confondants et autres limitations. De plus, elles se limitent aux condoms qui ne se déchirent pas ou ne glissent pas et dont on signale une utilisation hétérosexuelle parfaite »<sup>48</sup>.

Le rapport fait comprendre que le condom ne peut techniquement offrir de protection contre les maladies transmises sexuellement (MTS) de nature ulcéreuses (p. ex. herpès, syphilis, chancres), car ces ulcères se retrouvent sur les zones non couvertes par le condom (cuisses, ventre, fesses). Non plus pour les MTS qui se transmettent par tous les fluides du corps (p. ex. virus du papillome humain). Pas plus pour celles qui se trouvent dans les fluides génitaux (gonorrhée, chlamydia, trichomoniose), ces fluides pouvant très bien être présents avant l'installation du condom (p. ex. dans les fluides génitaux féminins »<sup>49</sup>.

##### **Taux de déchirure et de glissement du condom**

« Le taux de déchirure et de glissement du condom en caoutchouc est de 3,2 %, et celui du nouveau condom en plastic, de 8,4 %. »<sup>50</sup>

## **Spermicide et accroissement du risque de transmission des MTS**

Santé Canada : « Le spermicide qui recouvre le condom favorise la transmission des MTS en affaiblissant le système immunitaire et en créant des lésions génitales qui favorisent l'échange de fluides et de sang ». <sup>51</sup>

## **Réactions allergiques**

Santé Canada : « Les réactions allergiques au caoutchouc en latex peuvent aller jusqu'au choc et à la mort » <sup>52</sup>

## **Caoutchouc en latex : substance cancérigène**

« Les composés volatiles organiques que contient et libère le caoutchouc en latex dont le condom est constitué sont reconnus comme des substances cancérigènes » <sup>53</sup>.

## **Accroissement du risque de transmission du SIDA par la présence de MTS**

« Les infections transmises sexuellement (ITS) ulcérautes (p. ex. syphilis chancre mou, herpès) ainsi que les ITS inflammatoires (p. ex. infection gonococcique, chlamydie), agissent comme facteur de transmission de l'infection au VIH. La présence de ces ITS augmente la contagiosité des personnes infectées par le VIH et augmente la susceptibilité à l'infection au VIH de celles qui ne l'ont pas. Par ailleurs la présence d'une infection au VIH modifie l'évolution de la syphilis : présentation atypique et développement précoce d'une atteinte neurologique. » (« On les croyait terrassées – Les ITS bactériennes resurgissent en force ! » dans le bulletin *Prévention en pratique médicale – maladies infectieuses*, août 2002, p. 1)

## **MALADIES TRANSMISES SEXUELLEMENT (MTS)**

Aucun moyen de contraception ne protège adéquatement contre les maladies transmises sexuellement (MTS) ; C'est pourquoi le monde connaît une épidémie croissante de MTS, lesquelles ont de graves conséquences pour la santé, peuvent être très douloureuses et réagissent de moins en moins au traitement <sup>54</sup>. Quarante-vingt pour cent des MTS ne présentent aucun symptôme <sup>55</sup> : On les donne et on les reçoit sans le savoir. Dans bien des cas, on les découvre trop tard, soit lorsque celles-ci se sont transformées en stérilité ou en cancer.

## **Stérilité**

Les MTS causent 20 % de la stérilité chez les Canadiennes <sup>56</sup>. En 1993, 1 couple sur 12 au Canada était stérile <sup>57</sup>. Un couple sur six éprouve des difficultés à concevoir un enfant au Canada en 2005 <sup>58</sup>. Les MTS et les cicatrices qu'elles laissent peuvent bloquer les trompes de Fallope et empêcher la conception.



### **Grossesse ectopique**

Les MTS peuvent mener à la grossesse ectopique, situation où l'enfant conçu, bloqué par l'infection et/ou les cicatrices, s'implante à l'extérieur de l'utérus et peut faire exploser les organes abdominaux si la grossesse n'est pas détectée à temps<sup>59</sup>. La grossesse ectopique cause plus de 13 % des décès liés à la grossesse<sup>60</sup>, et elle est de plus en plus fréquente au Canada<sup>61</sup>.

### **Avortement spontané**

Les MTS peuvent causer l'avortement spontané (fausse couche tôt dans la grossesse) parce que l'enfant ne peut s'implanter dans l'utérus à cause de l'infection et des cicatrices liées aux MTS<sup>62</sup>. L'avortement spontané est de plus en plus fréquent au Canada<sup>63</sup>.

### **Accouchement par césarienne**

Les MTS peuvent entraîner la nécessité d'accoucher par césarienne (incision par le ventre, ce qui comporte certains dangers) soit parce que l'enfant est implanté trop près du col cervical (« *placenta previa* ») parce qu'il cherche à éviter les endroits où il y a des cicatrices laissées par l'infection ou carrément de l'infection, soit pour tenter d'éviter de transmettre l'infection à l'enfant<sup>64</sup>. Le taux d'accouchement par césarienne a presque quadruplé au Canada de 1968 à 1988, pour atteindre 18,3 % (presque 1 sur 5) de tous les accouchements<sup>65</sup>.

### **Virus du papillome humain (VPH) (ou « verrues vénériennes », « chancres » ou « crêtes de coq »)**

Santé Canada : « Le VPH est si petit qu'il passe à travers le condom<sup>66</sup>. Ce virus, qui se trouve dans tous les fluides du corps, est lié à 90 % des cas de cancer du col utérin. Entre 20 % et 33 % des Canadiennes en sont maintenant infectées »<sup>67</sup>.

Le cancer du col utérin est le deuxième cancer le plus meurtrier chez la femme aux États-Unis<sup>68</sup>.

« Quatre adultes québécois sur cinq en sont maintenant infectés »<sup>69</sup>.

Rapport NIH ci-dessus : « Il n'existe aucune preuve épidémiologique selon laquelle le condom protège contre le VPH. »<sup>70</sup>

Le risque d'infection au VPH augmente de 1 000 % avec chaque nouveau partenaire<sup>71</sup>.

### **Hépatite B**

L'hépatite B, virus 200 fois plus infectieux que le SIDA, est encore plus petit que le VPH<sup>72</sup>. Un virgule cinq million de personnes meurent de cette MTS chaque année dans le monde. Deux cent mille Canadiens en sont maintenant infectés<sup>73</sup>. Le vaccin développé contre lui est inefficace dans au moins un cas sur vingt<sup>74</sup>.

## **Herpès**

L'herpès est une maladie chronique (incurable) qui comporte des brûlements intenses lorsqu'on urine, lorsqu'on s'assoit et pendant les relations sexuelles. Elle se transmet par des ulcères, pullulants ou pas, présents sur la peau des fesses, des cuisses ou de l'abdomen. On pourra aussi transmettre cette infection aux enfants, ce qui pourra mener à des malformations et à des handicaps. Cinquante-neuf pour cent (59 %) des Canadiennes sont maintenant infectées de l'herpès oral et 17,3 %, de l'herpès génital <sup>75</sup>.

## **STÉRILET**

### **Efficacité contraceptive**

Comme le montre l'Annexe 1, le taux d'échec du stérilet, avec utilisation « parfaite » (en contexte d'étude clinique contrôlée) est de 1,5 %, alors que celui avec utilisation « typique » (« dans la vraie vie ») est de 2 %. En d'autres termes, « dans la vraie vie », 2 femmes sur 100 deviennent enceinte sur un an en se fiant à ce produit.

### **Risques de santé**

Le stérilet comporte les risques de santé suivants : atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) <sup>76</sup> ; grossesse ectopique <sup>77,78,79,80,81,82,83</sup> ; perforations et lacérations de l'utérus <sup>84,85,86,87</sup>.

## **DIAPHRAGME**

### **Efficacité contraceptive**

Comme le montre l'Annexe 1, le taux d'échec du diaphragme, avec utilisation « parfaite » (en contexte d'étude clinique contrôlée) est de 6 %, alors que celui avec utilisation « typique » (« dans la vraie vie ») est de 20 %. En d'autres termes, « dans la vraie vie », 20 femmes sur 100 deviennent enceinte sur un an en se fiant à ce produit.

### **Risques de santé**

Le diaphragme comporte les risques de santé suivants : grossesse ectopique, perforation de l'utérus, infection de la vessie <sup>88</sup>.

## **CAPE CERVICALE**

### **Efficacité contraceptive**

Comme le montre l'Annexe 1, le taux d'échec de la cape cervicale avec utilisation « parfaite » (en contexte d'étude clinique contrôlée) est de 9 % pour les femmes sans grossesse à terme antérieure et de 26 % pour les femmes ayant déjà donné naissance, alors que ceux avec utilisation « typique » (« dans la vraie vie ») sont de 20 % et 40 %, respectivement. En d'autres termes, « dans la vraie vie », entre 20 et 40 femmes sur 100 deviennent enceinte sur un an en se fiant à ce produit, selon qu'elles ont déjà eu des enfants ou pas.

**Risques de santé**

La cape cervicale comporte les risques de santé suivants : grossesse ectopique, perforation de l'utérus, infection de la vessie <sup>89</sup>.

**ÉPONGE CERVICALE****Efficacité contraceptive**

Comme le montre l'Annexe 1, le taux d'efficacité de l'éponge cervicale avec utilisation « parfaite » (en contexte d'étude clinique contrôlée) est de 9 % pour les femmes sans grossesse à terme antérieure et de 26 % pour les femmes ayant déjà donné naissance, alors que ceux avec utilisation « typique » (« dans la vraie vie ») sont de 20 % et 40 %, respectivement. En d'autres termes, « dans la vraie vie », entre 20 et 40 femmes sur 100 deviennent enceinte sur un an en se fiant à ce produit, selon qu'elles ont déjà eu des enfants ou pas.

**Risques de santé**

L'éponge cervicale comporte les risques de santé suivants : grossesse ectopique, perforation de l'utérus ; infection de la vessie <sup>90</sup>.

## RÉGULATION NATURELLE DES NAISSANCES

La régulation naturelle des naissances est le fait de s'abstenir de rapports conjugaux pendant les jours de fécondité de la femme afin de permettre à un couple d'influencer, si possible, le moment dans leur vie où ils concevront leurs enfants, selon leurs difficultés importantes, financières ou autres, ce qu'on appelle la « paternité responsable ». Cette méthode est aujourd'hui devenue remarquablement efficace <sup>91</sup>.

La régulation naturelle des naissances n'est pas une forme de contraception si elle ne ferme pas l'acte conjugal à la possibilité de donner la vie, mais en diminue quelque peu et seulement momentanément la probabilité en raison de difficultés importantes. En effet, pour qu'il n'y ait pas « contraception », le couple doit toujours demeurer, dans ses intentions, ouvert à la possibilité de la conception d'un enfant et engagé à éduquer tout enfant éventuellement conçu en tant que projet de vie commun.

Cette méthode requiert la bonne observation des signes biologiques de la fécondité féminine : température, qualité des sécrétions corporelles, sensibilités.

La régulation naturelle des naissances permet au couple d'agir en harmonie avec la nature, puisque l'un des buts naturels de l'acte conjugal est la procréation, tout comme, par exemple, la digestion est le but naturel du fait de manger, et non seulement le simple plaisir de manger.

Du point de vue spirituel, ou « psychologique » pour ceux qui le préfèrent, la régulation naturelle des naissances permet au couple de vivre la véritable intimité, le véritable abandon, pour que leur union soit réelle et profonde, dans un don total de l'un à l'autre, sans retenue d'aucun aspect de leur personne tel leur fécondité, pour atteindre la parfaite communion qui leur permettra de solidifier leur couple.

Par ailleurs, en respectant la nature, le couple (et surtout la femme) évite tous les importants risques de santé liés à la contraception.

Enfin, la régulation naturelle des naissances permet au couple d'éviter les risques tragiques d'avortement que comportent les divers moyens de contraception dans leur mécanisme d'action.

## CHASTETÉ

En 2005, les gens et surtout les jeunes, ont terriblement besoin d'entendre qu'ils ont le droit de garder leur intimité pour une « personne spéciale » de leur choix. Cette notion est quasiment totalement absente des pressions et des mœurs actuelles véhiculées agressivement par les commerçants dans leurs publicités de sorte à rendre les gens esclaves du besoin de séduire en consommant à tout prix afin de projeter l' « image » qui fera de nous un être « acceptable » et « désirable ». La notion de l'estime de soi est alors entièrement faussée, axée sur l' « avoir » et le « faire », et non sur l' « être ».

La chasteté, c'est l'art de valoriser les gens pour ce qu'ils sont et non pour leur attrait sexuel. Lorsqu'on prise quelqu'un pour la personne qu'il ou elle est, soit ses valeurs, qualités et capacité de donner de soi-même, de recevoir l'autre et de pardonner, le véritable attrait, qui est spirituel, ou « psychologique » pour ceux qui le préfèrent, se développe, et s'approfondit, au fil du temps. Inversement, l'attrait sexuel a la propension de diminuer avec le temps, ne serait-ce parce que les attributs physiques sur lesquels il est fondé ont une tendance naturelle à s'estomper. Il serait bien triste de fonder des espoirs à long terme sur un tel phénomène. Et quand le trésor de l'amour est là, soit le respect, la générosité, la valorisation, l'encouragement, etc., qui ne voudrait pas naturellement fixer ses espoirs sur les larges horizons du long terme ? Ces espoirs doivent être fondés sur des notions solides. Et le trésor doit être gardé justement comme le trésor qu'il est mérite de l'être. L'amour est exigeant. La voie de la facilité ne porte que des fruits qui y correspondent. Et l'amour exige, entre autres, la chasteté.

Une perle serait-elle précieuse si elle se trouvait à tous les coins de rues ? Un cadeau de Noël serait-il aussi apprécié si on le donnait tous les jours, à n'importe qui, et ce, recyclé, et sans la grande joie de l'attente (attente = désir) ? L'instantané n'a pas sa place dans l'amour. L'amour exige, entre autres, la patience. La chasteté permet de développer ce pré-requis de caractère qui atténue les pulsions égoïstes d'assouvissement et de gratification du soi. Car qui ne sait pas se maîtriser ne peut aimer. Qui ne sait pas se mettre en deuxième pour donner à l'autre ne peut aimer. Qui ne sait pas faire de « sacrifices » ne peut aimer. Voilà des habitudes de vie qui se développent et s'acquièrent à la sueur du front. Penser que la vie, le bonheur et l'amour se vivent autrement, c'est trop regarder la télé. La vie n'est pas « arrangée avec le gars des vues ». La réalité demande qu'on se réveille de notre rêve électronique. Même la « télé-réalité » ne l'est pas.

La chasteté, c'est un mode de vie. En s'abstenant de s'alimenter de médias à forte suggestion sexuelle (émissions de télévision ou de radio ; sites Internet ; films et vidéos ; revues ; livres ; spectacles ; jeux vidéos et autres loisirs ; etc.) il est très facile de ne plus se sentir esclave de pensées et de pulsions distrayantes qui nous déroutent de nos objectifs personnels. En prenant soin d'emprunter une démarche, des manières et un habillement sobres et modestes, tout en pouvant être clairs, vifs et joyeux, on redécouvre alors toute la pureté des pulsions d'amour qui nous habitent, soit le besoin d'échanger de l'affection avec une personne qu'on aime véritablement et qui nous aime véritablement. En prenant soin d'éviter l'oisiveté (le fait de n'avoir rien à faire) en s'occupant à des projets constructifs, dynamisants, valorisants et utiles pour la société, on canaliserait notre force de vie, notre énergie et notre attention à un niveau plus élevé. Il n'y aura tout simplement plus de temps ni d'énergie pour les distractions qui nuisent à notre bien être. Il ne s'agira pas de nier ou de refouler quoi que ce soit. Simplement de s'arranger pour ne pas avoir à « se battre avec » en ne leur donnant aucune « prise » sur nous.

Combien de femmes et d'hommes se plaignent de ne pas ressentir quelque affection que ce soit dans leurs rapports conjugaux ? Combien de femmes et d'hommes se plaignent de « dysfonctions sexuelles » de tous sortes ? Combien de femmes et d'hommes se plaignent de la froideur, du non-respect et même de la violence verbale ou physique dont ils font l'objet en relation ? Combien de gens sont seuls et isolés, séparés, divorcés ou en famille monoparentale ou recomposée aujourd'hui ? Combien croient encore au mariage ? Combien se sont désillusionnés de cette union à un point tel qu'ils en éprouvent une répulsion pour le sexe opposé et peut-être même une attraction subséquente au sexe opposé ? Combien s'abonnent à l'échangisme pour ressentir quelque chose ? Combien s'adonnent à la pornographie pour « ressentir quelque chose » ? L'amour se vide. L'amour se saccage. Qui aura le courage de le remettre dans notre société ? Qui préfère la douleur et les souffrances de toutes sortes que son absence entraîne ?

Au moyen de la chasteté, on garde son cœur intact de blessures provenant de relations qui ne feront que nous distraire de nos buts dans la vie ;

On conserve le sens de l'amour et notre capacité de le ressentir ;

On protège notre santé, notre fécondité et notre vie en évitant les maladies transmises sexuellement (MTS) et tout ce qu'elles peuvent entraîner ;

On décide du moment où nous deviendrons parent et de la personne avec qui cela arrivera ;

On développe l'art de la chasteté (« retenue »), ingrédient absolument indispensable en relation, et qu'il faut avoir acquis bien avant d'être en relation, afin que la fidélité puisse tenir le couple fort et uni ;

On acquiert la maîtrise de soi, qualité qui nous aidera à réussir tout ce qu'on entreprendra dans la vie.

