
Accouchement traditionnel et mortalité maternelle : vécu et représentation. Tentative d'approche de la situation algérienne

*Jacqueline DES FORTS**

Durant des millénaires, les femmes ont accouché avec la seule assistance de la société à laquelle elles appartenaient et selon des rites élaborés et transmis depuis la nuit des temps. La médicalisation de cet acte fondamental pour la perpétuation de l'espèce humaine a débuté, il y a à peine 300 ans, et à l'heure actuelle, près de la moitié des naissances dans le monde ont encore lieu dans les mêmes conditions. C'est la raison pour laquelle, on peut qualifier l'accouchement à domicile sans assistance compétente d'«accouchement traditionnel».

L'accessibilité aux soins de santé maternelle est donc sous la dépendance de deux déterminants : l'accessibilité matérielle à la maternité (distance, transport, coût), et l'accessibilité psychosociologique (J. DES FORTS, 1997).

Pour tenter d'expliquer le fondement de ces deux déterminants, il nous a semblé que ces derniers étaient conditionnés, dans les sociétés traditionnelles par le vécu et les représentations véhiculées depuis les temps immémoriaux d'une génération féminine à l'autre. Il semble donc important de présenter l'état des lieux avant l'ère obstétricale qui a débuté il y a 300 ans à peine, et dont la technologie actuelle est loin d'être disponible pour toutes les femmes, car la moitié d'entre elles accouchent encore à domicile sans aucune assistance.

* Sage-femme, médecin épidémiologiste.

Aperçu historique

Les travaux des historiens et des démographes sont révélateurs de cette situation qui perdure à l'heure actuelle dans bien des sociétés et bien des régions. Elle est résumée de façon lapidaire par le titre du livre de D. GOUREVITCH : «Le mal d'être femme» qui décrit la femme et la santé dans la Rome de l'Antiquité.

En Algérie, lorsque la communauté féminine qui entoure l'accouchée l'embrasse en lui disant : «*El Hamdoulilah elli slekti* » (*Louange à Dieu de t'avoir sauvée*»), qu'y a-t'il de sous-entendu ?

Comment se passaient les accouchements à une époque où il fallait «sortir l'enfant à tout prix pour sauver la vie de la mère» selon l'expression de J. GELIS ? Et à combien a-t-on pu estimer le nombre de décès maternels avant l'ère du forceps, de la césarienne et des transfusions de sang ?

A Rome, la parturiente était l'objet de soins attentifs, basés sur des soins d'hygiène rigoureux : la femme était installée sur la chaise d'accouchement, la sage-femme et les deux aides portaient des tabliers propres... mais que pouvait-on faire si le bébé était trop gros ou mal placé ? Que pouvait-on faire, face à une hémorragie de la délivrance ? (D. GOUREVITCH, 1984).

On ne dispose d'aucun chiffre sur le nombre de décès maternels à Rome, mais la peur de mourir en couches ou des suites d'un avortement poussait les femmes de la haute société (les matrones romaines) à vivre dans la continence : elles étaient mariées à 12 ans et étaient tenues de donner le jour à trois enfants pour assurer la descendance et ne pas disperser l'héritage. A vingt ans, elles avaient terminé leur tâche de reproductrice et pour éviter qu'une concubine ne prenne trop d'importance, elles choisissaient les esclaves qu'elles mettaient à la disposition de leur mari : l'empereur Auguste adorait déflorer les fillettes impubères que lui fournissait son épouse l'impératrice Livie, ce qui ne ternissait en rien sa bonne réputation en tant qu'empereur... (A. ROUSSELLE, 1991).

Et pourtant, dans l'Antiquité, la mortalité maternelle n'a pas été considérée partout comme une fatalité : à Sparte, la femme morte en couches était honorée au même titre que le guerrier mort au combat : tous les deux donnent leur vie pour que la vie continue... (N. LORAUX, 1981).

