

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION
NATIONALE

RÉPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITÉ DE BAMAKO

FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO –
STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2008-2009

N°...../



**PRATIQUE DES MARIAGES PRECOCES
DANS LA REGION DE TOMBOUCTOU
AU MALI**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le/...../2009

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par

Mr SIDI SIRIMAN KANTE

Pour obtenir le Grade de **Docteur en Médecine**

(DIPLOME D'ETAT)

Jury

PRESIDENT : Professeur SY AIDA SOW

MEMBRES : Dr Moustapha TOURE

DIRECTEUR DE THESE : Dr Akory AG IKNANE

CO-DIRECTEUR : Mr Ibrahima CISSE

1. INTRODUCTION

1.1. DEFINITION

Est considéré comme mariage précoce, tout mariage conclu et consommé à un âge inférieur à 18 ans pour la fille qui, à ce stade n'est pas encore arrivée à la maturation complète de ses organes. Étant donné qu'à cet âge la fille victime n'a aucun consentement à donner, il est important d'associer les termes mariage précoce et forcé. Par l'âge souvent très bas de la fille, il ne s'agit pas de mariage précoce, mais de mariage d'enfant.[1]

1.2. INTERET :

Le mariage précoce est une pratique néfaste qui tire ses "justifications" dans des arguments non fondées parmi lesquels il faut citer : la perpétuation d'une relation inter familles, la sauvegarde de l'honneur de la famille la préservation de la virginité avant le mariage, la suite dite "logique" du processus d'évolution traditionnelle des filles qui, dans certaines communautés doivent quitter la case des excisées pour se diriger vers les cases de leurs maris, l'éviction de grossesses extraconjugales, la pauvreté est aussi très souvent à la base du mariage précoce/forcé car dans certaines communautés, les parents de la fille exigent une dot substantielle.

Il est évident que toutes ces justifications sont inconsistantes et ne résistent pas à la violation flagrante des droits des filles victimes de mariage précoce/forcé.

Selon les données des Enquêtes démographiques et de santé (EDS) faites au Bangladesh, (réf) en Inde, au Mali et au Népal, la moitié des femmes au

moins, âgées actuellement de 20 à 24 ans, étaient mariées à l'âge de 18 ans. Dans certaines régions du Bangladesh, de l'Éthiopie, de l'Inde et du Nigeria, au moins 40 % de ces femmes étaient mariées avant d'avoir 15 ans. Si de telles tendances perdurent dans les 10 ans à venir, plus de 100 millions de filles seront mariées avant d'avoir 18 ans (âge pourtant considéré comme le seuil légal dans la plupart des pays). Tel est en effet la conclusion d'une analyse faite par le Population Council des données de pays membres des Nations Unies. Le mariage précoce chez les garçons est chose plus rare.

La présente étude commanditée et financée par l'Aide de l'Église Norvégienne (AEN) s'inscrit dans le cadre de la lutte contre ce fléau dans la perspective de la préservation des droits humains de cette couche vulnérable de la société.

1.3. Objectifs de l'étude :

1.3.1. Objectif général

Élaborer un plan stratégique de lutte contre les violences basées sur le genre à partir d'informations collectées sur les mariages précoces dans la région de Tombouctou.

1.3.2. Objectifs spécifiques

- Évaluer la pratique des mariages précoces dans la région de Tombouctou.

- Décrire la motivation et les attitudes des principaux acteurs face à cette pratique.

- Mettre en exergue les liens existant entre les mariages précoces et les problèmes de santé de la reproduction ainsi que les conséquences pour les personnes affectées.

GENERALITES

2. GENERALITES :

2.1. HISTORIQUE :

Dans le monde entier le mariage est considéré comme un jour de fête et une étape importante de la vie d'adulte. Hélas, la pratique du mariage précoce impose bien trop souvent un partenaire conjugal à un enfant, ce qui signifie mettre un terme à son enfance et compromettre ses droits fondamentaux [1]. La naissance, le mariage et la mort constituent généralement les trois événements majeurs dans la vie des gens. Un seul cependant – le mariage – relève d'un choix. Le droit d'exercer ce choix fut reconnu comme principe juridique dès l'époque romaine et est établi depuis longtemps par les instruments internationaux de droits humains. Pourtant de nombreuses filles, et un nombre moindre de garçons, se marient sans nulle possibilité d'exercer leur droit de choisir. Certains sont contraints au mariage extrêmement tôt d'autres sont simplement trop jeunes pour prendre en connaissance de cause une décision concernant leur partenaire ou les implications du mariage même. On considère qu'une fois mariée une fille est une femme, même si elle n'a que 12 ans ,de même, lorsqu'un garçon se marie, il devient un homme qui doit abandonner les habitudes d'enfants. Bien que l'âge du mariage soit généralement en hausse, le mariage précoce, que ce soit pour les garçons ou pour les filles, a de profonds effets sur le plan physique, intellectuel, psychologique et émotionnel, et met fin aux possibilités d'éducation et de croissance individuelles. Pour les filles, de plus, il est presque toujours synonyme de grossesse et d'accouchement prématurés et d'une existence d'asservissement domestique et sexuel sur laquelle elles n'ont aucun pouvoir.

2.2. GENERALITE SUR LE MALI :

La république du Mali, pays continental par excellence, couvre une superficie d'environ 1 241 248 Km² [4]. Elle partage près de 7 200 Km de frontières avec l'Algérie au Nord, le Niger à l'Est, le Burkina Faso au SUD-EST, la Côte d'Ivoire et la Guinée au Sud, la Mauritanie et le Sénégal à l'Ouest. Le relief est peu élevé et peu accidenté. C'est un pays de plaines et de bas plateaux. L'altitude moyenne est de 500 mètres.

Le réseau hydrographique est constitué par deux principaux fleuves, le Niger et le Sénégal qui arrosent surtout le sud du pays. Le régime de l'ensemble de ce réseau fluvial est de type tropical avec des hautes eaux en période d'hivernage et de basses eaux en saison sèche. Du Sud au Nord, un quart du territoire (25 %) est situé dans la zone Soudano-guinéenne, 50 % dans la zone sahélienne et 25 % dans le désert saharien [1] .

Le climat est sec avec une saison sèche et une saison des pluies ; cette dernière durant en moyenne 5 mois au Sud et moins d'un mois au Nord. Les précipitations sont entre 1300 mm à 1500 mm au sud tandis que la moyenne est de l'ordre de 200 mm au Nord. Ce climat se présente en cinq zones dont une particulière, celle du delta intérieur du Niger, qui sont :

- la zone sud Soudano-guinéenne : environ 6 % du territoire national, dans l'extrême sud. Les précipitations sont comprises entre 1 300 et 1 500 mm d'eau par an ;
- la zone nord Soudanienne, avec 1 300 à 700 mm/an d'eau. Cette zone couvre environ 18 % du territoire ;
- la zone Sahélienne : les précipitations vont de 700 à 200 mm d'eau par an.

- la zone Saharienne : les précipitations deviennent irrégulières et au fur et à mesure qu'on s'éloigne des abords du fleuve Niger et qu'on avance dans le Sahara; elles deviennent aléatoires et inférieures à 200 mm/an.
- Le delta intérieur du Niger : c'est une véritable mer intérieure. Cette nappe d'inondation est au cœur même du Sahel. Le delta avec ses 300 Km de long sur 100 Km de large, joue un rôle régulateur dans le climat de la région.

Au Mali, la connaissance des données socio-démographiques, qui constituent la base de tout processus de planification est basé sur les différentes opérations d'enquêtes et de recensement de la population et de l'habitat.

Le Mali, selon le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) avait une population résidente de 9 810 912 habitants dont 50,5 % de Femmes contre 49,5 % d'hommes [2]. Avec un taux d'accroissement annuel de 2,2 %, la population résidente est estimée en 2007 à 12 689 595 d'habitants [1] dont 7,6 millions d'entre eux résident en milieu rural (73,2 %), malgré une forte mobilité liée à l'exode rural.

La population malienne se caractérise par sa jeunesse. En effet, 55,2 % de la population a moins de 19 ans [2] et 17 % a moins de 5 ans dont 14 % âgé de 12 à 59 mois. Les femmes en âge de procréer représentent 22,6 % de la population générale.

Selon les données du RGPH de 1998, les principaux sous-groupes sont :

- enfants de moins d'un an (0-11mois) = 2,9%
- enfants de 1 an à 4 ans = 14,0%
- enfants de moins de 5 ans (0-4 ans) = 17,0%
- enfants de moins de 15 ans (0-14 ans) = 46,0%

- enfants de moins de 19 ans (0-18ans) = 55,2%
- femmes en âge de procréer (15-49 ans) = 22,6%

Le Mali figure parmi les pays à forte croissance démographique. Même si la densité de la population est faible (7,7 habitants par Km²), la capacité de support du milieu naturel est limité à cause des conditions agro-climatiques qui prévalent.

Le tableau suivant donne l'évolution de la population par milieu de résidence en partant d'une hypothèse de baisse de la fécondité.

Tableau I : Evolution de la population malienne en millier d'habitants

	1995	2005	2015	2022	2025
Population totale	9 012	11 366	14 896	17 500	19 153
Population rurale	6 611	7 581	8 834	9 418	9 785
Population urbaine	2 351	4 162	6 779	8 062	9 368

Source : Prospectives Mali 2025.

L'espérance de vie à la naissance est estimée à 61,6 ans. Avec un taux d'accroissement de 2,9% par an, la population malienne est estimée à **10 472 782** habitants en 2002 et **12 689 595** en 2007.

évalués en 2001 sont des plus bas d’Afrique. Si le taux de mortalité infantile est passé de 123 en 1996 à 113 pour 1000 en 2001, le taux de mortalité maternelle quant à lui est passé de 577 en 1996 à 462 pour 100 000 naissances en 2006 [10].

Le tableau suivant donne quelques indicateurs de santé selon les informations du Système d’Information Sanitaire de la Direction Nationale de la Santé.

Tableau II : Évolution du taux d’utilisation des services de la Santé de la reproduction par les populations maliennes de 2003 à 2007.

Indicateurs	2003	2004	2005	2006	2007
Consultation curative	0,23	0,25	0,26	0,26	0,29
Consultation prénatale (%)	59	75	75	75	78
Accouchements assistés (%)	42	49	53	55	59
Planification familiale (%)	2,71	2,36	3,16	3,76	4,17
Couverture DTCP3 < 1 an (%)	79	90	91	92	94

Source : rapport d’activité du bureau exécutif national; Novembre 2003 A Août 2008.

L’analyse des indicateurs selon l’EDSM IV donne des résultats nettement plus faibles que ceux recueillis par le système d’information sanitaire. A titre d’exemple, le taux de couverture des enfants de moins d’un an en DTCoq 3, était de 40 %, en 2001. 69 % et 49 %.

Tableau III : Indicateurs de Santé du Mali de 2003 à 2007

Activités	2003	2004	2005	2006	2007
Nombre de CSCOM	660	699	753	785	899
% population à 05 km ayant accès aux soins	46	47	50	51	53
% population à 15 km ayant accès aux soins	69	71	75	76	78
Taux de fréquentation (Nouveaux cas /habitants /an)	0.23	0,25	0,26	0,26	0.29
Taux couverture CPN (en pourcentage)	59	75	75	75	78
Taux d'accouchements assistés (en pourcentage)	42	49	53	55	59
Taux d'enfants >12 mois vaccinés au DTCP 3 (en %)	79	90	91	92	94
Prévalence contraceptive (en pourcentage)	2,71	2,36	3,16	3,76	4,17

Source : rapport d'activité du bureau exécutif national; Novembre 2003 A Août 2008.

Le nombre de CSCOMs est passé de 660 à 899 entre 2003 et 2007[10].

2.3.2. Historique de la santé de la reproduction

2.3.2.1. Au niveau international

A la suite de la conférence internationale du **CAIRE en 1994** sur la population et le développement (CIPD) ayant consacré le concept de santé de la reproduction (SR), le Mali à l'instar des autres pays participants (179) a procédé à la révision de ses documents de Politique de Normes et Procédures de Services en vue d'une meilleure exécution des activités liées à la SR. Le caractère intersectoriel et multidisciplinaire du nouveau concept Santé de la Reproduction a motivé de multiples interventions à travers des projets et

programmes par différents intervenants (Etat, ONG, Communauté...) pour sa mise en œuvre.

Toutefois, les tentatives d'opérationnalisation de la santé de la reproduction ont connu des insuffisances et contraintes liées à certains facteurs :

- L'absence de compréhension harmonisée sur le concept et ses composantes
- L'insuffisance du cadre conceptuel de collaboration et de mécanismes de coordination entre les différents intervenants.
- L'insuffisance d'intégration des composantes de la SR au Paquet Minimum d'Activités par niveaux.
- L'évolution conceptuelle de la santé de la reproduction a été opérée en trois (3) étapes
- La santé maternelle et infantile et planification familiale dont les activités étaient essentiellement axées sur le couple mères / enfant les femmes et les enfants étant considérés comme des groupes les plus vulnérables ;
- La Santé familiale plus élargie prenant en compte d'autres facteurs en plus de la SMI/PF (promotion de la femme, éducation) mais insuffisamment définie au niveau de ses composantes pour une meilleure opérationnalisation de ce concept ;
- La santé de la reproduction (SR) un concept plus inclusif prenant en compte la SMI/PF la lutte contre les pratiques néfastes à la santé de la femme et des enfants, la prévention de l'infection en SR.
- En 1991, il a adopté une déclaration de politique nationale de population avec pour objectif fondamental l'amélioration des conditions de vie de population à travers l'éducation, la santé, le logement, l'alimentation, la nutrition.

2.3.2.2. Historique de la Santé de Reproduction au Mali

La santé de la reproduction fait partie des grandes préoccupations de la politique de santé du gouvernement. Depuis 1980, le Mali dispose d'une politique de Santé Maternelle et Infantile basée sur :

- le renforcement de la couverture en soins prénatals
- la couverture en accouchements assistés
- les soins postnatals ;
- la santé des enfants y compris la surveillance de sa croissance et la vaccination, la nutrition y compris la promotion de l'allaitement maternel;
- la planification familiale y compris la lutte contre l'infertilité
- la prévention et la prise en charge des IST/SIDA.

Au plan institutionnel, la Division Santé Familiale (DSF) a été créée au sein de la Direction Nationale de la Santé Publique en 1980 pour mettre en œuvre la politique nationale de Santé Maternelle et Infantile et de planification Familiale (SMI/PF) avec comme missions :

- développer les activités de SMI sur l'ensemble du territoire national ;
- intégrer la Planification Familiale dans les activités de SMI ;
- coordonner et superviser la mise en œuvre des activités de SMI/PF ;
- assurer la formation du personnel sur les différentes composantes de la SMI/PF
- assurer le suivi/évaluation de la SMI/PF

L'AMPPF a joué un rôle de pionnier dans le domaine de la santé de la reproduction au Mali. Suite à l'évolution de la politique de santé avec l'Initiative de Bamako (IB) et l'adoption de la politique sectorielle de santé et de population, un accent particulier a été mis sur la participation des communautés à la prise en charge de leurs problèmes de santé, surtout en matière de santé de

la reproduction. Ceci a abouti à une révision des missions des différents services techniques du département de la santé et à la création d'une « section santé communautaire » au sein de la DSF de la DNSP.

La nouvelle Division Santé Familiale et Communautaire (DSFC) avait la responsabilité de coordonner l'ensemble des activités de SMI/PF et de nutrition au niveau des structures de santé, des ONG et Associations intervenant dans la SMI/PF et la nutrition.

L'adoption du PRODESS et au regard de la composante « intégration de la lutte contre la maladie et des actions en matière de santé de la reproduction et de nutrition », une nouvelle réforme de la Direction Nationale de la Santé Publique est intervenue avec la **création** de la **Division Santé de la Reproduction en 2000** en lieu et place de la DSFC. Le PRODESS intégrera le concept SR.

Au plan opérationnel, la politique nationale de santé maternelle et infantile et de planification familiale était mis en œuvre à travers plusieurs projets indépendants ayant chacun sa coordination et des bailleurs différents.

Ainsi de **1980 à 1986**, la DSF a mis en oeuvre le premier projet de santé familiale financé par le FNUAP et celui de la formation/recyclage des matrones et des accoucheuses traditionnelles financé par l'OMS. A ces deux projets se sont ajoutés :

- le premier projet sur la santé rurale soutenu par l'USAID et
- celui de l'UNICEF pour la santé des enfants.

De 1986 à 1988, la DSFC a géré et mis en œuvre plusieurs autres projets de SMI/PF.

En 1988, le Département a fusionné toutes les interventions en un seul Programme National de Santé Maternelle et Infantile et de Planification Familiale (1988-1992) placé sous la responsabilité de la Direction Nationale de la Santé Publique à travers sa **Division Santé Familiale et Communautaire**. L'objectif visé par cette intégration était de rationaliser l'utilisation des ressources et marquer avec force la responsabilité première du Département de la Santé face à tous les intervenants. Cependant la vision projet a prédominé malgré cette réforme d'intégration puisque chaque partenaire tenait à une lisibilité des résultats spécifiques liés à son financement.

La même année (1988), le Mali a élaboré un **plan quinquennal national de SR/PF 1999-2003**. Ce plan n'a jamais été validé. La mise en oeuvre de la politique de SR s'est effectuée à travers le volet I du PRODESS suivant une approche programme fondée sur le souci premier de rapprocher les services de santé de la reproduction en multipliant les pôles de contact et en assurant la disponibilité des médicaments et produits contraceptifs à tous les niveaux.

A cet effet les stratégies suivantes ont été définies :

- le renforcement de la capacité d'intervention des ONG, associations, du secteur privé lucratif et confessionnel par la mise à disposition de moyens d'intervention et leur initiation aux nouvelles normes et procédures ;
- la détermination de modalités de subventionnement des acteurs non étatiques intervenant dans la santé de la reproduction ;
- le renforcement de la coordination des différents intervenants non étatiques en mettant en place des mécanismes de concertation et de circulation de l'information ;
- la production et la diffusion de supports d'information sur la santé reproductive en langues nationales ;

- la mobilisation des artistes et des communicateurs sur les thèmes relatifs à la santé de la reproduction ;
- l'amélioration de la connaissance sur les pratiques en matière de santé reproductive par la réalisation des études spécifiques
- l'amélioration du cadre législatif sur l'avortement et les mutilations génitales féminines par une relecture du code pénal ;
- le développement d'indicateurs spécifiques sur la santé de la reproduction et d'indicateurs exprimés selon les sexes dans le cadre du SNIS ;

La période 1998-2000 consacrée à la création des conditions de mise en oeuvre du PRODESS, a été marquée par un ralentissement de l'ensemble des activités y compris celles de SR, aux niveaux opérationnels et régionaux. Chaque région et cercle a cependant mis à profit cette période pour mener des analyses et élaborer des plans quinquennaux de SR adaptés à leur contexte. D'autre part, les activités de SR ont été prises en compte dans la politique d'extension de couverture sanitaire à travers le PMA et l'organisation du système de référence - évacuation.

2.3.2.3. Définition du Concept de la Santé de la Reproduction :

Le concept de santé de la reproduction est assez vaste et dépasse le seul cadre clinique de la santé de la mère et de l'enfant. Conformément à la résolution 49/128 de l'assemblée générale des Nations Unies sur le rapport de la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) tenue au Caire en 1994, l'OMS définit la santé de la reproduction comme suit : « **La santé reproductive est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité, pour tout ce qui touche à l'appareil génital, à ses fonctions et ses processus** ».

Au Mali, le concept de la santé de la reproduction comprend un ensemble de mesures préventives, curatives et promotionnelles visant à améliorer la prise en charge des groupes vulnérables que constituent les femmes, les enfants, les jeunes adultes afin de réduire la mortalité et la morbidité maternelles, infantiles, juvéniles et promouvoir ainsi le bien être de tous les individus.

La santé de la reproduction comprend les 9 composantes suivantes :

- Les soins prénatals
- Les soins périnatals
- Les soins postnatals
- Planification familiale
- Les soins post – abortum
- La prévention et le traitement des IST/VIH/SIDA
- Les soins liés à l’approche « Genre et Santé ;
- La santé de la reproduction des jeunes adultes ;
- survie des enfants de 0 à 5 ans.

2.3.2.4. Défis et priorités de la santé de la reproduction

Les principaux problèmes identifiés sont :

- Mortalité maternelle et néonatale élevé 495 pour 100 000 naissances vivantes [10].
- La mortalité infantile (0 à 1an) : 96 pour 1000 [10].
- La mortalité juvénile (1 à 5 ans) :105 pour 1000 [10].
- La mortalité infanto- juvénile est élevé : 191 pour 1000[10].
- Le VIH/Sida, surtout pour les jeunes et les femmes a une incidence variable selon les régions, qui est globalement de 2,7 % pour l’ensemble du pays.

- Le faible niveau de la contraception malgré un taux de connaissance élevé
- La persistance de la pratique de l'excision 93 %, des mariages précoces avec leurs conséquences sur le plan sanitaire
- Le taux brut de scolarisation est faible, de 55% pour l'ensemble des deux sexes et de 46% pour les filles

Les principaux besoins émergents en matière de santé de la reproduction sont :

- Les Soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC) et de base (SOUB)
- Les CPN recentrées
- La création des centres multifonctionnels de conseils et d'orientation pour les jeunes en SR
- L'adaptation et l'accessibilité des structures sanitaires aux jeunes
- La planification familiale comme porte d'entrée de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

2.4. GENERALITE SUR TOMBOUCTOU :

La **région de Tombouctou** est la sixième région administrative du Mali. Sa capitale est la ville de Tombouctou. Elle couvre une superficie de 408 977 km² avec une population qui était estimée en 1987 à 453 032 habitants et qui compte en 2007, 616 692 habitants avec un taux d'accroissement annuel de 0,3 %[3].

La région de Tombouctou est limitée au sud par les régions de Ségou et Mopti, à l'est par les régions de Gao et Kidal, au nord et nord-est par l'Algérie et à l'ouest par la Mauritanie. C'est une région presque exclusivement désertique.

La région de Tombouctou est composée de cinq cercles : Tombouctou, Diré, Niafunké, Goundam et Gourma-Rharous.

La région est desservie par le petit aéroport de Tombouctou, et accessoirement par celui de Gao. On y accède également par le fleuve Niger et les pistes qui le longent, mais la partie nord est uniquement le domaine des routes caravanières.

La ville de Tombouctou génère une activité touristique notable dans une région qui vit toujours de la production du sel (les routes transsahariennes au nord persistent), d'un peu d'élevage et du petit artisanat local.

Au plan sanitaire, la région de Tombouctou dispose d'un Etablissement public hospitalier (EPH), ancien Hôpital régional qui joue le rôle de seconde référence. En plus, au niveau de chaque chef lieu de cercle se trouve un centre de santé de référence qui joue le rôle de première référence en particulier dans le domaine de la santé de la reproduction. Par rapport au premier de l'offre de service en particulier dans le domaine de l'offre du paquet minimum d'activité, la région

de Tombouctou disposait en fin 2007 de 51 CSCOM [8] dont 14 % sont tenus par un personnel non qualifié. En termes d'offre de soins de qualité, le coût moyen de l'ordonnance en 2007 au niveau de la première référence (CS Réf) était à 1230 F Cfa contre 1100 F au niveau CSCOM [8]. Pour l'ensemble de la région, la proportion d'injectable dans la prescription était de 24 % contre 45 % d'antibiotique avec un nombre moyen de 3 produit par ordonnance [8]. D'autres indicateurs de santé sont donnés dans le tableau qui suit.

Tableau IV: Indicateurs de Santé de la région de Tombouctou de 2003 à 2007

Activités	2003	2004	2005	2006	2007
Nombre de CSCOM	46	46	49	50	51
Taux de fréquentation (Nouveaux cas /habitants /an)	0,21	0,20	0,24	0,25	0,31
Taux couverture CPN (en pourcentage)	31	35	46	52	71
Taux d'accouchements assistés (en pourcentage)	15	18	24	27	35
Taux d'enfants >12 mois vaccinés au DTCP 3 (en %)	42	38	70	70	75
Prévalence contraceptive (en pourcentage)	0,79	1,06	1,24	2,35	3,30
Indice d'assiduité (N/N+A)	2,10	2,06	1,91	2,01	2,01*

Source : rapport d'activité du bureau exécutif national; Novembre 2003 A Août 2008.

METHODOLOGIQUE

3. METHODOLOGIQUE :

L'approche pour la conduite de cette étude a été basée essentiellement sur une enquête par échantillonnage auprès de plusieurs catégories de la population et à l'aide de différents types d'outils de collecte de données sur le terrain.

3.1 Cadre d'étude

L'étude a concerné trois cercles de la région administrative de Tombouctou, Niafunké, Diré et Gourma Rharous , les jeunes filles et les femmes mariées ou non de 9 ans et plus, une catégorie du personnel sanitaire des CSCOM et CSREF (médecins - chirurgiens, sages femmes et matrones), les leaders communautaires et communaux, les représentants des ONG et associations.

3.2. Revue documentaire

Elle a surtout porté sur :

- la situation des connaissances relatives aux liens entre mariage précoce et la santé de la reproduction,
- les documents de référence sur cette pratique au Mali,
- les rapports sur les actions déjà menées dans la zone ; et
- les informations disponibles au niveau de l'hôpital régional de Tombouctou, des centres de santé de référence des trois cercles et des centres de santé communautaires dans ces cercles.

