

Le discours des femmes sur leur santé, un savoir essentiel pour l'intervention

Maria De Koninck

Volume 10, numéro 1, 1997

D'actualité

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/057912ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/057912ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Recherches féministes

ISSN

0838-4479 (imprimé)

1705-9240 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

De Koninck, M. (1997). Le discours des femmes sur leur santé, un savoir essentiel pour l'intervention. *Recherches féministes*, 10(1), 97-112. <https://doi.org/10.7202/057912ar>

Résumé de l'article

L'intervention internationale en santé soulève des questions politiques et éthiques auxquelles n'échappe pas l'approche féministe. Le cas de la mortalité maternelle est particulièrement éloquent à ce titre: l'écart entre la situation observée dans les pays développés et celle des pays dits en développement inspire un sentiment d'urgence alors que la détermination des actions les plus efficaces pour réduire cet écart est loin de faire consensus. Dans cet article, l'auteure utilise une recherche exploratoire menée en Afrique de l'Ouest auprès de femmes sur leurs expériences de la grossesse et de l'accouchement afin de promouvoir la recherche qualitative pour la définition d'actions potentielles visant à réduire la mortalité maternelle. À l'aide d'exemples tirés des propos de ces femmes, elle fait ressortir comment leur discours peut être utile pour la conception d'actions susceptibles d'apporter des changements et rappelle que l'attrait de solutions de nature technique ne devrait pas faire oublier l'ancrage social de la situation actuelle.

Le discours des femmes sur leur santé, un savoir essentiel pour l'intervention

Maria De Koninck

Au cours des dernières années, j'ai eu l'occasion de participer à des projets de coopération internationale, et ces expériences m'ont amenée à situer la problématique de la santé des femmes dans une perspective transculturelle. Cette dernière permet d'élargir la problématique grâce à l'introduction d'éléments nouveaux et à la diversification des réalités avec lesquelles nos idées sont confrontées. Mais elle fait aussi prendre conscience des paradoxes liés à l'intervention dans des contextes d'urgence, de précarité et de lutte pour la survie. En effet, l'approche critique des services de santé élaborée par le mouvement féministe occidental, malgré son utilité, peut se révéler moins pertinente dans les milieux où l'on se préoccupe d'accessibilité à des services de base plutôt que de médicalisation. Il s'agit alors non seulement d'adapter ou de traduire des connaissances ou encore de les partager avec les femmes d'autres milieux, mais bien d'en définir de nouvelles et en conséquence d'accepter de remettre en cause certaines représentations et orientations.

Dans les pages qui suivent, je vais traiter d'une recherche menée en 1995 au Bénin, en Afrique de l'Ouest, sur la mortalité maternelle. Mon objectif ici est moins de présenter des résultats que de soulever la richesse et le potentiel des démarches qui reposent sur la mise au jour de la parole des femmes de milieux dits en développement, tout en reconnaissant la situation paradoxale dans laquelle nous sommes placées en tant que féministes. Certaines pratiques dans le domaine de la santé de la reproduction, par exemple la chirurgie obstétricale, peuvent, il est vrai, se révéler salvatrices en soi, mais aussi faire l'objet d'un recours abusif ou inapproprié provoquant des effets pervers. C'est pourquoi, tout en constatant leur contribution à notre situation comparativement avantageuse, nous avons des réserves lorsqu'il s'agit de les exporter. De sorte que, si la promotion de la santé des femmes dans les milieux dotés de peu de ressources suggère le transfert de nos acquis, nous demeurons préoccupées de leur potentiel d'effets pervers. Ajoutons que la dénonciation de ces effets et la mise en garde à leur égard peuvent être interprétées dans certaines circonstances comme une résistance à une amélioration essentielle de la condition des femmes. C'est dans ce cadre que l'écoute de l'expression des femmes visées prend tout son sens. En tant que révélateur de leur situation, ce discours peut livrer les informations nécessaires en vue de la détermination des stratégies à développer pour permettre aux femmes de tirer profit de nos savoirs et de nos pratiques, selon leurs propres règles et en les adaptant à leurs réalités.

Une recherche au Bénin

En 1995, je me suis rendue au Bénin¹ afin d'y mener une recherche empirique sur la mortalité maternelle². Mon projet poursuivait un objectif méthodologique, compte tenu des débats alors (et toujours) en cours en ce qui a trait au choix de la meilleure stratégie d'intervention dans le domaine. On retrouve effectivement deux écoles de pensée lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre des interventions: une qui privilégie l'organisation de services d'urgence, l'autre qui propose le recours à différents types d'intervention, dont les services d'urgence mais sans leur accorder la priorité. Il s'agissait donc de documenter l'hypothèse selon laquelle une approche qualitative dans la collecte des données permet d'avoir accès à des informations susceptibles de se traduire dans des actions concrètes cohérentes quant à la réalité des femmes et susceptibles de réduire la mortalité maternelle.

La mortalité maternelle est encore très fréquente dans les pays en voie de développement, alors qu'elle est devenue relativement rare en Amérique du Nord et en Europe de l'Ouest, et elle y représente toujours une problématique centrale pour la santé des femmes. La lutte contre la mortalité maternelle fait maintenant partie des priorités d'action en santé de la reproduction pour de nombreuses organisations féministes et apparaît de plus en plus comme un lieu d'intervention privilégié dans les discours des organismes multilatéraux, notamment ceux de l'OMS, du FNUAP et de l'UNICEF.

On estime en effet que, chaque année, près de 600 000 femmes meurent d'une cause associée à leur état de grossesse ou à leur accouchement: 99 p. 100 des décès ont lieu dans le Tiers-Monde (UNICEF 1996). Les causes directes de mortalité maternelle les plus fréquentes sont les mêmes quel que soit le pays: hémorragies, infections, hypertension, obstruction du travail et avortement (OMS 1995). Il y a un large consensus au sein de la communauté scientifique sur le fait que la majorité des décès pourraient être évités. De plus, la morbidité maternelle est également très fréquente: on estime qu'au moins vingt millions de femmes annuellement souffrent d'infirmités sévères et à long terme à la suite d'une grossesse ou d'un accouchement (Türmen 1994).

Ajoutons que le taux de risque de décès chez les femmes enceintes est, selon les données disponibles, l'indicateur de développement humain qui révèle la disparité la plus profonde entre les pays industrialisés et les pays en développement. Le rapport est de 200 cas de mortalité maternelle dans le Tiers-Monde pour un décès en Occident (Tinker et Koblinsky 1993). Cet écart remarquable et maintenant reconnu explique sans doute l'intérêt porté par les organismes internationaux, tel l'UNICEF, à cette problématique.