Une étude de l'Université Harvard publiée à l'automne 2002 <sup>92</sup> montre qu'en Ouganda, à la suite de la mise en oeuvre d'un programme d'éducation à l'abstinence jusqu'au mariage et à la fidélité dans le mariage, cette société n'a jamais accepté le condom, et le taux d'infection au VIH a chuté de 21,2 % à 6,2 % chez les femmes enceintes, de 1987 à 2001. Cette chute marquée est unique en Afrique, alors que dans tous les autres pays du continent, où on a promu et adopté le condom en masse, les taux d'infection au VIH y ont grimpé en flèche.

Aux États-Unis, la revue *Newsweek* du 9 décembre 2002 vantait les mérites et l'ampleur du mouvement pour la chasteté dans son article vedette, « Choisir la virginité ». On y indique que plus du tiers des écoles secondaires américaines enseignent l'abstinence jusqu'au mariage et que dans les 50 états américains, 700 programmes fondés sur l'abstinence propagent la bonne nouvelle que « le sexe peut attendre ».

Dans le numéro du 14 avril 2003 de la revue *Adolescent and Family Health*<sup>5</sup>, on a publié les résultats d'une importante étude selon laquelle l'éducation à l'abstinence est le facteur principal qui a mené à une véritable chute des taux de grossesse à l'adolescence aux États-Unis, de 1991 à 1995.

Plus près de chez nous, le mouvement Chasteté-Québec prend de l'ampleur, avec site Web <sup>93</sup>, bulletin, clavardage, etc.

Le 28 mai 2005, dans l'article du Washington Times « *Five abstinence programs receive favorable reviews* », on y indique que dans un congrès sur l'éducation sexuelle organisé par le Medical Institute for Sexual Health, le jour précédent, cinq programmes axés sur la chasteté jusqu'au mariage et la fidélité ont eu un impact important sur le comportement des jeunes. Parmi ceux qui avaient suivi le programme « Choosing the Best », seulement 11 pour cent avaient commencé l'activité sexuelle comparativement à 21 pour cent chez ceux qui ne l'avaient pas suivi.

En avril 2005, on apprenait que le programme d'éducation sexuelle du Nouveau-Brunswick allait dorénavant, lui aussi, enseigner le fait scientifique selon lequel le « sexe protégé » n'existe pas <sup>94</sup>.

Une étude longitudinale de cinq ans menée actuellement par le ministère de la Santé des États-Unis a donné lieu, ce 14 juin 2005, à la publication d'un rapport intérimaire selon lequel l'éducation à la chasteté et à la fidélité est efficace. Ces programmes traitent, entre autres, des questions de l'estime de soi, de la prise de décision, des communications efficaces, etc. <sup>95</sup>.

Une autre étude a fait ressortir que les adultes qui étaient vierges à l'âge de 18 ans connaissent, vingt ans plus tard, un bien-être matériel, social physique et psychologique nettement supérieur à celui des personnes qui étaient actives sexuellement à 18 ans <sup>96</sup>.

**GESTION DE LA GROSSESSE DIFFICILE**



## INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

### Cancer du sein

Depuis 1957, 27 études effectuées aux quatre coins du monde, dont 11 « statistiquement significatives » (particulièrement probantes de par leur poids et leur ampleur), ont montré que l'interruption volontaire de grossesse comporte un accroissement moyen du risque de cancer du sein de 30 %<sup>97</sup>. Deux phénomènes scientifiques viennent expliquer cet accroissement de risque.

Le simple fait, tout d'abord, de retarder la première grossesse à terme, effet fréquent de l'interruption volontaire de grossesse, est universellement reconnu comme un facteur de risque important de cancer du sein. Car inversement, la grossesse à terme est universellement reconnue comme la meilleure protection qui soit contre le cancer de sein<sup>98</sup>.

Deuxièmement, l'interruption volontaire de grossesse provoquée stoppe le processus, enclenché au moment de la conception de l'enfant et qui ne s'achève naturellement qu'avec la grossesse à terme, de transformation en glandes de lactation des cellules du sein, lesquelles sont essentiellement, avant la première grossesse à terme, des cellules de graisse<sup>99</sup>. Ce traumatisme « bloque » les cellules du sein au stade de « mutation » (changement) et de « prolifération » (multiplication), ce qui les assimile à des cellules cancéreuses, lesquelles sont justement des cellules « en mutation » et « en prolifération ». Limpide est la constatation selon laquelle les cellules ainsi programmées sont donc beaucoup plus vulnérables aux diverses causes de cancer (p. ex. caoutchouc en latex<sup>100</sup>, MTS non traitées<sup>101</sup>, fumée secondaire<sup>102</sup>, pollution, stress, etc.).

Au Canada, l'incidence du cancer du sein a augmenté de quarante pour cent depuis 1969, même après pondération du taux en fonction de l'âge. Cette augmentation est la deuxième la plus marquée au monde<sup>103</sup>. Pourtant, quarante pour cent de cette augmentation ne s'explique par aucun facteur de risque officiellement reconnu<sup>104</sup>. Or, l'année du début de cette augmentation au Canada suit immédiatement celle où l'interruption volontaire de grossesse y a été adoptée comme pratique publique généralisée. À la lumière des études montrant le lien entre l'avortement et le cancer du sein, serait-ce sage de continuer à présumer qu'il s'agit là d'un fruit du pur hasard ? Le consentement éclairé le plus élémentaire n'exigerait-t-il pas une mise en garde à cet égard ?

Les études montrent que les femmes qui ont subi une ou plusieurs interruptions de grossesse connaissent des cancers plus agressifs<sup>105</sup> et qu'elles ont un taux de rechute plus élevé<sup>106</sup> et un taux de survie inférieur<sup>107</sup> aux autres femmes. De fait, les provinces canadiennes où il y a le plus d'interruption volontaire de grossesse sont aussi celles où les taux d'incidence du cancer du sein sont les plus élevés. Le taux d'incidence du cancer du sein le plus faible du pays appartient à l'Île du Prince Édouard, où l'interruption volontaire de grossesse n'existe pas<sup>108</sup>. Et c'est effectivement dans les pays où l'interruption volontaire de grossesse n'est pas acceptée, comme le Mexique et l'Égypte, qui sont pourtant les pays les plus pollués du monde, qu'on relève les taux les plus bas de mortalité résultant du cancer du sein<sup>109</sup>.

Au moins onze états américains envisagent d'adopter des mesures législatives pour que les femmes soient informées de l'augmentation du risque de cancer du sein que comporte l'interruption volontaire de grossesse. Trois états ont déjà adopté des lois sur « le droit de savoir »<sup>110</sup>.

Certains instituts de cancer ne reconnaissent pas de lien de causalité entre l'avortement et le cancer du sein. Nullement ne nient-ils, cependant, qu'un lien (« corrélation ») important (statistiquement significatif), ait été observé entre les deux phénomènes.

### **Autres séquelles observées de l'interruption volontaire de grossesse**

Stérilité (2-5 % des cas)<sup>111, 112, 113</sup>

Cancer du col utérin, de l'ovaire et du foie (risque accru jusqu'à 4 fois)<sup>114, 115, 116, 117, 118, 119, 120</sup>

Atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) (4 % des cas)<sup>121, 122, 123, 124, 125</sup>

Suicide (risque accru de 2-7 fois)<sup>126, 127</sup>

### **Grossesses ultérieures**

Avortement spontané (risque accru de 2-3 fois)<sup>128</sup>

Grossesse ectopique (risque accru jusqu'à 8 fois)<sup>129, 130, 131, 132</sup>

Incompétence cervicale et prématurité/mortinaissance (risque accru de 2-3 fois)<sup>133, 134, 135, 136, 137</sup>

Césarienne, enfant handicapé ou malade (risque accru de 7 à 15 fois)<sup>138</sup>

### **Le syndrome post-avortement (« SPA »)**

Les symptômes qui sont présents après l'avortement sont identifiés dans la littérature médicale comme le « syndrome post-avortement ». La American Psychiatric Association a identifié l'avortement comme un « facteur de stress psychosocial » qui peut déclencher des troubles de stress post-traumatique.

« 55 % des femmes qui ont avorté souffrent de cauchemars ayant pour thème leur avortement ; 58 % ont des pensées suicidaires qu'elles relient à leur avortement ; 79 % se sentent coupables ; 63 % sont inquiètes pour leurs futures grossesses. » (Burke, T., psychothérapeute, *Frobidden Grief: The Unspoken Pain of Abortion*, 2006 ; Fergusson, D.M., *et al*, « *Abortion in young women and subsequent mental health* », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (1) :16-24, 2006 ; Throckmorton, W., « *Abortion and Mental Health* », *Washington Times*, 21 janvier 2005 ; David., H., « *Retrospectives From the APA Task Force to Division 34* », *Population and Environmental Psychology Bulletin*, 1999, 25(3):2-3 ; Barnard, C.A., *The Long-Term Psycho-social effects of Abortion*, Portsmouth, N.H., Institute for Pregnancy Loss, 1990 ; Anderson, RL, *et al*, « *Methodological considerations in empirical research on abortion* », dans *Post-Abortion Syndrome: Its Wide Ramifications*, ed. P. Doherty, Portland:Four Courts Press, 1995, p. 103-115 ; Strahan, T.W., ed., *Detrimental Effects of Abortion*, 2001, Acorn Books, Springfield, Illinois ; Ring-Cassidy, E., et I. Gentiles, *Women's Health After Abortion*, DeVeber Institute, 2002, Toronto ; Gray, K. et A. Lassance, *Grieving Reproductive Loss*, Baywood Publishing Co., Amityville, N.Y., 2003.

Dans un article intitulé « Le contexte familial de l'avortement volontaire » (*Restoring the Right to Life*, éd. J. Bopp, Provo, Utah, 1984), le professeur Vincent Rue, qui fait autorité en la matière, énumère les caractéristiques suivantes du syndrome post-avortement : culpabilité, colère, peur, dépression, deuil, angoisse, tristesse, honte, sentiment d'impuissance, désespoir, chagrin, estime de soi réduite, méfiance, hostilité envers soi et les autres, regrets, insomnie, rêves récurrents, cauchemars, réactions anniversaires, comportement suicidaire, alcoolisme ou toxicomanie, dysfonction sexuelle, insécurité, torpeur, souvenirs réalistes rappelant péniblement l'avortement, difficultés relationnelles, troubles de communication, isolement, fantasmes fœtaux, autocondamnation, flash-back, pleurs irrépressibles, troubles de l'alimentation, préoccupations, pensée faussée, amertume et sentiment de perte et de vide associé à un ou à plusieurs avortements.

De plus, d'après le D<sup>r</sup> Rue, les sentiments les plus couramment ressentis par les femmes qui ont subi des avortements semblent être le deuil non résolu, le déni, la colère et la culpabilité. Celles qui risquent le plus de souffrir du syndrome sont les adolescentes, les femmes qui ont des avortements au deuxième trimestre, les femmes qui ont une faible estime de soi et celles qui ont déjà éprouvé des problèmes psychologiques.

Dans son livre intitulé *The Psycho-Social Aspects of Stress Following Abortion* (Sheed and Ward, Kansas City, 1987), Anne Speckhard énumère les dix réactions les plus fréquemment signalées à l'avortement :

- réaction de deuil (100 p. 100)
- dépression (92 p. 100)
- colère (92 p. 100)
- culpabilité (92 p. 100)
- crainte que d'autres apprennent la grossesse et l'avortement (89 p. 100)
- surprise devant l'intensité de la réaction affective à l'avortement (85 p. 100)
- perte d'estime de soi (81 p. 100)
- sentiment d'être victime (81 p. 100)
- diminution ou disparition de la capacité d'éprouver de la douleur (73 p. 100)
- malaise en présence de nourrissons et de petits enfants (73 p. 100).

Ce que les femmes ressentent profondément à propos de l'avortement diffère de ce qu'elles disent ressentir. Une psychothérapie en profondeur a révélé que, même pour celles qui estimaient que l'avortement était leur seul choix, les femmes peuvent ressentir une vive douleur et un profond rejet de l'expérience de l'avortement.

Dans leur article intitulé « Les effets psychologiques de l'avortement volontaire », publié dans *Abortion's Aftermath* (Human Life Research Institute, Toronto, 1987), les chercheuses Mary Parthun et Anne Kiss concluent : « L'examen d'un échantillon diversifié de la littérature psychologique et médicale indique que les séquelles psychologiques négatives consécutives à l'avortement sont un phénomène digne d'étude. Une détresse temporaire et de courte durée est couramment signalée et des effets plus graves et plus durables se produisent... Nous pouvons nous attendre à ce qu'un nombre croissant de femmes demandent de l'aide pour surmonter le deuil et la détresse post-avortement. Il est réconfortant de constater que les travailleurs de la santé de diverses professions réagissent aux besoins de ces femmes. Toutefois, il peut y en avoir bien d'autres dont les besoins passent inaperçus et qui ne reçoivent donc aucune aide. Malheureusement, les femmes en détresse après l'avortement s'adressent rarement aux professionnels qui pratiquent des avortements. Par conséquent, tous ceux qui s'occupent

de près ou de loin d'avortement doivent absolument être conscients du problème sérieux que représentent les séquelles psychologiques post-avortement. »

Des groupes d'entraide pour les femmes qui souffrent du syndrome post-avortement s'organisent un peu partout au Canada. D'autres groupes, incluant des infirmières pro-vie, des professionnels du counselling et des organisations pro-vie offrent aussi du counselling après l'avortement. Peut-être à cause de cette aide, le nombre de femmes disposées à parler publiquement des effets négatifs de l'avortement augmente considérablement.

« Il y a eu presque une conspiration du silence au sujet des risques de l'avortement. Malheureusement, à cause des réactions émotives à l'avortement légal, une preuve bien documentée provenant des pays qui ont une vaste expérience dans ce domaine ne reçoit que peu d'attention, le cas échéant, de la part de la presse médicale ou profane. C'est médicalement indéfendable quand des patientes en souffrent en conséquence... Il est révélateur que certaines des complications les plus graves ont été signalées chez les patientes des praticiens les plus anciens et les plus expérimentés... » (Stallworthy, J.A., *et al.*, « Legal Abortion: A Critical Assessment of Risk », *The Lancet*, le 4 décembre 1971.)

« Des 252 femmes qui ont répondu au sondage, environ la moitié ont dit souffrir d'au moins un type de complication physique après leur avortement. En outre, au moins 18 p. 100 d'entre elles ont signalé avoir subi des dommages physiques permanents attribuables à cette intervention... Des 47 p. 100 qui ont signalé avoir souffert d'une complication, 40 p. 100 ont dit que c'était un problème très mineur, 26 p. 100 ont répondu que le problème était d'une sévérité moyenne et 35 p. 100 ont affirmé qu'il était très grave... L'une des complications à court terme les plus fréquemment signalées était l'hémorragie consécutive à l'intervention, évoquée par 15 p. 100 de toutes les femmes ayant fait l'objet du sondage. L'infection était la deuxième complication, signalée par 9 p. 100 des femmes interrogées... Des femmes ayant subi un avortement qui ont été interrogées, environ 6 p. 100 ont été forcées de subir une hystérectomie totale pour enlever un utérus qui avait été endommagé ou infecté par l'intervention d'avortement. Un autre groupe de 8 p. 100 de femmes ont dit que l'infection consécutive à l'avortement les avait laissées stériles par blocage des trompes ou autrement. Une autre tranche de 4 p. 100 avaient contracté le cancer du col de l'utérus qu'elles attribuaient à l'avortement.

...En plus de souffrir de stérilité causée par les problèmes susmentionnés, beaucoup de femmes qui ont avorté souffrent d'une capacité réduite de mener à terme une grossesse désirée. Des femmes interrogées, environ 20 p. 100 ont souffert par la suite d'une fausse couche mettant fin à une grossesse désirée. De plus, pas moins de 8 p. 100 ont été diagnostiquées comme souffrant d'incompétence cervicale après leur avortement. D'autres troubles d'accouchement et dommages au système reproducteur ont été fréquemment signalés. » Reardon, David C., *Aborted Women: Silent No More*, p. 22-25, Loyola University Press, Chicago, 1987.

« Plus jeune est la patiente, plus avancée est la gestation et plus élevé est le taux de complications... Certaines des complications les plus catastrophiques surviennent chez les adolescentes. » (Bulfin, J., M.D., *OB.-GYN Observer*, oct.-nov. 1975).

« ...aucune rationalisation, intellectualisation ou considération d'ordre humanitaire, aussi poussée soit-elle, ne peut atténuer le sentiment accablant de culpabilité qui est présent au niveau inconscient à la suite d'un avortement. En outre, les sentiments qui sont présents au niveau conscient et qui sont signalés par les patientes après un avortement sont révélateurs de déni, de déplacement ou de rationalisation, et nous trouvons plutôt étrange qu'un si grand nombre de professionnels se laissent tromper par ces mécanismes de défense couramment utilisés. » (Maddox et Sexton, « *The Rising Cost of Abortion* », *Medical Hypoanalysis*, page 67, printemps 1980).