Une approche de quantification des décès maternels a pu être réalisée en Europe à la fin du Moyen-Age par des démographes travaillant sur les registres des paroisses qui servaient de lieu d'Etat-civil, ou des reconstitutions de généalogies, notamment celles des familles royales. Ces recherches ont permis d'estimer que le Taux de Mortalité Maternelle (T.M.M.) devait se situer autour de 20 pour 1.000 naissances ; cela signifie qu'il y avait au moins un décès maternel pour 50 naissances. (S.

PELLER, 1965 ; H. GUTIERREZ, 1983). En réalité, si l'on se base sur la définition de l'**OMS** : «tout décès survenant, pour quelque cause que ce soit, pendant la grossesse, l'accouchement et les 42 jours suivant son issue», ce taux est sous-estimé, car cette méthode de recherche ne peut pas tenir compte des interruptions prématurées de la gestation, notamment des *Grossesses Extra-Utérines (G.E.U.)* dont le diagnostic était impossible à faire avant l'ère chirurgicale, mais également des avortements (J. DES FORTS, 1996).

La malédiction biblique : «*Tu enfanteras dans la douleur*» n'a été qu'une tentative d'explication du «**pourquoi**» de ce drame d'autant plus mystérieux qu'il était en relation directe avec la perpétuation de l'espèce humaine. Mais lorsque l'on compare cet état de fait avec celui des grands mammifères dont les femelles mettent bas sans trop de problèmes, on peut se demander pourquoi cette hécatombe spécifiquement féminine ?

Les recherches anthropologiques ont proposé une réponse (N. LORAUX, 1981 ; E. BADINTER, 1986 ; M. ABITOL, 1996) basée sur l'évolution de l'espèce humaine. Le passage de la position quadrupède à la position debout et à la marche bipédique a provoqué d'importants changements sur le squelette et notamment au niveau du bassin osseux qui est très spacieux chez les mammifères, alors que, chez la femme les dimensions du bassin obstétrical permettent tout juste le passage de la tête fœtale dont le diamètre est de 12 cm et demi ; or, alors que le diamètre antéro-postérieur du bassin est de 13 cm, la tête de l'enfant ne peut s'engager que dans un diamètre oblique qui mesure 12 cm et demi en raison des déformations subies par le bassin. Ces déformations auraient été provoquées, au fil des millénaires, par la marche et la station debout... Par le ramollissement osseux qu'il provoque, le rachitisme (dû à une absence de synthèse de la Vitamine D par manque de soleil) a les mêmes conséquences sur le bassin : dès que la petite fille se met debout, les os ramollis se déforment, les diamètres du bassin se rétrécissent, et devenue mère, elle ne pourra accoucher que par césarienne. Au Maghreb, le rachitisme est une « maladie socio-culturelle » qui a certainement tué des milliers de jeunes femmes à la naissance de leur premier enfant, parce que la mère était (et l'est encore) enfermée avec son enfant dans l'obscurité de l'espace qui lui est traditionnellement dévolu.

Est-ce en raison de la bipédie qui différenciait les êtres humains des animaux que les femmes de la Préhistoire accouchaient debout (P. PELOT, 1996), position qui perdure à l'heure actuelle, de même que les positions accroupies correspondant à la défécation ?...

La prise en charge de l'accouchement est une affaire de femmes, de femmes étant elles-mêmes passées par là, et si la très grande majorité des naissances avaient lieu dans le milieu familial, il existait néanmoins des lieux d'accueil pour les femmes en couches pauvres ou abandonnées ; c'est ainsi qu'une aile de l'**Hôtel-Dieu** à Paris est sans doute devenue la première école de sages-femmes du monde au Moyen-Age : la profession

s'est peu à peu organisée sous la responsabilité des médecins, avec examen et prestation de serment. Certaines sages-femmes, les indépendantes, exerçaient à titre libéral, et les autres, pensionnées ou «gagées». Payées par les municipalités, étaient tenues de venir en aide aussi bien aux pauvres qu'aux riches. (J. GELIS, 1988). L'une d'entre elles, Louise BOURGEOIS, sage-femme de la reine Catherine de Médicis, épouse du roi HENRI IV, a écrit un traité des accouchements qui est peut-être le premier manuel d'obstétrique rédigé par une sage-femme.