-
1. Le projet fut mené dans le cadre d'une année sabbatique. J'ai alors fait un séjour de six mois en Afrique après avoir passé quatre mois à titre de consultante au sein de l'unité sur « la santé maternelle et la maternité sans risque » au siège social de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à Genève en Suisse.
 2. Par mortalité maternelle, on entend le décès d'une femme survenu au cours de sa grossesse ou dans un délai de 42 jours après l'accouchement, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés mais qui ne soit ni accidentelle ni fortuite (OMS 1992).

La diffusion de l'information sur le nombre très élevé de décès maternels (Rosenfield et Maine 1985) est d'ailleurs à l'origine des premiers efforts concertés en la matière sur le plan international. C'est au cours d'une conférence internationale sur le sujet tenue à Nairobi en 1987 que l'ampleur du phénomène des femmes qui «mouraient en silence» au moment de la procréation a attiré l'attention. On cherchait, avec de tels chiffres, à provoquer une réaction rapide et énergique. Cette stratégie a eu pour conséquence que la morbidité maternelle, également très élevée mais perçue comme moins dramatique, n'a pas suscité autant d'intérêt et a été moins bien documentée que la mortalité. La mobilisation s'est faite autour de la mortalité, et les efforts ont visé à sauver des vies plutôt qu'à prévenir ou à traiter les conséquences pathologiques d'une grossesse ou d'un accouchement difficile (Graham et Campbell 1992).

L'UNICEF a lancé un cri d'alarme dans son rapport de 1996 en qualifiant la situation de «tragédie la plus négligée de notre époque» (UNICEF 1996: 2). Pourtant, il en est question dans plusieurs officines et des projets ont été réalisés dans différents pays depuis la fin des années 80. Mais les résultats demeurent fort mitigés et le débat se poursuit sur la façon d'intervenir. Il s'agit, rappelons-le, d'une problématique complexe qui conjugue les conséquences de conditions sociales liées au statut des femmes (âge à la première grossesse, nombre et espacement des grossesses, autonomie à l'égard de l'utilisation des services de santé et autres) et des conditions biomédicales, notamment des complications de dernière minute dans des milieux où les ressources sanitaires sont rares. Récemment, les personnes préconisant la solution des soins obstétricaux d'urgence semblent avoir pris le haut du pavé. Selon cette approche, la solution la plus efficace consiste à mettre en place des soins d'urgence accompagnés d'un système de référence. Les arguments invoqués pour la défendre sont la relative inefficacité de la surveillance prénatale dans la lutte contre la mortalité maternelle et la forte proportion de complications qui surgissent à la dernière minute (OMS 1995).

Dans le contexte d'une situation inacceptable où les interventions se sont révélées plus ou moins efficaces jusqu'à maintenant, une approche technique ayant fait ses preuves ailleurs séduit plus qu'une approche globale dans la recherche de solutions. Les résultats de l'organisation de services, telle la césarienne, sont en effet visibles et mesurables. Aussi, même si personne ne nie les fondements socio-économiques des taux élevés de morbidité et de mortalité maternelles (par exemple les grossesses précoces à l'origine de cas nécessitant une césarienne), peu d'intervenants et d'intervenantes privilégient des mesures sociales en tant qu'actions prioritaires pour les réduire. Considérées comme complexes, celles-ci se retrouvent donc au rang de mesures à «plus long terme» autour desquelles on tente de susciter des concertations multisectorielles difficiles à concrétiser.

De là, l'intérêt d'aller auprès des femmes en vue d'améliorer la connaissance de leur perception de la situation et de confronter leurs récits d'expériences avec la lecture qui en est faite dans les milieux sanitaires qui mettent en place des stratégies d'intervention. C'était l'objet de mon projet au Bénin. Il s'agissait donc d'explorer avec les femmes les liens qu'elles pouvaient établir entre les événements concrets qu'elles avaient vécus et leurs conditions sociales.

C'est dans cette perspective que j'ai mené une recherche empirique. Le Bénin est un petit pays dont la population se chiffrait à cinq millions de personnes en 1992, et il est considéré comme l'un des pays les plus pauvres du monde. En 1992, 80,1 p. 100 des femmes y étaient analphabètes (Commission nationale pour l'intégration de la femme au développement 1994). Fait à noter, la polygamie y est assez répandue, le tiers des hommes mariés étant polygames. Le taux global de fécondité y était de 202 naissances pour 1 000 femmes en 1992 et l'indice synthétique de fécondité de 6,1 enfants par femme³. (Ministère de la Santé du Bénin 1993 et 1994; Ministère du Plan et de la Restructuration économique du Bénin 1994). Officiellement, le taux de mortalité maternelle au Bénin est établi à 473 décès pour 100 000 naissances vivantes, mais l'UNICEF le fixe plutôt à 990 dans son rapport de 1996. Seulement 3,42 p. 100 du budget national a été consacré à la santé en 1993 (Ministère de la Santé du Bénin 1994). Les structures sanitaires du pays se résument à un hôpital national situé à Cotonou, un hôpital dans chacun des sept départements et des centres de santé dans les communes. La moitié seulement des femmes qui accouchent sont assistées par une personne ayant reçu une formation professionnelle (Ministère de la Santé du Bénin 1994).

Pour réaliser mon étude, je me suis jointe à une équipe de recherche dont l'enquête, portant sur la mesure de la mortalité maternelle, démarrait⁴. Cette enquête, au cours de laquelle on avait prévu rencontrer un peu plus de 500 femmes, reposait sur un questionnaire administré par des enquêtrices locales. Les participantes avaient été sélectionnées à partir des dossiers médicaux de trois centres hospitaliers: le centre de référence national de Cotonou (la ville la plus importante du pays), une maternité également située à Cotonou, ainsi qu'un petit hôpital situé en milieu rural à Ouidah, à une quarantaine de kilomètres de Cotonou.