3.3 Echantillonnage

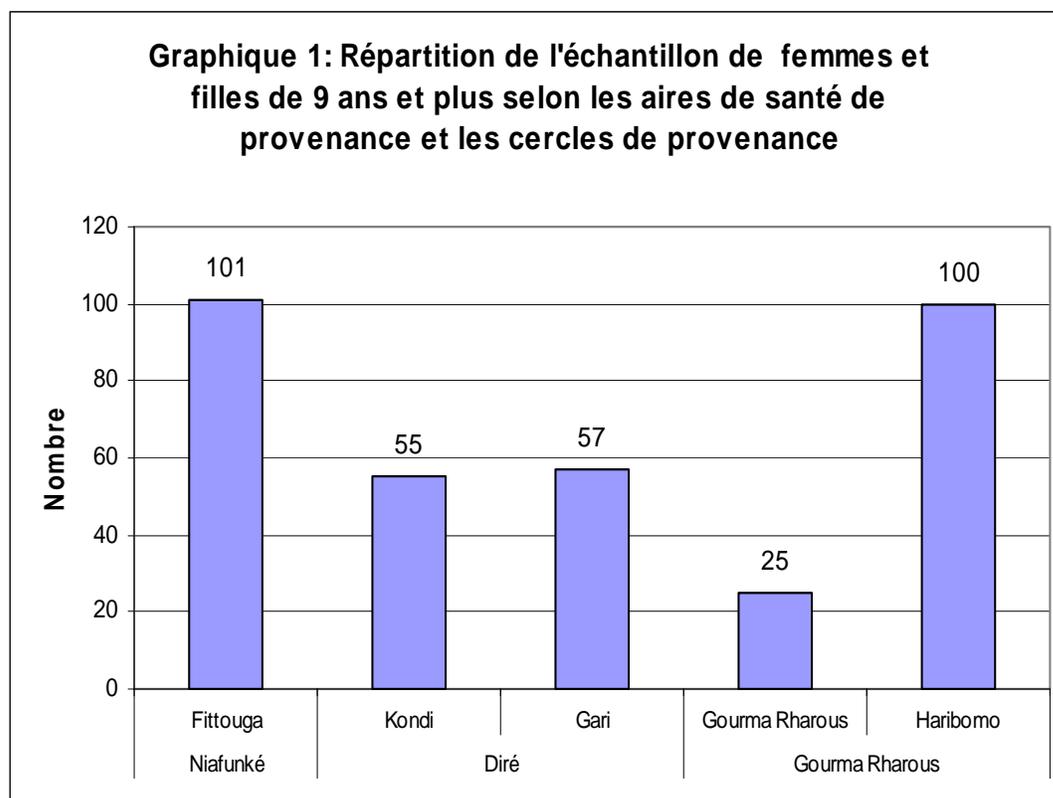
L'étude a ciblé plusieurs sous échantillons de populations de taille différente comme indiquée au tableau ci dessous :

Tableau V: Répartition des filles et femmes enquêtées selon les centres de santé

CSREF	CSCOM	Total femmes et filles de 9 ans et plus	%
Niafunké	Fittouga	101	29,9
Sous/total Niafunké		101	29,9
Diré	Kondi	55	16,3
	Gari	57	16,9
Sous/ total Diré		102	33,2
Gourma Rharous	Gourma Rharous	25	7,4
	Haribomo	100	29,6
Sous/total Gourma Rharous		125	37,0
Total Tombouctou		338	100

Au niveau de chacun des trois cercles, le choix des aires de santé et des villages à enquêter a été fait en collaboration avec les responsables des centres de santé, des collectivités territoriales (communes notamment) et de l'administration en tenant compte d'indications fournies à partir des termes de référence (diversité modes de vie, ethnies, etc.). A noter que dans le CSREF de Niafunké, l'enquête n'a couvert qu'un CSCOM (Fittouga) pour des raisons d'accessibilité - une forte pluie ayant rendu inaccessible la plupart des chefs lieux de CSCOM dans le Gourma.

GRAPHIQUE 2 : Répartition de l'échantillon de femmes et filles de 9ans et plus selon les aires de santé et les cercles de provenance.



L'identification des ONG et associations opérant dans le domaine de la santé de la reproduction et dans celui des droits humains et de l'abandon des mariages précoces et des pratiques néfastes a été faite au niveau de la Coordination régionale des ONG et la Direction régionales de la promotion de la femme, de la famille et de l'enfant (DRPFFE). Les données collectées auprès de ces deux structures ont permis de procéder à partir du répertoire des ONG évoluant dans la région, de dégager la liste et les coordonnées des ONG et Associations intervenant en matière de la santé de la reproduction, de la promotion féminine et ou de la lutte contre les violences faites aux femmes.

Dans les villages et fractions choisis, les femmes et filles enquêtées ont été choisies au hasard et en fonction du nombre préalablement déterminé dans chaque agglomération.

Dans chacun des trois CSREF et les CSCOM choisis, le médecin - chirurgien, la sage femme et ou la matrone ont été systématiquement enquêtés.

Enfin le choix des leaders communautaires et communaux a été fait au niveau des chefs lieux de commune et des villages et fractions enquêtés, en fonction de leur disponibilité. Il en est de même du choix des représentants des ONG et associations aux niveaux du chef lieu de la région.

3.4 Outils de collecte de données sur le terrain

3.4.1. Les fiches de collecte de données

Trois fiches de renseignements ont été élaborées pour la collecte de données secondaires : la première aux niveau de l'hôpital régional de Tombouctou et des centres de santé de référence des cercles de Gourma Rharous, Diré et Niafunké et centres de santé communautaires à enquêter, la seconde au niveau de la coordination régionale des ONG, la troisième auprès de l'ONG MEDECINS SANS FRONTIÈRES.

Au niveau de l'hôpital et des centres de santé, les données à collecter ont essentiellement porté sur le recensement des cas au cours des cinq dernières années, des fistules obstétricales et des mortalités infantile et maternelle en rapport avec l'âge et l'appartenance ethnique des femmes concernées. L'objectif est de permettre un traitement statistique de ces données.

A la Coordination régionale des ONG par contre, il s'est agit surtout de recenser les organismes opérant dans le domaine de la santé de la reproduction

et dans celui des droits humains et de l'abandon pratiques néfastes en général selon leur degré d'implication. L'objectif est de réaliser un entretien approfondi avec ces organismes.

Avec l'ONG MEDECINS SANS FRONTIÈRES, il s'est agi surtout d'estimer les coûts de la prise en charge des femmes malades de fistules dont elle conduit le programme dans les régions de Tombouctou et Gao.

3.4.2. Les questionnaires

La collecte des données sur le terrain a été en grande partie réalisée sur la base de questionnaires comprenant:

- un recensement socio démographique des femmes et jeunes filles de 9 ans et plus,
- une enquête d'opinion ciblant d'une part les femmes et jeunes filles de 9 ans et plus et les leaders communautaires et communaux, d'autre part une catégorie du personnel de santé des CSREF et CSCOM ;
- une enquête/évaluation rapide des interventions des ONG et associations opérant dans les domaines de la santé, de lutte contre le mariage précoce et de défense des droits humains.

Le questionnaire de recensement démographique a porté sur les paramètres permettant de mesurer la fréquence du mariage précoce et ses conséquences sur la santé de la reproduction. Pour les jeunes filles, les femmes, les leaders communautaires et le personnel de santé, il s'est agi essentiellement de collecter des informations permettant de recenser et d'analyser leurs connaissances et

attitudes en matière de conséquences du mariage précoce sur la santé de la reproduction.

L'enquête d'opinion vise d'une part à apprécier le niveau des connaissances et les attitudes des principaux acteurs, en particulier celui d'une catégorie du personnel médical, d'autre part à identifier les facteurs favorisant, les facteurs limitant et les évolutions récentes de la pratique des mariages précoces dans la région de Tombouctou.

Enfin l'enquête auprès des associations et / ou ONG locales et les institutions para juridiques a pour objectif, l'identification et l'analyse des actions mises en œuvre pour l'élimination de la pratique du mariage précoce pratique et l'évaluation des coûts de prise en charge des malades, y compris le suivi psycho social, la réinsertion sociale et autres frais engendrés par cette prise en charge. Une copie des différents outils cités est jointe en annexe au présent rapport.

3.5 Recrutement et formation des enquêtrices

Deux enquêtrices ont été recrutées et formées pour la conduite des enquêtes auprès des jeunes filles et des femmes de l'échantillon.

3.5.1. Critères de sélection des enquêtrices

Les deux enquêtrices ont été recrutées selon les critères ci-après:

- la disponibilité pendant toute la durée de l'enquête;
- la maîtrise d'au moins deux langues couramment parlées dans la région de Tombouctou;
- la capacité à travailler en équipe;
- l'expérience dans ce type d'enquêtes.

Au total ce sont deux enquêtrices, socio anthropologues diplômées de la FLASH qui ont été recrutées ; l'une a déjà participé à l'enquête sur les mariages précoces dans les régions de Mopti et Gao en 2007 et l'autre a une expérience de conduite des enquêtes de santé auprès des femmes et des filles dans différentes régions du Mali.

La supervision a été réalisée par les consultants qui assuraient aussi le remplissage des fiches de collecte et la conduite des entretiens auprès des partenaires.

3.5.2. Formation des enquêteurs

La formation des enquêteurs a été assurée à Bamako par les deux (02) consultants pendant une journée. Elle a été articulée autour des points suivants:

- Objectifs et méthodologie de l'étude ;
- mode de remplissage des questionnaires et examen des autres outils ;
- test des questionnaires dans des ménages à Bamako.

3.6. Période d'Etude

L'étude s'est déroulée sur une période allant du 20 juillet au 02 Août 2008.

3.7. Exploitation informatique des informations collectées

Cette phase a porté sur la conception d'un programme de saisie et d'exploitation des données.

- **Vérification**

Il s'est agi d'un contrôle des sous échantillons par rapport aux questionnaires dûment remplis provenant du terrain et un contrôle sommaire de la cohérence des données. Cette activité a été menée par les superviseurs pendant et après l'opération de collecte sur le terrain.

- Codification des variables non codifiées avant la collecte.
Elle concerne les réponses non codifiées avant l'enquête.

3.7.1. Saisie des données

La saisie des données a été effectuée à l'aide de logiciel SPSS.

3.7.2. Tabulation et analyse des données saisies

L'analyse et la tabulation des données ont été faites à l'aide d'un logiciel SPSS en fonction d'un plan d'analyse préétabli pour l'élaboration du rapport préliminaire.

3.8. Difficultés rencontrées

Les données quantitatives collectées sur la santé de la reproduction sont dans l'ensemble partielles. Elles ne concernent que les cas référés à l'hôpital régional de Tombouctou et dans les CSREF de Niafunké, Diré et Gourma Rharous alors qu'il est admis que la plupart des accouchements se font à domicile sans assistance médicale.

Pour les cas référés, les CSCOM et les CSREF ne disposent pas toujours de rétro information de la part de la structure de référence. En plus, dans les centres de santé, les registres pour l'enregistrement des actes médicaux ne contiennent pas les mêmes rubriques. Si l'âge, la raison de la consultation et le lieu de provenance de la femme sont toujours indiqués, l'ethnie et ou le mode de vie, ne sont pas toujours informés par le personnel de service.

La conduite des enquêtes auprès des femmes sur le terrain s'est faite sans difficulté majeure grâce notamment à leur disponibilité et à celle de tous les acteurs (autorités communautaires et communales, personnel de santé). Toutefois il convient de signaler dans plusieurs cas, la détermination approximative des âges (âge de l'enquêtée, nombre d'années de mariage, etc.) des femmes liée à l'absence d'état civil. En plus, la grande dispersion des populations nomades en début d'hivernage et l'inaccessibilité de certaines zones en cas de pluie, notamment dans le Gourma n'ont pas permis une application stricte du programme prévu pour les enquêtes.

RESULTATS

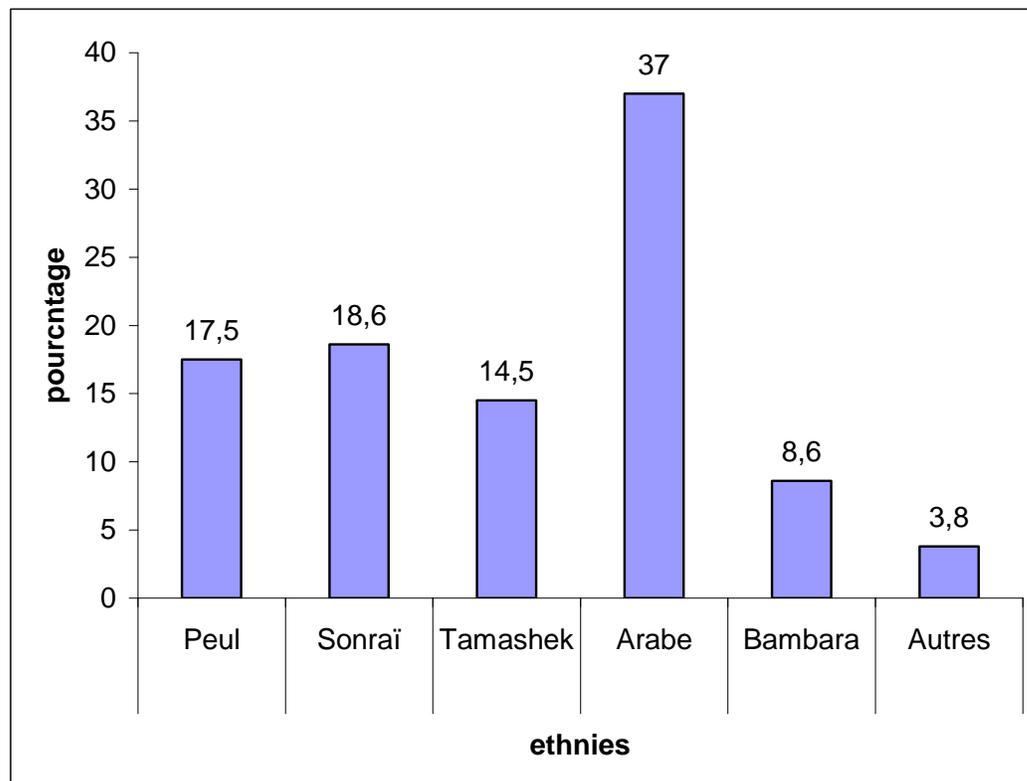
4. RESULTATS

Tableau VI : Répartition des sous échantillons de population

Catégorie	Effectif
Filles et femmes de 9 ans et plus	338
Personnel de santé	11
Leaders communautaires et communaux	13
Représentants ONG et associations	4

4.1.1 Ethnie

GRAPHIQUE 3 : Répartition de l'échantillon selon l'ethnie des jeunes filles et femmes



L'ethnie arabe était la plus représentée avec 37% des cas, suivie des ethnies, Sonrhaï et peul avec respectivement 18,6% et 17,5% des cas.

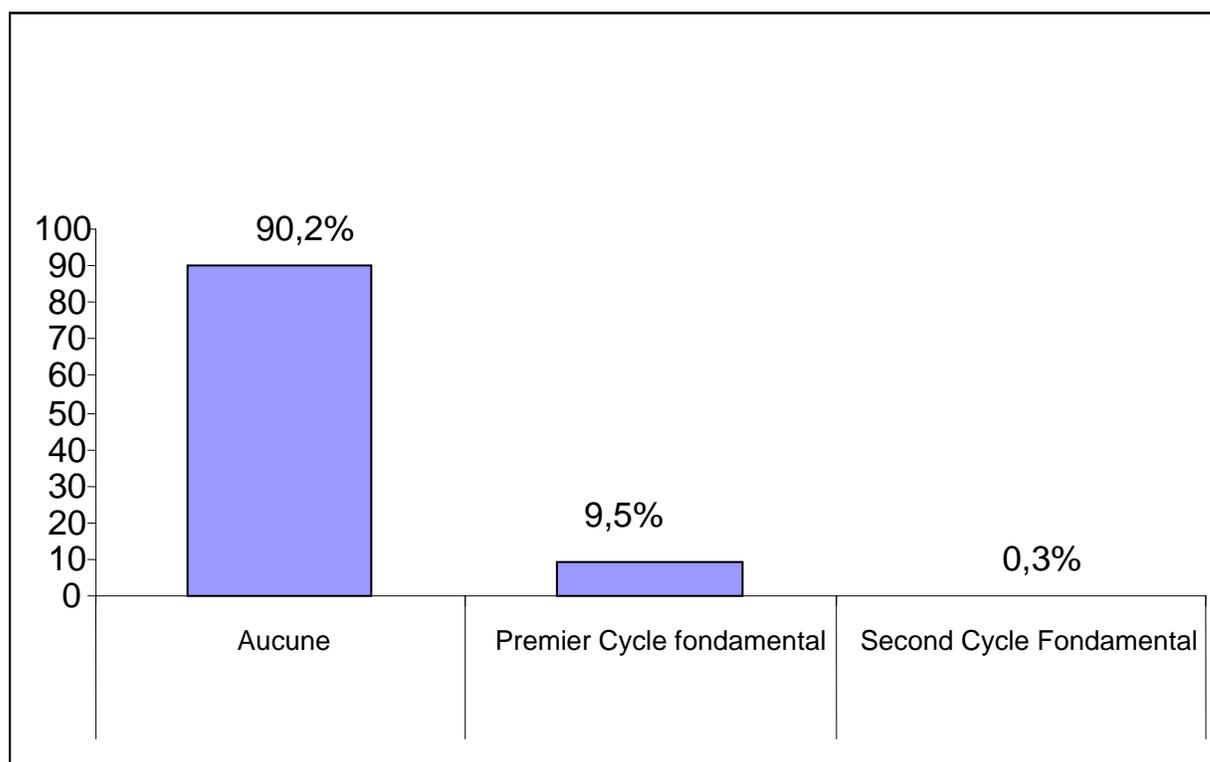
Tableau VII : Répartition des groupes ethniques selon les localités étudiée

Cercle	Groupe ethnique enquêté
Niafunké	Peul, Bambara
Diré	Sonrhaï ; Tamashek
Gourma Rharous	Arabe

A Gourma -Rharous, les arabes étaient les plus représentés ;

4-1-2 Niveau d'instruction

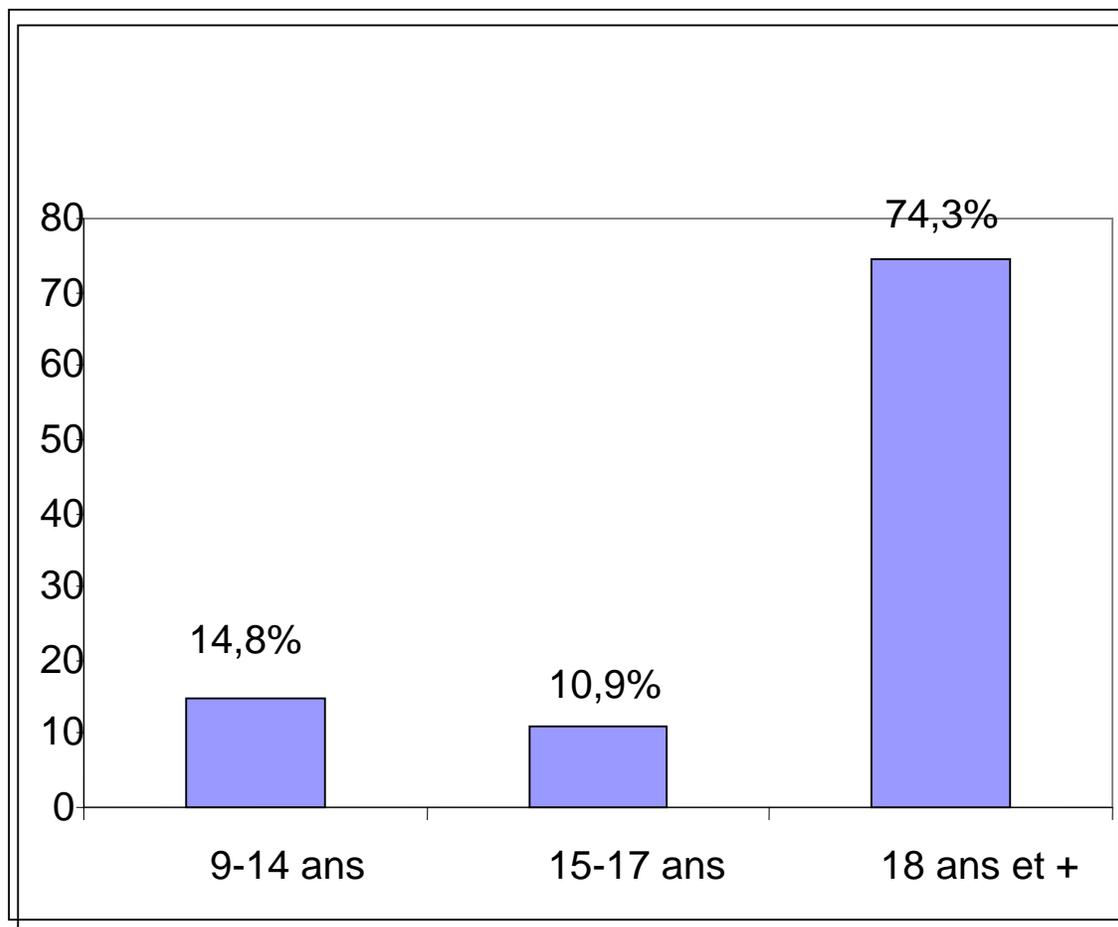
GRAPHIQUE 4 : Répartition de l'échantillon selon le niveau d'instruction des femmes



90 % des femmes n'étaient pas alphabétisées ;

4-1-3 Age

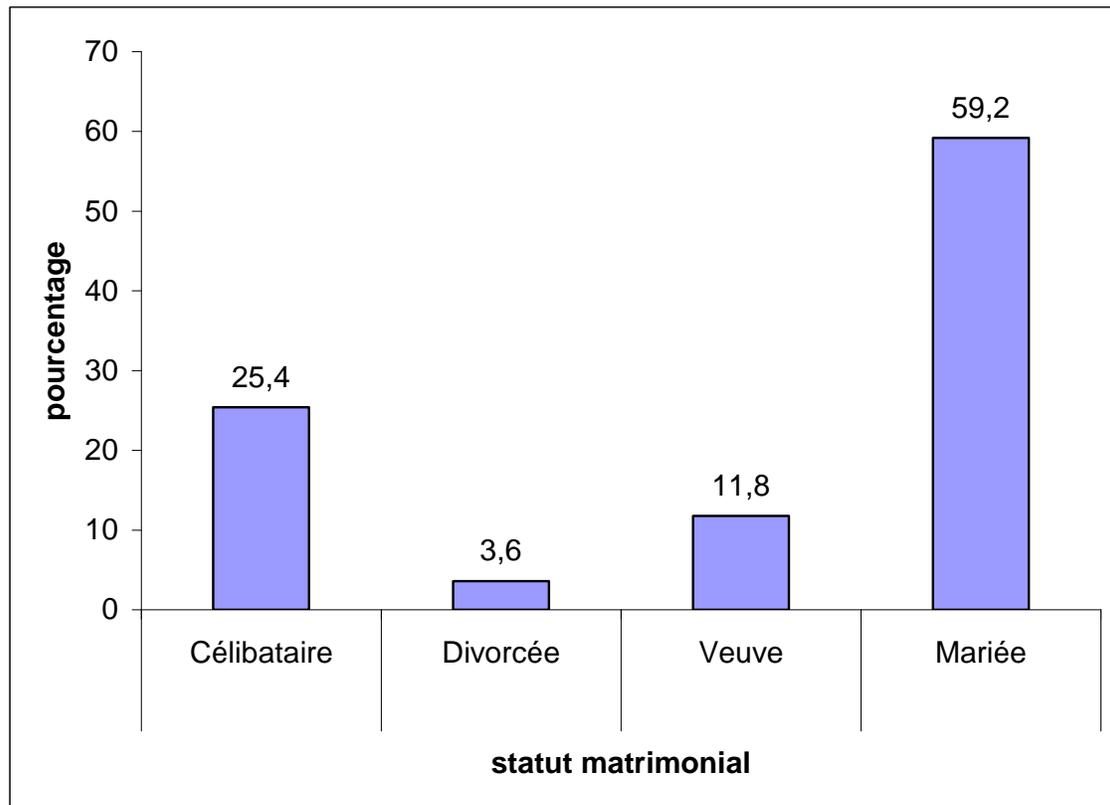
GRAPHIQUE 5 : Répartition de la population enquêtée selon les classes d'âge



74,3% des femmes avaient au moins 18 ans.

4.1.4 Statut matrimonial

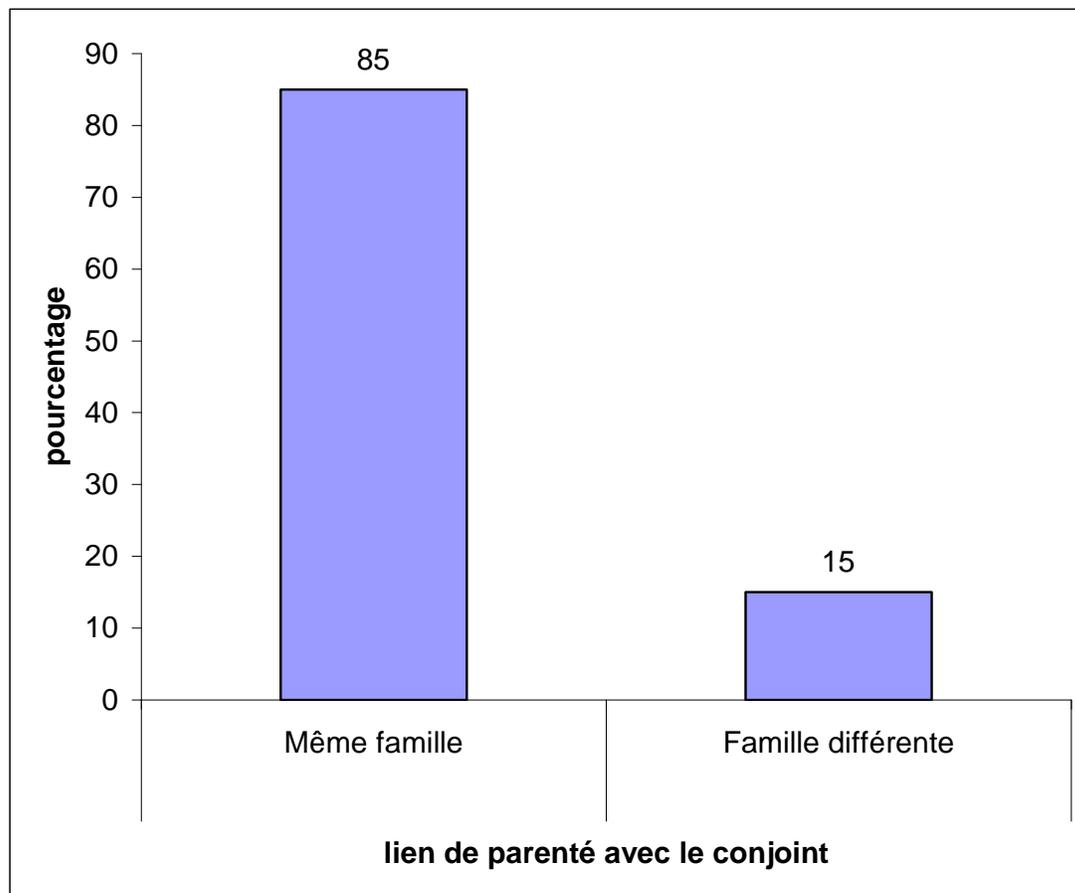
GRAPHIQUE 6 : Répartition de l'échantillon selon le Statut matrimonial des femmes



59,2% des femmes étaient mariées.