« Il n'y a aucun doute que le fait de mettre fin à une grossesse peut précipiter une grave réaction psycho-névrotique ou même psychotique chez une personne prédisposée. » (Organisation mondiale de la santé, *Série de rapports techniques*, « Groupe scientifique sur l'avortement spontané et provoqué », Genève, 1970).

(La section ci-dessus est extraite du Mémoire sur l'avortement de la Coalition nationale pour la vie/Campaign Life Coalition, Ottawa, 2001).

### **Avortement « médical », ou « chimique » ou « non chirurgical »**

L'avortement « médical » se pratique illégalement au Canada au moyen des produits chimiques Methothrexate et Misoprostol. Par la provocation de violentes crampes utérines jumelées à la calcination de l'enfant au moyen de brûlures au quatrième degré, celui-ci meurt au bout d'une période pouvant souvent aller jusqu'à 44 jours et est éventuellement expulsé de l'utérus à un moment et à un endroit quelconque (p. ex. rue, toilette, etc.). La gynécologue Ellen Wiebe, de Vancouver, qui admet publiquement depuis plusieurs années sa pratique de l'avortement dit « chimique », réclame la légalisation de l'avortement chimique par « RU 486 » (produit chimique nommé « mifepristone »), dont les effets néfastes et le mécanisme d'action, dit-elle, sont identiques à ceux du régime pratiqués actuellement (par un réseau « clandestin » au Canada), mais dont la période de souffrance intense pour mère et enfant à naître sont réduites à... plus ou moins une semaine. La Dr Wiebe énumère les risques de santé liés auxdites techniques comme suit : hémorragie intense ; crampes 'horribles', 'seulement' une 'poignée' de décès.<sup>139</sup>

### **Humanité de l'enfant à naître**

La grande majorité des avortements se pratique entre la huitième et la douzième semaine de gestation<sup>140</sup>. Or, dès la septième semaine de gestation, on peut voir, au moyen de vidéos d'ultrasons (« échographies ») commercialisées, l'enfant à naître, dans le sein de sa mère, sucer son pouce, pleurer, bailler, se gratter, s'étirer, faire des sauts, etc.<sup>141</sup>. Assimiler cet enfant à un simple « amas de chair », à un « petit têtard » ou à un « petit poulet », serait scientifiquement inexact. Non plus une question de théologie ou de philosophie : ce sont les progrès de la science de la génétique, jumelés aux notions élémentaires de biologie et d'embryologie, ainsi que les progrès technologiques, qui ont maintenant permis d'établir que l'enfant-à-naître, dès la conception, est bel et bien un bébé, un individu entier et complètement distinct de sa mère, un petit garçon ou une petite fille<sup>142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160</sup>.

## **Douleur chez l'enfant à naître**

Les études ont bien établi la capacité de l'enfant à naître de ressentir la douleur ; c'est pourquoi, en 1987, la American Academy of Pediatrics a affirmé qu'il n'était désormais plus éthique d'exécuter des chirurgies sur des enfants nés prématurément sans anesthésie. Cette affirmation est venue à la suite des résultats probants de la recherche publiée par le Dr Anand, ci-dessous <sup>161</sup>.

Le Dr Anand, professeur à l'école de médecine de Harvard a montré que la douleur génère chez les nourrissons des réponses physiologiques identiques à celles que l'on retrouve chez les adultes : hausse de la tension artérielle ; pouls accéléré ; sommeil dérangé ; habitudes alimentaires dérégées ; baisse de l'efficacité du système immunitaire. Il déplorait toutefois que la communauté médicale continue à évaluer la douleur chez l'enfant à naître à partir de réactions motrices (mouvements, ou « réactions aversives non réflexives » comme le fait de pleurer, de grimacer et d'éviter, ce, tout en même temps), lesquelles ne sont possibles que lorsque les capacités physiologiques nécessaires pour les mouvements sont bien formées et/ou intactes et fonctionnelles. Il déplorait que les données récentes concernant les mécanismes de perception de la douleur soit « l'activité nociceptive », chez l'enfant-à-naître, soient ignorés.

Dans son article, le Dr Anand remet en cause l'une des exigences anatomiques pour la perception de la douleur longtemps citée comme raison de croire que l'enfant-à-naître ne ressent pas la douleur, soit l'absence de « myélination » ou la myélination incomplète. La « myélination » est l'enveloppement des canaux nerveux d'une couche protectrice permettant la transmission des impulsions nerveuses électriques. Il indique que les recherches récentes ont permis d'établir que la non-myélination ou la myélination partielle ne sont pas synonymes de non-transmission des impulsions nerveuses mais plutôt d'un ralentissement de la vitesse conductrice de ladite transmission. Même chez les adultes, on a trouvé que la douleur se propageait dans des canaux non-myélinisés ou comportant une myélination très mince. De plus, on a trouvé que le ralentissement des signaux par la myélination incomplète ou absente chez l'enfant à naître est amplement contrebalancée par la distance plus courte entre les neurones et entre les muscles que l'on retrouve chez celui-ci. »

La recherche du Dr Anand était probante : comparativement aux nourrissons qui n'avaient reçu que des médicaments paralysants (et donc aucun médicament antidouleur), les enfants naissants qu'on avait anesthésiés avec le médicament antidouleur « fentanyl », narcotique cent fois plus puissant que la morphine et dont la sûreté chez les adultes subissant un pontage cardiaque a été établie, les enfants anesthésiés ont connu une issue nettement supérieure en fait de complications ou de durée de convalescence. Enfin, quelqu'un avait prouvé que les jeunes enfants ressentaient la douleur et que celle-ci avait des conséquences nocives sur leur santé, fait qui jusqu'à ce jour avait été contesté par l'ensemble de la communauté médicale, qui refusait toujours d'anesthésier les jeunes enfants lors de chirurgies ou autres interventions médicales douloureuses, en raison du fait que la perception de la douleur chez les jeunes enfants était supposée comme incertaine ou non importante en raison du fait « qu'ils ne s'en souviendraient pas ». On avait aussi des hésitations quant au dosage approprié pour ne pas nuire à l'enfant <sup>162, 163</sup>.

## Cortex cérébral

La maturité fonctionnelle du cortex cérébral a longtemps été suggérée comme critère de capacité d'éprouver la douleur chez l'enfant à naître. Pourtant, en 1984, le Dr Vincent J. Collins, anesthésiste réputé et Fellow de la American Board of Anesthesiologists, auteur de *Principles of Anesthesiology*, manuel généralement utilisé pour l'enseignement de l'anesthésie, a publié, ce qui suit : « La présence d'un cortex fonctionnel n'est nullement nécessaire pour la sensation de la douleur. Même l'ablation (suppression) totale du cortex n'élimine pas la sensation de la douleur, et aucune partie du cortex, lorsque stimulée artificiellement, ne résulte en la sensation de douleur. Il s'ensuit donc que ni la présence du cortex ni la transmission des impulsions de douleur à celui-ci ne sont essentielles à la sensation de la douleur. Lorsque le cortex (lequel se développe et fonctionne plus tard dans la gestation que le thalamus) participe à la réaction de douleur, celui-ci génère un comportement aversif élaboré qui vient ajouter des composantes psychologiques et cognitives à la sensation de douleur. »

« Les structures requises pour la sensation de la douleur sont donc les « nocicepteurs » [cellules détectrices sensorielles], un canal neuronal continu de nerfs sensoriels qui transmettent les impulsions de douleur à partir des nocicepteurs à travers le système nerveux périphérique et l'épine dorsale jusqu'au thalamus, puis le thalamus. Le thalamus est situé au dessus de l'épine dorsale et du tronc cérébral mais sous le cortex cérébral. Les structures neuronales nécessaires à la sensation de la douleur sont en place dès la huitième semaine de gestation... Dès la fin de la cinquième semaine, une tape sur la bouche de l'embryon fera rentrer sa lèvre à l'embryon. »<sup>164</sup>

Le 13 février 1984, dans leur lettre ouverte au président Ronald Reagan, 26 experts de la médecine de maternité et de médecine fœtale, de l'obstétrique et de la gynécologie, de la pédiatrie et de l'anesthésiologie de diverses universités des États-Unis ont affirmé ce qui suit : « Les percées modernes en fait de connaissances et de technologie – ultrasons ; foetoscopie ; étude des électrocardiogrammes et des encéphalogrammes fœtaux – montrent sans l'ombre d'un doute que le fœtus peut ressentir la douleur. Le cortex est développé entre la quatrième et la cinquième semaine ; les ondes cérébrales sont détectables entre la sixième et la septième semaine ; les nerfs reliant l'épine dorsale aux structures périphériques sont développés entre les sixième et huitième semaine »<sup>165</sup>.

Dans la lettre, le Dr Richard T.F. Schmidt, ancien président du American College of Obstetricians and Gynecologists, affirme : « Il peut être clairement démontré que les fœtus cherchent à éviter certains stimuli exactement de la même manière que ne le feraient un jeune enfant ou un adulte. »

En 1994, le Dr Vivette Glover, chercheuse des hôpitaux Queen Charlotte's et Chelsea, à Londres, a publié que depuis les travaux du Dr Anand, l'anesthésie des bébés naissants était devenue pratique généralisée. Dr Glover déplorait toutefois que la pratique ne se soit pas étendue à l'enfant-à-naître : « Nous avons observé que le fœtus réagit à l'introduction d'une aiguille intra-hépatique [transfusion sanguine] avec des mouvements corporels et des mouvements respiratoires vigoureux, lesquels ne sont pas observés lors de l'insertion d'une aiguille dans le cordon ombilical... Nous avons observé une hausse des concentrations de cortisol et de beta-endorphines [hormones de réaction à la douleur] chez les fœtus à la suite de l'activation directe de l'axe hypothalamique-pituitaire-adréнал... »<sup>166</sup>.

Le Royal College of Obstetricians and Gynecologists du Royaume-Uni a chargé un groupe de travail d'étudier la douleur chez l'enfant à naître. Le rapport du groupe de travail, publié en octobre 1997, indique qu'il existe une « possibilité bien réelle que la capacité de sensation de douleur chez l'enfant à naître soit plus prononcée que chez l'adulte en raison du développement plus tardif du système d'inhibition de la douleur (sécrétion des hormones antidouleur sérotonine, norepinephrine et dopamine) que de celui de la perception de la douleur »<sup>167</sup>.

En 1999, le ministère de la Santé du Royaume-Uni a demandé au Conseil de recherche médicale de cette juridiction de se pencher sur tout progrès réalisé en matière de recherche sur la douleur fœtale. Le groupe de 11 membres, présidé par la Dr Eve Johnstone de l'université de Edinburgh, a publié sa conclusion selon laquelle « il n'existe pas de moment où l'on puisse affirmer en toute certitude que l'enfant à naître ressent ou ne ressent pas la douleur. Il n'est pas non plus reconnu généralement laquelle des parties du cerveau doit avoir atteint la maturité avant qu'un fœtus ne puisse ressentir la douleur... L'enfant à naître réagit effectivement par des mouvements vigoureux lorsque soumis à des stimuli douloureux... La preuve recueillie jusqu'à ce jour selon laquelle la douleur chez l'enfant-à-naître mène à des séquelles importantes pour le bien-être ultérieur de cette personne mérite qu'on y consentisse des efforts importants de recherche additionnelle »<sup>168</sup>.

Pour l'interruption volontaire de grossesse, la loi canadienne sur le consentement éclairé, soit l'ensemble des décisions rendues dans le cas de litiges débattus devant les tribunaux à cet égard, prévoit que le mécanisme de mise à mort de l'enfant doit être expliqué à la mère<sup>169</sup>. Le plus souvent, la mort de l'enfant surviendra à l'issue de 10 à 20 minutes de démembrement (« curettage »)<sup>170</sup>. Si la mort est infligée par calcination (brûlure au 4e degré, par avortement dit « médical » ou « chimique »), celle-ci pourra durer jusqu'à deux semaines, pendant lesquelles la femme sentira l'enfant se débattre jusqu'à ce qu'il soit expulsé, tout calciné, au moyen de crampes massives de l'utérus<sup>171</sup>. La mort pourra aussi être infligée par attaque de cœur (injection au cœur de chlorure de potassium), si l'enfant est toujours vivant hors du corps de la mère<sup>172</sup>, ou par écrasement du crâne, avant que la tête ne soit sortie du corps de la mère (« avortement quasi naissance »)<sup>173</sup>.

Au Canada, le Code criminel prévoit qu'on peut enlever la vie à un enfant à n'importe quel stade de la grossesse jusqu'à la naissance, et ce pour n'importe quelle raison<sup>174</sup>. Le Canada est un des seuls pays au monde à ne pas avoir de loi sur l'avortement. L'avortement y est donc « décriminalisé » mais non « légalisé ». En 1988, la Cour suprême du Canada a déclaré la loi sur l'avortement de 1968 non constitutionnelle parce que les comités thérapeutiques qu'elle exigeait posaient trop de retard et donc trop de menace à la sécurité de la femme (plus l'avortement est pratiqué tard dans la grossesse, plus celui-ci entraîne des complications graves). La Cour suprême a demandé au parlement de refaire la loi, ce qui n'a jamais été fait. Une loi limitant l'avortement aux cas où la vie de la mère serait véritablement menacée aurait pu empêcher qu'une centaine de milliers de femmes et d'enfants subissent l'avortement au Canada chaque année, ce souvent contre leur gré, à la suite de pressions de leur milieu. Grand nombre de cancers du sein et de cas de stérilité auraient ainsi pu être évités, entre autres. Aujourd'hui, une loi politique soutenant le consentement éclairé viendrait limiter les dégâts, à tout le moins.



Puisque l'interruption volontaire de grossesse constitue une industrie à but lucratif où certaines cliniques privées au Canada récoltent plus de 11 millions \$ par année en revenus bruts <sup>175</sup>, est-il raisonnable de s'attendre que ces commerces honoreront les exigences du consentement éclairé en informant honnêtement leur clients prospectifs des risques établis pour leur santé ? Ne devrait-il pas y avoir un corps autonome sans but lucratif d'institué par le gouvernement pour soutenir le consentement éclairé à l'intervention sur la personne en cas de grossesse difficile, organisme qu'il serait obligatoire de consulter avant l'avortement afin de connaître chacune des options possibles ainsi que les risques et avantages possibles de chacune d'entre elles ?

## **SOUTIEN À LA GROSSESSE**

En appliquant un consentement éclairé adéquat, on prendra soin de faire connaître à la femme toutes les ressources de soutien à la grossesse disponibles dans sa région, au moyen d'un guide ressources prévu à cet effet.

### **Avantages possibles pour la femme**

Cela permettra de respecter la volonté de la femme qui, souvent, cherche à éviter l'avortement mais qui s'y sent forcée par les pressions, l'abandon ou le rejet même de son milieu (parents ; partenaire, etc.) ainsi que le manque de ressources ou de références à celles-ci ;

Cela peut donner une nouvelle relation des plus enrichissantes pour la femme.

### **Avantages additionnels, de nature sociale**

À l'heure d'une dénatalité alarmante au Canada, cela peut donner un nouveau petit Canadien et préserver la fécondité de la femme.

Cela peut aider à diminuer les coûts sociaux résultant de l'avortement (stérilité, cancer du sein, etc.).

Les ressources de soutien à la grossesse au Québec se présentent comme suit :

## **MONTRÉAL**

### **Soutien pendant la grossesse**

Articles de bébé, vêtements de maternité, ateliers, accompagnement (services gratuits et confidentiels)

Votre CLSC, « Aide aux jeunes parents » : Régie de la Santé de Montréal : (514) 286-6500

Accueil Grossesse, près de Atwater : (514) 937-9324

Centre Conseils-Grossesse, Quartier Saint-Michel : (514) 593-1720

Maison Joie de Vivre, Laval : (450) 669-7770

La Cigogne, cégeps/universités : (514) 341-0254

Association coopérative d'économie familiale : Est : (514) 257-6622 ; Nord : (514) 277-7959 ; Sud-Ouest : (514) 932-2602 ; Rive Sud : (450) 677-6394

Montreal Pro-Life/Pro-Vie (surtout anglophone), 351 Willibrood Avenue, Verdun (Québec) ; Tél. : (514) 849-8613

Urgence-Vie, 1960, rue Dollard, Longueuil (Qc) J4K 4N6 ; tél : (450) 674-4139

Urgence-Vie, A/s Mme Lise Desroche, 15A, rue St-Anne, St-Gabriel-de-Brandon (Qc) J0K 2N0 ; Tél : (450)835-4105

Centre Marie-Ève, 232, rue Féré, St-Eustache (450) 491-1494

Centre Marie-Ève, Saint-Jérôme, tél : (450) 491-1494

### **Études pendant la grossesse**

Toute école devrait être en mesure d'accueillir la fille enceinte et/ou lui offrir des cours à la maison.