La méthode que j'avais retenue était l'entrevue libre ayant pour thème le récit de la dernière grossesse et du dernier accouchement. Les femmes avaient été sélectionnées parmi les participantes à l'enquête citée ci-dessus et à partir d'informations de nature médicale et démographique traitées de façon anonyme, cela non pas dans le but d'obtenir un échantillon représentatif, mais pour m'assurer de couvrir différents types d'expériences. Lorsque les enquêtrices rencontraient les femmes au moment de répondre au questionnaire, elles

-
3. Le taux global de fécondité correspond aux naissances des douze derniers mois par rapport à l'effectif de la population féminine de 15 à 49 ans. L'indice synthétique de fécondité est la somme des taux de fécondité par âge des femmes en âge de procréer pour une année donnée.
 4. Il s'agissait d'une enquête dirigée par Véronique Filippi, chercheuse démographe du London School of Hygiene and Tropical Medicine et menée en collaboration avec des chercheurs du Centre de recherche en reproduction humaine et démographie de Cotonou (CERRHUD). Elle portait sur les cas de morbidité maternelle grave et visait à valider une approche méthodologique pour évaluer la mortalité maternelle. Les cas de mortalité étant très difficiles à recenser, le projet tentait de vérifier si, à partir des femmes ayant échappé à la mort (*near missed*), on pouvait arriver à mesurer le phénomène de la mortalité. Cette recherche était financée par Overseas Development Agency (ODA) de Grande-Bretagne. Pour ma part, je bénéficiais du soutien du Centre de coopération internationale en santé et développement de l'Université Laval (CCISD).

demandaient à celles dont j'avais retenu le nom de bien vouloir m'accorder une entrevue libre. Il faut noter qu'en général les femmes acceptaient de bon gré. Seule une jeune femme ayant donné son accord s'est désistée au moment de l'entrevue suivant en cela les conseils de sa mère. Pendant les entrevues auxquelles j'assistais mais dont la majorité se déroulaient en langue locale⁵, les femmes s'exprimaient librement à partir de questions portant sur leur dernière grossesse et leur dernier accouchement. Les entrevues étaient enregistrées, puis traduites, lorsque c'était nécessaire, et transcrites *verbatim*. J'ai également fait trois entrevues avec des médecins et accompagné à quelques reprises des enquêtrices sur le terrain pendant qu'elles remplissaient le questionnaire. Le matériel a fait l'objet d'une analyse de contenu thématique selon des thèmes qui faisaient référence aux différents moments de l'expérience, aux rapports des femmes avec les services de santé et à la planification des naissances.

L'étude était de nature exploratoire. Accompagnée d'une sociologue béninoise, j'ai rencontré dix-neuf femmes au total dont treize avaient eu des complications obstétricales et onze avaient subi une césarienne. Elles avaient donc déjà répondu au questionnaire auquel j'avais eu accès et qui contenait une question ouverte recueillant le récit de leur expérience. Le dernier accouchement de toutes ces participantes avait eu lieu à l'hôpital. Leurs caractéristiques sociodémographiques variaient, notamment la situation de famille, l'âge, le nombre de grossesses, l'occupation, le degré d'instruction, le milieu d'origine, la religion et l'appartenance ethnique⁶. J'ai ainsi rencontré treize femmes résidant en ville (onze à Cotonou et deux à Ouidah) et six femmes habitant dans des villages en brousse. Huit d'entre elles étaient analphabètes, trois avaient fréquenté l'école pendant moins de quatre ans, trois autres entre cinq et neuf ans, et cinq, enfin, avaient étudié pendant plus de dix ans. Cette forte scolarité s'explique par le fait que la sélection avait été faite à partir du milieu hospitalier. Cinq femmes vivaient dans un mariage polygame, quatorze dans une union monogame et, parmi ces dernières, onze vivaient avec leur conjoint. Quinze se sont déclarées catholiques (dont quatre des cinq femmes vivant en union polygame), trois ont dit adhérer à une religion traditionnelle et une s'est déclarée sans religion. Parmi mes informatrices, quatre étaient primipares, onze avaient eu entre deux et cinq grossesses, quatre en avaient vécu plus de cinq.

Les difficultés rencontrées dans la collecte des données constituent en soi un matériel fort éloquent. J'aimerais relever ici deux éléments qui me semblent particulièrement significatifs. Le premier concerne l'accès aux femmes. Malgré le dispositif en place, rencontrer les femmes choisies se révéla fort difficile. C'est à l'étape du repérage que les problèmes sont apparus les plus complexes: retracer les femmes n'est pas chose simple dans un milieu où il n'y a pas d'adresses à proprement parler. Et cela est surtout le cas en ville où les résidentes et les résidents des quartiers ne se connaissent pas nécessairement. Ajoutons que plusieurs femmes ne souhaitaient pas être retracées, car elles craignaient d'avoir à déboursier des frais pour les soins reçus qu'elles n'avaient pas payés s'étant

-
5. Pour réaliser les entrevues, j'étais accompagnée de Lydie Kanhonou ou de Solange Legonou, sociologues qui jouaient le rôle d'intervieweuses et d'interprètes.
 6. Leur appartenance ethnique était la suivante : neuf Fon, trois Adja, deux Sahoué, deux Goun, une Mina, une Dodoméghé et une inconnue.

enfuies de l'hôpital avant de devoir le faire. Ainsi, nous avons dû renoncer à rencontrer un certain nombre des femmes ayant fait partie de la population initialement déterminée, parce qu'elles ne pouvaient être repérées, et les remplacer par d'autres.

La seconde considération est l'utilisation de l'entrevue unique. Recueillir les propos des femmes au cours d'une seule entrevue m'est apparu insatisfaisant dans le contexte et j'ai eu souvent l'impression qu'il aurait été très avantageux de revoir les participantes une deuxième fois pour valider l'interprétation du contenu de la première rencontre et obtenir un récit plus détaillé. Évidemment, la distance culturelle explique en partie cette impression, car, même si une entrevue est menée en langue locale par une personne du milieu, la présence d'une étrangère modifie la dynamique. Mais il y a plus. La plupart des femmes que nous avons rencontrées ont témoigné de beaucoup de pudeur dans leurs propos par rapport à leur expérience. Cela se traduisait par des hésitations et lorsqu'il s'agissait d'exprimer leurs sentiments, notamment leurs peurs, les répondantes devenaient parfois peu loquaces et évitaient de donner le moindre détail – même si nous avons reçu, dans certains cas, des témoignages fort explicites et critiques. Tout en reconnaissant le défi de multiplier les rencontres, compte tenu du temps nécessaire pour chacune d'elles, j'estime que, dans ce type de cheminement, procéder à deux rencontres plutôt qu'à une seule permettrait de créer une relation plus complice et d'obtenir une information plus complète.