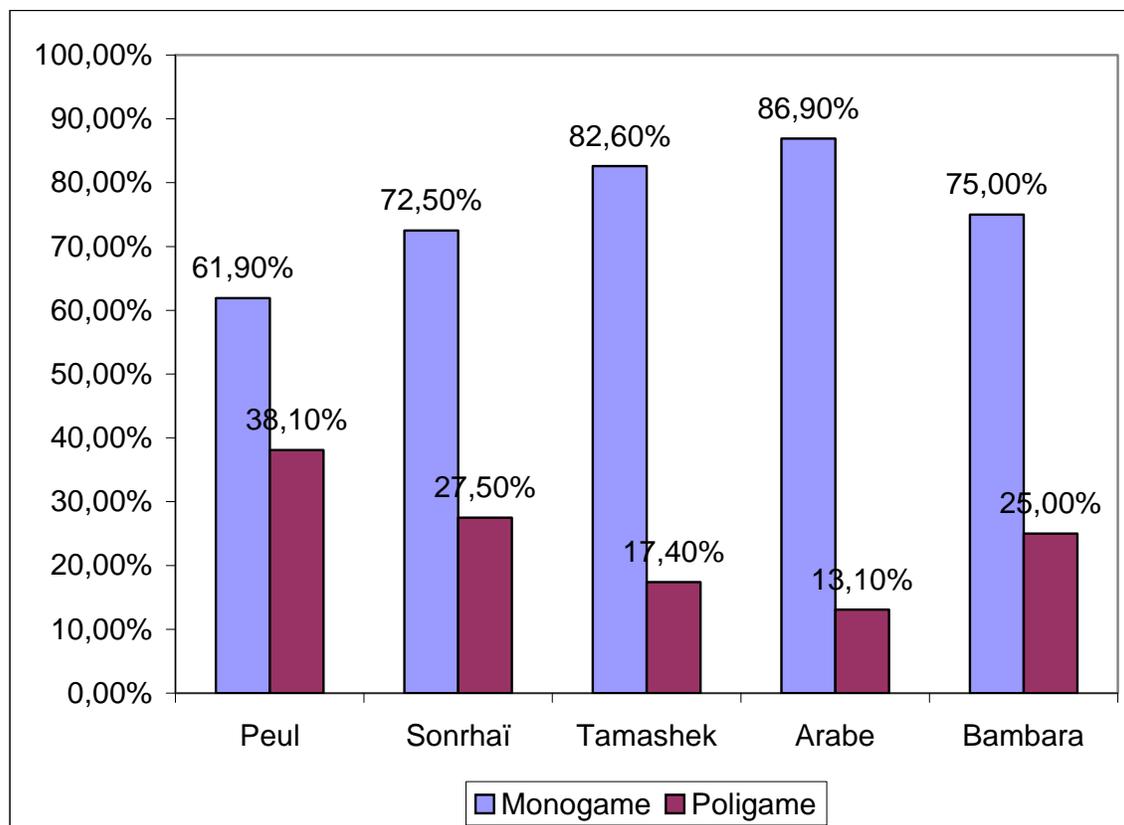
4.1.5 Lien de parenté avec le conjoint

GRAPHIQUE 7 ; Répartition des femmes mariées selon la parenté avec le conjoint



85 % es femmes mariées avaient un lien de parente avec le conjoint.

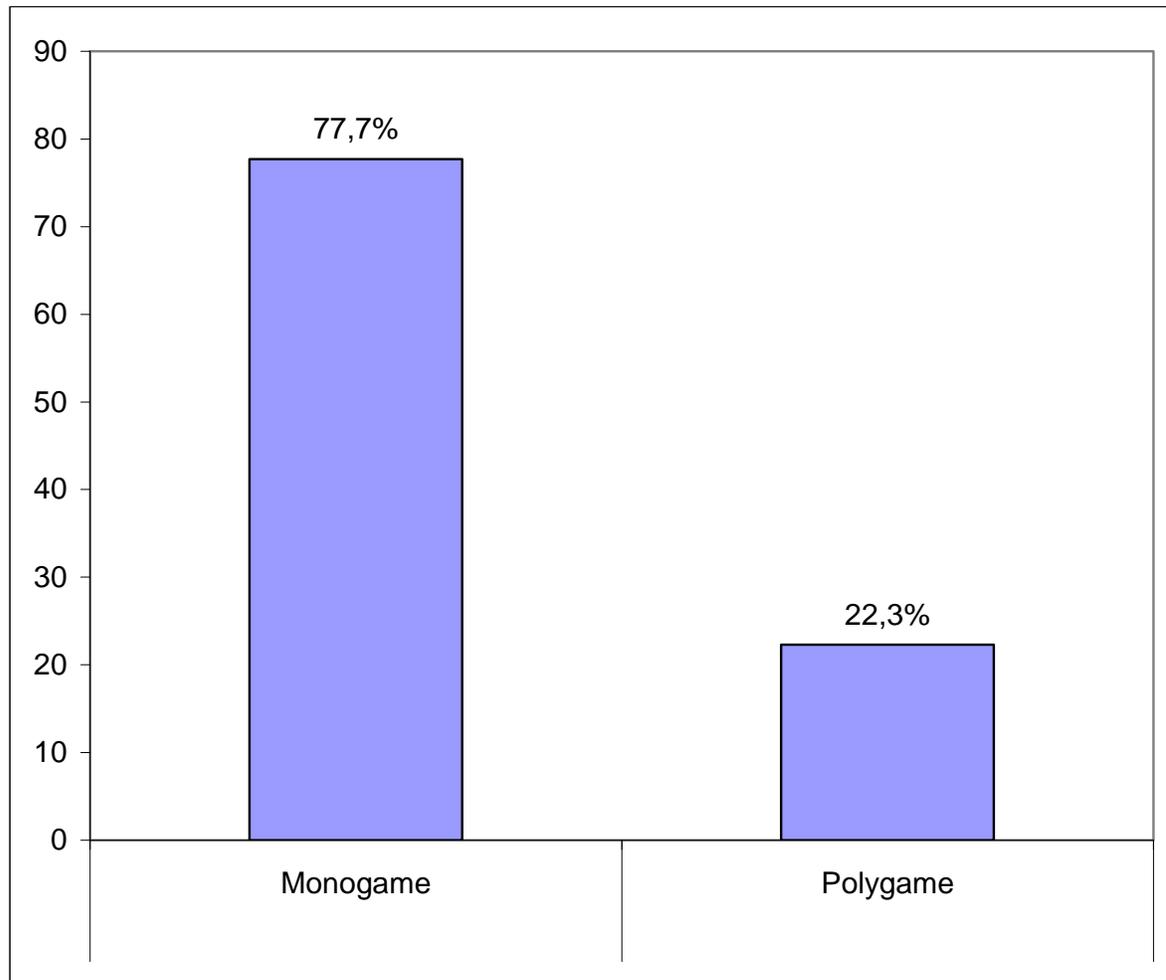
GRAPHIQUE 8 : Répartition des femmes mariées par ethnie et selon le lien de parenté avec le conjoint



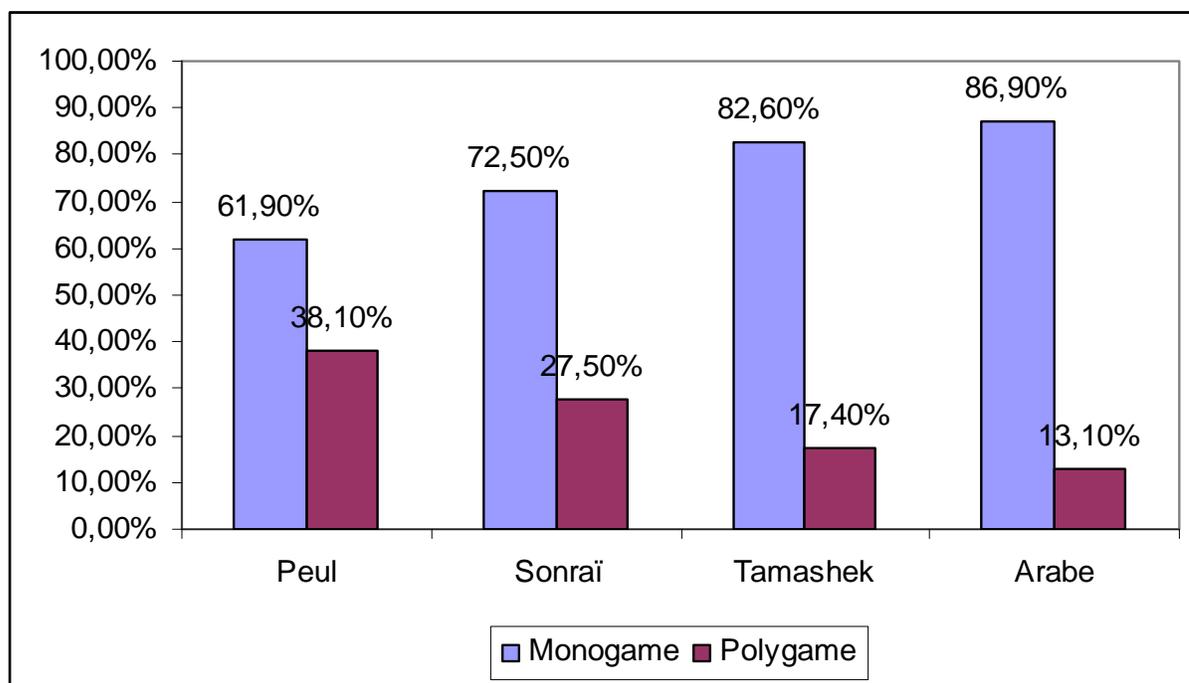
93 % des arabes avaient des liens de parenté avec le conjoint.

4.1.6. Statut du conjoint

GRAPHIQUE 9 : Répartition des femmes mariées selon le statut du conjoint



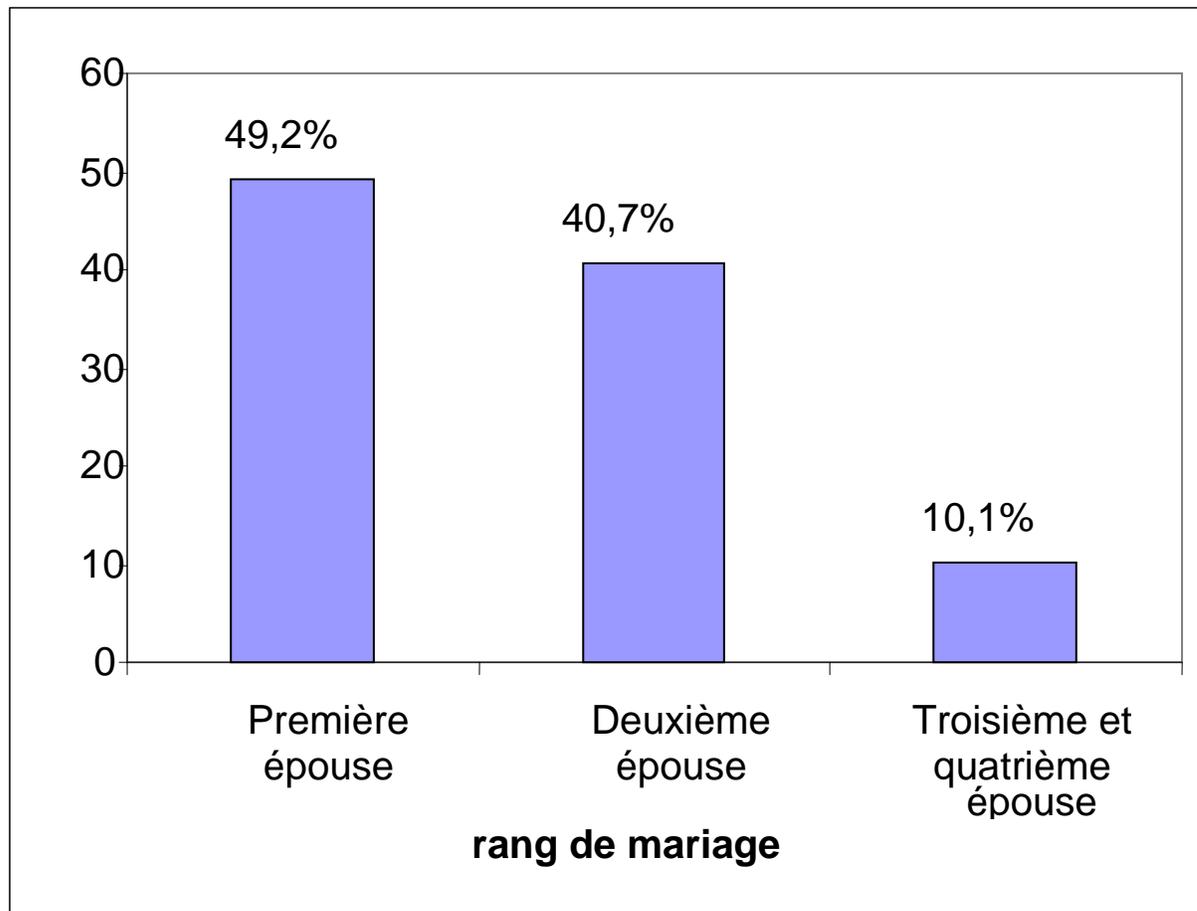
GRAPHIQUE 10 : Répartition des femmes mariées par ethnie et selon le statut du conjoint



La monogamie constitue le principal régime marital dans toutes les ethnies avec cependant une plus grande importance chez les arabes (86,9 %) et les Tamachèq (82,6%). Paradoxalement les peulhs pratiquent plus de polygamie que les sonrhaï avec respectivement 38,1 % et 27,5 %.

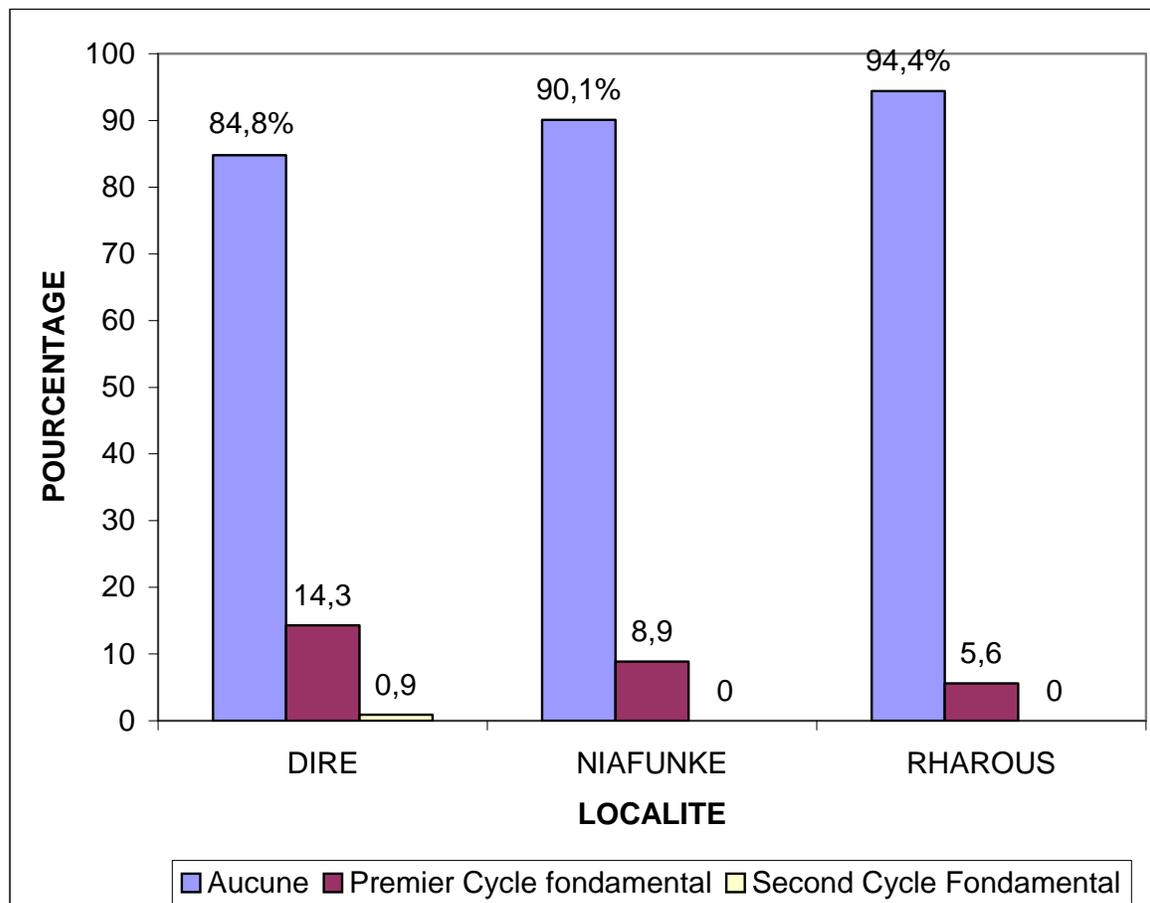
4.1.7 Rang dans le mariage

GRAPHIQUE 11 : Répartition des femmes mariées selon le rang de mariage



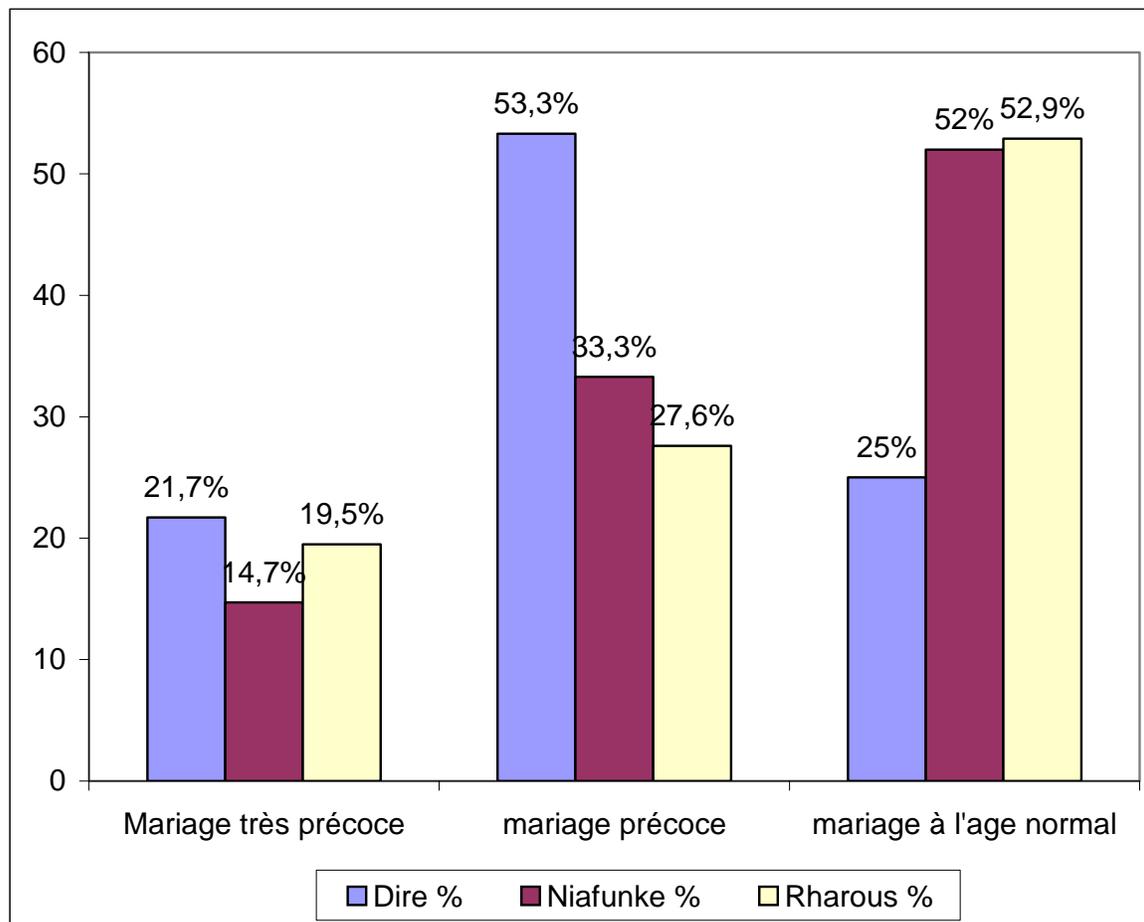
Les premières épouses représentent le rang de mariage le plus élevés avec une fréquence de 29 soit 49,2 %.

GRAPHIQUE 12 : Répartition des femmes mariées selon leur niveau d’instruction et par localité



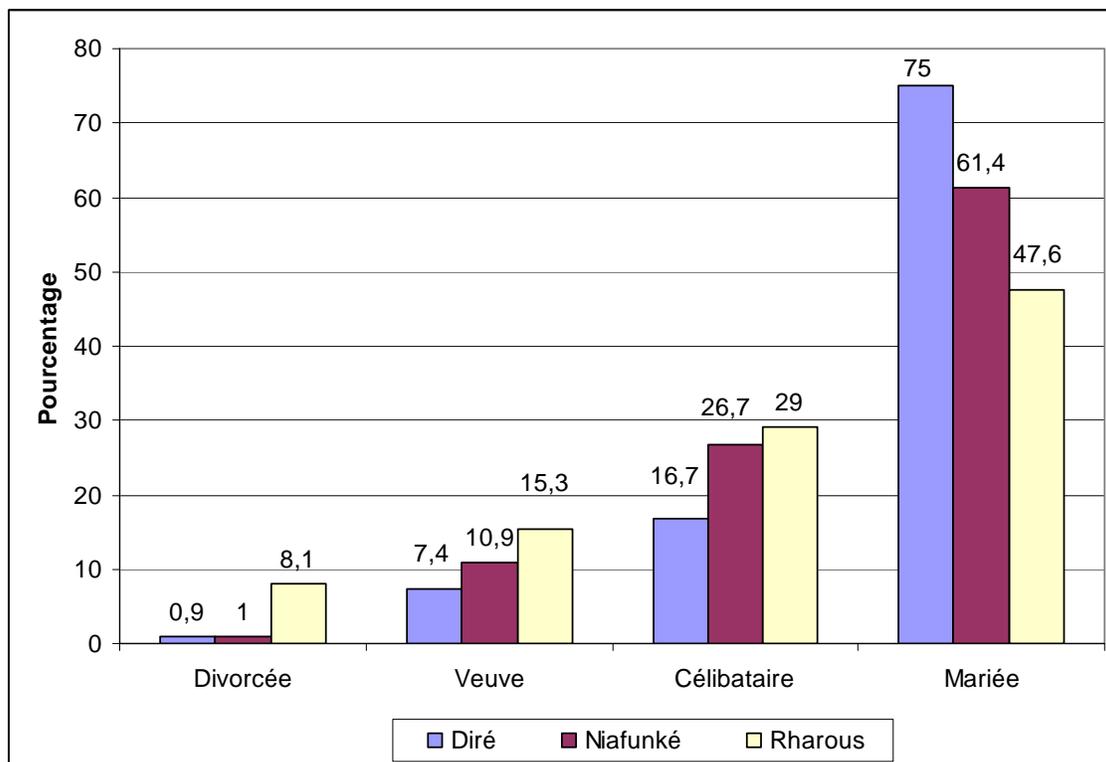
Les non scolarisées étaient les plus représentées dans toutes les localités (Dire, Niafunké, Rharous) avec respectivement 84,8% , 901% , 944% des cas.

GRAPHIQUE 13 : Répartition des filles selon la précocité du mariage et par localité



Le mariage à l'âge normal était le plus fréquent dans les localités de Niafunké et Rharous avec 52 et 52,9 % des cas, tandis que le mariage précoce était le plus fréquent dans la localité de Diré avec 53,3 % des cas.

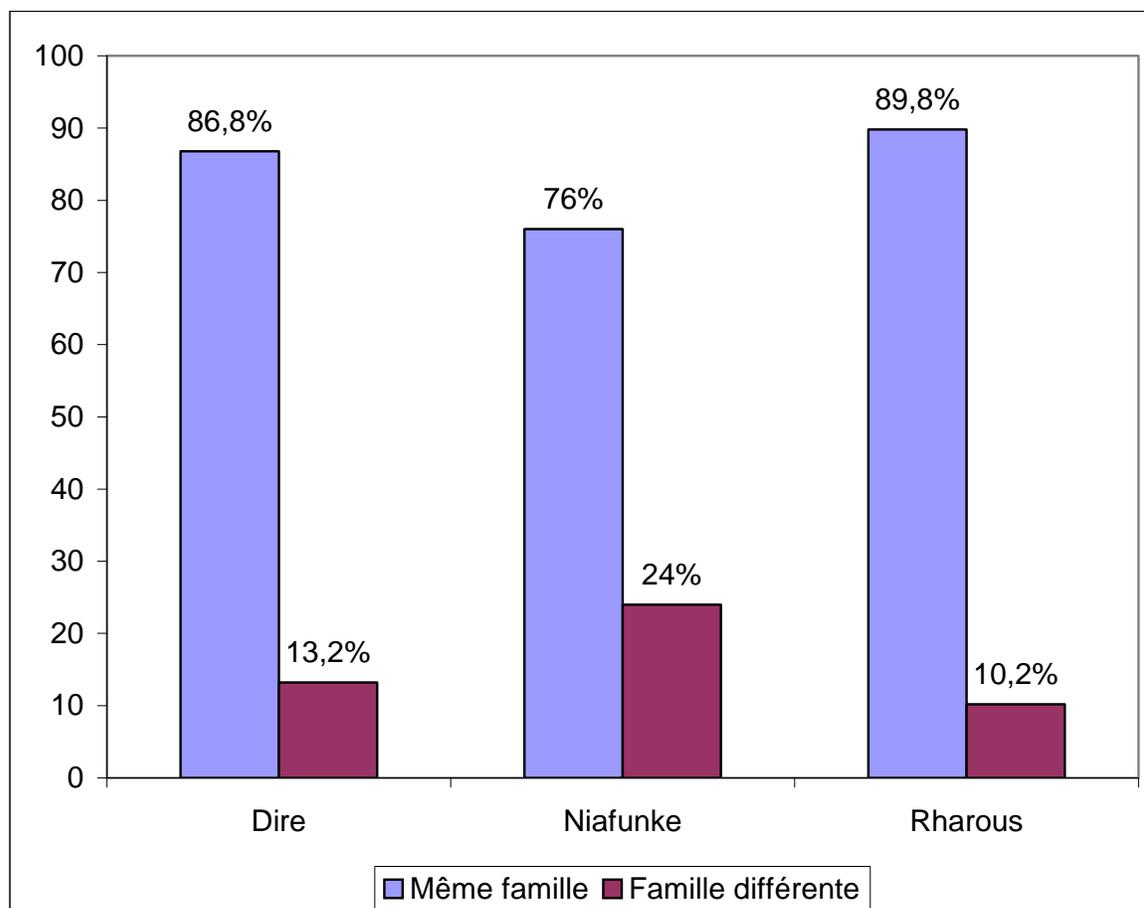
GRAPHIQUE 14 : Répartition des mères selon leur statut matrimonial par cercle



Les femmes mariées étaient les plus représentées dans les 3 localités (Diré, Niafunké, Rharous) avec respectivement 75% , 61,4 % , et 47,6 % des cas.