### **Écoles spécialisées pour jeunes filles enceintes**

École pré.-sec. et sec. Rosalie Jetté, Montréal : (514) 596-4240

École sec. Mgr Richard, Verdun : (514) 765-7646

École sec. Armand Corbeil, Terrebonne : (450) 492-3619, x 4123

Le petit Revdec, Montréal : (514) 899-5499

École sec. Elizabeth, Ville-Émard : (514) 483-7200, x 4265

Réintégration scolaire et professionnelle après l'accouchement

École sec. Elizabeth, Ville-Émard : (514) 483-7200, x 4265

Programme « Ma place au soleil » (gouv.), Montréal, Anne Rigaud : (514) 872-6641

École La Croisée, Repentigny : (450) 492-3799

École Les Berges, Laval : (450) 662-7000, x 3102

« Y » des femmes, programme « Femmes chef de famille » : (514) 866-9941

### **Logement pendant et après la grossesse subventionnés et/ou supervisés**

Appartements Papineau-Bélanger et Appartements Montréal-Nord, Bureau consultation jeunesse (BCJ),16-22 ans : (514) 270-9760

Relais jeunes mères, moins de 22 ans, mineures OK, avant et après la naissance, St-Michel :  
Tél. : (514) 721-7837

Hébergement 9335, 16-25 ans, avant et après la naissance, boul. Pie IX : (514) 326-0784

Jeunes mères Pointe-aux-Tembles (HAJEM), 15-24 ans, avant et après la naissance :  
Tél. : (514) 498-8487

App. A. Gonzalez, mineures OK, avant et après la naissance, secteur Petite-Patrie :  
Tél. : 722-1125

Résidence Projet Chance, après naissance, collège/université temps plein, rue Guy : 934-6199

Hébergeune, avant et après la naissance, 18-25 ans, 900 Jarry O. : (514) 490-1700

Maison Elizabeth House avant et après la naissance, mineures OK, Vendôme : (514) 482-2488

Maison Adrienne-Pilon, 12-17 ans : avant et après la naissance ; 18 ans + : après la naissance,  
Longueuil : (450) 670-0628

La Chrysalide, avant et après la naissance, tous âges, semi-autonome, Plateau : (514) 287-1473

Maison de la Paix, Longueuil, 18 ans +, accompagnement pré et postnatal : (450) 674-0059

L'Antre-Temps, Longueuil, 16-21 ans, jusqu'à 4-5 mois de gross. : (450) 651-0125

L'Arrêt-Source, dépannage avant la naissance, 10249, av. C.-Colomb : Tél. : (514) 383-2335

Le chaînon : (514) 845-0151

Auberge communautaire Sud-Ouest, dépannage avant la naissance, Ville-Émard : (514) 768-4774

Habitations l'Escalier de Mtl, dépannage avant la naissance : (514) 252-9886

Passages, toxicomanie, prostitution : (514) 875-8119

### **Soutien aux jeunes parents**

« Groupes jeunes mères », Bureau consultation jeunesse (BCJ), 14-20 ans, 5 secteurs : (514) 270-9760

Maison Joie de Vivre, Laval : (450) 669-7770

Familles en action, rue Centre: (514) 932-6373

Groupe d'entraide maternelle de la Petite Patrie (GEM), rue Christophe-Colomb: (514) 495-3494

Relais jeunes mères, St-Michel : (514) 721-7837

Maison d'Haïti, boul. St-Michel: (514) 326-3022

Association Jamaïcaine de Montréal, Jean-Talon O. : (514) 737-8229

Association latino-américaine et multiethnique Côte-des-Neiges : (514) 737-3642

### **Guérison après la perte d'un enfant à naître**

Centre des pertes reproductives de Montréal, Côte-des-Neiges : (514) 486-6708

Accueil Grossesse (« Birthright »), près de Atwater : (514) 937-9324

Centre Conseils-Grossesse, Saint-Michel : (514) 593-1720

## **RÉGION DE QUÉBEC**

### **Soutien pendant la grossesse, à l'accouchement et après la naissance**

Centre Naître ou ne pas naître, 1180, chemin Sainte-Foy, Québec (Québec) G1S 2M4 ;  
Tél. : (418) 683-8799

Les accompagnantes, 855, avenue Holland, bureau 202, Québec (Québec), Tél. : (418) 688-6039

Maison de naissances « Mimosa », 182, rue de l'Église, Saint-Romuald (Québec) ; (418) 839-0205

Ressources Naissances Mères-Contact, 260, rue de l'Église, Saint-Romuald (Québec) ;  
Tél. : (418) 834-8085

Réseau québécois d'accompagnement à la naissance : [informations@naissance.ca](mailto:informations@naissance.ca)

Holland Centre (pour anglophones), 1270, chemin Sainte-Foy, Pavillon Jeffrey Hale, bureau 1124,  
Québec (Québec) ; tél. : (418) 683-9274

Service d'aide aux immigrants et immigrantes, 318, rue Saint-Vallier, Québec (Québec) ;  
Tél. : (418) 523-2058

Votre CLSC : Consulter l'Agence de la Santé de Québec : (418) 266-8900

Secours et Vie, 551, rue Anne-Marie, St-Louis-de-France (Qc) G8W 1A5 ; tél : (819) 371-3601

Urgence-vie, 3, rue Kirouak, Warwick (Qc) J0A 1M0 ; tél : (819) 358-5046

### **Soutien + hébergement**

Mères et Mondes, 798, 12e Rue, Québec (Québec) ; tél. : (418) 522-5139

Résidence la Colombière, 4950, rue Lionel-Groulx, Saint-Augustin (Québec) ; Tél. : (418) 640-9695

Maison Marie Frédéric, 149, rue Gamelin, Québec (Québec) ; tél. : (418) 688-1582

YWCA, 855, av. Holland, Québec (Québec) ; tél. : (418) 683-2155

Jonction pour elle, C.P. 1257, Lévis (Québec) ; tél. : (418) 833-8002 (pour femmes victimes de violence et leurs enfants)

Maison du cœur pour femmes de Charlesbourg, C.P. 65055, Charlesbourg (Québec) ; Tél. : (418) 841-0011 (pour femmes victimes de violence et leurs enfants)

### **Écoles spécialisées**

École secondaire Joseph-François Perreault, 140, chemin Sainte-Foy, Québec (Québec) ; Tél. : (418) 522-8169

## **OUTAOUAIS**

### **Soutien pendant la grossesse et soutien à l'accouchement (articles de bébé, vêtements de maternité, ateliers, accompagnement)**

CLSC, Équipes « Enfance, famille, jeunesse », Programme « Aide aux jeunes parents » :  
 Gatineau : (819) 561-2550 ; Hull : (819) 770-7900 ; Aylmer : (819) 684-2251 ;  
 Fort-Coulonge : (819) 683-3000 ; La Pêche : (819) 456-2819 ; Buckingham : (819) 986-3359 ;  
 Gracefield : (819) 463-2604 ; Maniwaki : (819) 449-2513

Naissance renaissance Outaouais, Gatineau : (819) 561-4499

Maison de naissance de l'Outaouais, Gatineau : (819) 669-2323

Association coopérative d'économie familiale (ACEF) de l'Outaouais, aide au budget :  
 Tél. : (819) 770-4911

Pontiac & Pembroke Pro-Vie, (819) 458-2371

Centre Miriam, Orléans : (13) 830-8623

Centre Marguerite, L'Orignal : (613) 675-1069

Accueil Grossesse /Birthright, Ottawa : (613) 231-5683

Centre de bienfaisance des Sœurs de la Charité d'Ottawa, Ottawa : (613) 241-2710

Crisis Pregnancy Centre, of Ottawa/First Place, Ottawa : (613) 228-7475

Programme « Ça mijote », sept centres à Ottawa : (613) 744-2892

Entraide budgétaire d'Ottawa : (613) 746-0400

### **Programmes études-grossesse**

Toute école régulière peut accueillir la jeune fille pendant la grossesse et/ou lui offrir des cours à la maison

### **Écoles spécialisées pour jeunes filles enceintes**

École secondaire Le Transit, Vanier : (613) 747-9654

Maison St-Mary's, avec hébergement, Ott. : (613) 749-2491

Centre Marguerite, L'Orignal : (613) 675-1069

Réintégration scolaire pour jeunes mères

Centre Vision-Avenir, Hull, 21 ans + : (819) 771-7620, x 237

« Ma place au soleil », Outaouais québécois : (819) 772-3502, x 265

Centre Marguerite, L'Orignal : (613) 675-1069

Centre Youville, Ottawa : (613) 231-5150

École L'Alternative 16-20 ans, Ottawa : (613) 745-0369

Éducation sans frontière, 15-18 ans, Ott. : (613) 741-2304

Le Carrefour, 21 ans +, Ottawa : (613) 731-7212

### **Logement avant et après la naissance**

Maison Le bercail, Hull : (819) 771-3269

Mon chez nous jeunes, Gatineau : (819) 772-4647

Héberge-ado, Hull : (819) 771-1750

Centre Marguerite, L'Orignal : (613) 675-1069

Maison St-Mary's, Ottawa : (613) 749-2491

Services jeunesse Ott.-Carleton: (613) 729-1000

Habitations de l'Outaouais métropolitain, (819) 778-1325

### **Soutien aux jeunes mères**

CLSC, Équipes « Enfance, famille, jeunesse », Programme « Aide aux jeunes parents » :

Gatineau : (819) 561-2550 ; Hull : (819) 770-7900 ; Aylmer : (819) 684-2251 ;

Fort-Coulonge : (819) 683-3000 ; La Pêche : (819) 456-2819 ; Buckingham : (819) 986-3359 ;

Gracefield : (819) 463-2604 ; Maniwaki : (819) 449-2513

Centre Espoir Rosalie, Gatineau : (819) 243-7663

Carrefour de la miséricorde, Gatineau : (819) 643-1456

Maison Alcide-Clément, Hull : (819) 776-1306

Équipe soutien famille, Aylmer : (819) 682-2037

L'Antre-Hulloise, Hull : (819) 778-0997

Clinique de suivi de maternité, (« Maternity assessment clinic »), Hôpital Queensway-Carleton, soutien global avant et après la naissance : (819) 721-4821

Centres de santé communautaires (Ott): (613) 745-5525

Centres de la petite enfance du gouvernement de l'Ontario : 1 866 821-7770/www.ontarioearlyyears.ca

Centre Espoir Bethany, Ottawa : (613) 725-1733

Centre Marguerite, L'Orignal : (613) 675-1069

### **Guérison à la suite de la perte d'un enfant à naître**

Centre Sainte-Marie, Hull : (819) 777-4900

La boutique du silence, Hull : (819) 770-7843

Maison Padre Pio, Messines : (819) 449-2616

Centre Miriam, Orléans : (613) 830-8623

Accueil Grossesse : Ottawa : (613) 231-5683

Centre de l'amour, Plantagenet, (613) 673-4766

Centre Marguerite, L'Orignal : (613) 675-1069

### **BEAUCE**

Le Berceau, 12480, 1ere Avenue Est, Saint-Georges-de-Beauce, (Québec) G5Y 2E1 ;  
Tél. : (418) 288-0356

Accueil Grossesse, 10949, 2e Avenue, Saint-Georges-Est Beauce-Sud (Québec) G5Y 1V9 ;  
Tél. : (418) 228-3242

Le Berceau, 249, avenue du Collège, Sainte-Marie-de-Beauce (Québec) G6E 3C1 ;  
Tél. : (418) 387-7974

Le Berceau, 37, rue Notre-Dame Sud, Thetford Mines (Qc) G6G 1J1 ; tél : (418) 388-6979



### **ESTRIE**

Accueil-Grossesse, 1200, rue St-Edgar, Drummondville (Qc) J2B 2W2 ;  
Tél : (819) 478-7474

Urgence-Vie, 417B, rue Hériault, Drummondville (Qc) J2C 1W4 ; tél : (819) 472-7292

Secours et Vie, 473, rue Simonds Sud, Granby (Qc) J2B 1B9 ; tél : (4504) 375-4575

Secours et vie, 991, rue Bowen Sud, Sherbrooke (Qc) J1G 2G5 ; tél : (819) 823-7576 (hébergement)

Villa Marie-Claire, 470, rue Victoria, Sherbrooke (Qc) J1H 3J2 ; tél : (819) 563-1622 (hébergement)

### **CÔTE NORD**

Accueil Marie-de-l'Incarnation, 451, rue Marguerite, Baie Comeau (Qc) G5C 1L6 ;  
Tél : (418) 295-6418 (jour) ; (418) 295-3066 (soir)

### **BAS-DU-FLEUVE**

Accueil Maternité, 340, av. Rouleau, Rimouski (Qc) G5L 5V9 ; Tél : (418) 722-8875 (hébergement)

### **MAURICIE**

Centre-jeunesse Mauricie, 155, rue Toupin, Cap-de-la-Madeleine (Qc) G8T 3Z8 ;  
Tél : (819) 694-1414

### **ABITIBI-TÉMISCAMINGUE**

Centre-Vie, 356, rue Principale Nord, Amos (Qc) J9T 2L9 ; Tél : (819) 732-6962

### **SAGUENAY-LAC SAINT-JEAN**

CO-FA-VIE, édifice du Séminaire, 679, rue Chabanel, Chicoutimi (Qc) G7H 1Z7 ;  
Tel : (418)545-0886

Maison Notre-Dame de l'Accueil, 1751, rue Hôtel-de-Ville, Saint-Honoré de Chicoutimi ( Qc) G0V  
1L0 ; tél : (418) 673-3986 (hébergement)

Périnatalité, 3667, Boul. Harvey, Jonquière (Qc) G7X 7W4 ; tél : (418) 695-2572

### **Aide financière au Québec**

Régie des rentes du Québec, « Soutien aux enfants du Québec non imposable », pour familles à faible revenu, jusqu'à 5 500 \$/année : 1 800 667-9625 ; (514) 864-3873 ; familles monoparentales : supplément maximal annuel de 700 \$.

Agence du revenu du Canada, « Prestation fiscale canadienne pour enfants » jusqu'à 2 372 \$/enfant/année : 1 800 387-1194

Société d'habitation du Québec, « Allocation logement », jusqu'à 960 \$/an. : 1 800 463-4315

## ADOPTION

On constate, chez les professionnels de la santé et de l'éducation, une réticence marquée à considérer l'adoption comme une option viable de gestion de la grossesse difficile. Ainsi, il y a lieu d'éclaircir cette option, trop méconnue. Les préoccupations, de part et d'autres, sont les suivantes :

« Vais-je m'ennuyer de mon enfant ? » Très naturellement. Mais il est important de savoir que les femmes qui ont obtenu un avortement manquent souvent leur enfant tout autant que si elles l'avaient fait adopter, même celles qui ne voulaient vraiment pas de l'enfant.

« L'enfant m'en voudra sûrement de l'avoir abandonné ». De nombreuses personnes adoptées disent être très satisfaites de leur vie, par exemple Mme Denise Filiatrault, la chanteuse Shania Twain, etc. Ces personnes disent admirer le courage de leur mère et sont infiniment reconnaissantes du cadeau de la vie. Le couple adoptif, pour sa part, est bien sûr redevable à vie à la mère pour ce cadeau inespéré.

« Je ne saurai pas où il est ou comment il va, et ça m'angoissera ». Avec l'adoption telle qu'elle se passe actuellement au Québec par l'entremise des Centres jeunesse, la femme choisit le couple et saura qu'il est entre bonnes mains.

« Je dois éviter les risques liés à l'accouchement, surtout à un jeune âge ». La grossesse à l'adolescence n'est pas plus à risque que les autres. Au fait, plus on est jeune, plus on est vigoureux. Les complications tendent à augmenter avec l'âge. Si le corps est assez mature pour devenir enceinte, il est assez mature pour donner naissance. La seule raison pour laquelle on a observé des grossesses un peu plus difficiles chez les plus jeunes, c'est en raison du fait qu'elles ont tendance à prendre moins bien soin de leur corps (mauvaise alimentation ; moins de sommeil ; plus de tabagisme, de drogues ou d'alcool, etc.)<sup>176</sup>. Pareillement, on a observé que les enfants nés de jeunes filles ne sont pas plus à risque de problèmes de développement que ceux des femmes plus âgées, sauf si les jeunes filles sont plus négligentes de leur santé<sup>177</sup>. De fait, la grossesse constitue le plein épanouissement du corps féminin. Par exemple, il est universellement reconnu que la grossesse à terme est la meilleure protection qui soit contre le cancer du sein<sup>178</sup>.

\* Conseil d'adoption du Canada, (613) 235-0344

\* « Emmanuel l'amour qui sauve », (819) 395-4889, adoption d'enfants handicapés physiquement ou mentalement, (819) 395-4889 (Drummondville, Québec)

\* L'Arche Montréal, (514) 761-7307, communautés de vie pour personnes handicapées physiquement ou mentalement

\* L'Arche Agapè: (819) 770-2000 (Gatineau) ; (613) 228-7136 (Ottawa)

\* L'Arche L'Étoile (région de la ville de Québec), tel.: (418) 527-8839

\* L'Arche Mauricie (Trois-Rivières) : (819) 373-8781

\* L'Arche Le Printemps (Saint-Malachie)

\* L'Arche Joliette (Laurentides): (450) 759-0408

\* L'Arche Beloeil (Montérégie) : (450) 446-1061

\* L'Arche d'Amos (Abitibi-Témiscamingue) : (819) 732-1265

## MARRAINAGE

Le marrainage, c'est le fait de confier temporairement la charge de son enfant (financière ou autres) à une personne de son entourage, tout en demeurant la mère de l'enfant. L'enfant a ainsi encore plus d'attention qu'autrement, puisque de nombreuses personnes s'occupent de lui. Et la mère peut le voir aussi souvent qu'elle le désire. La personne qui lui ouvre son foyer sait qu'elle n'est pas la mère et qu'un jour, lorsque la mère sera prête, elle pourra le prendre à sa charge. Le foyer d'accueil peut même bénéficier d'une allocation du gouvernement provincial en tant que « foyer d'accueil ». Il ne faut hésiter à être parmi les « premières » à demander de telles allocations. Si la marraine est dans le besoin, elle peut en bénéficier pour aider la mère. Cette option a été pratiquée très souvent par les générations passées. Ça s'appelait, « être confié en élève ».