Les entrevues

Les entrevues étaient libres et se déroulaient sous le mode du récit. L'information obtenue porte sur plusieurs éléments allant de la réaction à l'annonce de la grossesse jusqu'aux perspectives de reproduction, en passant par les événements précis ayant entouré le dernier accouchement. Dans le cadre d'une démarche visant à valider le recours à la parole des femmes afin de définir des interventions préventives et curatives pour la grossesse et l'accouchement, certains éléments nous semblent devoir être relevés de façon plus particulière. Ceux-ci se rapportent à la représentation de l'accouchement, à la planification des naissances, à l'information et aux rapports établis avec les services de santé.

À l'instar de la représentation de la santé et de la maladie (Massé 1995), la représentation de l'accouchement est une donnée très utile pour concevoir une intervention. Une meilleure compréhension de la perception qu'ont les femmes de l'expérience de la grossesse et de l'accouchement permet, entre autres, de mieux saisir le pourquoi de certains comportements ou de certaines pratiques dans le domaine (De Koninck 1994).

En vue d'améliorer la compréhension de l'expérience de la grossesse et de l'accouchement, la planification des naissances ressort comme une question devant être documentée selon le point de vue des femmes. Il s'agit là d'une clé pour agir sur la situation, car le moment même où une grossesse est en cours et le nombre de grossesses peuvent être déterminants pour leur issue. Or, parmi les nombreuses études en matière de fertilité et de fécondité, peu tentent d'approfondir la perception des femmes eu égard à leurs expériences ou à leurs perceptions des événements liés à la procréation.

L'information des femmes concernant les événements qui entourent la grossesse et l'accouchement mérite aussi d'être mieux appréhendée, notamment

parce qu'elle participe à la définition de leur rôle en tant qu'actrices dans ces événements. Enfin, les rapports que les femmes établissent avec les services de santé sont aussi révélateurs de l'usage qu'elles en font (ou n'en font pas...).

Dans ce qui suit, je vais illustrer, à l'aide de quelques exemples, comment la nature des informations que transmettent les femmes dans le cadre de ce type d'entrevues contribue à l'amélioration de connaissances qui favorisent la *détermination et le développement d'interventions susceptibles de les rejoindre.*

Les représentations de l'accouchement

Au Bénin, il y a un dicton qui affirme que, lorsqu'une femme est enceinte, elle a un pied dans la tombe. Les participantes aux entrevues ont exposé leur pensée en ce sens. Une femme analphabète, catholique et vivant en brousse, évacuée au moment de son accouchement et dont le bébé n'avait pas survécu, ce qui la laissait avec deux enfants vivants après six grossesses, a ainsi défini l'accouchement:

L'accouchement est un acte entre la vie et la mort. Tu ne sais plus si tu vas survivre ou pas. Tu ne maîtrises plus rien à ce niveau. C'est ça l'accouchement. Tu vois que l'accouchement que nous faisons est un acte mortel. Que Dieu nous en garde, mais il y a des enfants qu'on met au monde qui conduisent directement au pays des morts ou bien on fait encore d'autres qui survivent avec leur mère; il y en a d'autres qui préfèrent mourir seuls et laissent leur mère vivante. C'est comme cela que ça se passe. La vie et la mort cohabitent à l'accouchement (1995-09-11).

Une autre, mère de cinq enfants vivants après sept grossesses, mariée à un homme qui a trois épouses, nous a présenté ainsi son attitude devant les événements: «Une fois enceinte, surtout dès le début de la grossesse, tu as déjà tout accepté: tu as accepté la mort, la maladie...». Cette participante vivait en brousse, se disait de religion traditionnelle et elle a bien voulu nous décrire ses sentiments au moment de son dernier accouchement:

Ce qui est rentré dans ma pensée: est-ce que je pourrai survivre? Est-ce que je pourrai rentrer vivante? Est-ce que je serai morte? L'accouchement, c'est le pays des morts, puisqu'on n'est même plus vivante quand l'enfant sort. Si l'enfant sort et toi-même, tu te retrouves là où tu ne dois pas te retrouver? C'est pourquoi on a ces pensées (1995-10-03).

La perte d'un ou d'une enfant peut aussi être perçue comme faisant partie de l'ordre des choses. Une femme analphabète, monogame et vivant à Ouidah nous a ainsi fait part de la mort de deux des sept enfants qu'elle avait mis au monde: «Ils sont partis. Cela fait un garçon et une fille. Ils seront là-bas en train de ménager⁷ pour moi» (1995-09-26).

7. Terme local qui signifie: préparer une place.

La planification des naissances

Au cours des dernières années, la planification des naissances (pour ne pas dire le contrôle) est apparue aux yeux de plusieurs comme une solution à de nombreux problèmes, dont celui de la dégradation de l'environnement. C'est pourquoi les différentes approches visant à promouvoir les programmes de planification des naissances peuvent paraître suspectes quels que soient les arguments auxquels ces derniers font appel. Ainsi en est-il de l'adoption d'une approche globale de la santé de la reproduction, dit Helen Simons (1995), et même de l'intérêt porté à la problématique de la mortalité maternelle, selon Soheir A. Morsy qui affirme que «l'emphase sélective sur la mortalité maternelle apparaît comme une forme médicalisée de régulation de la fertilité» (1995: 163).

Pour ces raisons, je souhaitais, dans le cadre de mon étude, être très prudente en la matière malgré le caractère stratégique de la planification des naissances (qu'il s'agisse du nombre de grossesses ou du moment de celles-ci) dans le contexte de la problématique de la mortalité maternelle. Je ne m'attendais certes pas, compte tenu des statistiques officielles sur le sujet selon lesquelles peu de femmes ont recours à la contraception, que les femmes en parlent aussi spontanément ni qu'elles réagissent aussi vivement qu'elles l'ont fait lorsque nous abordions avec elles la question de leur avenir concernant la maternité. La planification des naissances a occupé une place plus importante que prévue dans les propos des participantes. Il est surtout intéressant de noter que des femmes en ont parlé en se référant à leur état de santé et à leurs propres expériences, notamment aux difficultés rencontrées pendant des grossesses ou des accouchements.