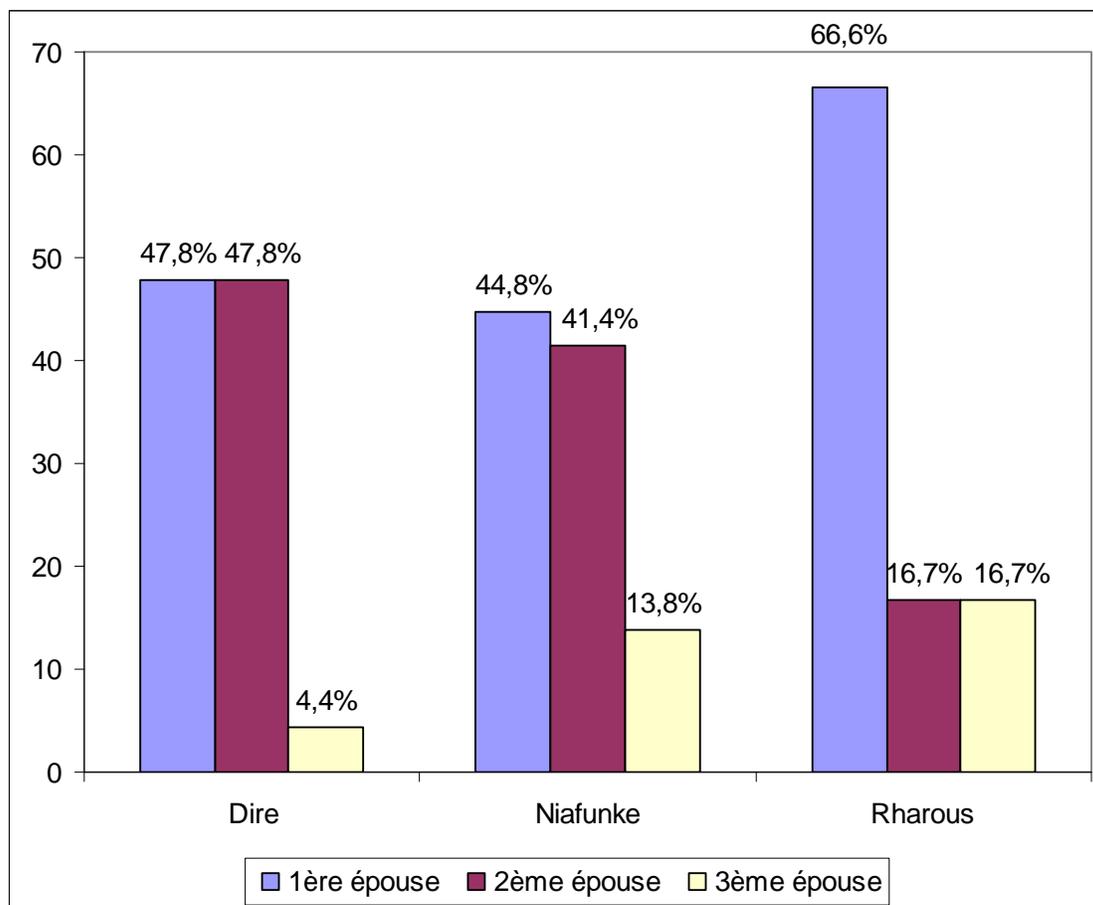
Les divorces sont beaucoup plus important dans le cercle de Rharous comparativement aux autres cercles.

GRAPHIQUE 15 : Répartition des femmes mariées selon le lien de parenté avec le conjoint et selon la provenance



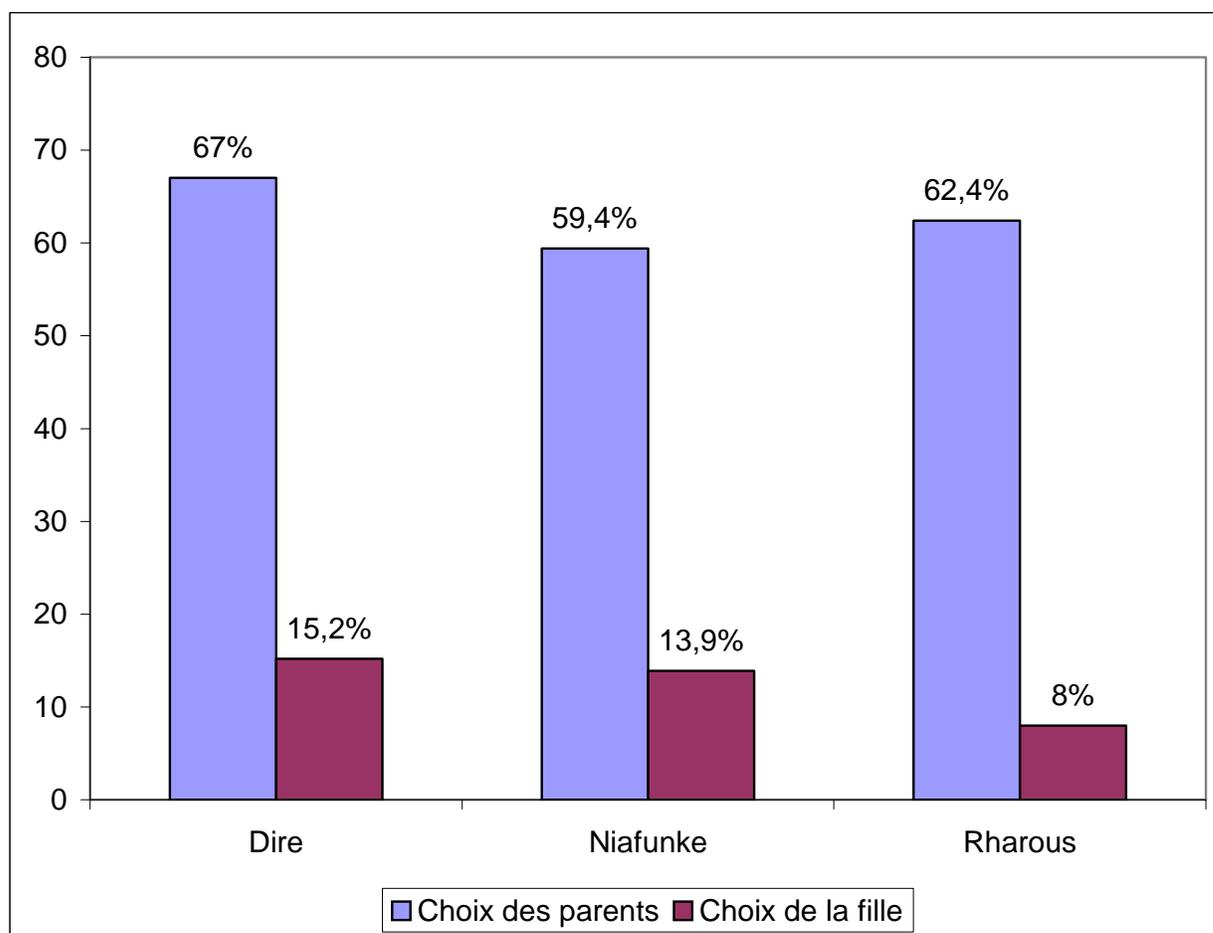
Les mariages endogamiques prédominent très largement dans tous les cercles d'étude avec une légère prédominance à Rharous avec près de 90 % des mariages endogamiques.

GRAPHIQUE 16 : Répartition des femmes mariées selon le rang de mariage et par localité



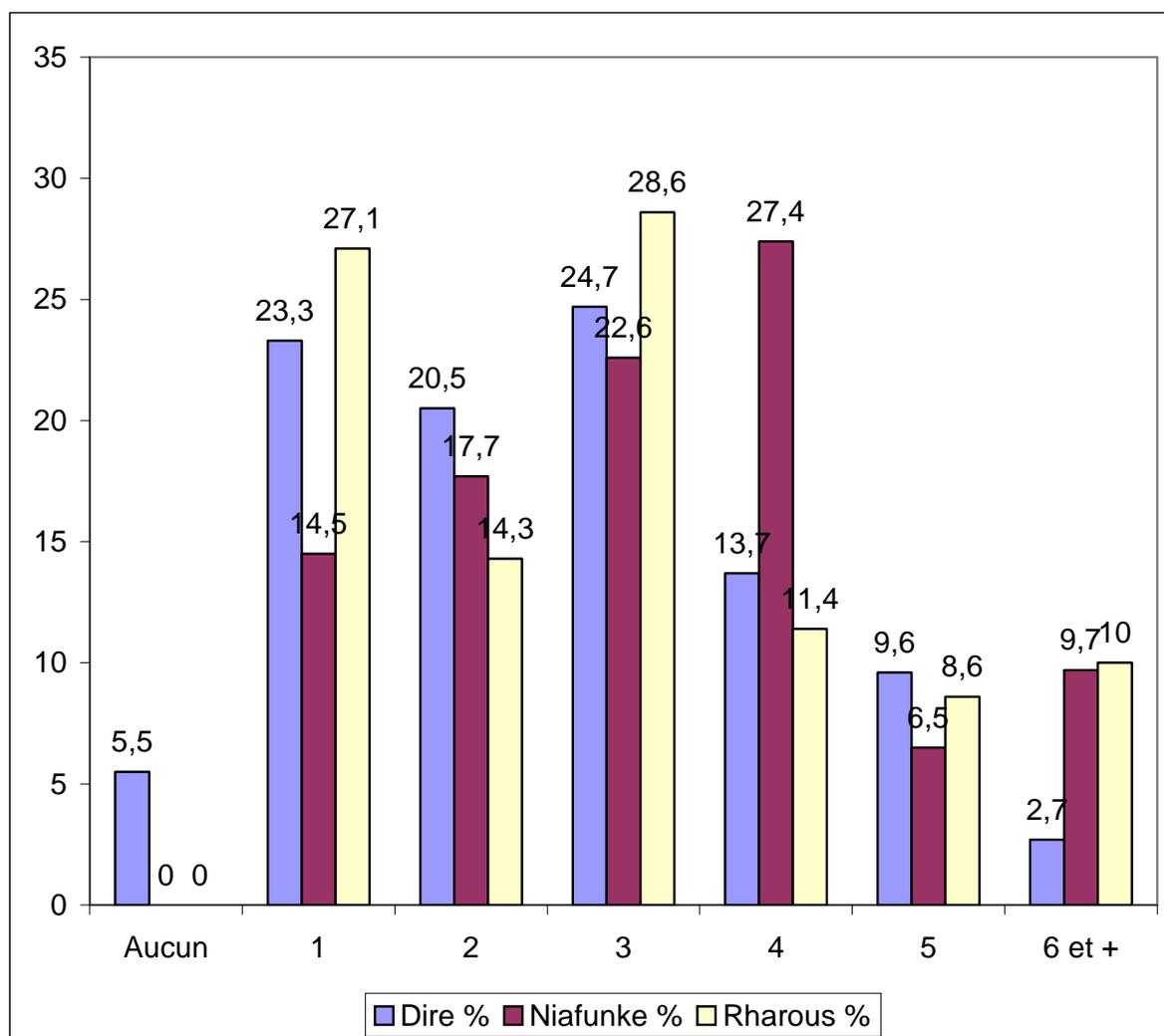
La proportion des 1ere était plus nombreuse à Rharous pendant que la seconde épouse se retrouvait plus à Diré (47,8%) et Niafunké (41,4%).

GRAPHIQUE 17 : Répartition des femmes mariées selon genre de mariage contracté et par localité



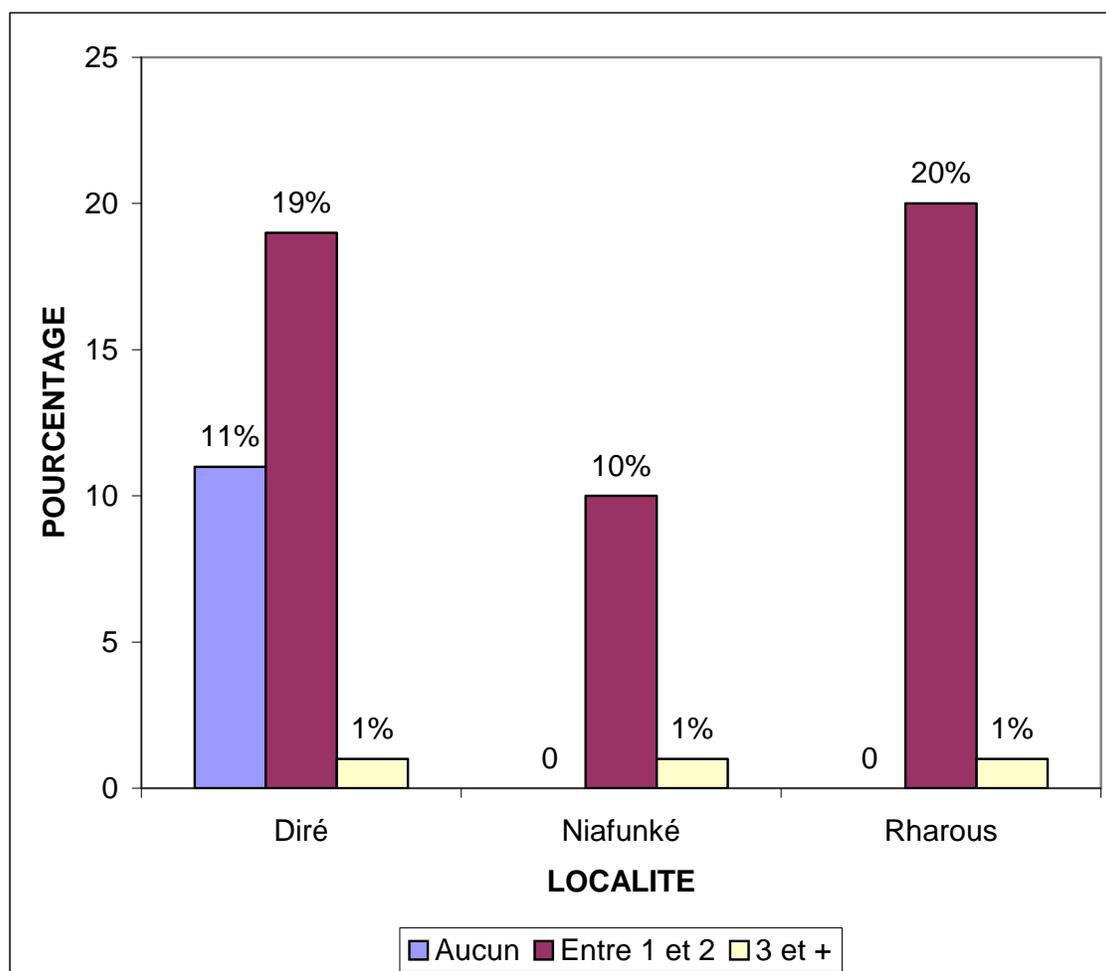
Dans les localités étudiées les mariages liés aux choix des parents étaient plus importants avec respectivement une fréquence à 67% ; 59,4% ; 62,4% tandis que l'avis de la fille dans le mariage était marginal dans tous les cercles.

GRAPHIQUE 18 : Répartition des femmes mariées selon le nombre d'enfants vivants et par localité



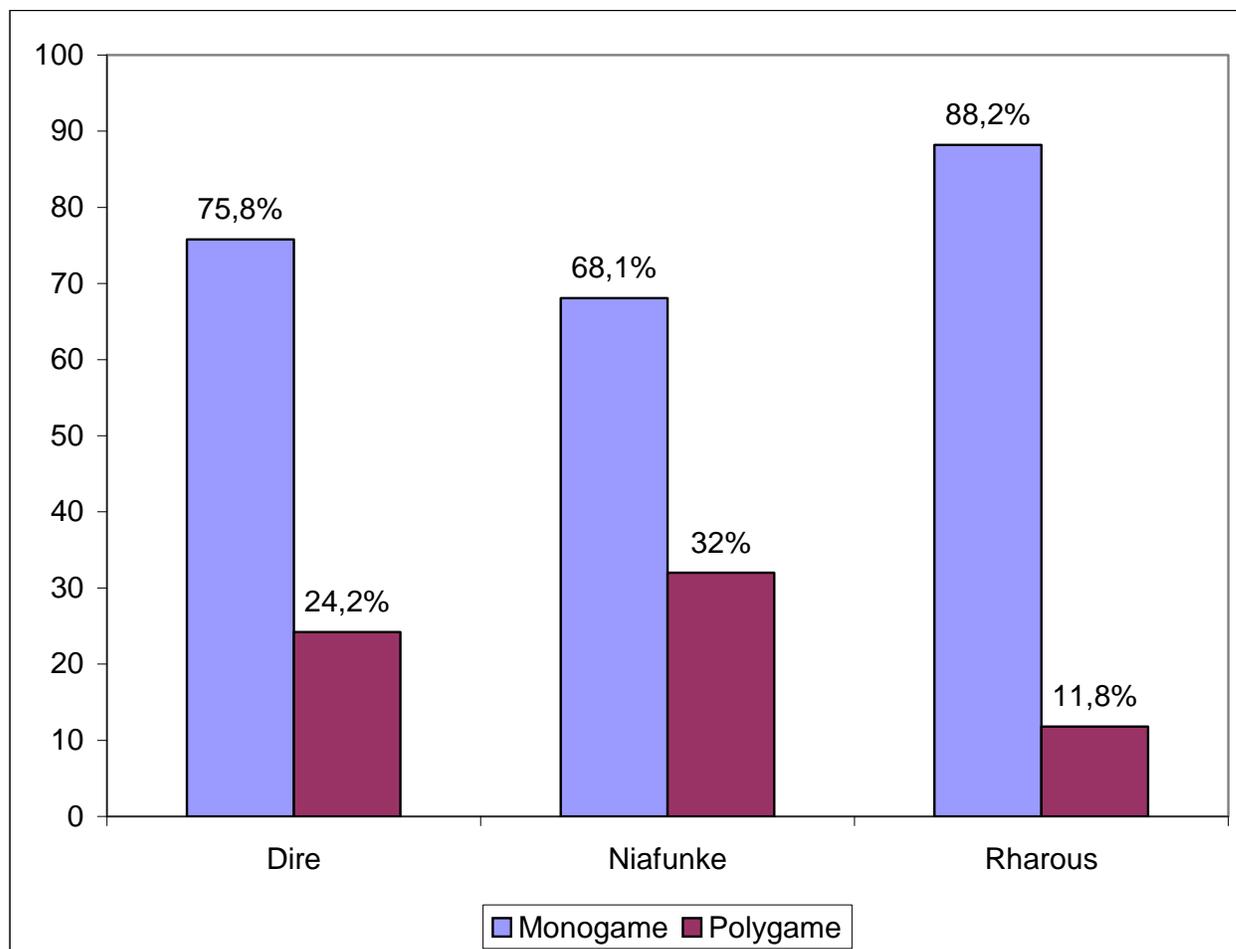
Près de 25 % de mères de toutes les localités étudiées avaient chacune en moyenne 3 enfants vivants. On note cependant que 5,5 % des mères de Diré n'avaient aucun enfant vivant.

GRAPHIQUE 19 : Répartition des femmes mariées selon le nombre de mortinaissance et par localité



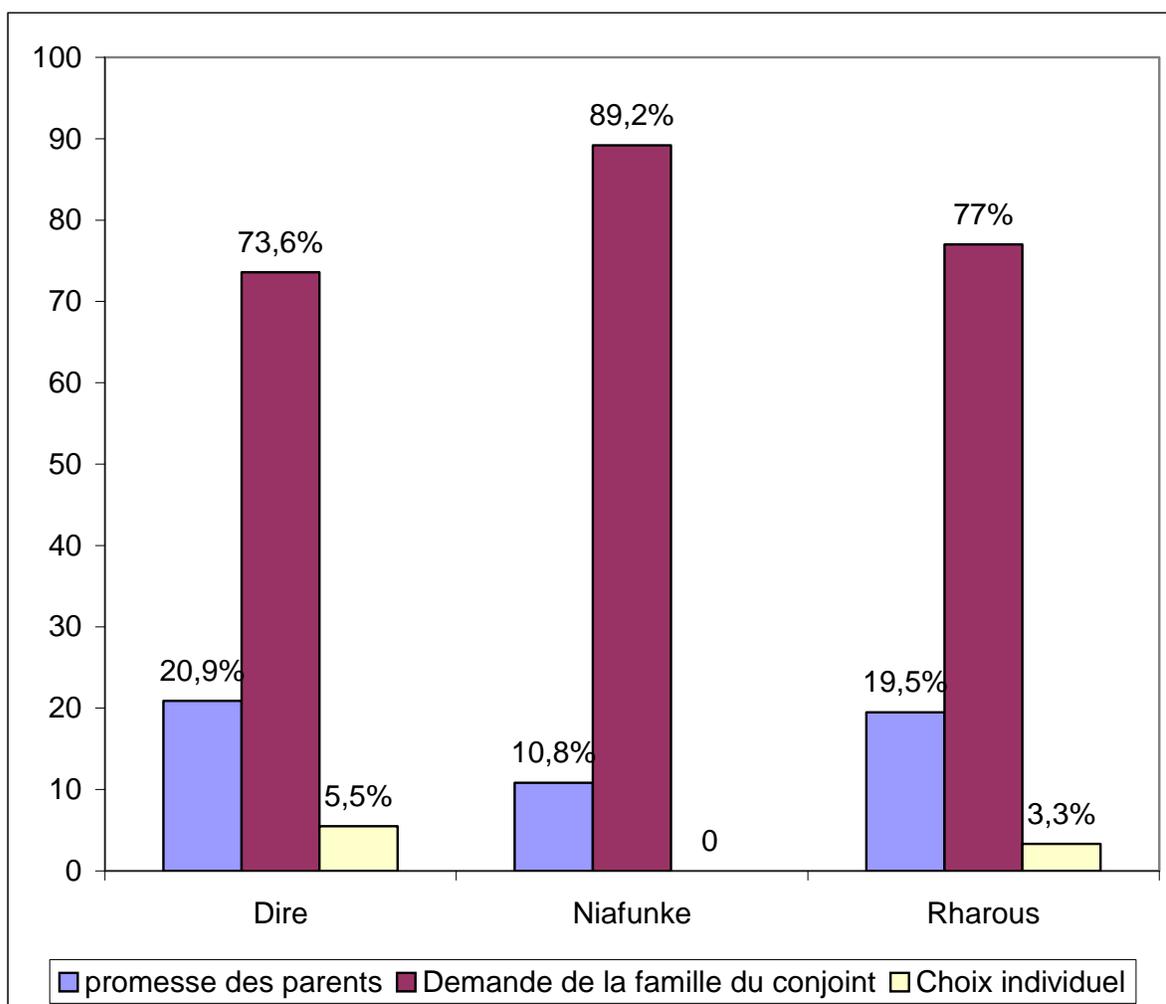
La mortinaissance est très élevée dans les trois localités étudiées chez les enfants d'un à 2 ans. La plupart des mères ont eu entre un à deux morts nés, par contre seule la localité de Diré n'a enregistré dans 11 % ses cas aucun mort né.

GRAPHIQUE 20 : Répartition des femmes mariées selon le statut matrimonial de leur conjoint et par localité



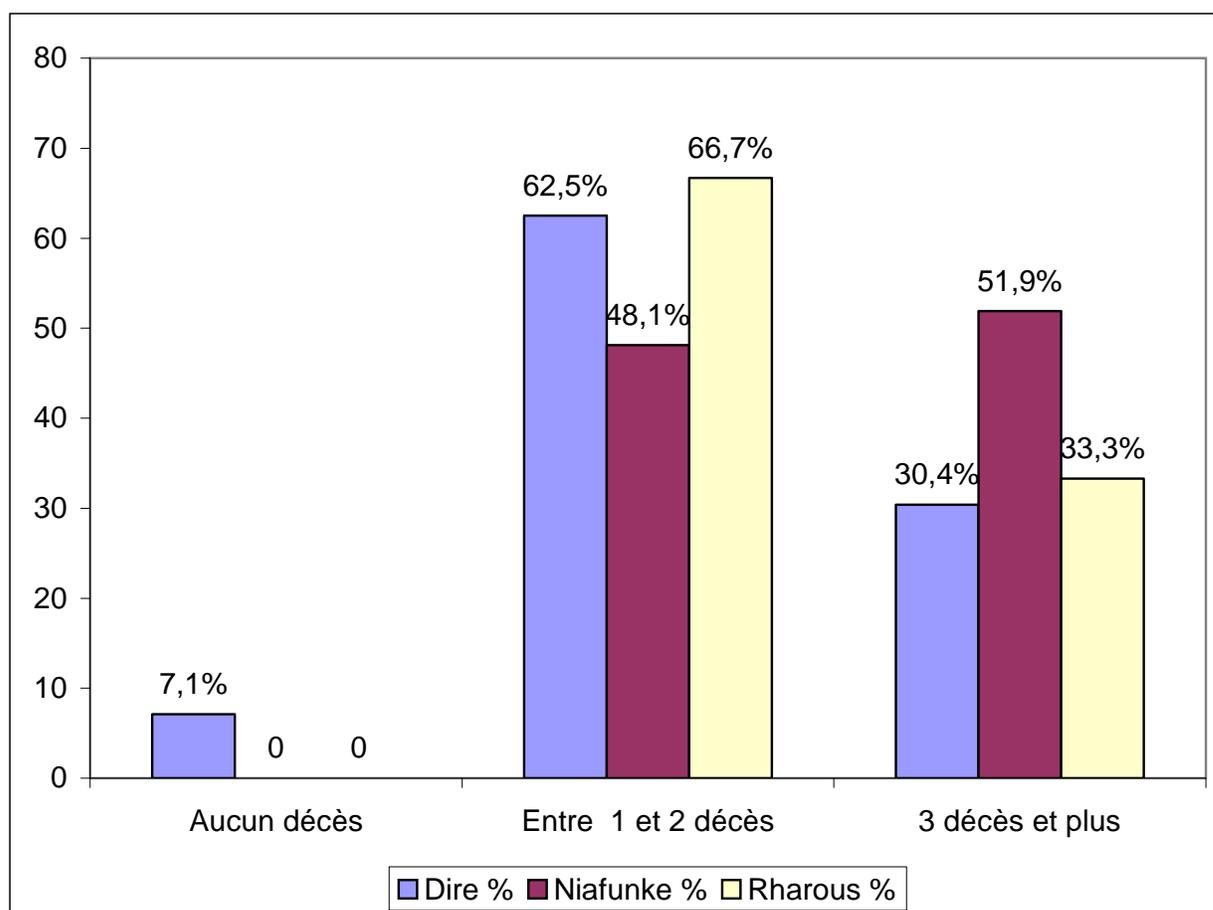
Dans toutes les localités la monogamie est la plus pratiquée avec respectivement une fréquence de 74,8% à Diré, 68,1% à Niafunké et 88,2% à Rharous.