Il y a très probablement au moins une personne de l'entourage qui se ferait un plaisir d'aider à prendre soin d'un enfant en le prenant chez elle pour une période indéterminée : tante, sœur, cousine, grand-mère, mère, amie ou connaissance digne de confiance, sachant que l'enfant n'est pas le sien et que la mère viendra le visiter autant qu'elle le voudra et le reprendra quand elle le voudra.

Ainsi la mère demeure la mère de l'enfant, et peut avoir autant, ou aussi peu, de contacts avec lui qu'elle le désire, et se libérer de la responsabilité financière ou autre pour laquelle elle ne se sent pas prête au stade où elle en est rendue.

## ANNEXES

1 Taux d'efficacité des divers moyens de contraception : Descriptif médical « Nuvaring », p. 4, [www.nuvaring.com/consumer/whatisnuvaring/whatelseshouldiknow/index.asp#76316](http://www.nuvaring.com/consumer/whatisnuvaring/whatelseshouldiknow/index.asp#76316)

2 Risques de santé liés à la contraception hormonale : Descriptif médical « Nuvaring », p. 5-10, [www.nuvaring.com/consumer/whatisnuvaring/whatelseshouldiknow/index.asp#76316](http://www.nuvaring.com/consumer/whatisnuvaring/whatelseshouldiknow/index.asp#76316)

## RÉFÉRENCES

### INTRODUCTION

**1 Les MTS sont passées de 2 à 20 en nombre depuis 1960** : Medical Institute for Sexual Health, Austin (Texas), 1994, « *Sexually Transmitted Disease and Complications* », <http://www.w-cpc.org/sexuality/std.html#pid>

### CONTRACEPTION

#### Contraception hormonale

**2 Contraception hormonale et alcool** : Bailey Burgess, Louise, *Alcohol and your health*, Charles Publishing, L.A., 1973 : « *In summary, alcohol is one of the drugs metabolized by the liver. A single large dose of alcohol leads to the inhibition of the metabolism of other drugs, while prolonged intake leads to accelerated drug metabolism.* » p. 99

**3 Contraception hormonale et alcool** : McConville, Brigid, « *Alcohol and its impact* », Pandora – Condon, 1995 : « *Relatively small amounts of alcohol can cause a dramatic but temporary surge of the male sex hormone testosterone... The effect is strongest in women taking the pill, who have low levels of testosterone to begin with.* » p. 112

**4 Contraception hormonale, drogues et médicaments** : « *Pilule : taux d'efficacité diminué par l'emploi de certains médicaments* ». « *Le contrôle des naissances* », livret préparé par Wyeth-Ayerst Canada Inc., Montréal, 1998, fabricant de Premarin, Alesse, Triphasil, Min-Ovral, Ovral et Materna : 11e page

**5 Contraception hormonale, drogues et médicaments** : « *Contraceptive effectiveness may be reduced when hormonal contraceptives are co-administered with some antibiotics, antifungals, anticonvulsants, and other drugs that increase metabolism of steroids. This could result in unintended pregnancy* ». Descriptif médical “Nuvaring”, p. 11, [www.nuvaring.com/consumer/whatisnuvaring/whatelseshouldiknow/index.asp#76316](http://www.nuvaring.com/consumer/whatisnuvaring/whatelseshouldiknow/index.asp#76316)

**6 Contraception hormonale, drogues et médicaments** : « *Certain other drugs (such as barbiturate drugs, anticonvulsant drugs, griseofulvin, and some antibiotic drugs) may impair the effectiveness of oral contraceptives.* » « *Oral contraceptives* », “*Canadian Medical Association (CMA)/Reader's Digest Encyclopaedia of Medicine*, Reader's Digest Association of Canada, Montréal, 1992, p. 748

**7 Contraception hormonale et diarrhée** : « *Oral contraceptives* », “*Canadian Medical Association (CMA)/Reader's Digest Encyclopaedia of Medicine*, Reader's Digest Association of Canada, Montréal, 1992, p. 751

**8 Contraception hormonale et vomissement** : « *Oral contraceptives* », “*Canadian Medical Association (CMA)/Reader's Digest Encyclopaedia of Medicine*, Reader's Digest Association of Canada, Montréal, 1992, p. 751

**9 Contraception hormonale et tabagisme :** *“On the antiestrogenic effect of smoking in pre- and postmenopausal women, numerous observations suggest that part of the detrimental effect of smoking on bone metabolism is mediated by an adverse influence on sex-steroid metabolism, and in particular by an estrogen-lowering effect.”* Tanko, L.B., Christiansen, C., « *An update on the antiestrogenic effect of smoking : a literature review with implications for researchers and practitioners* », *Menopause*, jan.-fév. 2004, 11(1), p. 104-9

**10 Contraception hormonale et tabagisme :** *“Depending on the type, duration and intensity of nicotine consumption, smoking can reduce or completely cancel the efficacy of orally administered estrogens.”* Mueck, A.O., Seeger, H., “*Smoking, estradiol metabolism and HRT*”, *Arzneimittelforschung (Allemagne)*, 2003, 53 (1), p. 1-11

**11 Contraception hormonale et tabagisme :** *“Smoking remains a major health problem especially among women and it influences estrogen metabolism and the risk for multiple estrogen-sensitive outcomes. Many indirect effects of smoking exist through the ability of the by-products to modify a variety of drugs, enzymes and hormones. The results of several in vitro studies have shown that constituents of cigarette smoke have significant effects on production and metabolism of estrogens.”* Tansavatdi, K., McClain, B., Herrington, D. M., “*The effects of smoking on estradiol metabolism*”, *Minerva Ginecol. (Italie)*, février 2004, 56(1), p. 105-14

**12 Contraception hormonale et tabagisme :** *“Smoking has multiple effects on hormone secretion, some of which are associated with important clinical implications. These effects are mainly mediated by the pharmacological action of nicotine and also by toxins such as thiocyanate. Smoking affects pituitary, thyroid, adrenal, testicular and ovarian function, calcium metabolism and the action of insulin.”* Kapoor, D., Jones, T.H., “*Smoking and hormones in health and endocrine disorders*”, *Eur. J. of Endocrinology*, avril 2005, 152(4), p. 491-9

**13 Fumée secondaire et cancer du sein :** Santé Canada : « Si vous êtes non fumeur, l'exposition à la fumée secondaire augmente... de 10 % votre risque d'avoir...le cancer du sein. » [www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/second/fact-fait/tox »index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/second/fact-fait/tox/index_f.html).

**14 Exigences techniques de certains produits de contraception hormonaux (timbres) :** Depuis 2003, le timbre contraceptif « Evra » est commercialisé au Canada. « Au moins cinq pour cent des participantes aux essais cliniques ont signalé qu'un timbre s'était détaché au moins une fois au cours de études. » « Si votre timbre est décollé pendant plus de 24 heures, il est important de se servir d'une forme supplémentaire de contraception pendant la première semaine pour prévenir la grossesse. » [www.femmesensante.ca/centres/sex/birthcontrol/timbre.html](http://www.femmesensante.ca/centres/sex/birthcontrol/timbre.html). Le site « Femmes en santé » est produit par les spécialistes de la santé des femmes du Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre et du Centre for Research in Women's Health. On accède à ce site entre autres par un lien à partir du site de Santé Canada. Et si on ne se rend pas compte avant un certain temps que le timbre est tombé ?

**15 Exigences de l'installation de certains produits de contraception hormonaux (anneaux) :**

L'anneau doit être inséré pendant trois semaines puis retiré le même jour de la semaine et à la même heure que pour l'insertion, trois semaines auparavant. Le retrait du dispositif paraît particulièrement difficile techniquement. Puis, le prochain anneau doit être inséré une semaine exactement après le retrait du précédent, le même jour et à la même heure. On indique qu'il est très possible que les menstruations ne soient pas terminées à ce stade mais qu'il faille insérer tout de même plusieurs doigts dans le vagin pour l'insertion du produit, ce le plus profondément possible, malgré les saignements. On indique également que l'anneau peut s'éjecter du vagin en cas de constipation, ou en cas de tout autre effort physique important... La procédure de réinsertion dans pareil cas paraît particulièrement compliquée. Descriptif médical « Nuvaring », p. 18-21, [www.nuvaring.com/consumer/whatisnuvaring/whatelseshouldiknow/index.asp#76316](http://www.nuvaring.com/consumer/whatisnuvaring/whatelseshouldiknow/index.asp#76316)

**16 Exigences de l'installation de certains produits de contraception hormonaux (injections) :** La femme doit avoir un rendez-vous avec un médecin toutes les 12 semaines, ce précisément dans les cinq jours suivant le début des règles, un avortement ou un accouchement. [www.femmesensante.ca/centres/sex/birthcontrol/timbre.html](http://www.femmesensante.ca/centres/sex/birthcontrol/timbre.html). Le site « Femmes en santé » est réalisé par les spécialistes de la santé des femmes du Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre et du Centre for Research in Women's Health ». On accède à ce site, entre autres, par un lien à partir du site de Santé Canada.

**17 Exigences liées à l'entreposage des produits contraceptifs :**

Condom et autres : température ; à l'abri de la lumière...

**18 Exigences liées à la consommation de la pilule contraceptive :**

La pilule contraceptive doit être prise à la même heure exactement, et ce tous les jours. Les exigences liées aux produits censés alléger cette exigence sont encore plus difficiles à observer (voir les notes 14, 15 et 16). Et ces autres produits sont tout aussi vulnérables aux facteurs d'affaiblissement de leur efficacité que ne l'est la pilule contraceptive.

**19 SOGC : taux d'échec reconnu de la contraception orale « combinée » allant jusqu'à 8 % :** Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada (SOGC), « Consensus canadien sur la contraception », *Journal de la SOGC*, mars 1994, p. 257

**20 SOGC : taux d'échec reconnu de la contraception orale à « progestatif seulement » allant jusqu'à 10 % :** Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada (SOGC), « Consensus canadien sur la contraception », *Journal de la SOGC*, mars 1994, p. 278

**21 Treize femmes sur cent qui utilisent la pilule deviennent enceinte :** Ranjit, Nalini, et al, « *Contraceptive Failure in the first two years of use : Differences across socioeconomic subgroups* », *Family Planning Perspectives*, vol. 33, n° 1, jan.-fév. 2001 ([www.agi-usa.org/pubs/journals/3301901.html](http://www.agi-usa.org/pubs/journals/3301901.html))



**22 Treize femmes sur cent qui utilisent la pilule deviennent enceinte** : Trussel, James, et Barbara Vaughan, “*Contraceptive Failure, Method-Related Discontinuation and Resumption : Results from the 1995 National Survey of Family Growth*”, *Family Planning Perspectives*, vol. 31, n° 2, mars/avril 1999 ([www.agi-usa.org/pubs/journals/3124699.html](http://www.agi-usa.org/pubs/journals/3124699.html))

**23 Une grossesse non planifiée sur deux résulte de l'échec de la contraception** : Bajos, Nathalie, et al, « *Contraception : from accessibility to efficiency* », *Human Reproduction*, vol. 18, n° 5, 994-999, mai 2003

**24 Une grossesse non planifiée sur deux résulte de l'échec de la contraception** : Jones, Rachel, et al, “*Contraceptive use among US women having abortions in 2000-2001*”, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 34, n° 6, nov.-déc. 2002

**25 Une grossesse non planifiée sur deux résulte de l'échec de la contraception** : Henshaw, Stanley, et Kathryn Kost, “*Abortion Patients in 1994-1995: characteristics and contraceptive use*”, *Family Planning Perspectives*, vol. 28, n° 4, juillet-août 1996 ([www.agi-usa.org/pubs/journals/2814096.html](http://www.agi-usa.org/pubs/journals/2814096.html))

**26 Une grossesse non planifiée sur deux résulte de l'échec de la contraception** : Fu, Haishan, et al, “*Contraceptive Failure rates : New Estimates from the 1995 National Survey of Family Growth*”, *Family Planning Perspectives*, vol. 31, n° 2, mars-avril 1999 ([www.agi-usa.org/pubs/journals/3105699.html](http://www.agi-usa.org/pubs/journals/3105699.html))

**27 Retrait du marché des implants contraceptifs en raison d'une poursuite réussie du fabricant Norplant pour cause d'effets secondaires graves et d'inefficacité du produit** : *Dallas News*, 27 août 1999 voir [www.dallasnews.com](http://www.dallasnews.com), taper « Norplant » dans la boîte « Search archives », voir articles numéros 17 et 18.

**28 Minipilule et risque d'ACV** : « La minipilule comporte un risque accru de 70 % de thromboembolie [caillots de sang, « ACV » (« accidents cérébro-vasculaires ») comparativement aux générations précédentes de contraceptifs oraux ». Kemmeren, Jeanet, et al, “*Third generation oral contraceptives and risk of venous thrombosis: meta-analysis*”, *British Medical Journal*, 21 juillet 2001; 323:131

**29 Générations précédentes de pilules et cancer du sein** : Les troubles cardiovasculaires liés à la minipilule résultent du fait que celle-ci agit surtout, aujourd'hui, non en empêchant l'ovulation mais plutôt en empêchant la pénétration du sperme ou en empêchant l'implantation d'un enfant conçu (elle peut ainsi provoquer un avortement), en épaississant la muqueuse utérine ainsi que le système veineux en entier. La concentration d'hormones contenues dans la minipilule a été considérablement réduite par rapport aux générations précédentes, lesquelles étaient liées à un risque élevé de cancer du sein. Grabrick, Dawn M., et al, “*Risk of Breast Cancer With Oral Contraceptives Use in Women With a Family History of Breast Cancer*”, *Journal of the American Medical Association*, Vol. 284, No. 14, October 11, 2000

**30 Minipilule et risque d'ACV :** « Les utilisatrices de contraceptifs hormonaux de 'première génération' (lynestrenol ou norethindron) courent deux fois plus de risque de subir une attaque de cœur ; les utilisatrices de contraceptifs hormonaux de 'deuxième génération' (levonorgestrel), une fois et demie plus de risque ; et les utilisatrices de contraceptifs hormonaux de 'troisième génération' (desogestrel ou gestodone), 30 % plus de risque ». Tanis, Bea C., *et al*, "Oral Contraceptives and the Risk of Myocardial Infarction", *New England Journal of Medicine*, 20 décembre 2001, vol. 345, n° 25 :1787-1793

**31 Pilule et fractures des os :** « La pilule est liée à un risque accru de 20 à 30 % de fracture des os chez les femmes avant la ménopause ». On remarque chez les utilisatrices de contraceptifs oraux une diminution de la densité osseuse, dont la cause n'a pas encore été déterminée. Ces observations sont le résultat de nombreuses études. Pour celle dont il est question ici, l'on s'est penché sur le cas de 524 femmes dont l'âge moyen était de 36,3 ans, après une moyenne de 6,8 années d'utilisation de contraceptifs oraux à partir de l'âge moyen de 19,9 ans. Prior, Jerilynn C., *et al*, "Oral contraceptive use and bone mineral density in premenopausal women: cross-sectional, population-based data from the Canadian Multicentre Osteoporosis Study", *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 2001, vol. 165, n° 8:1023-9

**32, 33 Pilule et maladie de la vésicule biliaire :** « Les utilisatrices des contraceptifs oraux sont exposées à un risque deux fois plus élevé de maladie de la vésicule biliaire ». Cela se produit parce que les contraceptifs hormonaux entraînent une carence en vitamine E, laquelle est nécessaire pour prévenir et dissoudre les pierres. *Compendium of Pharmaceutical Speciality Products (CPS)*, 1999, Canadian Pharmacist Association, p. 707

Trattler, Ross. *Better Health Through Natural Healing*, p. 293

**34 Pilule et infections vaginales :** « La pilule anticonceptionnelle entraîne un déséquilibre alcalin dans le vagin, ce qui peut mener à une susceptibilité accrue à l'infection ». Nass, Elson M. *Staying Healthy With Nutrition*, p. 887

**35, 36 Contraception hormonale et infections rénales et urinaires :** « Les estrogènes peuvent entraîner une rétention hydrique (d'eau) », ce qui peut « augmenter la fréquence des infections urinaires » et « accentuer toute insuffisance cardiaque » (tension artérielle) ou « dysfonction rénale ». *Compendium of Pharmaceutical Speciality Products (CPS)*, 1999, Canadian Pharmacists Association, p. 707

Fatto Russo, U. et O. Ritter. *Vademecum clinique*, 12 éd., p. 261

**37 Contraception hormonale et affaiblissement du foie et du système immunitaire :** « La pilule anticonceptionnelle est un irritant du foie » (Le foie n'est pas conçu pour métaboliser des hormones synthétiques comme celles contenues dans les contraceptifs hormonaux ; il s'agit d'une énorme charge continue pour le foie, qui peut affaiblir le fonctionnement de cet organe, si vital pour le métabolisme des éléments nutritifs contenus dans la nourriture, et si important aussi, pour le bon fonctionnement du système immunitaire.) Nass, Elson M. *Staying Healthy With Nutrition*, p. 887