Un siècle et demi plus tard, Mme Du COUDRAY, née en 1712 à Clermont-Ferrand, «monte à Paris» pour y faire ses études. Lorsqu'elle retourne en Auvergne, elle découvre la situation catastrophique dans laquelle exercent des accoucheuses traditionnelles qui n'ont eu aucune formation. Elle décide alors d'organiser des sessions itinérantes, à l'aide de «**machines à démontrer**», ancêtres des mannequins modernes, qu'elle fait elle-même fabriquer à Paris.

Cela permet aux élèves, souvent peu instruites, de s'exercer sur le plan pratique, beaucoup plus facile à comprendre qu'un cours théorique. Après avoir mis au point sa méthode pédagogique « sur le terrain », elle obtient un brevet royal qui lui permet d'organiser des recyclages à travers toute la France. (J. GELIS, 1988).

La majorité des accouchements a lieu à domicile, et les sages-femmes diplômées exerçaient surtout en ville. Dans les régions rurales, les parturientes doivent bien souvent se débrouiller seules, et les règles d'hygiène qui étaient observées chez les Romains ne sont guère de mise. Les logements se composent d'une seule pièce et le climat est souvent rigoureux : la femme accouche à même le sol, sur de la paille, devant la cheminée, ou même à l'étable. En Auvergne, au début de ce siècle, certaines femmes allaient encore accoucher à l'étable, pour ne pas salir le sol en terre battu de sa maison... (J. GELIS, 1988).

Mais, si l'accouchement était une « affaire de femmes », lorsqu'il y avait une complication et qu'un médecin était disponible, on avait recours à lui. Il tentait d'intervenir pendant le travail, le seul objectif étant de sortir l'enfant à tout prix, seul moyen de sauver la vie de la mère. Les moyens étaient dérisoires et terriblement dangereux : on utilisait des « crochets » qui faisaient partie de la trousse de l'accoucheur itinérant pour extraire la tête fœtale comme le faisait l'accoucheur Mauquest de la MOTTE qui a sillonné en voiture à cheval la région de Valogne, dans le Cotentin, à l'époque de LOUIS XIV (J. GELIS, 1989). Ces instruments ont été rendus plus « performants » et moins dangereux au XIX^{ème} siècle dernier : le cranioclaste perçait le crâne pour en diminuer le volume, et le basiotribe s'attaquait à la base du crâne. Ces instruments étaient encore utilisés à Alger il y a 30 ans...

On peut dire que l'ère de la technologie obstétricale a timidement débuté à cette époque en Occident avec la mise au point du **forceps** par la famille CRAMBERLAIN à partir de 1670 en Grande-Bretagne. Conscient

de l'importance de cette technologie et ayant le sens des affaires, la famille CHAMBERLAIN a d'abord tenté d'en garder l'exclusivité, à une époque où les brevets n'existaient pas.

Mais c'est bien la césarienne qui a permis de sauver la vie de la mère et celle de son enfant. La naissance de CESAR est peut-être à l'origine de l'intervention qui porte son nom : on pratiquait bien quelquefois des «Césariennes», c'est-à-dire que l'on ouvrait le ventre, soit pour sortir un enfant supposé encore vivant aussitôt après le décès de sa mère, soit pour tenter de sauver la vie de la mère ; il paraît qu'il y aurait eu des survivantes... (J. F. PUNDEL, 1969 ; J. GELIS, 1984 ; J. GELIS, 1988 ; J. GELIS, 1989). Les premières tentatives de césarienne sur femmes vivantes (et sans anesthésie) ont lieu à l'époque de la Révolution française (M. DUMONT, 1968 ; J. F., PUNDEL, 1969 ; N. GENIN, 1970).