GRAPHIQUE 21 : Répartition des femmes mariées selon le type de mariage contracté et par localité



A Diré, Niafunké et Rharous la plus part des mariages se faisaient sous la demande de la famille du conjoint, le choix individuel était moindre.

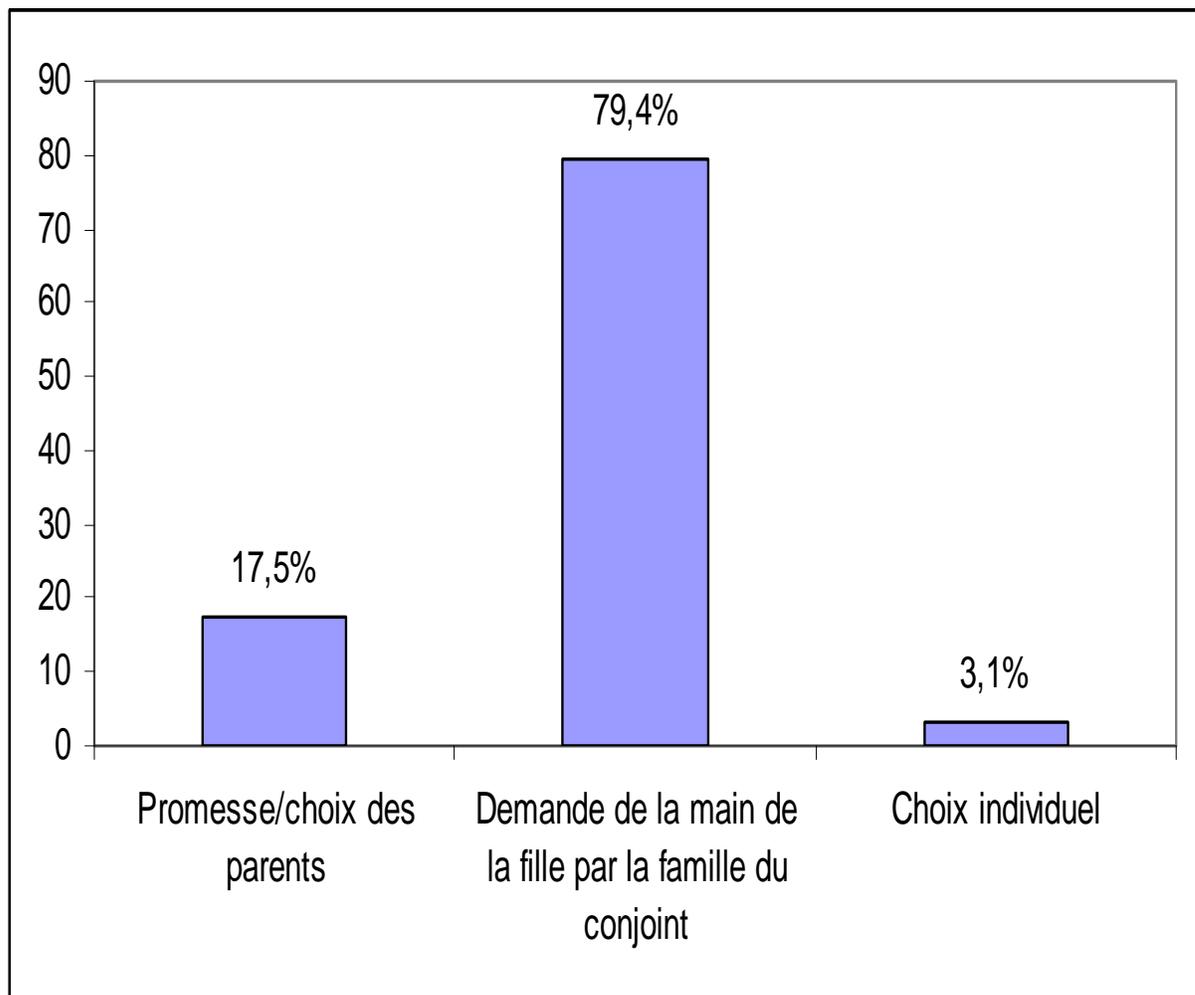
GRAPHIQUE 22 : Répartition des femmes mariées selon le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans et par localité



Les femmes de Rharous et Diré ont enregistré dans respectivement 66,7 % et 62,5 % des cas des décès de un à deux enfants. A Niafunké par contre dans près de 52 % des cas on a observé le décès de 3 enfants et plus. Toutes les femmes dans les différentes localités ont enregistré des décès d'enfant sauf à Diré ou 7,1% de mères n'ont enregistré aucun décès

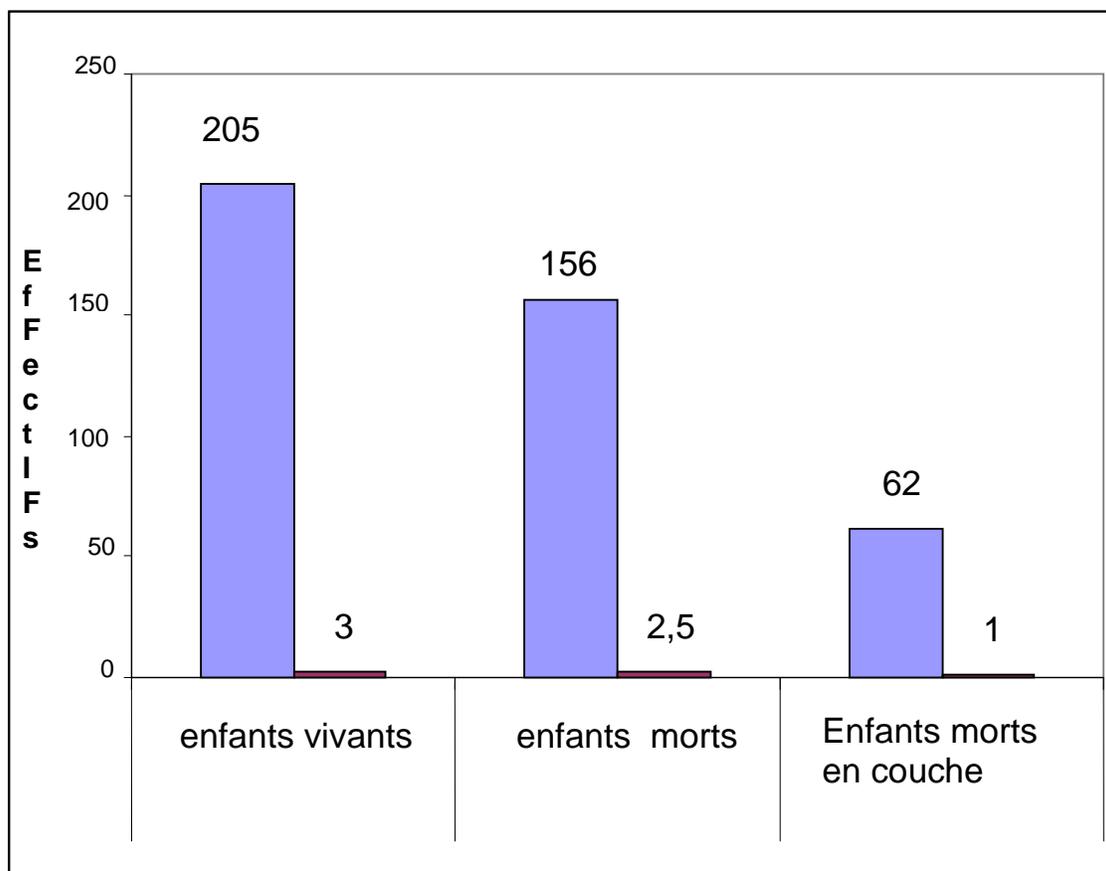
4.1.8 Genre de mariage

GRAPHIQUE 23 : Répartition de l'échantillon selon le Genre de Mariage



La plupart des mariages dans 79,4 % des cas se font sur la base de la demande de la famille du conjoint. .

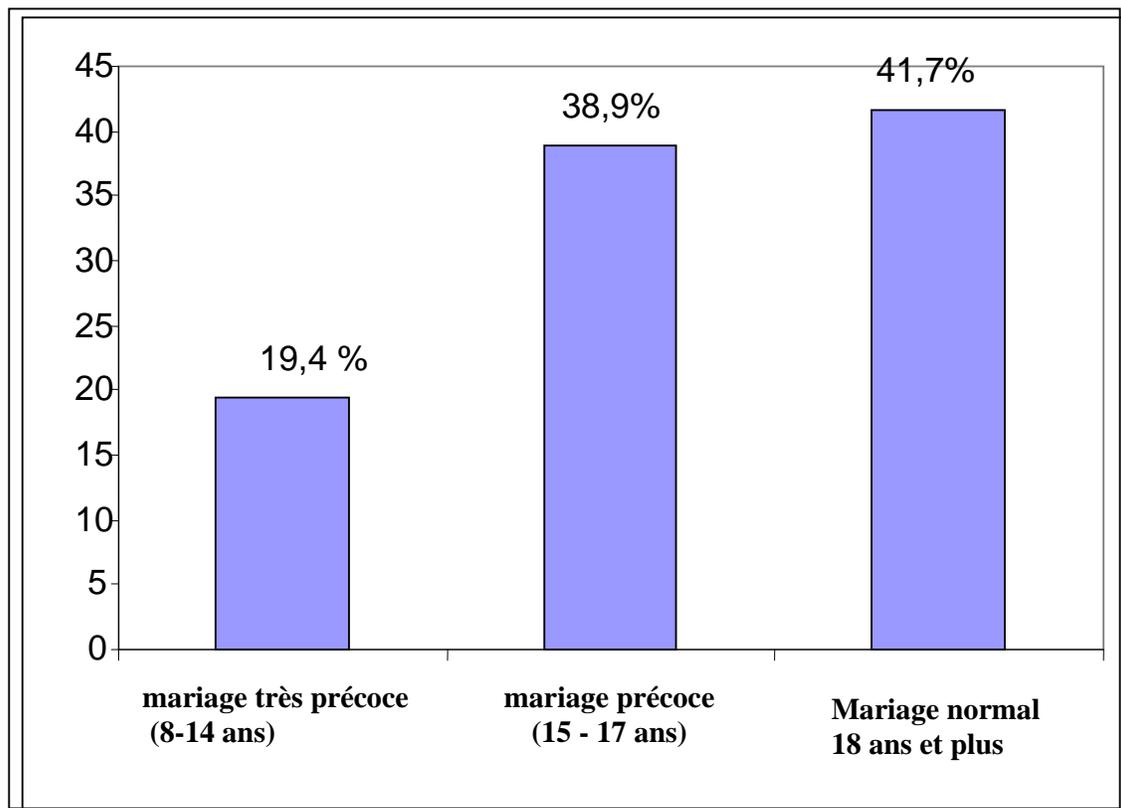
GRAPHIQUE 24 : Nombre moyen d'enfants par femme et leur devenir



En moyenne chaque femme étudiée a en moyenne 3 enfants vivants, 2,5 décès d'enfants et un mort né.

4.2. Fréquence des mariages précoces

GRAPHIQUE 25 : Répartition de l'échantillon selon l'âge de mariage



41,7 % des mariages se faisaient à un âge légal, supérieur ou égal a 18 ans.

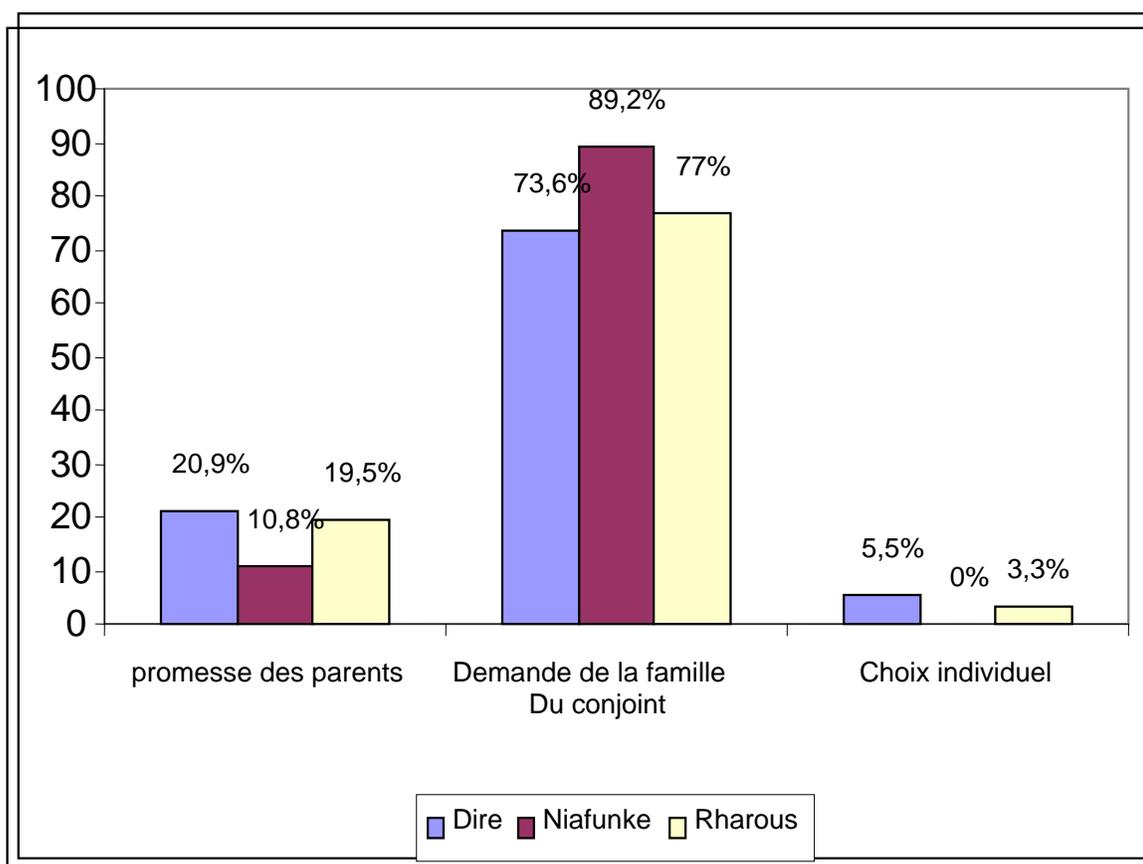
Tableau XIX : Répartition de la moyenne d'âge au premier mariage

Moyenne âge de mariage	19 ans
Age médian de mariage	17 ans
Age Minimum de mariage	8 ans

La moyenne d'âge de mariage est de 18 ans tandis que l'âge minimum de mariage est de 8 ans, proche de celui de Gao et de Mopti où des cas de mariage de 9 ans et 10 ans avaient été enregistrés.

4.2.1. Relation avec les stratégies de mariage :

GRAPHIQUE 28 : Répartition des femmes mariées selon le type de mariage contracté et par localité

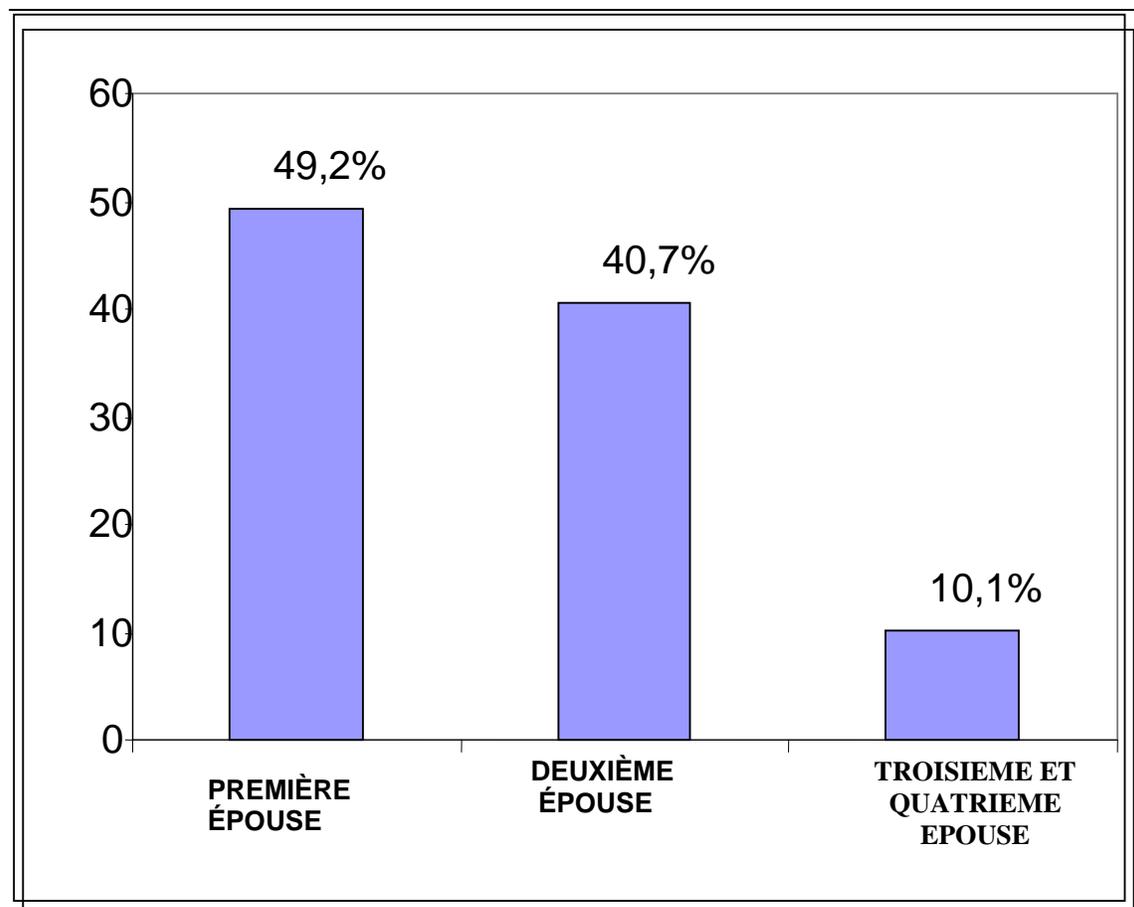


La plus part des mariages très précoces et précoces se faisaient sur la base de la promesse des parents avec une fréquence de 38,6 %. Le choix individuel de la fille se retrouve surtout chez les femmes ayant atteint l'âge légal de mariage (18 ans et plus) soit 62,5%

4.2.1.5. Relation avec le statut du ménage

4.2.1.6. Relation avec le rang de l'épouse

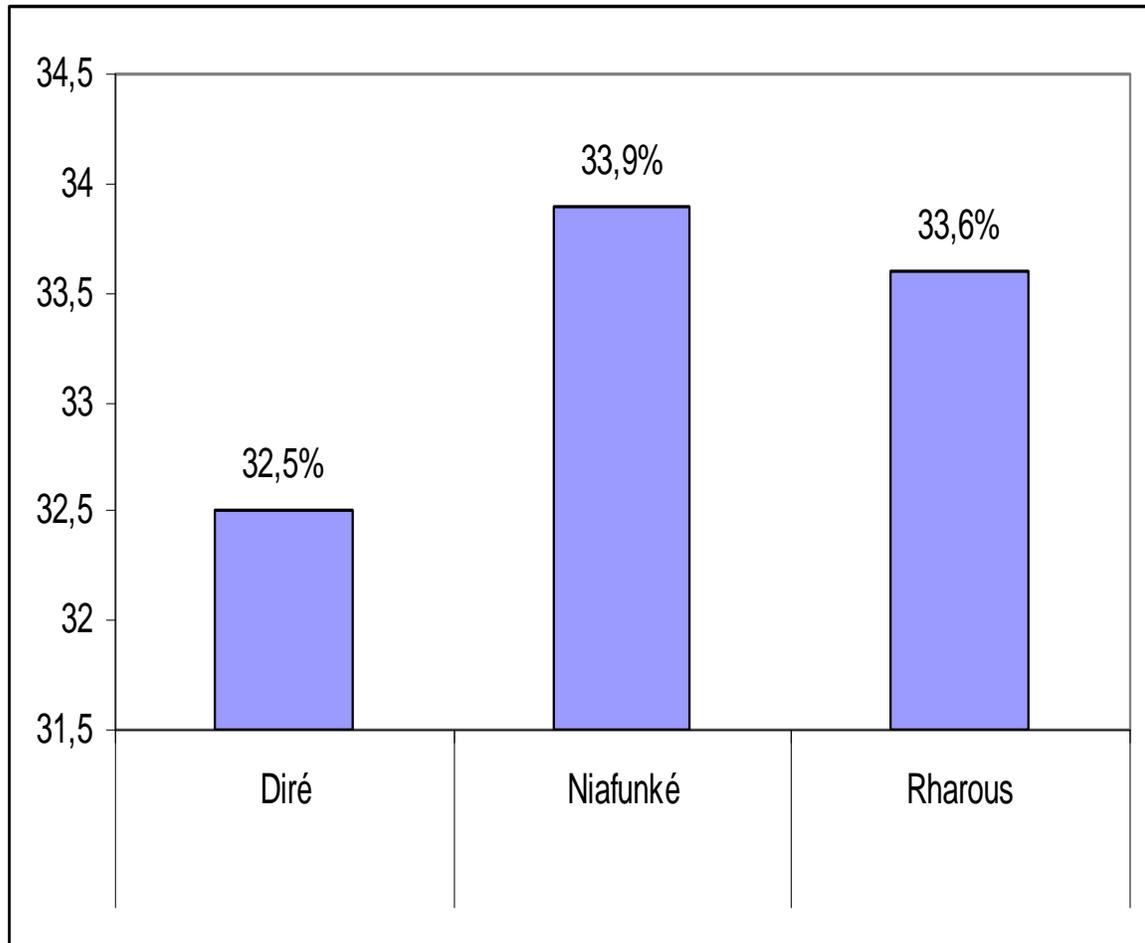
GRAPHIQUE 30 : Répartition des mariages précoces selon le rang de mariage de la femme



4.3. Perceptions et attitudes des acteurs

4.3.1. Les mères et les jeunes filles

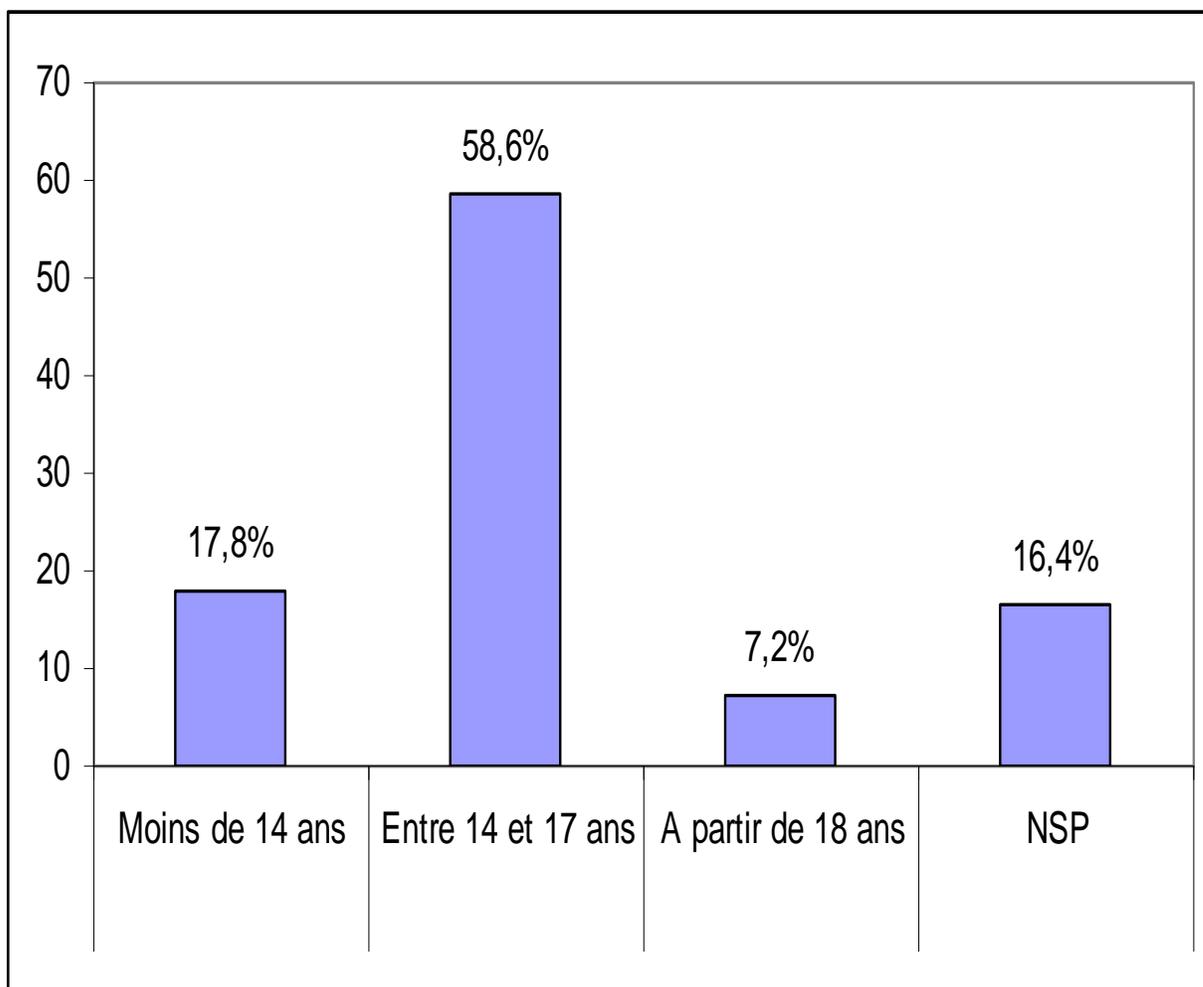
GRAPHIQUE 40 : Répartition de l'échantillon selon les cercles enquêtés



Au niveau de l'échantillon des filles et mères enquêtées, 32,5 % proviennent de Niafunké Diré tandis que Niafunké et Rharouss enregistrent respectivement 33,9% et 33,6 %.