Pour la plupart, les femmes interviewées ont manifesté clairement leur volonté d'exercer un certain contrôle sur leur fécondité. L'expression de cette volonté est apparue d'autant plus intéressante qu'elles n'associaient pas nécessairement cette intention à l'utilisation d'une quelconque méthode de planification des naissances. Elles en parlaient plus comme d'une perspective quant à leur avenir que d'une décision d'utiliser un moyen concret (sauf exception) de ne pas avoir d'autres enfants ou d'espacer les futures naissances. La pertinence des informations recueillies, compte tenu de notre objectif de démontrer qu'il faut entendre les femmes sur leurs représentations, leurs désirs et leurs perceptions, devient manifeste grâce à leurs propos sur: 1) les raisons pour lesquelles elles souhaitent avoir recours à la planification des naissances et qui, pour certaines, sont en lien direct avec leur état de santé; et 2) les raisons pour lesquelles elles ne cherchent pas nécessairement à pratiquer la planification tout en la souhaitant par ailleurs.

Sans que, d'aucune façon, il ne soit possible de conclure que les préoccupations de nos participantes sont représentatives de celles des autres femmes béninoises, leur discours sur ce sujet révèle que la situation est complexe. Ils révèlent l'existence et la conjugaison de plusieurs dimensions dans les attitudes à l'égard de la planification des naissances: anxiété à la suite d'une expérience difficile, préoccupations pour sa santé, peur de la douleur ou de la mort, déception à l'égard du conjoint qui semble peu se préoccuper des conséquences d'une grossesse pour elle et autres choses encore. Ces raisons viennent s'ajouter à des soucis concernant le coût de l'éducation et l'avenir des enfants. Toutes celles qui nous ont dit vouloir dans un avenir plus ou moins

rapproché exercer un contrôle nous ont aussi parlé du problème que cela occasionnait ou pouvait entraîner avec leur conjoint. Certaines percevaient l'opposition de leur conjoint comme posant réellement un problème, d'autres se disaient plutôt inquiètes de sa réaction éventuelle et d'autres, enfin, affirmaient qu'il y avait un problème de communication au sein de leur couple. En voici une illustration.

Une femme vivant en banlieue de Cotonou a frôlé la mort au moment de son dernier accouchement. Enceinte pour la douzième fois, alors que quatre grossesses s'étaient terminées par un avortement spontané, elle a été hospitalisée pendant sa grossesse. Elle nous a raconté qu'elle n'avait pas respecté les conseils médicaux l'invitant à demeurer à l'hôpital parce qu'elle n'avait personne pour s'occuper de ses enfants. Accouchant avant terme, elle a subi une césarienne d'urgence pendant une panne d'électricité à l'hôpital. Le personnel médical lui a dit qu'on était intervenu non pas pour la sauver mais pour sauver l'enfant, puisqu'elle n'avait pas observé leurs prescriptions. Elle était très ambivalente au sujet de cette grossesse, à laquelle elle avait espéré mettre un terme en refusant les soins. Son mari avait désapprouvé son attitude, car il souhaitait qu'elle ait le plus grand nombre possible d'enfants même s'il avait une seconde épouse. Elle explique:

C'est moi qui souffre... je demandais bien avant cette grossesse [de ne plus avoir d'enfant]. Mon mari n'a pas voulu, il n'a pas voulu et chaque fois avant d'accoucher, il faut au moins 100 000 francs [environ 300 \$ CA], aller au cerclage et des médicaments chaque fois. Je voulais faire un avortement, et il a refusé.

Cette femme s'est montrée très critique à l'égard de son conjoint qui, selon elle, l'exposait à la mort. En revanche, elle n'a pas pu lui tenir tête. Le coût de cette césarienne devait toutefois faire en sorte qu'il accepte maintenant qu'elle n'ait plus d'enfants. Mais elle est restée très marquée par cette expérience et elle a terminé l'entrevue en nous disant: «S'il n'y avait pas eu de torche [compte tenu de la panne] ce jour-là... je serais partie. Je sens que le jour là c'était entre deux, entre la vie et la mort» (1995-09-20).

Deux autres cas illustrent également les enjeux auxquels doivent faire face nos informatrices. Ainsi, alors qu'une d'entre elles venait de raconter ses déboires, dont la perte d'un bébé mort-né, et affirmait qu'elle souhaitait limiter les naissances (elle avait six enfants vivants), la tante de son mari s'est jointe à nous. Ayant entendu ces propos, elle a affirmé que sa nièce par alliance devait continuer de se reproduire sinon il n'y avait pas de raison pour que la famille la garde auprès d'elle. Notre informatrice a alors continué de répéter qu'elle en avait assez.

Nous avons aussi rencontré une jeune femme illettrée, vivant dans un tout petit village en brousse, qui nous a dit, tout en indiquant qu'elle ne savait pas comment s'y prendre, qu'elle n'aurait plus d'enfants et que si cela devait lui coûter son mari, elle était prête à payer ce prix. Sur les trois enfants auxquels elle avait donné naissance, elle en avait perdu un: «Ce ne sera pas une obligation, sinon je crois que je vais le quitter» (1995-10-18). Sa volonté paraissait inflexible, elle disait avoir trop souffert durant ses accouchements.

L'information

L'information des femmes, leur permettant de comprendre les symptômes de complications et de trouver de l'aide lorsque cela est nécessaire, est une composante clé de toute démarche en périnatalité qui vise la prévention de problèmes et leur prise en charge lorsqu'ils surviennent. Le discours de nos informatrices sur leurs attentes en matière d'information permet de connaître certaines de leurs attitudes à l'égard des services et de leurs expériences sur ce chapitre. Une telle connaissance pourrait se révéler stratégique pour la prévention d'événements néfastes. Ces données nous ont été communiquées grâce aux propos qui font référence aux éléments d'explication qu'elles ont eus ou n'ont pas eus sur les interventions qu'elles ont subies ou les médicaments qu'on leur a prescrits.

Plusieurs interlocutrices ont indiqué qu'elles avaient peu ou pas reçu d'informations aussi bien pendant la grossesse qu'au moment de l'accouchement. Ainsi, certaines ont décrit leur ignorance de ce qui s'est passé pendant leur accouchement, par exemple concernant les complications à l'origine de leur transfert à l'hôpital. Leur conjoint pouvait toutefois avoir reçu l'information ou tout au moins y avoir eu accès s'il l'avait souhaité. Nous avons demandé à des participantes si elles avaient posé des questions afin de connaître la nature de leurs complications ou la raison pour laquelle elles avaient été transférées ou opérées. Certaines ont blâmé le personnel pour son attitude à leur égard, l'accusant de les avoir forcées à se taire; d'autres ont répondu non, considérant qu'elles n'avaient pas à en poser ou que c'était leur conjoint qui avait la responsabilité de s'informer. Par ailleurs, des femmes ont dit accéder à de l'information de façon indirecte. Une femme de Cotonou a ainsi raconté avoir appris pendant une dispute avec une sage-femme au sujet de médicaments qu'on lui avait prescrits qu'on craignait qu'elle n'accouche prématurément. Les rapports des femmes avec les services de santé, tels qu'ils nous ont été décrits par plusieurs, semblent peu chaleureux.