Il y a en Algérie un proverbe qui dit que «*la tombe de l'accouchée est ouverte jusqu'au quarantième jour*». L'angoisse exprimée par cette phrase est sans doute en relation avec la fièvre puerpérale qui était un tel sujet de crainte, qu'elle était qualifiée de « peste noire des femmes» (M. LAGET, 1982). Cette «mort différée» (J. GELIS, 1984) qui survenait de façon imprévisible quelques jours après une naissance souvent sans problèmes et tuait l'accouchée à petit feu dans de grandes souffrances était très impressionnante, alors que la prévention était pourtant simple : se laver les mains (L. DESTOUCHES, 1924 ; T. MORTON, 1954).

C'est après la Deuxième guerre mondiale que l'on a pu parler de «maternité sans risque» dans les régions qui avaient obtenu la possibilité pour toutes les femmes de bénéficier d'une assistance compétente à l'accouchement, avec une couverture obstétricale de 100%. Dans ces régions, le Taux de Mortalité Maternelle se situe autour de 0,50 pour 1.000 naissances, alors qu'il est estimé à 15 pour 1.000 au Bangladesh où la couverture obstétricale, c'est-à-dire la proportion de mères bénéficiant d'une assistance compétente à l'accouchement est de 10%. Pour l'ensemble des pays tiers-monde, cette couverture serait de 50%, avec pour conséquence, plus de 500.000 décès maternels par an. (C. ABOU-ZAHR, 1991).

L'accessibilité matérielle aux soins de santé maternelle en Algérie

Cette présentation de la prise en charge de la santé maternelle dans le temps et dans l'espace permet de mieux appréhender l'évolution de la situation algérienne qui n'était guère brillante au moment de l'Indépendance. Nous allons d'abord étudier l'évolution de l'accessibilité matérielle aux soins de santé maternelle, avant de tenter d'aborder l'accessibilité que l'on pourrait qualifier de socioculturelle, en relation avec les contraintes de la société traditionnelle.

Les premières informations dont nous disposons sont celles de l'Enquête démographique de 1968-1970 (ENSP 1975). La partie rétrospective de cette enquête à trois passages qui s'est intéressée à l'assistance à l'accouchement, révèle que 7% des femmes avaient bénéficié d'une assistance compétente à l'accouchement (12% en milieu urbain, et 2% en milieu rural), mais le lieu de la naissance n'était pas précisé, et les commentateurs précisaient que le terme de sage-femme (*quabla*) pouvait aussi bien être la sage-femme traditionnelle... qui était loin d'être compétente ! L'Algérie a toujours refusé de «recycler» les matrones. En 1969-1970, la situation s'améliore un peu : la couverture obstétricale atteint 12% (30% en milieu urbain et 4% en milieu rural). On ne risque pas de se tromper en disant que le (TMM) devait être proche de celui de l'ère pré-obstétricale, ou de celui du Bangladesh en 1985 : 15 décès maternels pour 1.000 naissances...

La différence de couverture obstétricale très importante entre les milieux urbain et rural met en évidence le premier déterminant de l'accessibilité aux soins de santé maternelle : la proximité de la maternité, l'accessibilité matérielle, avec ses deux composantes : la distance à parcourir pour aller à la maternité et le coût ; il y a d'abord le coût du transport (qui revêt toujours un caractère d'urgence) et le coût de l'hospitalisation.

A cette époque, seules les assurés sociaux et les bénéficiaires de l'AMG (Aide Médicale Gratuite) pouvaient être hospitalisées sans frais, et il arrivait que le mari refuse de payer les frais d'hospitalisation... sans réfléchir que si sa femme venait à mourir, il serait bien obligé de réinvestir" pour avoir une autre épouse.

Le Taux de Mortalité Maternelle Hospitalière était élevé : il se situe autour de 4 pour 1.000 à l'hôpital PARNET (A. P. DIAKITE, 1972), et l'étude des registres de l'état-civil met en évidence une surmortalité féminine durant la période de procréation dans toutes les wilayas, sauf celles d'Alger et d'Oran (J. DES FORTS. 1988).