4.3.1.1. Perception de l'âge « normal » de mariage

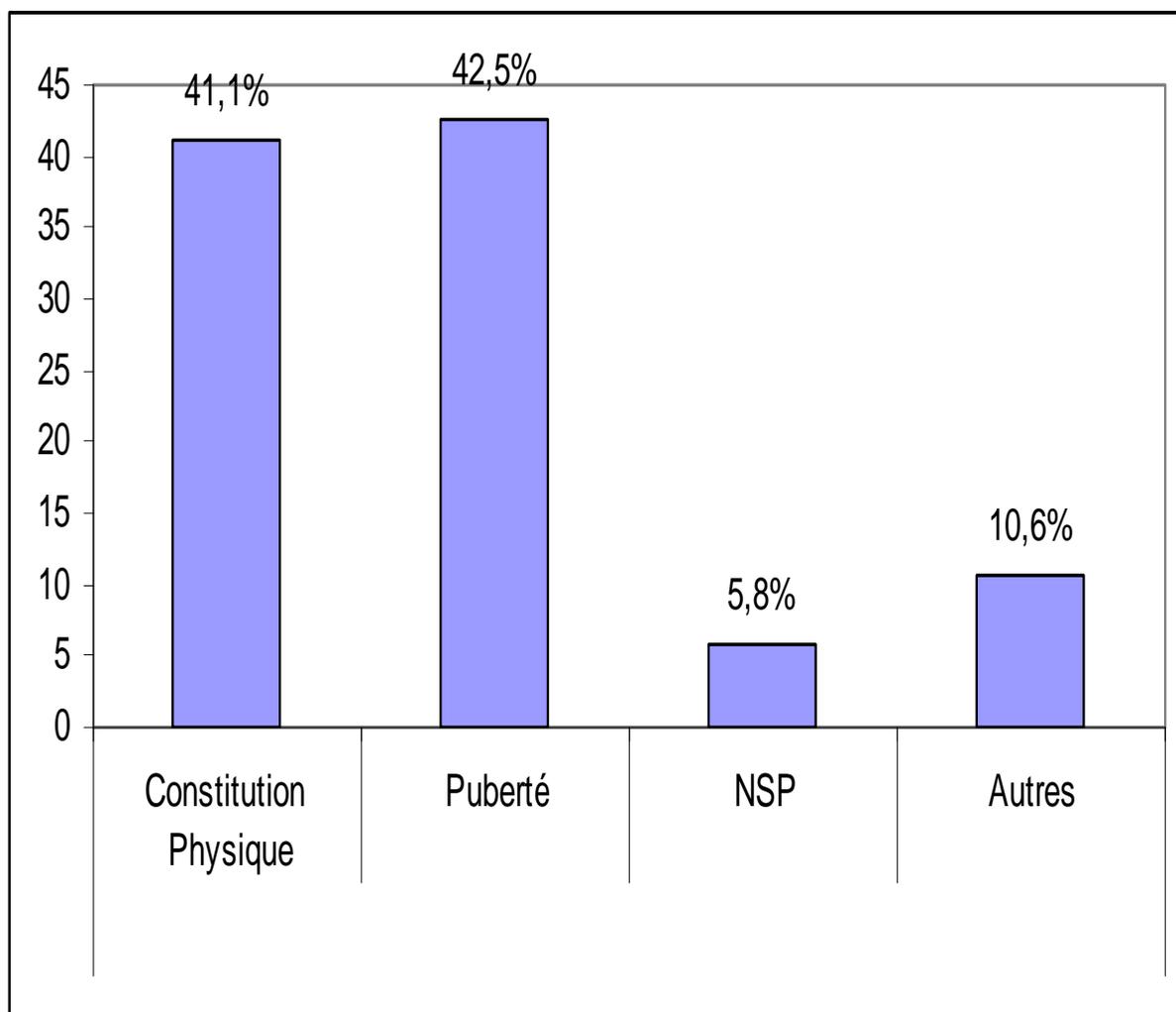
GRAPHIQUE 42 : Répartition des enquêtés selon leur opinion sur l'âge de mariage.



58,6 % trouve que le mariage doit se faire entre 14 et 17 ans et près de 18 % de mères estiment que le mariage peut se faire avant l'âge de 14 ans.

4.3.1.2. Perception des autres signes de l'âge de mariage

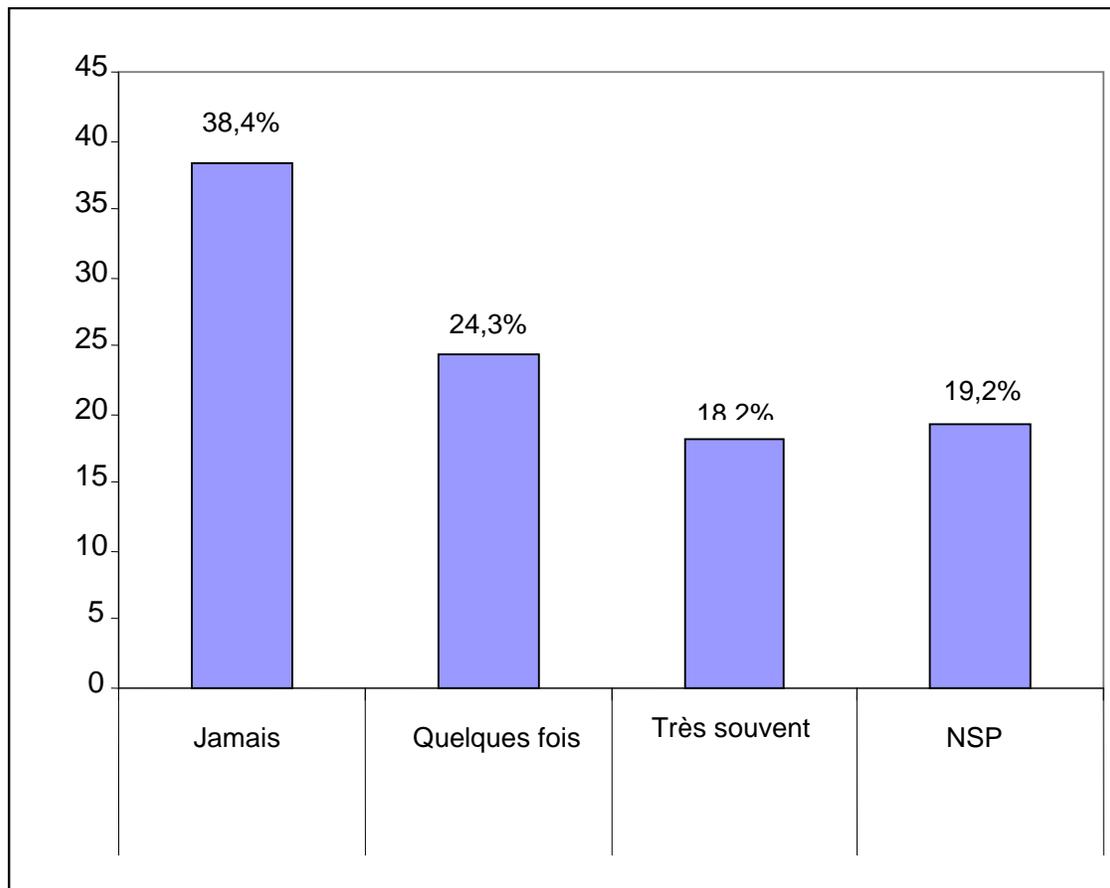
GRAPHIQUE 43 : Répartition des enquêtées selon leur opinion sur les signes de reconnaissance de l'âge du mariage



Dans 41 % des cas, la constitution physique de la jeune fille est le signe de reconnaissances de l'âge du mariage alors que la puberté constituent pour 42,5% de mères le signe de l'âge de mariage.

4.3.1.3. Perception de la fréquence des mariages précoces

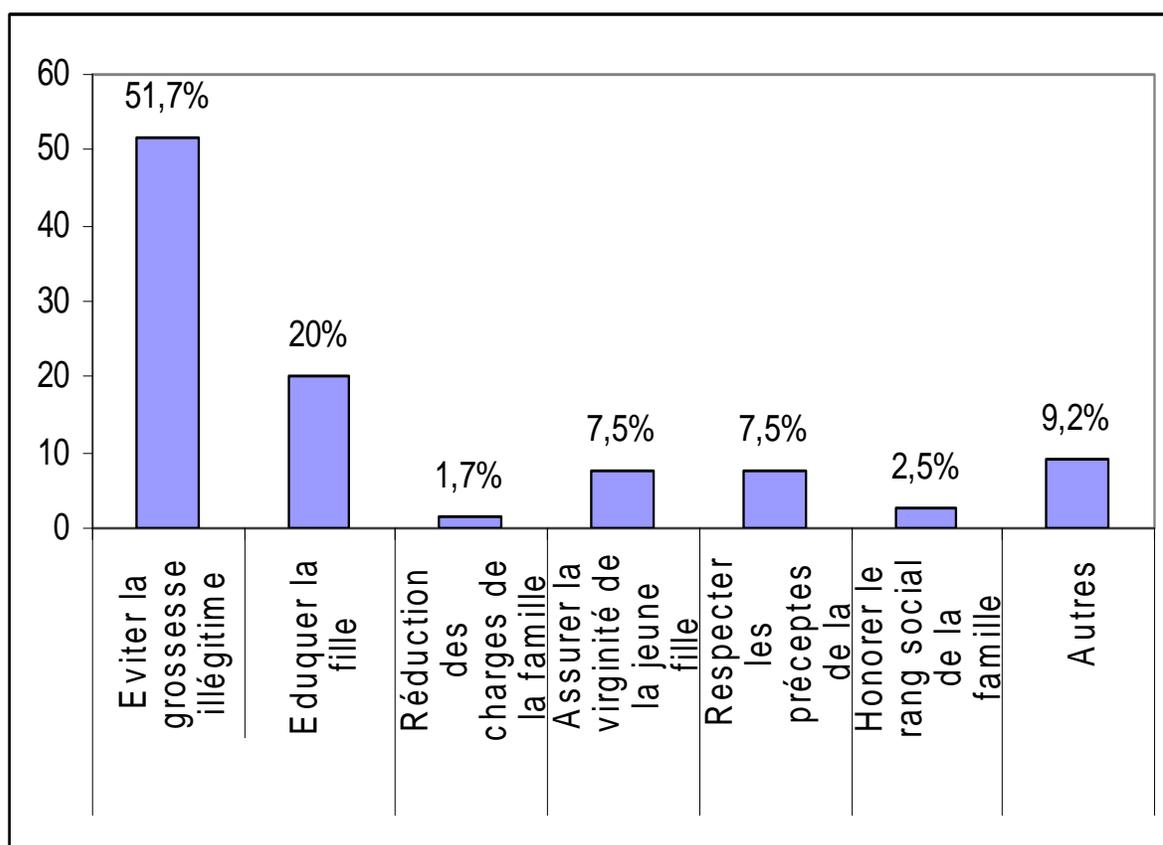
GRAPHIQUE 44 : Répartition des enquêtées selon leur opinion sur la fréquence de la pratique du mariage précoce (MP)



38,4 % des femmes estiment que de nombreux mariages sont célébrés de façons précoces.

4.3.1.4. Perception des raisons des mariages précoces

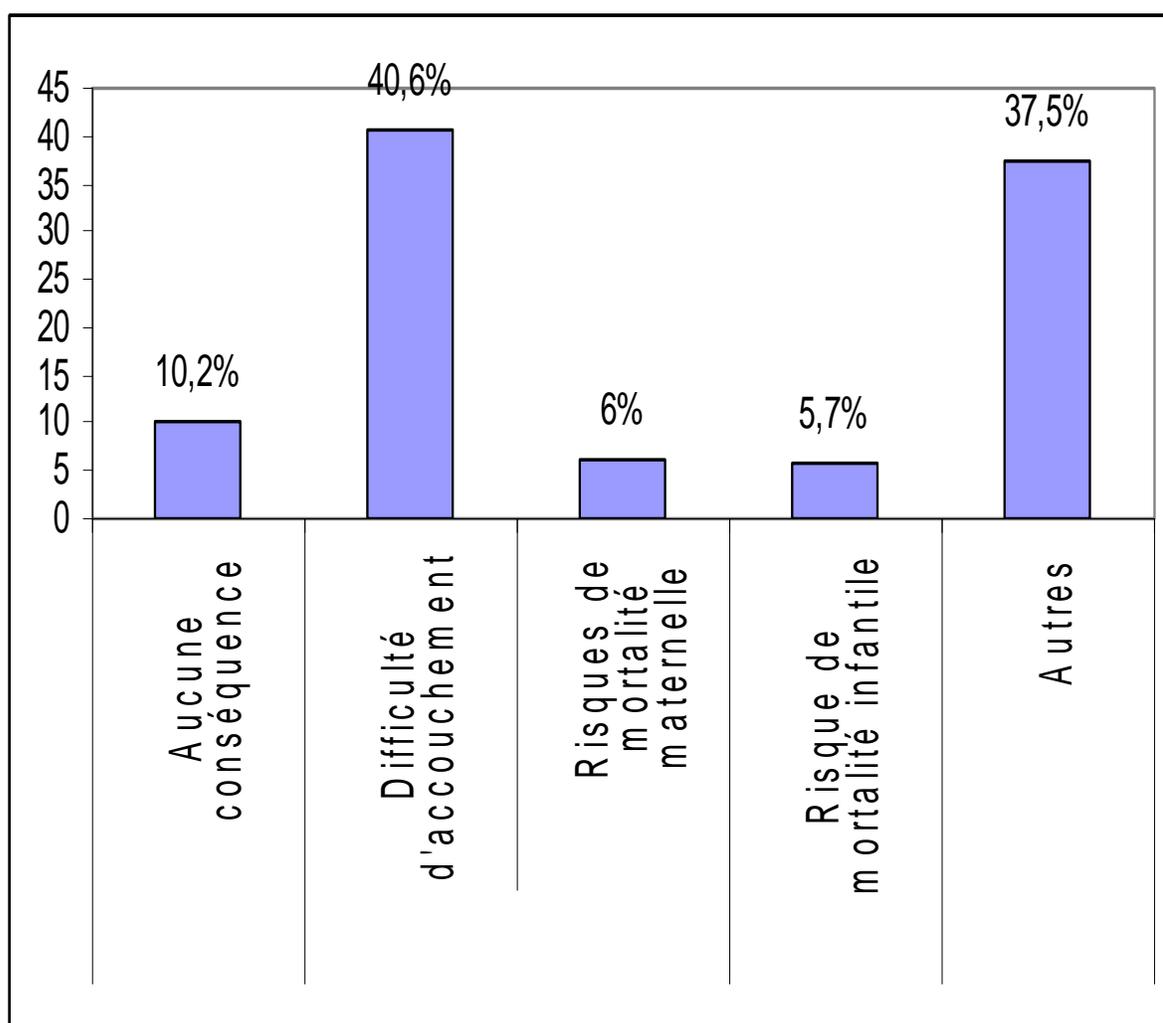
GRAPHIQUE 45 : Répartition des enquêtés selon les raisons données aux mariages précoces



51,7 % des femmes estiment que les raisons du mariage précoce sont d'éviter les grossesses illégitimes.

4.3.1.5. Perception des conséquences négatives des mariages précoces

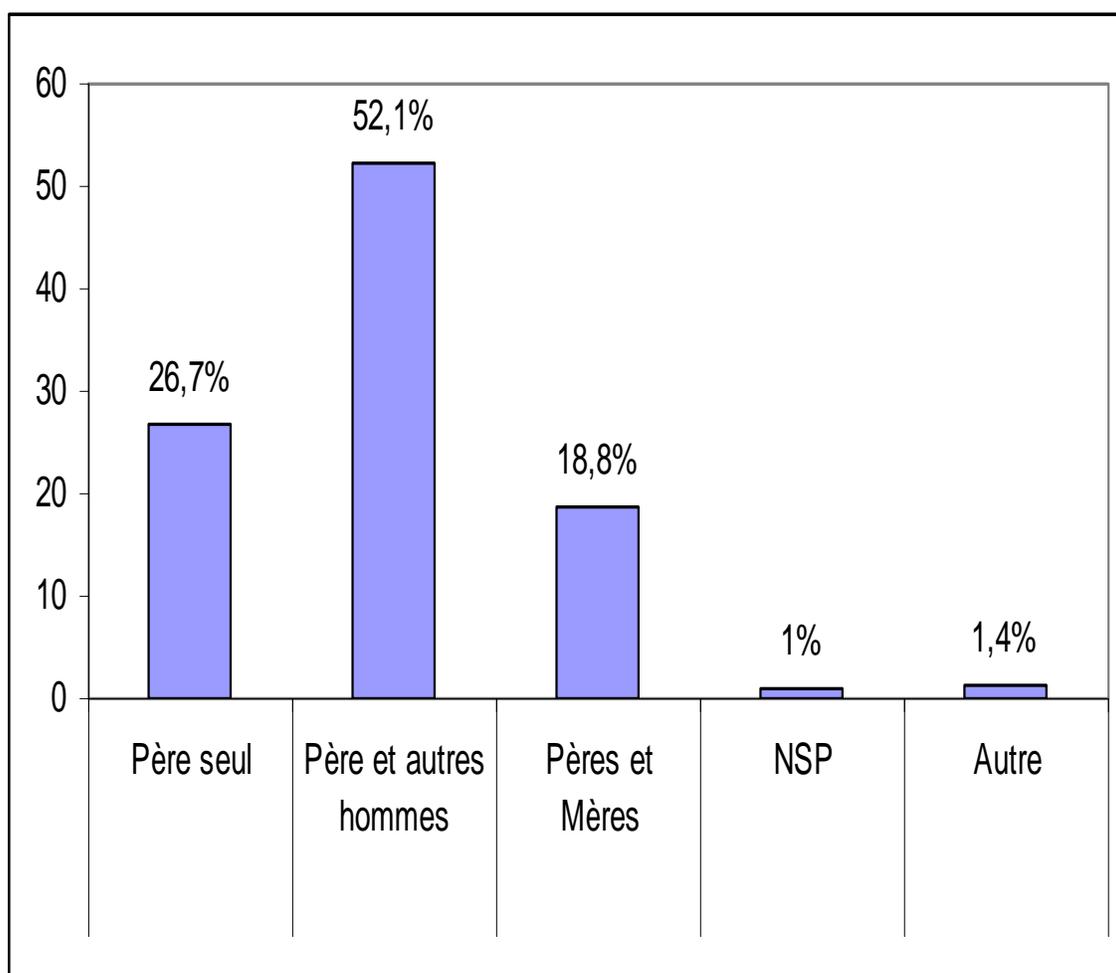
GRAPHIQUE 46 : Répartition des enquêtés selon leur connaissance des conséquences du mariage précoce



40, 6 % des femmes affirment que la 1ere conséquence du mariage précoce serait liée a un difficulté d'accouchement pour la jeune fille.

4.3.2. Responsabilités dans la prise de décision du mariage

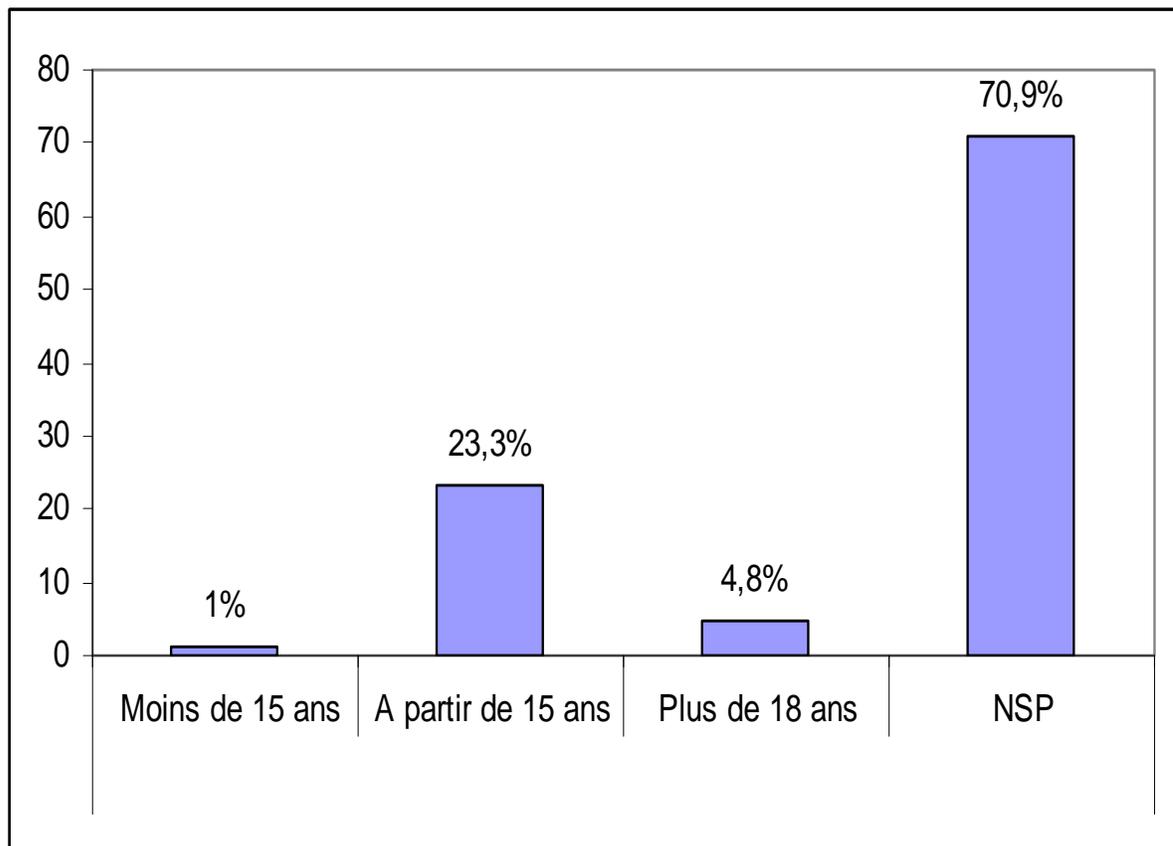
GRAPHIQUE 47 : Répartition des enquêtés selon celui qui prend la décision du mariage



52,1 % des mères et filles affirment que la décision de mariage vient des pères et autres hommes.

4.3.3. Connaissances de l'âge officiel du mariage au Mali

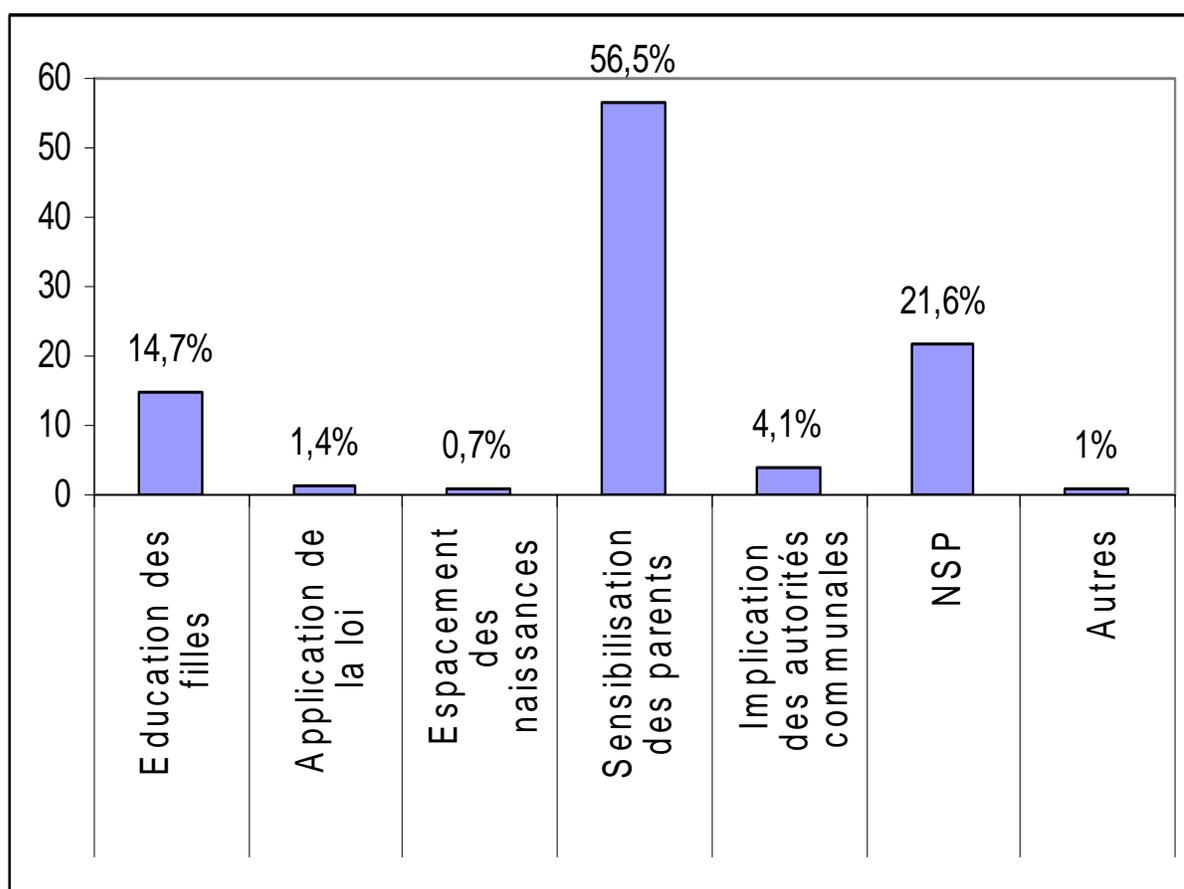
GRAPHIQUE 48 : Répartition des enquêtées selon leur connaissance de l'âge officiel du mariage



70,9 % des mères et filles affirment ne pas connaître l'âge officiel du mariage.