Les rapports avec les services de santé

Les relations que les femmes béninoises que j'ai rencontrées entretiennent avec les praticiens et les praticiennes de la santé sont imprégnées de hiérarchie. Plusieurs de leurs témoignages se révèlent critiques à l'égard des sages-femmes qu'on a accusées de maltraiter les patientes. Les sages-femmes sont les professionnelles de la santé qui assurent les services entourant la surveillance prénatale et l'accouchement dans les centres de santé, les maternités et les hôpitaux. Certaines femmes ont dit qu'elles n'osaient pas poser de questions parce qu'elles avaient entendu les sages-femmes crier après d'autres femmes: «Elles vont commencer par t'insulter, ceci cela. Donc, si moi, je vais... je ne pose pas de questions, c'est pour cela» (1995-10-09). «Les sages-femmes, c'est rarement qu'on peut les aborder, qu'elles vont t'aborder, qu'elles vont bien te parler ou te demander ce que tu as... il arrive des moments qu'on entend un peu des coups de pagne⁸...» (1995-09-20). Une informatrice ayant vécu quatre grossesses a décrit ainsi les rapports avec les sages-femmes:

8. Vêtement que portent les femmes.

Nos «dotos», nos jeunes sages-femmes nouvellement arrivées aussi ne se comportent pas comme il le faut, elles manquent de sagesse [...] Par exemple, si tu ne restes pas tranquille, elles commencent à t'insulter: «Est-ce moi qui t'ai envoyée chez ton mari, est-ce moi qui t'ai demandé d'aller faire...» Et, elles vous engueulent, c'est pour cela quand je vais à la consultation et je ne trouve que ces jeunes, si c'est ces jeunes sages-femmes, je retourne, même si je dois attendre des soins, je retourne... Je ne supporte pas d'être maltraitée pour souffrir seule après (1995-09-29).

Le discours des femmes et la planification d'interventions

Ces différents témoignages sont révélateurs de façons de voir et de faire face à l'adversité. Les modes d'interprétation de la réalité de la mortalité maternelle, proposés par les représentations de l'accouchement, méritent d'être approfondis afin de permettre une action concrète pour contrer les événements funestes. Ainsi, on retrouve alliée à ces représentations une forme d'acceptation de la fatalité comme inhérente à l'enfantement, ce qui n'est pas nécessairement indépendant du statut des femmes dans le milieu. On peut interpréter cette façon de voir à la fois comme découlant d'une certaine inaction devant les décès maternels et comme générant la même inaction sous prétexte que la vie des femmes dépend de leurs fonctions reproductives.

On assiste trop souvent, dans de tels cadres, au développement par des organismes internationaux d'approches que l'on croit susceptibles de s'imposer dans un milieu alors qu'elles ont été conçues selon un tout autre modèle culturel. Cela résulte du peu de cas que l'on fait, lorsqu'on croit détenir les solutions idéales, des autres lectures de l'univers, ou plutôt des éléments qui les composent, et de leurs fondements dans une cohérence culturelle. Ainsi, en périnatalité, la prévention est fondée sur une lecture épidémiologique au centre de laquelle apparaît la notion de risque (Alexander et Keirse 1992) telle qu'elle est définie dans les sociétés dites modernes (Douglas 1990), notion parfaitement étrangère à une vision du monde comme celle que nous ont proposée nos informatrices et à partir de laquelle elles donnent un sens à leurs expériences.

À quelques exceptions près, les informations que les interviewées nous ont transmises concernant ce qu'elles ont vécu ne font pas appel à un mode d'interprétation selon lequel elles chercheraient à trouver des raisons précises (ou à s'en faire proposer) pour interpréter les événements qui ont nécessité une prise en charge médicale. Leurs références sont d'ordre métaphysique, plus «holistiques» et se situent à un niveau plus global que celui des circonstances particulières ayant entouré leur accouchement.

Eu égard à ce type de situation, on peut poser comme hypothèse que le lieu d'ancrage d'une intervention efficace est en deçà du «risque» et qu'il réside dans un changement du statut des femmes compris comme la valeur qu'on reconnaît aux personnes de sexe féminin. Il s'agit alors de viser un changement dans la définition même de l'enfantement en tant qu'expérience ne devant pas coûter la vie et de briser, au nom de la valeur de la survie et de la santé des femmes, l'association entre l'accouchement et la mort.

Les informations recueillies sur la planification des naissances confirment ce qui est de mieux en mieux reconnu, à savoir que les hommes doivent être visés par les campagnes d'information et d'éducation en la matière (Nations Unies 1994). Elles indiquent aussi toutefois que la santé des femmes (en tant que préoccupation pour elles-mêmes) est un lieu pour construire avec elles les possibilités de réaliser leurs propres volontés en ce domaine. Une approche faisant appel à la volonté des femmes de se maintenir en santé et d'éviter les événements douloureux pourrait intégrer les éléments mentionnés plus haut, afin d'arriver à proposer une définition de l'événement de l'accouchement autrement qu'un moment porteur de mort.

Concernant l'information des femmes, son absence peut entraîner des délais parfois lourds de conséquences entre le moment où un problème surgit et celui du recours à l'aide. Intervient ici la perception de la gravité de la situation, par la femme elle-même mais aussi par son entourage, qui peut faire toute la différence. Le facteur temps est déterminant au moment de complications; pensons seulement aux hémorragies, cause principale de mortalité maternelle. Lorsqu'une complication apparaît, la femme et son entourage doivent réaliser qu'elle a besoin d'aide, trouver un moyen de transport et de l'argent pour des médicaments. Outre le fait que, pour plusieurs, le coût d'une hospitalisation (et encore plus celui d'une intervention chirurgicale) soit prohibitif, la décision ne revient pas à la femme elle-même et, en général, elle ne dispose pas de revenus propres qu'elle pourrait décider d'utiliser à cette fin. Sa compréhension des événements et sa connaissance des ressources disponibles sont donc au cœur de la prévention d'une détérioration de la situation. L'information est aussi source de pouvoir, il ne faut pas l'oublier; elle permet la remise en cause de la fatalité associée aux fonctions reproductives des femmes.