En 1974, la mise en place de la gratuité des soins avait pour principal objectif les activités de prévention, avec notamment le développement d'un important réseau de maternités et de centres de protection maternelle et infantile (PMI) : cet investissement a permis, en moins de 15 ans, d'obtenir une couverture obstétricale gratuite supérieure à 60% pour l'ensemble du pays. mais avec de grandes différences non seulement entre les wilayas du Nord et celles du Sud, mais également d'une "wilaya du Nord à l'autre : les motivations des décideurs locaux pouvaient jouer un rôle important : en 1987 pour un million d'habitants, la wilaya de Tizi-Ouzou avait 30 maternités, et celle d'Oran n'en avait que 06, alors que sa voisine, la wilaya de Mascara en avait dix huit pour 500.000 habitants... (J. DES FORTS, 1991).

L'enquête de 1987 ne s'était intéressée qu'aux maternités publiques et qui étaient toutes gratuites. Les deux dernières enquêtes (par sondage)

disponibles donnent des résultats similaires pour le secteur public, et des précisions sur le rôle du secteur privé : 8% en 1990 (INSP) et 5% en 1992 (ONS). Ces deux enquêtes donnent également des informations sur la couverture prénatale : elle est de 60% en 1990 et de 57% en 1992, dont 70% en milieu urbain et seulement 47% en milieu rural. Cette dernière enquête donne des informations plus précises sur l'accessibilité aux services de santé, et montre la disparité entre les villes et les campagnes, où les structures de la société traditionnelle sont beaucoup plus fortes : 15% des communautés n'y disposaient pas, à l'époque, de service de santé à moins de 30 km, et 71% des femmes rurales qui avaient fait surveiller leur grossesse, avaient eu recours au secteur privé...

Quant à la mortalité maternelle, elle n'intéresse guère les chercheurs : la seule étude dont nous disposons a été réalisée par la méthode dite «des Sœurs». Dans le cadre d'une enquête sur la mortalité infantile (MSP, 1989), on a demandé aux mères si elles avaient eu des sœurs décédées, et la cause du décès. Les résultats ont permis de calculer un TMM de 2,3 pour 1.000, ce qui, rapporté aux 800.000 naissances annuelles des années 1990, représenterait environ 2.000 décès maternels par an en Algérie, soit 5 par jour. Les données hospitalières de l'enquête sur la Mortalité Maternelle Hospitalière en 1987, font état d'environ 1 décès par jour en maternité. Pour les quelques 200.000 naissances annuelles à domicile, il y aurait autour de 1.600 décès... Il est important de répéter que ces chiffres ne sont que des estimations très précaires qu'il ne faut absolument pas transformer en certitude, comme cela a malheureusement déjà été fait.

L'accessibilité socioculturelle

L'exposé de ces ensembles de données (ère pré-obstétricale en général, et évolution de la situation algérienne) permet de mieux appréhender les déterminants de l'accessibilité socioculturelle, et donc le vécu qui conditionne la prise de décision de la surveillance prénatale, et de l'accouchement en maternité.

Revenons à cette communauté féminine qui entoure la femme en travail, et qui a peur avec elle, parce que chacune d'entre elles est passé par là, et que chacune d'entre elles sait que la mort la guettera lors de sa prochaine grossesse : « El Hamdoullilah elli slekti » ; il s'agit bien de l'expression d'un vécu ancestral et immémorial, mais toujours présent : la mort en donnant la vie était et est encore une fatalité inhérente à la condition féminine. Il faudrait relire, dans «**Le Fils du Pauvre**» le passage où Mouloud FERRAOUN décrit la mort de sa tante Nana, après une grossesse difficile, sans que personne n'envisage de la transporter à l'hôpital de Tizi-Ouzou... Ce texte rejoint celui du prix Nobel Rigoberta MENCHU (1992) : dans son livre, elle décrit longuement toutes les coutumes qui entourent l'accouchement et déclare, ce qui est logique dans ce contexte : « *La femme indienne doit accoucher à la maison* ».

Il y a 30 ou 40 ans, la femme algérienne, elle aussi, devait accoucher à la maison puisqu'il n'y avait pas de maternité pour l'accueillir. Mais 20 ans plus tard, en milieu urbain, un certain nombre d'entre elles continuaient à rester chez elles pour donner naissance à leur enfant : entre 10 et 25 % à Hussein-Dey, banlieue d'Alger, dans les années 1975-1979, (J. DES FORTS, 1982) et 12% à Oran dix années plus tard (ALLEM, 1983). Pourquoi cette décision alors que l'hospitalisation était gratuite et les maternités proches ?