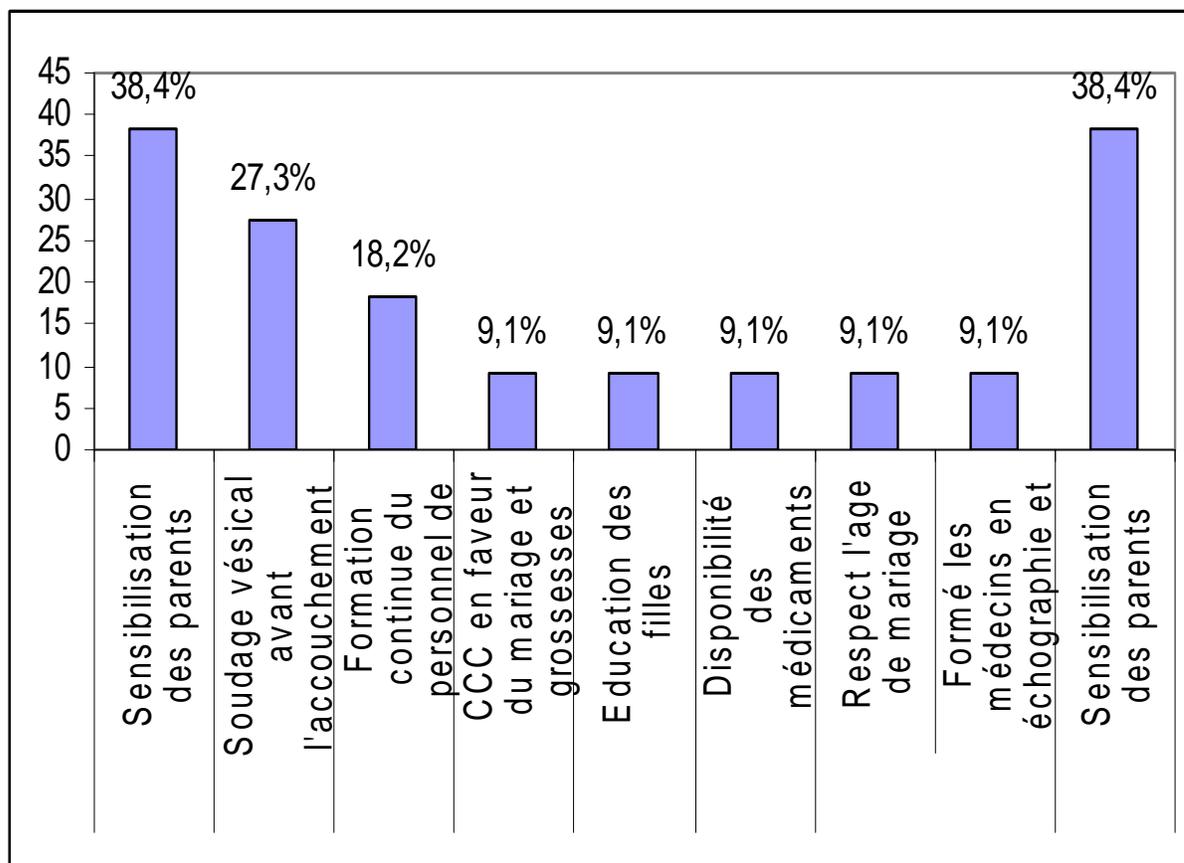
4.3.4. Recommandations pour la prévention des mariages précoces

GRAPHIQUE 49 : Répartition des enquêtés selon les recommandations formulées pour la prévention du Mariage précoce



56,5% des mères et filles affirment que la prévention du mariage précoce doit passer par la sensibilisation des parents.

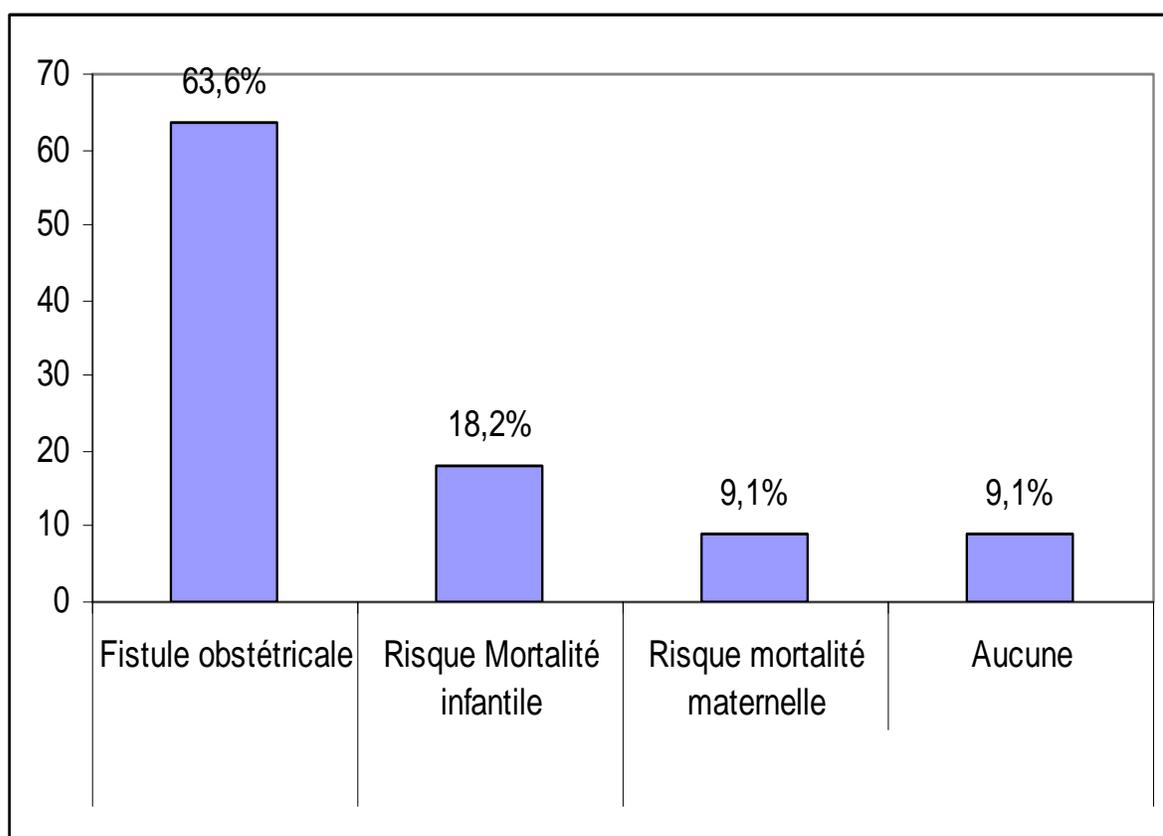
4.4. Recommandations du personnel soignant pour la prévention des mariages précoces



38,4% des personnels soignants attestent que la prévention du mariage précoce doit passer obligatoirement par la sensibilisation des parents.

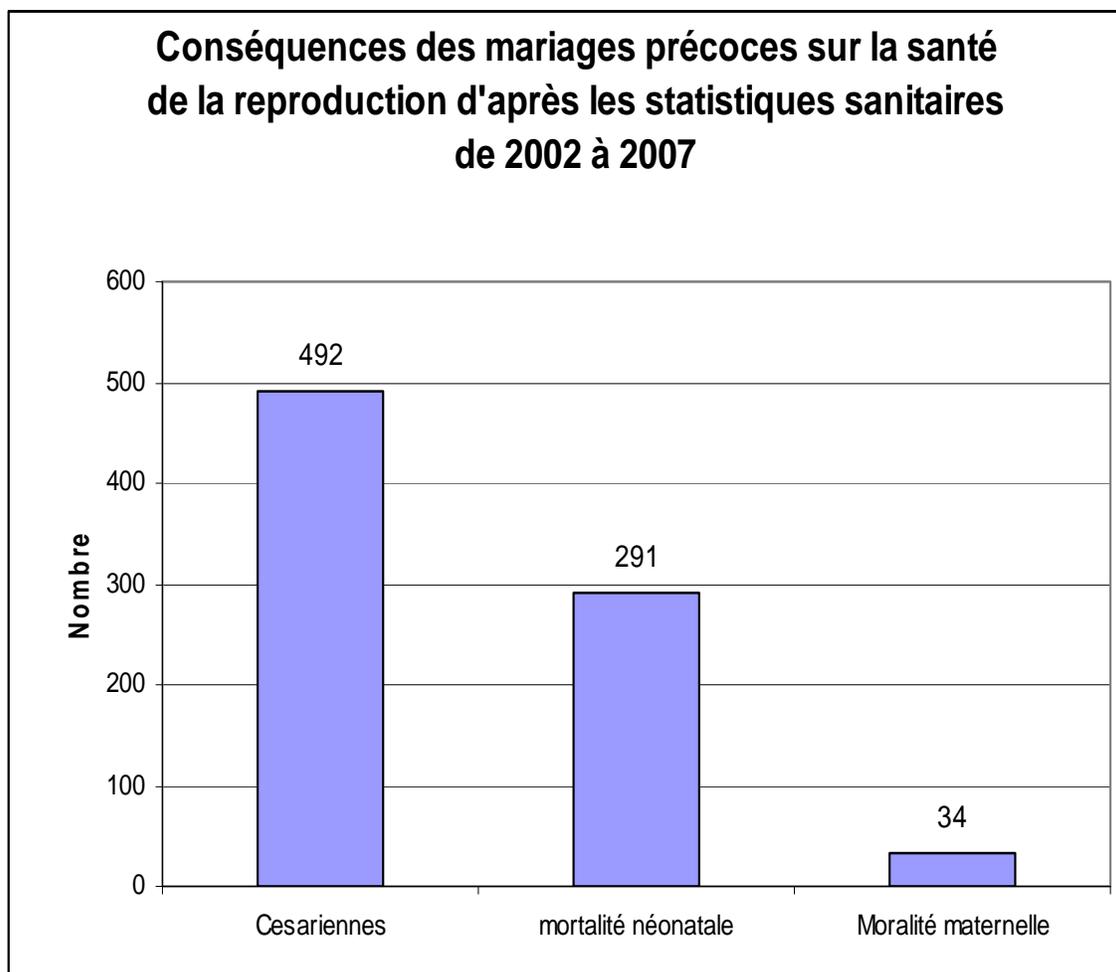
4.11.1. Fréquence des fistules, mortalités infantiles et maternelles et les césariennes

GRAPHIQUE 50 : / Conséquences des mariages précoces selon l'opinion du personnel soignant



Les fistules obstétricales sont citées comme étant la première conséquence des mariages précoces par 7 agents sur 11 soit 63,6%. Les risques de mortalités infantiles et maternelles viennent respectivement après avec 18,2% et 9,1%. Il faut noter par contre qu'un seul agent estime que les mariages précoces n'engendrent aucune conséquence.

GRAPHIQUE 51 : Conséquences des mariages précoces sur la santé de la reproduction d'après les statistiques sanitaires de 2002 à 2007



Les principales conséquences des mariages précoces selon les femmes mariées sont les césariennes et la mortalité néonatale. La mortalité maternelle quant à elle est très faiblement citée comme conséquence de cette pratique.

4.13. Estimation des coûts de la prise en charge de la fistule

Tableau X : Eléments des coûts de la prise en charge par MSF des femmes malades de fistules

Activités	Coûts	Observations
1. Pré consultation		
- IEC au niveau des CSREF	pm	2-3 heures par CSREF, en regroupant au niveau du CSREF : le personnel de santé du centre et des CSCOM, les élus et les représentants de l'administration ; l'IEC porte sur la maladie et sa détection, les conditions de la prise en charge par MSF et le dépôt de fiches d'identification des malades au niveau du centre.
- Animation/information auprès des radios de proximité	pm	Animation radio d'une heure environ simultanément sur toutes les radios locales, assurée par un médecin sur la maladie et sa détection, les conditions de la prise en charge par MSF et l'invitation des citoyens à son signalement aux centres de santé le plus proche.
- IEC au niveau des ONG opérant dans le domaine de la santé	pm	2-3 heures, en ciblant l'ensemble des ONG intervenant dans le domaine de la santé; l'IEC porte sur la maladie et sa détection, les conditions de la prise en charge par MSF et l'invitation des ONG intéressées à faire acte de candidature pour l'animation socio culturelle dans les villages et les centres urbains pour l'identification et

		l'évacuation des malades vers l'hôpital régional de Tombouctou.
- IEC dans l'ensemble des villages par aires de santé	pm	Animation assurée par les ONG recrutées à cet effet, par aire de santé et dans l'ensemble des agglomérations, sur la maladie et sa détection, les conditions de la prise en charge par MSF et l'invitation des malades ou de leur proche à son signalement aux centres de santé le plus proche ; dans chaque village les imans sont mis à contribution par des annonces à la mosquée.
- visite dans les villages aux femmes malades identifiées après les IEC	pm	Visite à domicile par les animateurs, des malades signalées, en vue de vérifier l'une information, sensibiliser la malade et lui préciser les conditions de la prise en charge.
- Transport des malades et de leur accompagnant à Tombouctou	pm	Le transport de la malade consentante et de son accompagnant est assuré soit par MSF, soit par le CSREF ou bien par la famille de la malade qui sera remboursée par l'ONG.
- Accueil et installation à l'hôpital régional de Tombouctou	pm	A l'arrivée à l'hôpital, la malade et son accompagnant sont accueillis par une animatrice de MSF, « maman village », une ancienne malade guérie de la fistule, qui les dote d'un kit d'accueil et les installe dans « le village » ; chaque kit comprend : couvertures, draps, pagnes, bouilloire, matelas, etc.

2. Consultation/ analyse	6000 F /malade	Versés à l'hôpital dans le cadre d'un protocole de collaboration entre le centre et MSF.
3. Intervention chirurgicale	7500/ malade	Versés à l'hôpital dans le cadre du même protocole de collaboration pour les prestations de son personnel comprenant 1 chirurgien et 1 gynécologue
4. Médicaments et autres produits	Kit fournit par MSF	La composition du Kit est donnée en annexe
5. Soins	5000 F /malade	Versés à l'hôpital dans le cadre du même protocole de collaboration pour les prestations de son personnel soignant.
6. hébergement	10000 F /malade	Montant forfaitaire pour l'hospitalisation de la malade dans le cadre du protocole de collaboration entre MSF et l'hôpital régional de Tombouctou
7. Nourriture	5000 f /jour / malade pdt 21j	Montant forfaitaire pour l'alimentation de la malade et de son accompagnant dans le cadre du protocole de collaboration entre MSF et l'hôpital régional de Tombouctou
8. Transport pour le retour et le contrôle	pm	MSF assure le transport - retour de la malade et de son accompagnant après son traitement et pour le contrôle trimestriel

Tableau XI : Les centres de coûts de la prise en charge d'une fistule peuvent se résumer comme suit :

	Coût approximatif journalier/femme
Équipement technique du bloc opératoire (forfait pour un amortissement de l'équipement calculé sur 3 ans avec valeur initiale de 1 367 490 F) [3]	1 266
Formation en chirurgie de la fistule (forfait journalier pour une formation d'une durée de 6 mois à l'Hôpital National du Point G estimée à 15 000 000 F cfa par médecin)	83 333
Compagnonnage pour la formation	75 000
Campagne d'information et de sensibilisation au niveau des villages et des CSréf et animation au niveau des médias locales	30 000
Visites aux femmes malades dans les villages	25 000
Transport (du village à l'Hôpital aller/retour, et pour le retour pour le contrôle)	15 000
Accueil et hébergement à l'Hôpital	15 000
Prise en charge médico-chirurgicale (consultation, intervention, médicaments, soins post-opératoires..)	40 040
Coût estimatif journalier par femme sans l'équipement et la formation	125 050
Coût estimatif par femme toute charges comprises	284 649

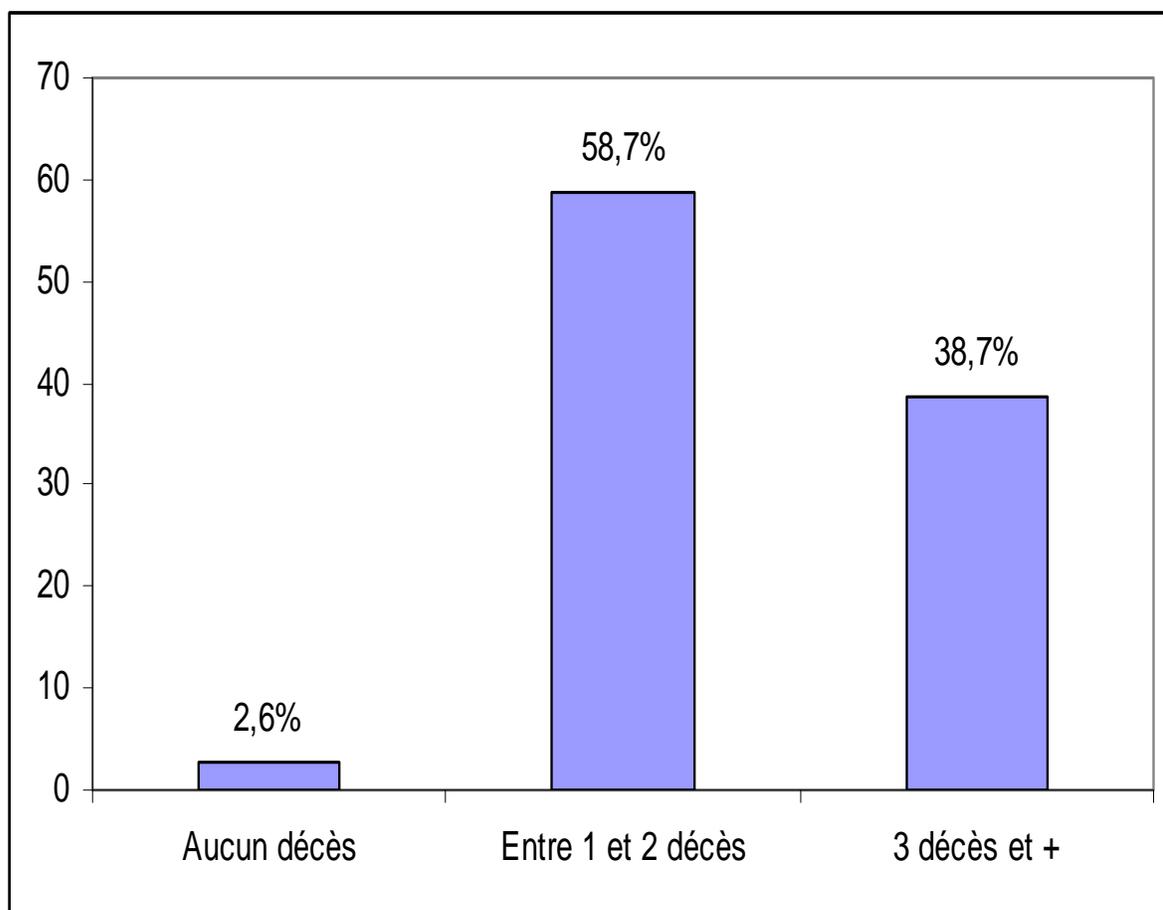
En ne considérant que les coûts directs, hors investissements, la prise en charge d'une fistule coûte en moyenne **2 626 050 F**. En prenant en compte l'investissement (matériel, équipement, formation et suivi) le coût remonte à

5 977 629 F cfa. Lorsque le niveau de recrutement des femmes est important et si la masse critique de personnel formé est suffisante et les équipements nécessaires sont mis en place, le coût moyen de la prise en charge d'une fistule tournera autour de 2 500 000 F cfa. Il est donc nécessaire de mettre en avant les actions de prévention afin de réduire la prévalence de ces complications et réduire ainsi le coût de la prise en charge de cette pathologie.

L'évaluation faite en avril 2007 par le consortium des 6 ONG du Nord 3 [12] donne un coût moyen de prise en charge d'une femme victime de fistule à **67 500 F cfa.** Mais, ce coût ne prend en compte que le bilan préopératoire (7 500 F), l'acte opératoire (10 000 F), l'ordonnance opératoire (42 500 F) et l'hospitalisation (7 500 F). Le coût que nous avons estimé approche plus la réalité, car prenant en compte l'essentiel des centres de coûts entrant dans le cadre de la prise en charge de la fistule.

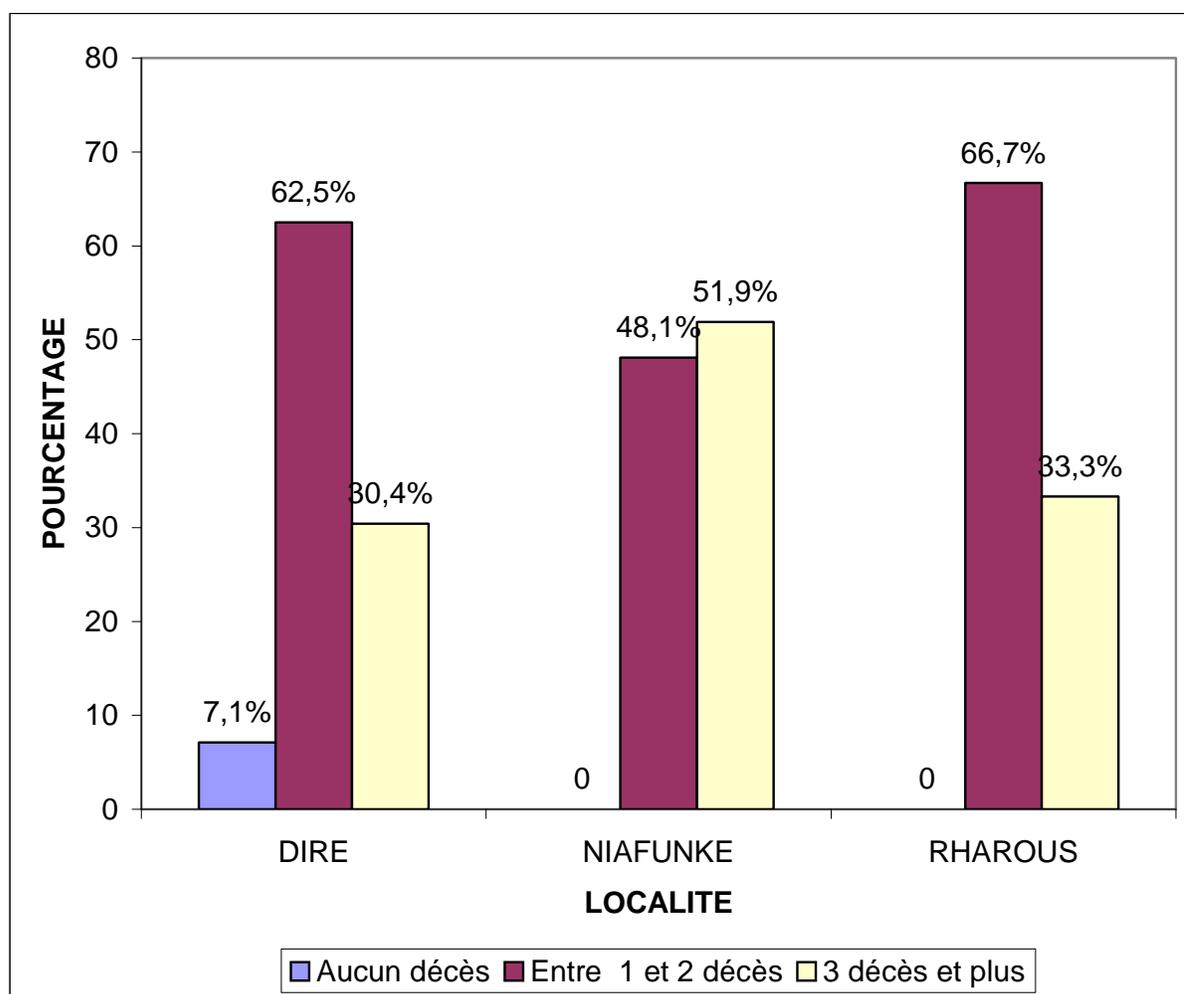
4.13. Relations entre mariages précoces, santé de la reproduction et leurs conséquences

GRAPHIQUE 52 : Répartition des femmes mariées selon le nombre d'enfants décédés

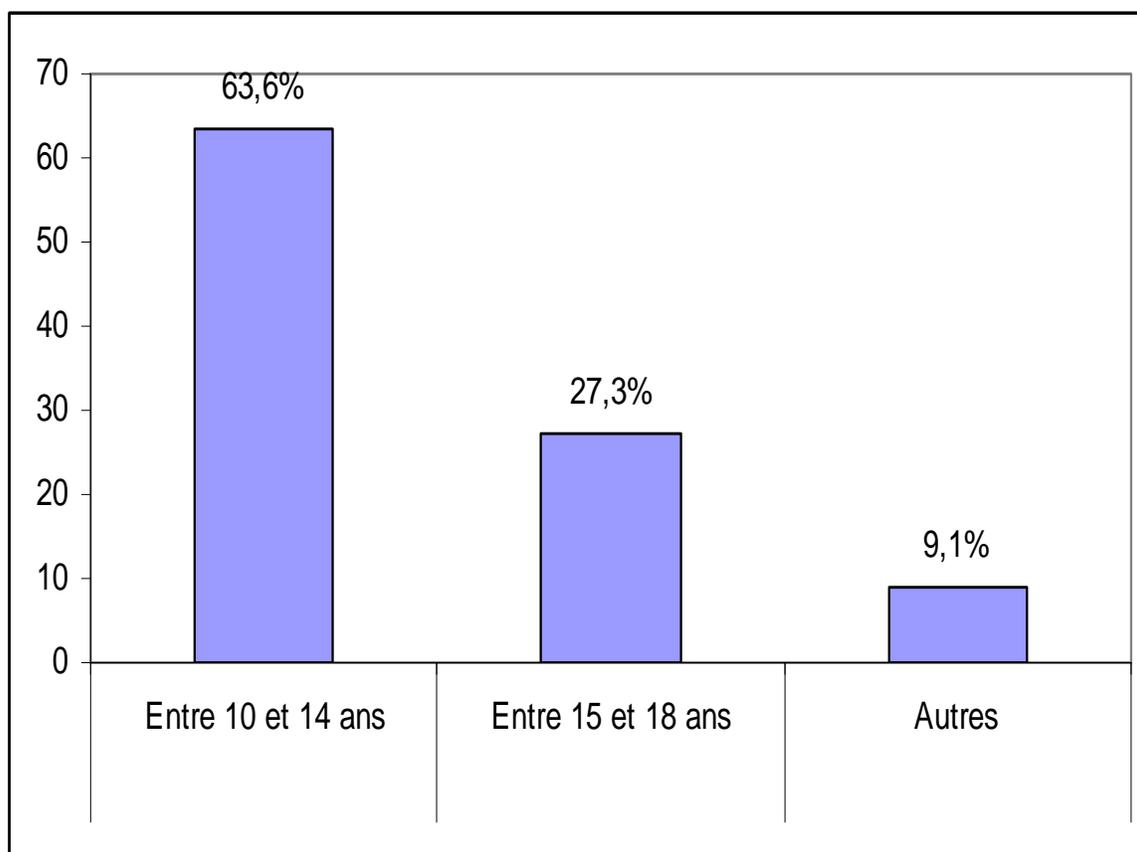


Sur l'ensemble des femmes mariées interrogées, il n'y a que 2,6 % qui n'ont pas connu de décès de leurs enfants, par contre, plus de la moitié (58,7 %) ont eu un à deux enfants décédés et 38,7 % plus de 2 enfants décédés.