Enfin, il est reconnu (Vlassof 1994) que les femmes sont, dans certains milieux, traitées de façon brusque par le personnel des services de santé. Les explications mises en avant sont les heures de travail trop longues et les salaires minables. Mais la formation et la différence de classes sociales jouent sans doute aussi un rôle. Une étude menée au Niger (Jaffre et Prual 1994) a déjà confirmé ce problème dans l'attitude des sages-femmes. J'ai par ailleurs été très impressionnée d'entendre au Bénin les femmes parler de l'absence de respect à leur égard dans les mêmes termes que d'autres l'avaient fait dans une enquête au Sénégal (Wane 1992) au sujet des infirmières d'un centre de protection maternelle et infantile, et d'autres également dans une recherche réalisée à Montréal auprès de femmes très pauvres (Colin *et al.* 1992). Ces différents témoignages se rejoignent autour de ceci: le personnel des services de santé fait des reproches aux femmes lorsqu'elles ne se conforment pas à ses prescriptions, aussi ces dernières éviteront-elles de consulter pour ne pas se faire blâmer.

D'après les propos recueillis au Bénin, même si les services sont disponibles, on ne peut conclure que les femmes les fréquenteront. Elles ont besoin d'argent mais aussi de confiance dans la qualité des services. Dans un tel contexte, il n'est pas surprenant de constater que plusieurs attendent à la dernière minute pour s'y rendre. On voit ici le besoin d'intervention auprès du personnel des services de santé.

Les situations rapportées par les femmes que nous avons interviewées dans les régions de Cotonou et d'Ouidah ne peuvent être généralisées à

l'ensemble du Bénin et encore moins à d'autres milieux, compte tenu du type et de la taille de notre échantillon. Les composantes du discours des femmes méritent toutefois d'être prises en considération, parce que, dans le cadre d'entrevues libres, les femmes abordent les questions qui sont, pour elles, parmi les plus significatives et qu'au fil de l'entretien elles fournissent des éléments sur ce qui intervient dans la construction de leurs pratiques reproductives: le désir d'enfant, ses fondements, le rapport avec le conjoint, le rapport avec les services de santé, y compris la planification des naissances, leur interprétation des événements, la nature de l'information dont elles disposent, et autres. Plus révélatrice encore est la description qu'elles donnent des stratégies auxquelles elles ont recours pour se protéger ou pour arriver à leurs fins. Rappelons ici le récit de cette femme qui ne voulait plus d'enfants mais à qui son mari imposait des grossesses successives, dont plusieurs se sont terminées par des fausses-couches. Elle a expliqué qu'elle ne s'était pas conformée aux prescriptions médicales visant à lui permettre de mener sa grossesse à terme. Ce récit bouleversant nous a été livré avec ardeur: cette informatrice avait d'ailleurs signalé, dès qu'elle fut approchée par une enquêtrice, qu'elle tenait à nous accorder une entrevue. Ses propos nous ont donné accès à une expérience que d'autres approches méthodologiques n'auraient pas permis de saisir.

Cette entrevue en particulier a été très utile dans l'analyse du matériel obtenu au Bénin. Le récit, porteur de révolte, de cette femme combative, qui a manifesté une grande dignité dans le refus profond qu'elle opposait à la domination qui lui était imposée, contient des éléments d'information très intéressants sur les composantes de son expérience. De son témoignage peuvent être tirés, par exemple, des renseignements sur ses échanges avec le personnel des services de santé. À partir de cela, on constate comment une interaction différenciée aurait pu tout changer. Cette femme a librement et clairement indiqué dans cette entrevue où se trouvaient ses espaces de pouvoir dans ses expériences de grossesses et d'accouchements, notamment les gestes qu'elle a faits pour éviter de mener sa grossesse à terme. Et, malgré qu'elle n'ait pu y arriver, elle a trouvé dans ces gestes une façon d'exprimer son refus. Il en a été de même à des degrés divers des autres entrevues. Les espaces de pouvoir décrits par les femmes, qu'il s'agisse d'expressions verbales ou non, du rejet de l'autorité à laquelle elles doivent se soumettre ou de l'affirmation d'une volonté pour se donner un avenir meilleur, peuvent servir de base à la construction de rapports sociaux différents.

Ces rapports sociaux sous-tendent la réalité observable. La fréquence de la mortalité maternelle résulte de dynamiques sociales dont l'organisation de services de santé adéquats et accessibles est le reflet. Alors qu'elles sont au cœur de cette problématique, les femmes-actrices se voient souvent peu prises en considération. Elles sont plutôt les objets des interventions. Toute démarche accomplie avec elles pour clarifier leur vision, leur compréhension et leur expérience quant à leur situation fournit des indices sur les actions possibles.

Ainsi, dans le cas des femmes rencontrées au cours de notre étude exploratoire, l'association accouchement-mort apparaît comme un élément significatif dans la construction de leur expérience. Or, si leurs propos s'inscrivent dans un discours à saveur globalement fataliste, leur résistance à la douleur appréhendée et au danger de mort est aussi manifeste. On peut dès lors

envisager une démarche avec elles tant pour la conception d'actions préventives que pour l'organisation de services à partir de leur refus de la mort prématurée. Il en est de même pour les décisions concernant les choix reproductifs où la volonté des femmes peut se heurter à des rapports sociaux qui valorisent la procréation au-delà de leur santé et de leur survie. Le soutien à l'expression de leur volonté en tant qu'affirmation du droit à la santé est aussi possible, cette articulation étant présente dans leur discours. Enfin, les attentes à l'égard du personnel des services de santé qu'ont exprimées les femmes béninoises rencontrées, soit une attitude d'écoute et de respect, sont aussi une dimension à partir de laquelle on peut définir des actions. La dignité manifestée dans le refus de se voir insultée, ignorée ou critiquée peut devenir le moteur d'une nouvelle dynamique entre les femmes et le personnel des établissements de service sanitaire.