Les raisons invoquées sont variées : il y a le non dit des jeunes mariées sous la tutelle de leur belle-mère qui continue à être féconde par belle-fille interposée. Et, pour la « Hadja », maîtresse à bord dans le royaume des femmes, est-ce que l'hôpital n'est pas un ennemi, un concurrent qui va lui retirer une part importante de son autorité, son autorité sur la vie ?... Alors, l'"investissement" fait dans la dot apparaît tout à fait secondaire, et il ne vient pas à l'idée de la belle-mère qu'il faudrait rentabiliser cet investissement en faisant accoucher sa belle-fille dans de bonnes conditions.

On invoque le mauvais œil : pour l'éviter, le nouveau-né doit être mis à l'abri de tout regard suspect, et donc naître à la maison. Je me suis laissée entendre dire que la grand-mère pouvait mettre du khôl et farder le garçon nouveau-né comme si c'était une fille, pour tromper le mauvais œil...

Ayant bien été conditionnées lors de leurs premières grossesses, les mères de famille nombreuse qui ont acquis un certain pouvoir de décision justifient leur décision en invoquent un certain nombre d'arguments : il y a l'impossibilité de quitter son domicile : « *mon mari était absent* » ou bien « *Il n'y avait pas de moyen de transport* ». Certaines parlent d'un accouchement très rapide. Le côté «psy» apparaît plus clairement avec un argument qui revient souvent : « *Je ne peux pas abandonner mes enfants* ». Faut-il entendre : « *Je ne peux pas* » ou « *Je ne veux pas* » ?... La réponse peut être beaucoup plus claire : « *J'ai l'habitude d'accoucher chez moi... J'ai toujours accouché chez moi* ». Et si, la prochaine fois, l'enfant est mal placé ? Et si l'utérus épuisé par des maternités trop nombreuses ne se referme pas, et que survient une hémorragie de la délivrance ?

« *A L'hôpital, les femmes meurent* ». Cet argument basé sur une dramatique réalité, entretient ce qui est sous-jacent : la peur de l'hôpital. Il y a d'abord la qualité de l'accueil : le personnel souvent anonyme et pas toujours aimable, et le travail à la chaîne dans les grosses maternités sont loin de l'ambiance familiale sécurisante parce que familière, et féminine, alors qu'à l'hôpital, il y a des hommes... Et puis, on doit monter sur une table élevée, alors que, à la maison, il n'y a que des meïdas et des divans bas ; enfin on vous met dans une position indécente, exposée à tous les regards, alors que, à la maison, que l'on soit debout ou accroupie.

l'intimité corporelle est respectée. A l'hôpital, on fait des opérations qui peuvent vous rendre stérile..

Mais ce qui ne se dit pas dans les cercles familiaux ou dans les hammams, ce sont les vaines tentatives d'accouchement à domicile qui arrivent en catastrophe à la maternité ; les sages-femmes sont parfois confrontées à de graves problèmes de conscience lorsqu'elles dépistent, par exemple, un bassin rétréci. Cette déformation est généralement la conséquence du rachitisme, cette maladie socioculturelle dont nous avons déjà parlé, et qui peut avoir des conséquences tragiques. Le praticien a pour devoir d'informer la femme enceinte qu'elle ne pourra accoucher que par césarienne. Et on a vu des cas où la peur de l'intervention chirurgicale a amené la future mère (ou son entourage) à vouloir à tout prix accoucher chez elle, et arriver à l'hôpital pour y mourir...

Conclusion

Dans le monde, la moitié des futures mères accouche encore à domicile et plus de 500.000 en meurent chaque année, ce qui représente en moins de 20 ans une hécatombe de plus de 10 millions de femmes... En Algérie en 1992, 25% des Algériennes se trouvaient dans ces conditions précaires. Et le silence plane sur ce scandale...