**Contraception orale d'urgence (« COU »)**

**38 COU, mécanisme abortif** : Yuzpe, A. et W. Lancee, “*Rthinylestradiol and dl-Norgestrel as a Postcoital Contraceptive*”, *Fertility and Sterility*, 28 : 932-936, 1977

**39 COU, mécanisme abortif** : Yuzpe, A. et al, “*Postcoital Contraception – A Pilot Study*”, *Journal of Reproductive Medicine*, 13 : 53-58, 1974

**40 COU, mécanisme abortif** : Van Look, Paul et H. Von Hertzen, “*Emergency Contraception*”, *British Medical Bulletin*, 49 :158-170, 1993

**41 COU, risques de santé** : Grant, Ellen C. Dr, “*Adverse Reactions and Emergency Contraception*”, *The Lancet*, vol. 357, no 9263, 14 avril 2001, p. 1203

**42 COU et risque de continuation de la grossesse, méthode de « Yuzpe »** : Trussel, J. et F. Stewart, “*The Effectiveness of Postcoital Hormonal Contraception*”, *Family Planning Perspectives*, 24 : 262-264, 1992

**43 COU et risque de continuation de la grossesse, méthode de « Yuzpe »** : Trussel, J. et al, “*The Effectiveness of the Yuzpe Regimen of Emergency Contraception*”, *Family Planning Perspectives*, 28 : 58-64 et 87, 1996

**44 COU et risque de poursuite de la grossesse, méthode « sans œstrogène »** : Ho, P. C. et M. Kwan, “*A Prospective Randomized Comparison of Levonorgestrel with the Yuzpe Regimen in Post-Coital Contraception*”, *Human Reproduction*, 8 :389-392, 1993

**45 La COU entraîne un risque considérable de grossesse ectopique (implantation de l'enfant dans un organe autre que l'utérus) :**

**46 La grossesse ectopique est responsable d'au moins 13 % des décès liés à la maternité** : Grimes, David, “*The morbidity and mortality of pregnancy : still risky business*”, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 170, n° 5, partie 2 : 1489-1494, p. 1491

**Condom**

**47 Une femme sur 5 qui se fie au condom deviendra enceinte** : Ranjit, Nalini *et al*, « *Contraceptive Failure in the first two years of use : Differences across socioeconomic subgroups* », *Family Planning Perspectives*, vol. 33, n° 1, jan.-fév. 2001 ([www.agi-usa.org/pubs/journals/3301901.html](http://www.agi-usa.org/pubs/journals/3301901.html))

**48 Protection du condom contre les MTS et le SIDA indéterminée** : National Institutes of Health (NIH), « *Scientific evidence on Condom Effectiveness for Sexually Transmitted Disease (STD) Prevention* » (« Rapport concernant l'efficacité du condom pour la prévention des MTS »), juillet 2001, p. ii (<http://www.niaid.nih.gov/dmid/stds/condomreport.pdf>)

**49 La protection offerte par le condom contre le SIDA pourrait être aussi faible que 60 %** : Davis, Karen, and Susan Weller, “*The Effectiveness of Condoms in Reducing Heterosexual Transmission of HIV*”, *Family Planning Perspectives*, vol. 31, n° 6, nov.-déc. 1999

**50 Taux de glissement et de déchirure du condom** : Steiner, Marjus, J., et al, « *Contraceptive effectiveness of a polyurethane condom and a latex condom* », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 101, n° 3, p. 539, mars 2003

**51 Spermicide et augmentation des risques de transmission des MTS** : Santé Canada, avril 2003 : [www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/epiu-aeipi/hiv-vih/nonoxynol\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/epiu-aeipi/hiv-vih/nonoxynol_f.html)

**52 Réactions allergiques au condom** : Santé Canada, Note no 99, 17 juillet 1991, “Destinataires : tous les administrateurs d’hôpitaux et d’hospices ; Sujet: « Réactions allergiques aux instruments médicaux fabriqués en caoutchouc en latex » ([www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/alert\\_99\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/alert_99_f.html))

**53 Caoutchouc en latex substance cancérigène** : Spaeth, K.R., *Preventive Medicine*, 2 déc. 2000 (6) : 631-7.

### Maladies transmises sexuellement

**54 Les MTS réagissent de moins en moins aux traitements** : Santé Canada: [www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/epi/gono\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/epi/gono_f.html)

**55 Quatre-vingt pour cent des MTS ne présentent aucun symptôme** : Santé Canada: [www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/epi/gono\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/epi/gono_f.html) et [www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/cjhs/cjhs5.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/cjhs/cjhs5.html)

**56 Santé Canada : « Les MTS sont à l’origine de 20 % de la stérilité au Canada »** : [www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/epi/hpv\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/epi/hpv_f.html) et Santé Canada: [www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/epi/std411\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/epi/std411_e.html)

**57 En 1993, un couple sur 12 était stérile.** Gouvernement du Canada. *Rapport de la Commission Royale sur les nouvelles technologies de reproduction*, 1993.

**58 Un couple sur six éprouve des difficultés à concevoir un enfant au Canada** : Infertility Awareness Association of Canada, 2005.

**59 MTS et grossesse ectopique** : Radberg, T., et al, “*Chlamydia Trachomatis in relation to Infections Following First Trimester Abortions*”, *Acta Obstetrica Gynecologica* (Supp. 93), 54:478 (1980)

Westergaard, L., “*Significance of Cervical Chlamydia Trachomatis Infection in Post-abortal Pelvic Inflammatory Disease*”, *Obstetrics and Gynecology*, 60(3):322-325, (1982)

Chacko, M. et al, “*Chlamydia Trachomatis Infection in Sexually Active Adolescents: Prevalence and Risk Factors*”, *Pediatrics*, 73(6), (1984)

**60 La grossesse ectopique est responsable d’au moins 13 % des décès liés à la maternité** : Grimes, David, “*The morbidity and mortality of pregnancy : still risky business*”, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 170, n° 5, partie 2 : 1489-1494, p. 1491

**61 La grossesse ectopique est de plus en plus fréquente au Canada** : Santé Canada, “*Sequelae of STD: Pelvic Inflammatory Disease and Ectopic Pregnancy*”, *Canada Communicable Disease Report*, supplément, vol. 25S1, mai 1999; [www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/ccdr/99vol25/25s1/25s1g\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/ccdr/99vol25/25s1/25s1g_e.html)

**62 MTS et avortement spontané (fausse couche tôt dans la grossesse)** : Radwanska, Ewa, “*Abortion, spontaneous*”, *Encyclopedia of Human Biology*, 1997, Academic Press, New York, p. 2, 5, 6

**63 L’avortement spontané est de plus en plus fréquent au Canada** : Statistique Canada, *Naissances et décès*, 1995, p. 36

**64 MTS et accouchement par césarienne et « placenta previa »**: Barrett, et al, “*Induced Abortion: A Risk Factor for Placenta Previa*”, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 141 :7 (1981)

**65 L’accouchement par césarienne de plus en plus fréquent** : “*Cesarean Fact Sheet*”, [www.childbirth.org/section/CSFact.html](http://www.childbirth.org/section/CSFact.html)

**66 Le VPH est si petit qu’il passe à travers le condom** : Santé Canada : [www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/epi/hpv\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/epi/hpv_f.html)

**67 Santé Canada : Trente-trois pour cent des Canadiennes maintenant infectées au VPH** : [www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/epi/std411\\_f/html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/epi/std411_f/html)

**68 Le VPH deuxième cancer le plus meurtrier chez la femme aux États-unis** : Wallis, Hal Dr, « *Avoid HPV through abstinence* », *Chicago Tribune*, 28 juillet 2000

**69 Quatre adultes québécois sur 5 sont maintenant infectés du VPH** : données de surveillance épidémiologiques du Québec, annoncées aux nouvelles télévisées de 18 h sur les ondes de la station montréalaise CFCF 12, août 2002

**70 Rapport NIH : il n’existe aucune preuve selon laquelle le condom protège contre le VPH** : National Institutes of Health (NIH), « *Scientific Evidence on Condom Effectiveness for Sexually Transmitted Disease (STD) Prevention* » (« Rapport concernant l’efficacité du condom pour la prévention des MTS »), juillet 2001, p. ii (<http://www.niaid.nih.gov/dmid/stds/condomreport.pdf>)

**71 Le risque d’infection au VPH augmente de 1 000 % avec chaque nouveau partenaire** : Moscicki, A.-B., et al, “*Risks of Incident Human Papillomavirus Infection and Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion Development in Young Females*”, *Journal of the American Medical Association*, vol. 285, n° 23, 20 juin 2001

**72 L’hépatite B est plus petit que le VPH** : Leland, Diane S., *Clinical Virology*, 1996, Saunders, Philadelphia, p. 8

**73 Deux cent mille Canadiens sont maintenant infectés de l’Hépatite B ; entre 1 et 1,5 million de personnes meurent de cette MTS chaque année dans le monde** : dépliant de la société pharmaceutique SmithKline Beecham, 1998

**74 Le vaccin développé contre l'Hépatite B est inefficace dans au moins un cas sur vingt** : feuillet « Le plaisir sans le pire ? », Programme Santé Acti-Menu, 1999, p. 3, distribué dans le réseau des CLSC du Québec

**75 Une Canadienne sur trois infectée de l'herpès** : Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Toronto, 2000, abstract no. 1193

### **Stérilet**

**76 Stérilet et atteinte inflammatoire pelvienne** : MacDonald, Noni, et R. Brunham, “*The Effects of Undetected and Untreated Sexually Transmitted Diseases: Pelvic Inflammatory Disease and Ectopic Pregnancy in Canada*”, vol. 6, n° 2, 1997, *Canadian Journal of Human Sexuality, Sex Information and Education Council of Canada, Health Canada*: [www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/cjhs/cjhs9.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/cjhs/cjhs9.html)

**77 Stérilet et grossesse ectopique** : Van Look, Paul and H. von Hertzen, “*Emergency Contraception*”, *British Medical Bulletin*, 49 :158-170, 1993

**78 Stérilet et grossesse ectopique** : Carlson, Bruce. *Human Embryology and Developmental Biology*, St. Louis, MO, Mosby, 1994, p. 31, 110

**79 Stérilet et grossesse ectopique** : Moore and Persaud. *The Developing Human: Clinically-oriented Embryology*, 6<sup>e</sup> éd., p. 532

**80 Stérilet et grossesse ectopique** : American Medical Association Committee on Human Reproduction, “*Evaluation of intra-uterine contraceptive devices*”, *Journal of the American Medical Association*, 199(9), 27 février 1967, p. 155

**81 Stérilet et grossesse ectopique** : Edwards, Robert, “*The physiologist and contraception*”, rapport présenté à la “*Family Planning Research Conference*” tenue à Exter (Angleterre), 1971

**82 Stérilet et grossesse ectopique** : Seppala, Markku, *et al*, “*Pregnancy-specific beta-glycoprotein and chorionic gonadotropin-like immunoreactivity during the latter half of the cycle in women using intrauterine devices*”, *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 47 :6, 1978, 1216

**83 Stérilet et grossesse ectopique** : Hilgers, Thomas, W., “*The intrauterine device : contraceptive or abortifacient?*” *Minnesota Medicine*, juin 1974, 493:501, p. 497

**84 Stérilet et perforation utérine** : “*Pelvic inflammatory disease in IUD users*”, *Bulletin of the Food and Drug Administration of the United States*, mai-juin 1978

**85 Stérilet et perforation utérine** : Beral, V., “*Reproductive Mortality*”, *British Medical Journal*, 15 septembre 1979, p. 633

**86 Stérilet et perforation utérine** : Tietze, Christopher, “*Intrauterine contraception: A research report*”, *Studies in Family Planning*, n° 36, 1968, p. 36

**87 Stérilet et perforation utérine** : Physician's Desk Reference, 33rd Edition, Oradell, New Jersey, Medical Economics Company-Litton Industries, 1979, p. 1254

### **Diaphragme, cape cervicale et éponge vaginale**

**88, 89, 90 Diaphragme, cape cervical et éponge vaginale et grossesse ectopique, perforation de l'utérus et infection de la vessie** : Pharmacia & Upjohn : [www.pnuca/over\\_20/consumer/choosing\\_diaphragm.html](http://www.pnuca/over_20/consumer/choosing_diaphragm.html)

## **RÉGULATION NATURELLE DES NAISSANCES**

**91 La régulation naturelle des naissances devenue remarquablement efficace aujourd'hui** : pour en savoir davantage sur la régulation naturelle des naissances, joindre le bureau de Serena ou de « Service Vie-Amour » (méthode « Billings ») le plus près de chez vous

## **CHASTETÉ**

**92 Étude de l'université de Harvard selon laquelle le SIDA a chuté en Ouganda en raison de son programme axé sur la chasteté et le refus du condom** : Green, Dr. Edward C., Harvard Center for Population and Development Studies, témoignage devant le Sénat des États-Unis, 19 mai 2003

**93 Site Web de Chasteté-Québec** : [www.chastete-quebec.com](http://www.chastete-quebec.com)

**94 Le ministère de l'éducation du Nouveau-Brunswick adopte un programme d'éducation à la sexualité selon lequel le « sexe protégé » n'existe pas** : communiqué de presse, Ministre de l'Éducation du Nouveau-Brunswick, Mme Madeleine Dubé, 5 avril 2005

**95 Le ministère de la santé des États-Unis déclare efficace l'éducation à la chasteté et à la fidélité** : 10 décembre 2004, « *Teenagers in the United States : Sexual Activity, Contraceptive Use, and Childbearing, 2002* » et « *Use of Contraception and the Use of Family Planning Services in the United States : 1982-2002* »

**96 Les adultes qui étaient vierges à l'âge de 18 ans connaissent, vingt ans plus tard, un bien-être matériel, social physique et psychologique bien supérieur à celui des personnes qui étaient actives sexuellement à 18 ans** : 27 avril 2005, Finger, Tonya Thelen, et al, « *Association of Virginity at Age 18 With Educational, Social, and Health Outcomes in Middle Adulthood* », *Adolescent and Family Health*, vol. 3, no 4.

## **INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE**

**97 Interruption volontaire de grossesse et cancer du sein, 27 études indiquant la corrélation, dont 11 études « statistiquement significatives »** : Brind, Joel, Dr et al, « *Induced Abortion as an Independent Risk Factor for Breast Cancer : A Comprehensive Review and Meta-Analysis* », *Journal of Epidemiology and Community Health*, oct. 1996 ; 50 : 481-496

**98 La grossesse à terme est universellement reconnue comme la meilleure protection qui soit contre le cancer de sein** : Statistique Canada, *Health Reports*, automne 1996, vol. 8, n° 2, p. 35

**99 L'interruption volontaire de grossesse provoquée stoppe le processus, enclenché au moment de la conception de l'enfant et qui ne s'achève naturellement qu'avec la grossesse à terme, de transformation en glandes de lactation des cellules du sein, lesquelles sont essentiellement, avant la première grossesse à terme, des cellules de graisse :** « *Pregnancy* », *Encyclopedia of Human Biology*, p. 69-79

**100 Le caoutchouc en latex comme cause de cancer :** Kaeth, K.R., *Preventive Medicine*, 3 déc. 2000 (6) : 631-7

**101 Les MTS non traitées comme causes de cancer :** Santé Canada : [www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/epi/hpv\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/epi/hpv_f.html)

### **Interruption volontaire de grossesse et cancer du sein**

**102 Fumée secondaire et cancer du sein :** Santé Canada : « Si vous êtes non fumeur, l'exposition à la fumée secondaire augmente... de 10 % votre risque d'avoir...le cancer du sein. » [www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/second/fact-fait/tox\\_index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/second/fact-fait/tox_index_f.html).