Quelques considérations éthiques

Il n'est pas facile de convaincre les milieux d'intervention que les stratégies de recherche qualitative peuvent apporter une contribution unique à la conception et à la définition de leurs actions. Sans doute, les solutions de nature technique déjà concoctées et qui consistent essentiellement dans la mise sur pied de certains services paraissent simples et rapides (quoiqu'elles soient coûteuses), alors que la réalisation de recherches qualitatives est souvent complexe et prend du temps. En tant que féministes, il nous est d'autant plus difficile de promouvoir de telles approches que l'urgence d'intervenir suggère d'agir promptement au risque d'être plus ou moins efficaces. Les pratiques médicales faisant appel à la technique sauvent des vies, on le sait. Leur diffusion dans les milieux où elles ne sont jusqu'à maintenant accessibles qu'à une minorité n'est-elle pas la solution la plus pertinente? Oui et non. Oui, dans le sens que nous devons nous hâter de partager nos acquis, dont certains sont clairement techniques, pensons ici à la chirurgie obstétricale et à l'imagerie médicale; non, dans le sens que toute technique est porteuse d'une idéologie et de rapports de pouvoir, ce que notre approche critique ne peut taire, surtout lorsqu'il s'agit de milieux où les rapports sociaux sont définis selon un mode très hiérarchique.

À titre de féministes, nous sommes donc particulièrement touchées. Nous ne pouvons tolérer que nos sœurs du Tiers-Monde continuent de «mourir en silence» et devons nous mobiliser pour mettre fin à cette situation qui nous concerne. Par ailleurs, les stratégies de prévention et d'intervention, qui ont permis que, dans les pays développés, la très grande majorité des femmes cessent de payer de leur vie la mise au monde de leurs enfants sont en partie techniques: surveillance prénatale technologique, chirurgie et autres. Or, elles ont été élaborées sur fond de changements socio-économiques et dans un cadre culturel donné. De plus, leur apport particulier à l'amélioration globale de la situation en périnatalité est très difficile à pondérer. Cela ne peut être ignoré. Notons aussi que ces changements se sont accompagnés d'effets pervers, notamment la médicalisation, processus qui prend forme dans des rapports de pouvoir experts/profanes (De Koninck 1990).

La promotion de démarches de construction du savoir qui placent les femmes au cœur de celui-ci constitue certes un moyen d'éviter que ne soient

implantées des pratiques aliénantes qui maintiennent ou consolident des rapports de pouvoir dans lesquels les femmes sont perdantes. Mais exiger le respect des délais nécessaires pour les mener à bien peut laisser croire que l'on fait abstraction des nombreux décès maternels quotidiens. La piste la plus intéressante pour concilier le sentiment d'urgence avec la volonté d'agir en profondeur et à long terme dans le domaine de la santé est sans doute la recherche-action menée avec les actrices et acteurs clés, une recherche-action qui s'attaque aux diverses dimensions de la problématique tout en introduisant des pratiques reconnues efficaces mais selon les termes définis par les premières intéressées. En tant que chercheuses féministes, nous pouvons sans doute jouer un rôle ici à condition d'accepter de vivre avec des paradoxes.

Maria De Koninck
Département de médecine sociale et préventive
Université Laval

RÉFÉRENCES

- ALEXANDER, Sophie et Mark J.N.C. Keirse
1989 «Formal Risk Scoring during Pregnancy», in I. Chalmers et M. Enkins (dir.), *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford, Oxford University Press: 346-365.
- COLIN, Christine, Francine Ouellet, Ginette Boyer et Catherine Martin
1992 *Extrême pauvreté, santé et maternité*. Montréal, St-Martin.
- COMMISSION NATIONALE POUR L'INTÉGRATION DE LA FEMME AU DÉVELOPPEMENT
1994 *Évolution de la situation de la femme au Bénin*, rapport national. Cotonou.
- DE KONINCK, Maria
1994 «Femmes et santé: la pertinence de recherches féministes», in Marie-France Labrecque (dir.), *L'égalité devant soi: sexes, rapports sociaux et développement international*. Ottawa, CRDI: 127-142.
- 1990 «La normalisation de la césarienne: la résultante de rapports femmes/experts», *Anthropologie et sociétés*, 14, 1: 25-41.
- DOUGLAS, Mary
1990 «Risk as a Forensic Resource», *Daedalus*, 119, 4: 1-16.
- GRAHAM, Wendy, J. et Oona M.R. Campbell
1992 «Maternal Health and the Measurement Trap», *Social Science and Medicine*, 35, 8: 967-977.
- JAFFRE, Yannick et Alain Prual
1994 «Midwives in Niger: An Uncomfortable Position Between Social Behaviours and Health Care Constraints», *Social Science and Medicine*, 38, 8: 1069-1073.
- MASSÉ, Raymond
1995 *Culture et santé publique*. Boucherville, Gaëtan Morin éditeur.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU BÉNIN

1994 *Statistiques sanitaires année 1993*. Cotonou, Ministère de la Santé du Bénin.

1993 *Statistiques sanitaires année 1992*. Cotonou, Ministère de la Santé du Bénin.

MINISTÈRE DU PLAN ET DE LA RESTRUCTURATION ÉCONOMIQUE

1994 *Deuxième recensement général de la population et de l'habitation, t. 2: Dynamique de la population*. Cotonou, Ministère de la Santé du Bénin.

MORSY, Soheir A.

1995 «Deadly Reproduction Among Egyptian Women: Maternal Mortality and the Medicalization of Population Control», in Faye D. Ginsburg et Rayna Rapp (dir.), *Conceiving the New World Order, The Global Politics of Reproduction*. Berkeley, University of California Press: 162-176.

NATIONS UNIES

1994 *Conférence internationale sur la population et le développement*. A/Conf.171/13.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

1995 *Mother Baby Package, Implementing Safe Motherhood in Countries*. Genève, OMS.

1992 *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10^e éd., ICD-10. Genève, OMS.

ROSENFELD, Allan et Deborah Maine

1985 «Maternal Mortality – A Neglected Tragedy: Where is the M in MCH?», *The Lancet*, 2: 83-85.

SIMONS, Helen

1995 «Cairo: Repackaging Population Control», *International Journal of Health Services*, 25, 3: 559-566.

TINKER, Anne et Marjorie A. Koblinsky

1993 *Vers une maternité sans risque*. document de synthèse de la Banque Mondiale. Washington (DC), Banque Mondiale.

TÜRMEŒ, Tomris

1994 *The Burden of Maternal Mortality and Morbidity*. Conférence prononcée à la Rockefeller Foundation, New York, septembre.

UNICEF

1996 *Le progrès des nations*. New York, UNICEF.

VLASSOF, Carol

1994 «Gender Inequalities in Health in the Third World: Uncharted Grounds», *Social Science and Medicine*, 39, 9: 1249-1259.

WANE, Defa

1992 *L'information des femmes quant à leur santé reproductive: le cas du centre de P.M.I. de Diourbel au Sénégal*, essai de maîtrise en santé communautaire. Québec, Université Laval, Département de médecine sociale et préventive.