La solution, c'est offrir à toutes les femmes la possibilité de bénéficier d'une assistance compétente à la naissance de son enfant, mais la solution fondamentale, c'est la scolarisation des filles, et la formation de cadres féminins ; si la majorité des décideurs financiers appartenaient au sexe féminin, les femmes obtiendraient le droit de vivre lorsqu'elles donnent la vie.

Bibliographie

ABITOL, MAURICE : Birth and human evolution : Anatomical and obstetrical mechanics in primates. Berghin and Garvey Westport, Connecticut - London, 1996.

ABOU-ZAHRE, CARIA AND ROYSTON, Erika Maternal Mortality : A global Factbook, O.M.S., 1991, 600 pages.

ALLEM, MOHAMED ET BELBACHIR, HOCINE : Les accouchements prématurés dans la commune d'Oran. Mémoire de licence en démographie. Université d'Oran, 1983.

Annales de démographie historique, 1981.

BADINTER, ELISABETH : L'un est l'autre. Ed. Odile Jacob, 1986.

BOURGEOIS, LOUISE : Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveau-nés, suivie de Instructions à ma fille. 1609, Ed. Côté-femmes.

DES FORTS, JACQUELINE : Etude de quelques paramètres concernant les accouchements à domicile ; facteurs de risques. Actes des premières Journées médicales d'Annaba, Avril 1982, p.p. 50 à 67.

DES FORTS, J. : Mortalité maternelle en Algérie. Rapport préliminaire. Unité de Recherche **Mère-Enfant** (Pr. TOUHAMI). Oran, Clinique Amilcar Cabral, Document photocopié, 1986, 67 p.

DES FORTS, J. : Fécondité et mortalité maternelle : tentative d'approche de la situation durant la dernière décennie. Actes du colloque "Femmes, famille et société". Oran, URASC, 13 et 24 Juin 1987, p.p. 261-286.

DES FORTS, J. : Facteurs de risque de la Mortalité maternelle en Algérie à partir des registres d'état-civil, et des registres d'admission dans les maternités. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, Vol. 30 n°6, 1988, p.p. 498-490.

DES FORTS, J. : The Maternal mortality : a difficult study. I.U.S.S.P. Meeting, New-Delhi (India) 20-27/09/1989. Session "Populations at risk."

DES FORTS, J. : Hospital maternal mortality and accessibility to obstetrical care facilities in Algeria. 12th. Los Angeles (U.S.A.), Meeting of I.E.A., 05-09/08/1990. Abs n 444.

DES FORTS, J. : La Mortalité maternelle hospitalière en Algérie en 1987. Monastir, Tunisie, Journées de l'ADELF, 29 et 30/10/1990.

DES FORTS, J. : Le droit de vivre, et de bien vivre pour celles qui donnent la vie : le cas de l'Algérie. Actes de l'Atelier "Femmes et Développement", Alger, 18-21 Octobre 1994. Oran, Ed. CRASC, 1995, p.p. 97 à 128.

DES FORTS, J. : Maternal mortality and women's condition : the distress in being a woman. International Journal of Anthropology, n°2/3, 1996 p.p. 121-134.

DES FORTS, J. : Evolution des indicateurs de la Mortalité maternelle en Algérie (1962-1992). Paris, Vème Journées de l'Orstom, 22-24 Septembre, 1997 : «Régulation démographique et environnement», Résumés et communications, p.p. 159 à 168.

DES FORTS, J. : Les Déterminants de l'accessibilité aux soins de santé maternelle. (A paraître dans les actes du colloque du GRAS, 22 et 23 Décembre 1997).

DESTOUCHES, LOUIS : La vie et l'œuvre de Philippe Ignace SEMMELWEIS, Thèse de doctorat en Médecine. Paris, 1924.

DIAKITE, A. P. : Etude de la mortalité maternelle à la maternité de l'hôpital Parnet de 1963 à 1971. Thèse de doctorat en médecine, Alger, 1972.

DUMONT, MARTIAL ET MOREL, PIERRE : Histoire de l'obstétrique et de la gynécologie. Lyon, Ed. Simep, 1968.