**103 Au Canada, l'incidence du cancer du sein a augmenté de quarante pour cent depuis 1969, même après pondération du taux en fonction de l'âge. Cette augmentation est la deuxième la plus marquée au monde :** Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer*, 1999

**104 Quarante pour cent de l'augmentation marquée du cancer du sein ne s'explique par aucun facteur de risque officiellement reconnu :** Statistique Canada, *Health Reports*, automne 1996, vol. 8, n° 2, p. 35

**105 Les femmes qui ont subi une ou plusieurs interruptions de grossesse connaissent des cancers plus agressifs :** Olsson, H. et al, « *Proliferation and DNA Ploidy in Malignant Breast Tumours in Relation to Early Oral Contraceptive Use and Early Abortions* », *Cancer*, 1991; 67:1285-90 et « *Her-2/neu and INT2 Proto-Oncogene Amplification in Malignant Breast Tumors in Relation to Reproductive Factors and Exposure to Exogenous Hormones* », *Journal of the National Cancer Institute*, 1991; 83

**106 Les femmes qui ont subi une ou plusieurs interruptions de grossesse connaissent un taux de rechute plus élevé :** Ownby, H.E., et al., « *Interrupted Pregnancy as One Indicator of Poor Prognosis in T1, T2, No, Mo Primary Breast Cancer* », *Breast Cancer Resources and Treatment*, 1983;3:339-344 et Brinton, Roover et Fraumeni fils, « *Reproductive Factors in the Aetiology of Breast Cancer* », *British Journal of Cancer*, vol. 47, n° 6, 1983

**107 Les femmes qui ont subi une ou plusieurs interruptions de grossesse connaissent un taux de survie inférieur aux autres femmes :** Clark, R. M. et T. Chua, « *Breast Cancer and Pregnancy: The Ultimate Challenge* », *Clinical Oncology of the Royal Collage of Radiology*, 1989;1

**108 Corrélation des taux d'avortement et de cancer du sein dans les provinces canadiennes :** Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer*, 1999



**109 Taux de mortalité résultant du cancer du sein les plus bas au Mexique et en Égypte :** Statistique Canada, *Mortalité liée au cancer du sein, 1970-*

**110 Trois états américains ont déjà adopté des lois sur « le droit de savoir » le lien observé entre l'avortement et le cancer du sein et onze autres l'envisageant :** « Les États envisagent de lancer des avertissements au sujet de l'avortement », *USA Today*, 1er mars 2001

**111 Interruption volontaire de grossesse et stérilité (2-5 % des cas) :** Tzonou, Anastasia, *et al*, “*Induced Abortions, Miscarriages, and Tobacco Smoking as Risk Factors for Secondary Infertility*”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 47, (1993), p. 36

**112 Interruption volontaire de grossesse et stérilité (2-5 % des cas) :** Hogue, “*Impact of Abortion on Subsequent Fecundity*”, *Clinics in Obstetrics and Gynaecology*, mars 1986, vol. 13, n° 1

**113 Interruption volontaire de grossesse et stérilité (2-5 % des cas) :** Lembrych, “*Fertility Problems Following Aborted First Pregnancy*”, ed. Tom Hilgers, *New Perspectives on Human Abortion*, 1981, University Publications of America, Frederick, Md., p. 128-134

**114 Interruption volontaire de grossesse et cancer du col utérin, de l'ovaire et du foie (risque accru jusqu'à 4 fois) :** M-G, Le, *et al*, “*Oral Contraceptive Use and Breast or Cervical Cancer: Preliminary Results of a French Case-Control Study*” dans *Hormones and Sexual Factors in Human Cancer Etiology*, ed. J.P. Wolff, *et al*, Excerpta Medica, New York, 1984, p. 139-141

**115 Interruption volontaire de grossesse et cancer du col utérin, de l'ovaire et du foie (risque accru jusqu'à 4 fois) :** Parazzini, F., *et al*, “*Reproductive Factors and the Risk of Invasive and Intraepithelial Cervical Neoplasia*”, *British Journal of Cancer*, 59:805-809 (1989)

**116 Interruption volontaire de grossesse et cancer du col utérin, de l'ovaire et du foie (risque accru jusqu'à 4 fois) :** Stewart, H.L., *et al*, “*Epidemiology of Cancers of the Uterine Cervix and Corpus, Breast and Ovary in Israel and New York City*”, *Journal of the National Cancer Institute*, 37 (i):1-96

**117 Interruption volontaire de grossesse et cancer du col utérin, de l'ovaire et du foie (risque accru jusqu'à 4 fois) :** Fujimoto *et al*, “*Epidemiologic Study of Carcinoma in Situ of the Cervix*”, *Journal of Reproductive Medicine*, 30(7):535 (juillet 1985)

**118 Interruption volontaire de grossesse et cancer du col utérin, de l'ovaire et du foie (risque accru jusqu'à 4 fois) :** Weiss, N., “*Events of Reproductive Life and the Incidence of Epithelial Ovarian Cancer*”, *American Journal of Epidemiology*, 11, 7(2):128-139 (1983)

**119 Interruption volontaire de grossesse et cancer du col utérin, de l'ovaire et du foie (risque accru jusqu'à 4 fois) :** Beral, V., *et al*, “*Does Pregnancy Protect Against Ovarian Cancer*”, *The Lancet*, 20 mai 1978, p. 1083-1087

**120 Interruption volontaire de grossesse et cancer du col utérin, de l'ovaire et du foie (risque accru jusqu'à 4 fois) :** La Vecchia, C., *et al*, “*Reproductive Factors and the Risk of Hepatocellular Carcinoma in Women*”, *International Journal of Cancer*, 52:351, 1992

**121 Interruption volontaire de grossesse et atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) (4 % des cas) :** Radberg, T., et al, “*Chlamydia Trachomatis in relation to Infections Following First Trimester Abortions*”, *Acta Obstetrica Gynecologica* (Supp. 93), 54:478 (1980)

**122 Interruption volontaire de grossesse et atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) (4 % des cas) :** Westergaard, L., “*Significance of Cervical Chlamydia Trachomatis Infection in Post-abortion Pelvic Inflammatory Disease*”, *Obstetrics and Gynecology*, 60(3):322-325, (1982)

**123 Interruption volontaire de grossesse et atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) (4 % des cas) :** Chacko, M., et al, “*Chlamydia Trachomatis Infection in Sexually Active Adolescents: Prevalence and Risk Factors*”, *Pediatrics*, 73(6), (1984)

**124 Interruption volontaire de grossesse et atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) (4 % des cas) :** Barbacci, M., et al, “*Post Abortal Endometritis and Isolation of Chlamydia Trachomatis*”, *Obstetrics and Gynecology*, 68(5):668-690

**125 Interruption volontaire de grossesse et atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) (4 % des cas) :** Duthrie, S., et al, “*Morbidity After Termination of Pregnancy in First-Trimester*”, *Genitourinary Medicine*, 63(3):182-187, (1987)

**126 Interruption volontaire de grossesse et suicide (risque accru de 2-7 fois) :** Reardon, D., Congrès mondial sur la santé des femmes, Berlin, 27-31 mars 2001. Parmi les certificats de décès de 173 000 Californiennes, le taux de suicide des femmes qui avaient donné naissance était 3,0 par 100 000 tandis que celui des femmes qui avaient subi une interruption volontaire de grossesse était de 7,8. La moyenne nationale aux États-Unis pour les femmes âgés entre 15 et 44 ans est de 5,2.

**127 Interruption volontaire de grossesse et suicide (risque accru de 2-7 fois) :** Elliott Institute, “*Abortion Four Times Deadlier than Childbirth*”, *Post-Abortion Review*, 8(2), avril-juin 2000

**128 Interruption volontaire de grossesse et avortement spontané (risque accru de 2-3 fois) :** Levin, Ann Aschengrau, et al, “*Association of Induced Abortion With Subsequent Pregnancy Loss*”, *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 27 juin 1980, vol. 243, n° 24, 2495:2499, p. 2495

**129 Interruption volontaire de grossesse et grossesse ectopique (risque accru jusqu'à 8 fois) :** Levin, A., et al., “*Ectopic Pregnancy and Prior Induced Abortion*”, *American Journal of Public Health*, vol. 72, n° 3 (mars 1982), p. 253-256

**130 Interruption volontaire de grossesse et grossesse ectopique (risque accru jusqu'à 8 fois) :** Daling, Janet, et al, “*Ectopic Pregnancy in Relation to Previous Induced Abortion*”, *Journal of the American Medical Association*, 253(7) : 1005-1008 (15 février 1985)

**131 Interruption volontaire de grossesse et grossesse ectopique (risque accru jusqu'à 8 fois) :** Chung, C.S., “*Induced Abortion and Ectopic Pregnancy in Subsequent Pregnancies*”, *American Journal of Epidemiology*, 115(6) :879-887 (1982)

**132 Interruption volontaire de grossesse et grossesse ectopique (risque accru jusqu'à 8 fois) :** Tharaux-Deneux, Catherine, et al, "*Risk of Ectopic Pregnancy Increases 50% in Women who Have Abortions*", *American Journal of Public Health*, mars 1998, vol. 88, n° 3, p. 401

**133 Interruption volontaire de grossesse et incompétence cervicale et prématurité/mortinaissance (risque accru de 2-3 fois) :** Harlap and Davies, "*Late Sequelae of Induced Abortion: Complications and Outcome of Pregnancy and Labor*", *American Journal of Epidemiology* (1975), vol. 102, n° 3

**134 Interruption volontaire de grossesse et incompétence cervicale et prématurité/mortinaissance (risque accru de 2-3 fois) :** Hogue, "*Impact of Abortion on Subsequent Fecundity*", *Clinics in Obstetrics and Gynaecology*, mars 1986, vol. 13, n° 1

**135 Interruption volontaire de grossesse et incompétence cervicale et prématurité/mortinaissance (risque accru de 2-3 fois) :** Lembrych, "*Fertility Problems Following Aborted First Pregnancy*", ed. Hilgers, T. et al, *New Perspectives on Human Abortion*, 1981, University Publications of America, Frederick, Md., p. 128-134

**136 Interruption volontaire de grossesse et incompétence cervicale et prématurité/mortinaissance (risque accru de 2-3 fois) :** Wynn and Wynn, "*Some Consequences of Induced Abortion to Children Born Subsequently*", *British Medical Journal*, 3 mars 1973

**137 Interruption volontaire de grossesse et incompétence cervicale et prématurité/mortinaissance (risque accru de 2-3 fois) :** Stubblefield, Philip G., "*First and Second Trimester Abortion*", dans *Gynecologic and Obstetric Surgery*, David H. Nichols (ed.), Mosby, Baltimore, Md., 1993, p. 1016

**138 Interruption volontaire de grossesse et césarienne, enfant handicapé ou malade (risque accru de 7 à 15 fois) :** Barrett, et al, "*Induced Abortion: A Risk Factor for Placenta Previa*", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 141 :7 (1981)

**139 Les aléas de l'avortement « médical »/« chimique/non chirurgical :** Wiebe, Dr Ellen, dans Page, Shelley, « *Cocktail of medicine used for abortions* », *The Ottawa Citizen*, 24 septembre 2005, p. \_ & A6.

## HUMANITÉ DE L'ENFANT À NAÎTRE

**140 La grande majorité des avortements se pratique entre la 8e et la 12e semaine de gestation :** Statistique Canada, *Avortements thérapeutiques*, 1995-

**141 Dès la 7e semaine de gestation, on peut voir, au moyen de vidéos d'ultrasons (« échographie ») commercialisées, l'enfant à naître, dans le sein de sa mère, sucer son pouce, pleurer, bailler, se gratter, s'étirer, faire des sauts, etc. :** vidéo « Fenêtre sur les premiers jours de la vie », Soundwave Images, USA, 22 min.

**Faits de biologie, d'embryologie, de foetologie et de génétique**

**142** « Quand la vie commence-t-elle? Je vais tenter de répondre à cette question le plus précisément possible en me fondant sur les connaissances scientifiques... La vie a une très longue histoire, mais chaque individu a un début très marqué, l'instant de la conception... Le fait qu'un nouvel être humain commence à exister dès l'instant de la fécondation est maintenant établi; ce n'est plus affaire de goût ou d'opinion. La nature humaine de l'être humain, depuis la conception jusqu'à la vieillesse, n'est pas une hypothèse métaphysique, c'est un fait établi expérimentalement ». Feu Dr Jérôme professeur de génétique à l'Université René Descartes de Paris, témoignage devant le Sénat des États-Unis, 1981.

**143** « En biologie et en médecine, c'est un fait accepté que la vie de tout organisme individuel qui se reproduit par reproduction sexuée commence à la conception, à l'instant où l'ovule de la femelle et le spermatozoïde du mâle s'unissent pour former une nouvelle cellule unique appelée zygote; ce zygote est le point de départ du nouveau système ». Le Dr Micheline Matthews-Roth, de la faculté de médecine de Harvard, témoignage devant le Sénat des États-unis, 1981.

« La plupart des manuels d'embryologie comptent un chapitre dans lequel on décrit l'histoire de l'embryologie et les expériences qui ont été menées pour montrer que les organismes multicellulaires se forment à partir d'une cellule unique, le zygote. C'est parce que les expériences de ce genre sur le développement des embryons ont été répétées tellement souvent sur de si nombreuses espèces, et qu'elles ont toujours abouti au même résultat... à savoir que des organismes qui se reproduisent par reproduction sexuée proviennent toujours d'une cellule unique et qu'ils sont toujours de la même espèce biologique que leurs parents... que ce fait est universellement accepté et enseigné à tous les niveaux en biologie. C'est la répétition constante, la multiplication et la confirmation des résultats expérimentaux qui prouvent la véracité de ce fait ».

« Il est scientifiquement exact de dire que la vie de l'individu commence à la conception... Nos lois, dont l'une des fonctions est d'aider à préserver la vie des êtres humains, doivent être fondées sur des données scientifiques exactes ».

**144** Le Dr Watson A. Bowes fils, de la faculté de médecine de l'Université du Colorado, a donné le témoignage suivant :

« Du point de vue biologique, fixer le début d'une vie humaine est une affaire très simple... la vie débute à la conception. Ce fait biologique incontournable ne doit pas donner lieu à des interprétations faussées pour servir des fins sociologiques, politiques ou économiques ». Témoignage devant le Sénat des États-Unis, 1981.

**145** Le Dr Alfred Bongiovanni, de l'Université de Pennsylvanie, souscrit à ce point de vue : « Je ne suis pas plus disposé à dire que ces premières étapes de la vie représentent un être humain incomplet que je serais prêt à admettre que l'enfant, avant les changements profonds qui surviennent à la puberté... n'est pas un être humain. C'est une vie humaine à toutes les étapes, quoique l'être humain soit incomplet jusqu'à la fin de l'adolescence ». Témoignage devant le Sénat des États-Unis, 1981.

**146** Le Dr McCarthy De Mere, qui est à la fois médecin pratiquant et professeur de droit à l'Université du Tennessee, a déclaré : « Le moment précis qui marque le début de la personne et du corps humain, c'est celui de la conception ». Témoignage devant le Sénat des États-Unis, 1981.

**147** En mars 1990, le Dr Jérôme Lejeune a témoigné devant le Comité législatif canadien qui étudiait le projet de loi C-43, Loi sur l'avortement. Le Dr Lejeune a fait la déclaration suivante devant le comité parlementaire : « Nous savons, au-delà de tout doute possible, que c'est au moment de la pénétration du spermatozoïde dans l'ovule que toute l'information nécessaire et suffisante pour élaborer un être humain... se trouve rassemblée. Et nous savons, avec le même degré de certitude, qu'aucune information génétique ultérieure, au-delà de la fécondation, n'est transmise à cet être humain. Ceci n'est pas une opinion de moraliste. Ce n'est pas une hypothèse de métaphysicien, c'est très exactement une observation expérimentale. S'il n'était pas vrai que toute l'information nécessaire et suffisante pour définir chaque être humain, s'il n'était pas vrai, dis-je, qu'elle était présente à la fécondation, la fécondation extracorporelle (« fécondation in vitro ») ne serait pas possible ».

« S'il est possible que l'entrée d'un sperme dans un ovule, dans une fiole, dans un laboratoire puisse donner naissance à un embryon qui ensuite pourra être transféré éventuellement dans une femme qui n'est pas sa mère biologique, si l'être humain n'existait pas à ce moment-là, ces manipulations seraient impossibles ».

« Autrement dit, l'existence même de la fécondation extracorporelle est une démonstration au-delà de tout doute possible que la vie humaine, l'être humain commence à la fécondation ».

**148** En 1986, le comité sénatorial australien qui étudiait l'expérimentation humaine a conclu que « l'embryon est génétiquement une nouvelle vie humaine organisée comme une entité distincte orientée vers un développement plus poussé ». La sénatrice Shirley Walters, membre du comité, a déclaré devant le Parlement australien : « Il n'y a aucun doute que l'embryon humain, sur le plan génétique, est une nouvelle vie humaine. Le comité a entendu le témoignage d'éminents scientifiques, de médecins et d'autres experts... Aucun d'eux n'a tenté de soutenir que l'embryon humain était autre chose qu'un être humain en train de se développer... En se fondant sur ces témoignages, le comité a acquis l'opinion que l'embryon humain mérite d'être respecté et protégé en conformité de son statut d'être humain ».

**149** En 1986, l'assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a exprimé l'avis, dans la recommandation 1041/1986, que la vie humaine se développe de manière continue à partir du moment de la fécondation, et que les embryons humains doivent en conséquence être traités en tout temps avec le respect qu'exige leur dignité.

**150** « Un individu est créé quand les éléments d'un spermatozoïde fertile fusionnent avec ceux d'un ovule fertile » (Encyclopedia Britannica, à l'article « Grossesse », page 968, 15<sup>e</sup> édition, Chicago 1974).

**151** « Le développement commence à la fécondation, quand un spermatozoïde fusionne avec un ovule pour former un zygote; cette cellule est le début d'un nouvel être humain » (Moore, Keith L., *The Developing Human: Clinically Oriented Embryology*, page 12, W.B. Saunders Co., Philadelphie, 1974).

**152** « C'est la pénétration de l'ovule par un spermatozoïde et le mélange des matériaux nucléiques que chacun apporte dans cette union qui constituent le point culminant du processus de fécondation et qui marquent le début de la vie d'un individu » (Patten, Bradley M., *Human Embryology*, page 43, McGraw Hill, New York, 1968).

**153** « À partir du moment de la conception ou presque, de grandes quantités de ces messagers biochimiques apparaissent dans la cellule, indiquant que, sur l'ordre de l'ADN, les processus vitaux du nouvel organisme se sont mis en branle... Même quand l'organisme consiste en une seule cellule, les chercheurs ont été en mesure de démontrer la présence de deux nouvelles protéines... des molécules complexes qui n'étaient pas présentes dans l'ovule non fertilisé... En regard de tous les critères de la biologie moléculaire moderne, la vie est présente dès la conception » (Gordon, Hymie, M.D., F.R.C.P, directeur de génétique médicale, Clinique Mayo, Rochester (Minnesota), témoignage devant le sous-comité des affaires juridiques du Sénat des États-Unis, le 13 avril 1981).