ENSP : Etude Statistique Nationale de la Population, 1968-1970. Secrétariat d'Etat au Plan, Alger, 1975.

FERRAOUN MOULOUD : Le Fils du Pauvre. Seuil, Paris.

GARROS, BERTRAND ET VALLIN, JACQUES.- La mortalité par cause en Algérie : le cas de Tebessa.- Paris, Populations, 1977, 4-5.- p.p. 807-833.

GELIS, J. ; LAGET, M. ; MOREL, M. F. : Entrer dans la vie : naissances et enfances dans la France traditionnelle. Ed. Gallimard-Julliard, Paris, 1978.

GELIS, J. : L'arbre et le fruit : la naissance dans l'Occident moderne (XIV^{ème}-XIX^{ème} siècles). Ed. Fayard, Paris, 1984.

GELIS J. : La sage-femme ou le médecin : une nouvelle conception de la vie. Paris, Ed. Fayard, 1988.

GELIS, J. : Accoucheurs de campagne sous le roi-soleil : Le traité des accouchements de G. MAUQUIST DE LA MOTTE. Ed. Imago, Paris, 1989.

GENIN, NICOLE : Contribution à l'histoire de l'obstétrique et de la gynécologie. Thèse de doctorat en médecine, 1970.

GOUREVITCH, DANIELLE : Le mal d'être femme. Ed. Belles-Lettres, Paris, 1984.

GUTIERREZ, R. ET HOUDAILLE, J. : La Mortalité Maternelle en France au XVIII^{ème} siècle. Population, 6, 1983, p.p. 975-994.

INSP : Enquête nationale de santé 1990 : suivi des grossesses. BRIXI Zahia, Institut National de Santé Publique, Alger, Janvier 1994.

LAGET, MIREILLE : Naissances : l'accouchement avant l'âge de la clinique. Ed. Seuil, Paris, 1982.

LORAUX, NICOLE : Le lit et la guerre" : Revue "L'Homme", Janv.-Mars 1981, XXI, p.p. 37-67.

O.M.S.- Maternité sans risque. (O.M.S, n°23, 1997 (1), p. 2.

MENCHU, RIGOBERTA ET BURGOS, E. : Moi, Rigoberta Menchu, une vie, une voix. Ed. Gallimard, Paris, 1992.

M.S.P./O.M.S. : Mortalité infantile et juvénile en rapport avec les tendances de la fécondité. Enquête à El Madania, Birtouta et Chebli, 1980.

M.S.P. : Enquête Nationale sur la morbidité et la mortalité infantile. Ministère de la Santé Publique, Alger, 1989.

O.M.S. (WHO) : Maternal mortality rates : a tabulation of available informations. 1985.

O.M.S. (WHO) : Estimate of Maternal mortality in safe motherhood n°8, May-July 1992.

O.N.S. : Enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant. Rapport préliminaire. Office National des Statistiques, Ministère de la Santé, Des Statistiques, et Ligue des Etats Arabes. Alger, Janvier, 1992.

PELLER, S. : Births and deaths among Europe's ruling families since 1500. D.U. Glass et D.E.C. Eversley, Ed. Population, in History, London, Edward Arnold Publishers, 1965.

PELOT, PIERRE ET COPPENS, YVES : Sous le vent du monde. Roman. Ed. Denoël, 1996.

PLNDEL, J. F. : Histoire de la césarienne. Bruxelles, Presses Académiques Européennes, 1969.

R.E.M.D.R. : Réseau Mondial des Femmes pour les Droits à la Reproduction : Baisse de la mortalité maternelle à Matlab au Bangladesh. Bulletin n°57, 1997, p. 19.

ROUSSELLE, ALINE : La Politique des corps : histoire des Femmes en Occident. Plon, Paris, 1991. Tome I : L'Antiquité, ch. 6.

ROYSTON, ERIKA AND ARMSTRONG, SUE : La prévention des décès maternels. WHO, 1990.

THOMSON-MORTON : Tu enfanteras dans la souffrance. Presse de la cité, Paris. 1956.