**154** « La fusion est complète dans les douze heures, et l'ovule, qui peut avoir « attendu » cet instant pendant 40 ans, est alors fécondé et est désigné techniquement par l'appellation « zygote », renfermant le jeu complet de 46 chromosomes nécessaires pour créer la vie humaine. La conception a eu lieu. Le « génotype », c'est-à-dire les caractéristiques héréditaires d'un être humain unique, est établi dans le processus de la conception et demeurera agissant pendant toute la durée de la vie de cet individu. Aucun autre événement de la vie biologique n'est aussi décisif que celui-là; aucune autre circonstance ne peut se comparer même de loin avec l'établissement du génotype pour ce qui est de « faire d'une personne ce qu'elle est ». La conception confère la vie et fait de chaque être humain un être unique. À moins que vous n'ayez un jumeau identique, il est quasi impossible, dans l'évolution naturelle de la vie, qu'il y ait jamais « un autre vous-même », pas même si l'humanité devait perdurer pendant des milliards d'années » (Shettles, Landrum, M.D., Rorvik, David, Rites of Life: The Scientific Evidence for Life Before Birth, page 36, Zondervan Publishing House, Grand Rapids, Michigan, 1983).

**155** « Le zygote renferme donc un nouvel arrangement des gènes sur les chromosomes qui n'a jamais auparavant été reproduit dans aucun autre individu. L'être humain qui se constituera à partir de l'ovule fécondé aura une constitution génétique différente de celle de tous les autres humains » (DeCoursey, R.M., The Human Organism, 4e édition, page 584, McGraw Hill Inc., Toronto, 1974).

**156** « Durant la fraction de seconde pendant laquelle les chromosomes se forment en paires, le sexe de l'enfant à naître sera déterminé, les caractéristiques héréditaires reçues de chacun des parents seront fixées, et une nouvelle vie aura commencé » (Kaluger, G. et Kaluger M., Human Development: The Span of Life, pages 28-29, The C.V. Mosby Co., St. Louis, 1974).

**157** « La science du développement de l'individu avant la naissance s'appelle l'embryologie. C'est l'histoire d'une série de miracles par lesquels une seule cellule microscopique se transforme en un être humain immensément complexe. Génétiquement, le zygote est complet. Il représente un nouvel individu à cellule unique » (Thibodeau, G.A. et Anthony, C.P., Structure and Function of the Body, 8e édition, pages 409-410, St. Louis: Times Mirror/Mosby College Publishers, St. Louis, 1988).

**158** « Le développement d'un nouvel être humain commence dès l'instant où un spermatozoïde mâle perce la membrane cellulaire d'un ovule femelle. Le villi devient le placenta, qui va nourrir le fœtus pendant les huit mois et demi suivants » (Scarr, S., Weinberg, R.A. et Levine A., Understanding Development, page 86, Harcourt Brace Jovanovich, Inc. 1986).

**159** « Chaque vie humaine commence par l'amalgame de deux cellules, un ovule femelle et un spermatozoïde mâle beaucoup plus petit. Cette entité minuscule, pas plus grosse qu'un point imprimé sur cette page, renferme toute l'information nécessaire pour lui permettre de croître et de devenir la structure complexe d'un corps humain. La mère n'a qu'à fournir l'alimentation et la protection » (Clark, J. ed., *The Nervous System: Circuits of Communication in The Human Body*, page 99, Torstar Books Inc., Toronto, 1985).

**160** « Un zygote (cellule unique formée d'un ovule fécondé) représente le début de la grossesse et la genèse d'une nouvelle vie » (Turner, J.S. et Helms, D.B., *Lifespan Developmental*, 2e éd. page 53, CBS College Publishing (Holt, Rhinehart, Winston), 1983.

(Les références 142 à 160 sont tirées du *Mémoire sur l'avortement* publié par la Coalition nationale pour la Vie du Canada publié en 2001 et réédité en 2004.)

## **DOULEUR CHEZ L'ENFANT À NAÎTRE**

**161 La douleur génère chez les nourrissons des réponses physiologiques identiques à celles que l'on retrouve chez les adultes :** Anand, Dr K.S.J. et P.R. Hickey, « *Pain and its effects in the human neonate and fetus* », *New England Journal of Medicine*, vol. 317, n° 21, 19 nov. 1987, p. 1321-1322

**162 Anesthésie des enfants :** Melzack, Dr Ronald et Patrick Wall, *The Challenge of Pain*, Penguin Books, 1996.

**163 Anesthésie des enfants :** Harrison, Helen, *The Premature Baby Book : A Parents' Guide to Coping and Caring in the First Years*, Martins's Press, 1983

**164 Les travaux du Dr Vincent Collins :** « *Studies in Law and Medicine* », *Fetal Pain and Abortion : The Medical Evidence*, 1984.

**165 Lettre ouverte au président Reagan de la part de 26 experts concernant la perception de la douleur chez l'enfant-à-naître :** *American Medical News*, 24 février 1984

**166 L'équipe du Dr Glover fournit la première preuve directe que l'enfant à naître perçoit la douleur :** Glover, Dr Vivette, revue médicale *The Lancet*, 9 juillet 1994, vol. 344, pages 77-81.

**167 La douleur chez l'enfant à naître serait plus intense que chez l'adulte :** UK Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, « *Fetal Awareness* », 1997 ([www.rcog.uk/publications](http://www.rcog.uk/publications))

**168 Le rapport du Conseil de recherche médicale du Royaume-Uni selon lequel il faut davantage de recherche pour évaluer les séquelles observées du traitement de la douleur chez les enfants à naître :** UK Medical Research Council, « *Report of the MRC Expert Group on Fetal Pain* », 28 août 2001 ([www.mrc.ac.uk/pdf-fetal.pdf](http://www.mrc.ac.uk/pdf-fetal.pdf))

**169 La divulgation du mécanisme d'action d'une intervention comme exigence de la Loi sur le consentement éclairé au Canada :** Rozovsky, Lorne Elkin, Q.C., et Adrienne Rozovsky, A.B., J.D., M.P.H., *The Canadian Law of Consent to Treatment*, Butterworths, Toronto.

**170 Le plus souvent, la mort de l'enfant surviendra à l'issue de 10 à 20 minutes de démembrement (« curettage ») :** Morgentaler, Henry, *Abortion and Contraception*, Canada, 1982.

### **Succion et aspiration**

C'est la méthode la plus couramment utilisée pour avorter pendant les 12 premières semaines de grossesse. Une anesthésie générale ou locale est donnée à la mère, après quoi on dilate rapidement le col de son utérus. Une curette (tube creux dont la pointe est effilée comme un couteau) est insérée dans l'utérus. Cet instrument est ensuite branché à un aspirateur au moyen d'un tube transparent. L'aspiration, 29 fois plus puissante que celle d'un aspirateur domestique, déchiquette le fœtus et le placenta en petits morceaux qui sont ensuite aspirés par le tube jusque dans une bouteille et le tout est jeté.

### **Dilatation et curetage (D et C)**

Cette méthode est semblable à la méthode de la succion, avec l'ajout d'un couteau en forme de cuillère que l'on insère pour découper le fœtus en pièces. Les pièces sont ensuite enlevées par grattage en passant par le col et jetées. [À noter qu'il ne faut pas confondre cette méthode d'avortement avec une intervention de D et C thérapeutique effectuée pour des raisons autres que la grossesse.]

### **Dilatation et évacuation (D et E)**

Cette méthode est utilisée jusqu'à 18 semaines de gestation. Au lieu du couteau en forme de cuillère utilisé pour les avortements de types D et C, on insère un forceps (pinces chirurgicales) dans l'utérus pour saisir une partie du fœtus. À l'aide des dents du forceps, on peut tordre et déchirer le corps de l'enfant en gestation. Ce processus est répété jusqu'à ce que le fœtus soit totalement démembré et enlevé. Habituellement, il faut casser l'épine dorsale et écraser le crâne pour retirer l'enfant en gestation de l'utérus.

« Un médecin qui exécute un avortement par D et E doit manipuler intimement et physiquement un fœtus qui en est au deuxième trimestre. Il faut notamment écraser les parties ossifiées comme le crâne. Il faut ensuite extraire soigneusement les fragments d'os pour éviter de déchirer le col de l'utérus. Il est nécessaire de reconstituer le fœtus à partir des morceaux qui ont été enlevés de l'utérus pour s'assurer que l'avortement est absolument complet. » « *Emotional Impact of D&E vs. Instillation* », *Family Planning Perspectives*, nov.-déc. 1977.

« C'est une procédure destructrice », déclare le D<sup>r</sup> William Benbow Thompson, de l'Université de la Californie à Irvine. « On retire à l'aide du forceps des bras, des jambes, des cages thoraciques. Ce n'est pas pour tout le monde. » « *Abortion: The Dreaded Complication* », Liz Jeffries et Rick Edmonds, *The Philadelphia Inquirer*, le 2 août 1981.

« Nous avons atteint un point dans cette technologie précise à partir duquel il n'est plus possible de nier que l'opérateur se livre à un acte de destruction [en exécutant un avortement par D et E]. Cela saute aux yeux. Les sensations induites par le démembrement sont transmises par le forceps comme un courant électrique. C'est le creuset d'une controverse déchaînée, la confrontation d'un dilemme existentiel contemporain. Plus nous semblons résoudre le problème, plus celui-ci devient insoluble. » Hern, Walter, M.D., éminent avorteur du Colorado, dans un rapport à l'organisation Planned Parenthood Physicians, le 26 octobre 1978.



« Même si, en théorie, il n'est que le résultat d'un avortement légal, chaque fœtus expulsé vivant à cause de la prostaglandine vit pendant plusieurs heures... Une série de 607 avortements du deuxième trimestre à l'Hôpital Mount Sinai de Hartford, au Connecticut, a provoqué 45 naissances vivantes, y compris une paire de jumeaux. Aucun des bébés n'a survécu plus de 13 heures. » Koop, C. Everett, M.D., ScD, ancien Surgeon General des États-Unis, *The Right to Live, The Right to Die*, page 34, Life Cycle Books, Toronto, 1980.

« L'hystérectomie est une opération semblable à un accouchement par césarienne dans laquelle le nourrisson est chirurgicalement enlevé de l'abdomen et de l'utérus de la mère. Dans un avortement par hystérectomie, aucun produit chimique ne provoque la mort fœtale. Quand le chirurgien [fait une incision] dans l'utérus, le bébé est encore vivant. » Hilgers, Thomas W., M.D., professeur adjoint d'obstétrique et de gynécologie à l'Université Creighton, témoignage devant le Sous-comité de la Constitution du Sénat des États-Unis, le 14 octobre 1981.

« On pouvait voir l'endroit où les bras et les jambes avaient été arrachés du corps et enlevés séparément, comment l'épine dorsale avait été cassée en deux et prestement enlevée, comment le crâne avait été écrasé et vidé du cerveau qu'il contenait avant que les parties osseuses soient enlevées. » Nathanson, Bernard, M.D., *Aborting America*, Life Cycle Books, Toronto, 1979.

« Au moment où le nourrisson est sorti de l'utérus, déclare un obstétricien, « il est seulement endormi, comme sa mère. Elle est sous anesthésie, et le bébé aussi. Vous voulez savoir comment on le tue? On lui met une serviette sur la face pour l'empêcher de respirer. Le temps qu'on l'apporte au laboratoire, il est mort. » Chervanek, Frank A., M.D. *et al.*, « When is Termination of Pregnancy During the Third Trimester Morally Justifiable? » *The New England Journal of Medicine*, page 17, vol. 310, n° 8, le 23 février 1981.

« En étudiant les rapports sur l'avortement des Centers for Disease Control, il apparaît clairement que les techniques d'avortement standard... n'englobent pas tous les moyens utilisés pour détruire l'enfant à naître. Invariablement, dans les énumérations des techniques d'avortement, on trouve une colonne intitulée « Autres ». Je me suis toujours demandé ce que recouvrait ce terme. Nous en avons une petite idée. » *The New England Journal of Medicine* a publié un article dans lequel on décrit comment avorter un jumeau sans détruire l'autre. En s'aidant de l'échographie, le D<sup>r</sup> Thomas Kerenyi a inséré une aiguille dans l'abdomen de la mère et a percé le cœur du jumeau qui avait été diagnostiqué du syndrome de Down. Il a retiré environ 40 à 50 p. 100 du sang du bébé et celui-ci est mort. Plusieurs mois plus tard, la mère a donné naissance au survivant et a expulsé les restes du bébé mort.

« À la conférence de presse qui a suivi, le D<sup>r</sup> Kerenyi a décrit le cadavre en ces termes : « plat et fragile comme du papier... comme une rose qu'on aurait pressée dans une bible pendant cinq ans ». Mais ce n'était pas une rose insérée avec amour entre les pages d'une bible. C'étaient les restes humains d'un enfant à naître. » Young, Curt, *The Least of These: What Everyone Should Know about Abortion*, page 99, Moody Press, Chicago, 1984.

**171 Si la mort est infligée par calcination (brûlure au 4e degré, par avortement dit « médical » ou « chimique »), celle-ci pourra durer jusqu'à deux semaines, pendant lesquelles la femme sentira l'enfant se débattre jusqu'à ce qu'il soit expulsé, tout calciné, au moyen de crampes massives de l'utérus :** Wiebe, Dr Helen, dans Page, Shelley, « *Cocktail of medicine used for abortions* », *The Ottawa Citizen*, 24 septembre 2005, p. \_ & A6.

**172 Avortement par attaque de cœur (injection au cœur de chlorure de potassium) :** UK Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, « *Fetal Awareness* », 1997 ([www.rcog.uk/publications](http://www.rcog.uk/publications))

**173 Dilatation et extraction (D et X) – Avortement par accouchement partiel ou « quasi naissance ».** La méthode D et X est utilisée quand le fœtus est âgé de 20 à 26 semaines. À ce stade du développement, la dureté des tissus fœtaux rend la méthode D et E difficile à appliquer. L'avortement par accouchement partiel est une méthode qui a été mise au point pour surmonter ce problème. Après avoir dilaté le col de l'utérus pendant deux jours, l'avorteur utilise l'échographie pour localiser les jambes du fœtus. Il tire une jambe dans le vagin à l'aide des forceps, et ensuite l'autre jambe et le torse sont sortis manuellement. La tête du fœtus demeure dans l'utérus. Utilisant une pince chirurgicale à bouts carrés en position fermée, l'avorteur perce alors la tête du fœtus à la base du crâne et ouvre ensuite la pince pour élargir le trou ainsi pratiqué. Il insère ensuite un cathéter à succion dans la plaie et aspire le contenu du crâne. Le cadavre est ensuite retiré complètement du corps de la mère.

**174 Au Canada, le Code criminel prévoit qu'on peut enlever la vie à un enfant à n'importe quel stade de la grossesse jusqu'à la naissance, et ce pour n'importe quelle raison :** Lois et règlements codifiés du Canada, Chapitre C-46, « Code criminel », sections 223 et 238 ; (voir <http://laws.justice.gc.ca/fr/C-46/1776.html>)

**175 L'interruption volontaire de grossesse constitue une industrie à but lucratif où certaines cliniques privées au Canada récoltent plus de 11 millions \$ par année en revenus bruts :** Pour l'année fiscale 1992-1993, les 103 244 avortements pratiqués au Canada ont coûté aux Canadiens 55 964 593 \$ (source : Judi McLeod, *Toronto Free Press*, 14-27 sept. 1999). De ce nombre, M. Henry Morgentaler, avec ses 8 cliniques dans 7 provinces canadiennes, en a pratiqué 19 026, sans tenir compte de ceux qu'il a effectués à Edmonton (chiffres non disponibles). À un coût moyen de 607,25 \$ l'avortement, le revenu annuel brut de M. Morgentaler est non moins de 11 553 538 \$ (onze millions de dollars), avec, en Ontario, le loyer (500 000 \$ par année) et les frais de sécurité (450 000 \$) entièrement payés par les contribuables, pendant dix ans (voir [www.caral.ca](http://www.caral.ca) et [www.morgentaler.ca](http://www.morgentaler.ca)).

## ADOPTION

**176 La grossesse adolescente n'entraîne pas plus de risque de complications pour la jeune fille, sauf si la jeune fille est plus négligente de sa santé :** Sweeney, Patrick, « *Adolescent Pregnancy* », *Pediatric and Adolescent Gynecology*, Sanfilippo, Joseph, et al, W.B. Saunders Co. (div. de Harcourt Brace & Co.), Toronto, 1994

**177 Les enfants nés de jeunes filles ne sont pas plus à risque de problèmes de développement, sauf si les jeunes filles sont plus négligentes de leur santé :** McDonald, Katherine, « *Sexual and Reproductive Health and Rights in Canada* », 34 p., point 26 (<http://www.hc-sc.gc.ca/canusa/papers/canada/english/reprod.htm>)

**178 Grossesse à terme meilleure protection contre le cancer du sein :** Statistique Canada, *Rapports sur la santé*, automne 1996, vol. 8, n° 2, p. 35