GRAPHIQUE 53 : Répartition des femmes mariées selon le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans et par localité



GRAPHIQUE 54 : Perceptions et attitudes du personnel de santé Opinion du personnel de santé sur l'âge du mariage précoce.



Sur les 11 agents de santé interrogés au niveau des 3 centres de santé de référence et des différentes aires de santé visitées, 63,6 % des agents estiment que le mariage précoce est fréquent. Quant à l'opinion du personnel sur l'âge de mariage, 63,6 % estiment qu'il est pratiqué entre 10 – 14 ans et 27,3 % seulement des agents pensent qu'il est pratiqué entre 15 et 18 ans.

Les premières épouses représentent le rang de mariage le plus élevés avec une fréquence de 29 soit 49,2 %.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

5. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

Les niveaux de fréquence des mariages précoces sont élevés dans les cercles ciblés par l'étude (Niafunké, Diré, Gourma Rharous) de la région de Tombouctou, même si, ils sont inférieurs à ceux des autres cercles du nord du Mali. Ils sont de l'ordre de 58% des femmes à Tombouctou contre environ 75% [10] dans les autres régions nord étudiées (Gao et Mopti). Pour l'ensemble du pays, la prévalence des mariages précoces est de 5 % chez les garçons contre 50 % chez les filles d'après un rapport du Fonds des Nations Unies pour la Population paru en mars 2001[2]. La même étude retrouve un niveau de prévalence au Guatemala de 8 % chez les garçons contre 24 % chez les filles. Au Niger, une étude récente de l'UNICEF menée dans six pays d'Afrique de l'Ouest [15] a révélé que 44% des femmes nigériennes de 20 à 24 ans avaient été mariées avant d'avoir 15 ans. La nécessité de suivre la tradition, de renforcer les liens dans ou entre les communautés, et de protéger les filles contre les grossesses hors du mariage étaient les principales raisons alléguées. Dans les communautés examinées, toutes les décisions concernant la date du mariage ou le choix de l'époux sont prises par les pères.

Au Bangladesh, on compte 5 garçons mariés entre 15 et 19 ans pour 51 filles du même âge en 2001 d'après la même source. Le niveau de la pratique des mariages précoces est plus élevée dans notre étude comparée à ce qui est observé pour l'ensemble du pays, mais reste en dessous du niveau retrouvé à Gao et Mopti et au Guatemala.

En Ethiopie et dans certaines parties d'Afrique occidentale les mariages à 7 ou 8 ans ne sont pas rares. Dans l'Etat du Kebbi, au nord du Nigeria, l'âge moyen du

mariage pour les filles dépasse à peine 11 ans, par rapport à une moyenne nationale de 17 ans [10].

Au Bangladesh, l'Enquête démographique et de santé (EDS) de 1996-97 [3 –4] a révélé que 5% des filles de 10 à 14 ans étaient mariées très précocement.

En Afrique subsaharienne, les tendances ont été minutieusement examinées grâce aux données fournies par les Enquêtes de fécondité globale et les EDS. Les analystes ont dégagés deux groupes de pays : ceux où l'âge du mariage est en hausse, comme le Kenya, l'Ouganda, le Zimbabwe et le Sénégal, et ceux où il n'y a guère eu de changement, parmi lesquels le Cameroun, la Côte-d'Ivoire, le Lesotho, le Liberia et le Mali [10]. Dans plusieurs pays plus de 40% des jeunes femmes ont connu le mariage ou une union quasi maritale avant d'avoir atteint 18 ans[10]. Par contre, dans deux pays seulement plus de 10% des garçons sont mariés avant 19 ans[10]. Le mariage précoce est généralement plus répandu en Afrique centrale et occidentale, concernant respectivement 40% et 49% des filles de moins de 19 ans, par rapport à 27% en Afrique orientale et 20% en Afrique du Nord et du Sud [10]. Un grand nombre de ces jeunes mariées entrent comme deuxième ou troisième épouse dans des ménages polygames.

Dans quelques pays d'Afrique, en particulier le Botswana et la Namibie, peu de filles se marient avant 20 ans. Cependant le concubinage est relativement fréquent. Si la tendance à se marier plus tard est manifeste pour le continent dans son ensemble, elle est cependant inversée dans certains pays comme le Lesotho et le Mozambique [10]. Dans certains cas également, les tensions générées par les conflits ou le VIH/SIDA semblent inciter au mariage précoce.

En Asie, les structures matrimoniales sont bien plus différenciées. L'Afghanistan et le Bangladesh, où respectivement 54% et 51% des filles sont

mariées avant 18 ans représentent des cas extrêmes [21]. Au Népal, où l'âge moyen du premier mariage est 19 ans [10], 28,7% des filles sont mariées avant 10 ans et 40% avant 15 ans . En Chine la proportion des mariages précoces a diminué de 35% durant les années 70 pour passer ensuite de 13% en 1979 à 18% en 1987 [10]. Dans l'Etat indien du Rajasthan, une étude de 1993 portant sur 5000 femmes a révélé que 56% d'entre elles avaient été mariées avant l'âge de 15 ans, dont 17% avant l'âge de 10 ans [10]. Une étude de 1998 effectuée dans le Madhya Pradesh a constaté que presque 14% des filles étaient mariées entre 10 et 14 ans.

Au Moyen-Orient et Afrique du Nord, le mariage précoce est moins commun qu'en Asie du Sud ou en Afrique subsaharienne. Malgré le peu de données disponibles, nous savons que dans les Emirats arabes unis 55% des femmes de moins de 20 ans sont mariées, et ce chiffre est de 42% au Soudan [10]. Dans certains pays les moyennes peuvent à nouveau dissimuler d'importantes disparités. Une enquête sur le terrain effectuée par le ministère de la Santé en Haute-Egypte (méridionale) vers la fin des années 80 a révélé que dans les zones rurales 44% des femmes mariées au cours des cinq années précédentes l'avaient été avant d'avoir atteint l'âge légal de 16 ans [10].

Au Caraïbes et Amérique latine, L'UNICEF rapporte que dans cette région 11,5% des filles âgées de 15 à 19 ans sont mariées. Ces chiffres cachent également des différences, avec des âges bien plus élevés dans les Caraïbes et bien plus bas dans des pays comme le Paraguay, le Mexique et le Guatemala [10]. L'âge du mariage chez les indigènes ruraux est généralement bien plus bas que chez les habitants des villes, en conformité avec les modèles traditionnels. En République dominicaine la proportion des mariages précoces a augmenté au début des années 90, passant de 30% à 38% [10].

Dans les pays industrialisés, (*Amérique du Nord, Europe et Océanie*), peu de femmes se marient avant 18 ans, seulement 4% aux Etats-Unis et 1% en Allemagne [21]. Mais le mariage précoce subsiste dans certaines parties d'Europe centrale et orientale, en particulier chez les Romains ¹ et en Macédoine où 27% des femmes mariées au cours de l'année 1994 avaient entre 15 et 19 ans [30].

Dans la majeure partie de l'Europe orientale, l'âge moyen du mariage se situe entre 20 et 25 ans, ce qui sous-entend une certaine proportion de mariages avant 20 ans (11,5% par exemple en République kirghize) [31].

Dans l'ensemble de l'Océanie, l'âge moyen du mariage pour les femmes est supérieur à 20 ans. Cependant au Kiribati, aux îles Marshall, en Papouasie-Nouvelle-Guinée et aux îles Salomon, au moins 18% des femmes sont mariées entre 15 et 19 ans [31].

Globalement, il est important de constater que le mariage précoce, et la maternité précoce, ont été plus ou moins abandonnés par les sections les plus riches de la société, même dans les pays pauvres et très traditionalistes. Pratiquement partout les femmes pauvres des zones rurales tendent à se marier plus tôt que celles des zones urbaines, et les niveaux d'éducation jouent également un rôle décisif. Un examen comparatif de l'âge lors du mariage et du niveau d'éducation montre qu'un pourcentage considérablement plus élevé de femmes ayant bénéficié d'au moins 7 ans de scolarité se marient à 20 ans ou plus.

Les principaux facteurs déterminants de cette précocité du mariage dans la région de Tombouctou sont l'appartenance ethnique, la stratégie matrimoniale et l'endogamie.

En effet la pratique du mariage précoce est surtout fréquente chez les Sonrhäï, Tamashek, Arabe et Peul. Elle est nettement moins fréquente chez les Bambara à Niafunké où la proportion des mariages très précoces, avant l'âge de 15 ans, ne représente que 7% contre une moyenne de 20% pour les autres groupes ethniques.

Dans notre étude, la stratégie matrimoniale basée sur la promesse de mariage des parents domine et contribue à la pérennisation du mariage précoce. Au niveau des ménages polygames, (25% des femmes mariées enquêtées), la pratique de l'endogamie (chez 86% des femmes) semble aussi être un facteur déterminant des mariages très précoces chez ce type de ménage. Enfin la pratique du mariage précoce est plus fréquente chez les jeunes générations, que les générations des femmes de 50 ans et plus, vraisemblablement du fait d'une maturité physique plus précoce et de l'importance de ce critère dans la décision de mariage.

Par contre le niveau d'instruction des femmes qui est très faible dans la zone, ainsi que le mode de vie qui a tendance à une sédentarisation généralisée, ne semblent guère avoir un impact significatif sur l'âge de mariage dans la région.

En terme de perception des populations (les mères notamment) et des leaders communautaires, l'âge idéal de mariage de la fille se situerait entre 14 et 17 ans et plus exactement à 15 ans pour l'ensemble des groupes ethniques. Toutefois, de l'avis de ces populations, la pratique du mariage avant est presque courante chez les arabes, les Tamashek et les Peul et les Sonrhäï pour diverses raisons.

En effet, plus que l'âge réel de la jeune fille, les principaux indicateurs influençant la décision de mariage sont certains signes physiques de puberté ou bien la taille et la forme de la fille. Une proportion non négligeable de parents marie leur fille bien avant la confirmation de ces signes pour des raisons essentiellement socio culturelles (éviter une grossesse illégitime et ou mieux éduquer la fille) ou économiques (réduire les charges de la famille).

Les conséquences négatives de ces mariages précoces sur la santé de la reproduction de la femme sont nettement perçues par une grande majorité des mères (90%) et par l'ensemble des leaders communautaires et communaux enquêtés qui ignorent dans leur grande majorité, l'âge légal du mariage au Mali et ses fondements médicaux, psychologiques et sociaux.

En fait, dans la quasi totalité des groupes ethniques, la responsabilité de la prise de décision du mariage de la jeune fille appartient au père ou à l'ensemble des hommes de la famille avec toutefois une information préalable de la mère ou des femmes du ménage. De leur avis, la pratique du mariage précoce devrait être limitée afin de prévenir les risques sur la santé de la reproduction de la femme, les conséquences de la surcharge de travaux domestiques pour la petite fille et les divorces précoces.

Les mères et les leaders des communautés suggèrent dans leur grande majorité, la sensibilisation des parents, l'information et l'éducation des filles et des femmes et l'implication des autorités communales dans la prévention du mariage précoce.

Par rapport au dispositif de lutte contre le mariage précoce et au coût de la prise en charge de la fistule, une diversité d'acteurs intervient dans la région dans le

domaine de la santé de la reproduction parmi lesquels des ONG locales et internationales

(Tahanint M'Massinag, Médecins Sans Frontières, Association Malienne pour le Développement et Association Malienne pour le Survie au Sahel, et une Clinique juridique). Elles conduisent des activités de lutte contre les mariages précoces et ou contre les différentes formes de violences faites aux femmes en général. Cependant leurs interventions sont dans l'ensemble orientées vers des actions de prévention à travers la communication pour le changement de comportement dans les domaines médical et juridique.

MSF en particulier se distingue dans la prise en charge totale des femmes malades de fistule dans le cadre de son programme de Santé maternelle au Nord Mali. Ces interventions s'inscrivent au sein d'un dispositif régional de prise en charge de cette pathologie et d'un dispositif national qui commence à se structurer. A Tombouctou et à Gao, ce dispositif implique les deux hôpitaux régionaux et l'appui technique et financier d'ONG du nord et d'ONG locales à travers une stratégie comprenant, (la formation de chirurgiens et gynécologues, le suivi évaluation des agents, l'information et la sensibilisation des communautés pour l'identification des malades et,) la prise en charge proprement dite.

Par rapport à la perception et attitudes du personnel de santé, de l'avis du personnel de santé de la région, les fistules obstétricales constituent la première conséquence du mariage, suivies des risques de mortalités infantiles et maternelles. Les cas de césariennes connaissent aussi une nette évolution entre 2003 et 2007. Par rapport au mariage, le personnel de santé des CSREF et CSCOM (médecin chirurgien, matrone et sage femmes), estime que cette pratique est répandue dans la zone, avec comme principales conséquences : les fistules obstétricales et les risques élevés de mortalités infantile et maternelle.

4.13.1. Revue documentaire

Les mariages d'enfants ont lieu dans le monde entier, mais sont une pratique courante dans certaines parties d'Afrique et d'Asie du Sud. En 1993, au Rajasthan (Inde), note l'Unicef, 56% des femmes étaient mariées avant l'âge de 15 ans et 17% avant l'âge de 10 ans. Pire encore, dans ce même Etat de l'Union indienne des enfants de 2 à 3 ans sont offerts en mariage par leurs parents. "Un moyen éprouvé, selon le rapport, d'organiser la transmission de la propriété et de la richesse au sein des familles".

Le rapport de l'Unicef donne quelques chiffres : les pourcentages des filles âgées entre 15 et 19 ans et qui sont déjà mariées sont, respectivement de : 74% en République Démocratique du Congo; 70% au Niger; 54% en Afghanistan; 51% au Bangladesh; 30% au Honduras, et 28% en Iraq. Au Niger, 44% des femmes entre 20 et 24 ans se sont mariées avant l'âge de 15 ans, note l'étude qui explique ce phénomène par deux raisons principales: "renforcer les liens dans ou entre les communautés, et protéger les filles contre les grossesses hors mariage".

D'une manière générale, le mariage précoce est plus répandue en Afrique centrale et occidentale (40% à 49% des filles mariées avant 19 ans) qu'en Afrique orientale (27%) du Nord ou du Sud (20%), relève l'étude. Un grand nombre d'entre elles deviennent deuxième ou troisième épouse des ménages polygames et courent le risque élevé de devenir des esclaves sexuelles.

Dans les pays industrialisés, les femmes se marient rarement avant 18 ans (4% aux Etats-Unis et 1% en Allemagne), à l'exception de certains pays d'Europe de l'Est à l'économie fragile (Albanie ou Macédoine), ou dans les communautés tsiganes. L'Unicef voudrait affiner ce constat pour convaincre les Etats de mettre un terme à ces pratiques, considérées "comme un obstacle majeur à l'accomplissement des droits humains".

4.13.2. Mariages précoces et santé de la reproduction dans la région de Tombouctou

Un programme Santé Maternelle initié par le consortium de 6 ONG internationales dans les régions du Nord, a permis d'assurer la prise en charge correcte de 32 femmes dans le cercle de Tombouctou. Dans cette région, 9 femmes sur les 32 n'ont pas pris part au programme de compagnonnage à raison de 2 à Goundam, 4 à Niafunké et 3 dans le cercle de Tombouctou.

La répartition des femmes prise en charge dans le cercle de Tombouctou est le suivant :

- 12 dans le cercle de Diré
- 8 dans le cercle de Tombouctou
- 7 dans le cercle de Niafunké
- 4 dans le cercle de Goundam
- 1 femme dans le cercle de Gourma Rharous

La lutte contre les mariages précoces, notamment dans son volet réduire l'exclusion des femmes victimes de fistules obstétricales a été mis en œuvre à travers la mise en place de l'équipement nécessaire pour assurer la prise en charge chirurgicale ainsi que la formation en chirurgie de la fistule des médecins de l'hôpital ainsi que le compagnonnage nécessaire au transfert de compétence afin de permettre l'autonomie des médecins et assurer la décentralisation de la prise en charge des fistules à travers le pays.

D'autres activités d'information et de sensibilisation sont menées auprès des populations afin d'assurer le recrutement de toutes les victimes de cette pathologie et assurer leur prise en charge. La prise en charge est entièrement assurée par le consortium des ONG afin de réduire l'handicap non seulement sociologique, mais aussi économique et financier.

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

6. CONCLUSION ET RECOMMANDATION

6.1. Conclusion

Le mariage précoce représente une grave menace pour le bien-être des enfants. Si cette pratique concerne filles et garçons, ce sont toutefois les droits les plus fondamentaux de l'épouse enfant – en matière de survie et de développement – qui sont méconnus.

Cette dernière a peu de chances, sinon aucune, de décider de sa vie sexuelle ou du nombre, de la période et de la fréquence de ses maternités. Ce n'est qu'en promouvant l'égalité des sexes, à l'intérieur et à l'extérieur du mariage, que l'on viendra à bout de telles violations des droits.

Dans certains pays en développement 50% ou plus de l'ensemble des femmes se marient ou se mettent en ménage avant d'avoir 18 ans, et 70% ou plus avant d'avoir 20 ans. Un nombre assez élevé d'entre elles vivent même en couple avant d'avoir 15 ans [4].

De plus, le mariage précoce signifie généralement maternité précoce. Dans de nombreux pays en développement, au moins 20% des femmes et dans certains pays environ 50% ont leur premier enfant avant 18 ans.

La bonne nouvelle est que l'âge du mariage semble s'élever, surtout en Asie et en Afrique du Nord. Dans huit pays d'Asie, par exemple, des données publiées en 1997 révélaient que 57% des femmes âgées de 40 à 44 ans s'étaient mariées avant 20 ans, contre seulement 37% de celles âgées de 20 à 24 ans.

En Afrique septentrionale, les chiffres correspondants étaient de 66% et 34%. En Afrique subsaharienne, où le nombre des mariages d'adolescents reste élevé, les chiffres étaient respectivement de 73% et 59% [4].

Notre étude a révélé que 58,3 % des mariages étaient précoces et que la mortalité est élevée (sur 7 enfants que chaque maman devait avoir en moyenne, seulement 3 vivaient). Si 90% des populations toutes ethnies confondues situent l'âge de mariage de la fille entre 14 et 17 ans, une bonne partie de cette population pratique le mariage avant cet âge.

6.2. Recommandations :

L'analyse des résultats de cette étude permet de dégager les constats et les recommandations qui suivent.

6.2.1. En terme de prévention des mariages précoces

L'abandon de la pratique du mariage précoce passe nécessairement par des actions ciblées en direction des groupes sociaux concernés allant dans le sens de :

- a.** une communication efficace et dynamique pour le changement de comportement des parents afin qu'ils prennent conscience des conséquences réelles que peut induire la pratique du mariage précoce,
- b.** Une plus grande implication des autorités communales et des hommes dans la prévention et la lutte contre cette pratique;

- c.** L'utilisation des journées nationales de la santé pour sensibiliser l'opinion nationale sur les méfaits des mariages précoces en utilisant le réseau des ONG nationales ;
- d.** L'implication des médias et des communicateurs traditionnels pour assurer une plus large diffusion des messages de plaidoyer en faveur de l'adoption du nouveau code de mariage et de la tutelle et de l'abandon de la pratique des mariages précoces ;
- e.** La promotion de l'alphabétisation fonctionnelle des parents, la scolarisation des filles et l'éducation sexuelle à l'école et au niveau du grand public, à travers les radios de proximité et des séances de causerie-débats dans les quartiers;
- f.** La promotion des stratégies de limitation de la déscolarisation des filles et pour les longues études, à travers les cantines et les bourses scolaires,
- g.** La recherche de l'équilibre entre la pression sociale familiale et le souci d'émancipation sociale de la fille à travers la sensibilisation des parents et des leaders communautaires, la promotion d'activités génératrices de revenus et ou d'allègement des tâches domestiques pour les mères,
- h.** L'inscription du changement de comportement des parents en faveur du mariage non précoce dans un processus long, avec plusieurs générations et de transformations sociales au sein de la famille,
- i.** La promotion à l'endroit des populations et des leaders communautaires, de messages appropriés sur les risques des mariages précoces et les insuffisances des indicateurs traditionnels de l'âge de mariage,

- j. La prévention des risques de radicalisation des positions, notamment celles des parents et de certains leaders communautaires et religieux hostiles au départ, à la lutte contre le mariage précoce.

6.2.2. Par rapport au dispositif de lutte contre le mariage précoce et au coût de la prise en charge de la fistule

- k. accentuer les activités de sensibilisation en vue d'assurer un dépistage précoce des cas pour assurer leur prise en charge médico-sociale ;
- l. poursuivre le financement de la prise en charge gratuite des cas ;
- m. intensifier l'information et la sensibilisation au niveau communautaire en vue de réduire l'incidence de ces pratiques néfastes ;
- n. Poursuivre la formation du personnel soignant à la prise en charge correcte des cas de fistules obstétricales à travers une formation aux techniques opératoires et au suivi-évaluation rapproché à travers le compagnonnage.

6.2.3. Propositions pour la limitation des conséquences en matière de santé de la reproduction et à leur prise en charge dans la région de Tombouctou

- o. Harmoniser le code du mariage et de la tutelle avec les conventions et accords internationaux relatifs aux droits de l'enfant ;

- p.** Vulgariser les résultats des études disponibles sur les mariages précoces afin de servir d'outils de plaidoyer en faveur de l'abandon de la pratique ;
- q.** Instituer un système d'information et de collecte des données sur le mariage précoce et autres pratiques néfastes à la santé de l'enfant ;
- r.** Appuyer le transfert de compétence dans la prise en charge par les centres de santé locaux et régionaux, des femmes victimes de fistules et autres conséquences du mariage précoce.

6.2.4. Par rapport renforcement des capacités du personnel de santé

- s.** former le personnel soignant à la prise en charge médicale et psychosociale des conséquences liées aux mariages précoces ;
- t.** assurer la coordination et le suivi des activités de prise en charge des personnes affectées ;
- u.** mobiliser davantage de fonds auprès des partenaires techniques et financiers en faveur de l'abandon de la pratique du mariage précoce en direction des collectivités décentralisées et des ONG locales ;
- v.** doter les centres de santé des cercles, de matériel et équipements pour la prise en charge des femmes victimes des conséquences du mariage précoce.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1 - Berhane RAS-WORK,

Le Mariage précoce, IAC * CI-AF, Communication présentée à la 6^{ème} Conférence de l'Organisation Internationale de la Francophonie à Caraquet, Nouveau-Brunswick Canada

2 - UNICEF,

Le mariage précoce, Les points essentiels, Digest Innocenti, N°7, mars 2001.

3 -Mali,

EDSM IV, Enquête Démographique et de Santé, 2006

4. RGPH

Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 1978

5 - DNSI

Recensement général de la population et de l'habitat, avril 1998 : principaux Résultats - janvier 2001

6 -MS,

PRODESS, sous-volets nutrition, juillet 2000

7 -Mali,

EDSM III, Enquête démographique et de Santé du Mali, Mai 2001.

8 -FENASCOM,

Rapport d'activités du bureau exécutif national, période allant de novembre 2003 à Août 2008, FENASCPM, Octobre 2008

9 - AG IKNANE A KADJOKE M, KANTE N, et al

Comprendre l'impact de la décentralisation sur les services de la santé de la reproduction en Afrique : le cas du Mali, Analyse documentaire, INRSP/ASACOB, juillet 2002.

10 - MALI,

Enquête démographique et de santé du Mali, EDSM IV de 2006, DNSI, Macro international, Juin 2007

11 - UNICEF ,

UNICEF 'Stratégies in Basic Education', Conseil d'administration de l'UNICEF, E/ICEF/1995/16, 7 avril 1995.

12 - AG JIDDOU Elmounzer, DEMBELE Y.A.,

Rapport des sessions de prise en charge des femmes victimes de fistule obstétricales dans les hôpitaux de Tombouctou et Gao, avril 2007, 34 p.

13 - Ibrahima CISSE, Akory AG IKNANE,

Etude AEN sur les mariages précoces, la santé de la reproduction et les droits humains dans les régions de Mopti et Gao, AEN, juin 2007

14 - UNICEF,

Le mariage précoce, Digest Innocenti, N° 7, Mars 2001.

15 - Assani Aliou,

Etude sur les mariages précoces et grossesses précoces au Burkina-Faso, Cameroun, Gambie, Liberia, Niger et Tchad, (2000), UNICEF WCARO, Abidjan.

16 - Université d'Obafemi Awolowo,

Final report on national baseline survey of positive and harmful traditional practices women and girls in Nigeria, 1998, Center for gender and social policy studies, Ile-Ife

17- ENGLADESH,

Enquête démographique et de santé (EDS) 1996-1997, Macro

18 - Kabir R,

Adolescent girls in Bangladesh, UNICEF, 1998

19 - Westoff Charles F.

‘ Age at Marriage, Age at First Birth, and Fertility in Africa’, World Bank Technical Paper n° 169, (1992), Banque mondiale, Washington DC.

20 - Alan Guttmacher

Institute, Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives, 1998, New York

.

21 - World Marriage Patterns,

Wallchart, Département des Affaires économiques et sociales de l'ONU, 2000.

- 22 - UNICEF,
Statistiques provenant de sources de l'ONU citées lors d'une réunion du WCARO de l'UNICEF sur le thème 'Gender Focal Points', février 1998.
- 23 - Bledsoe, Caroline H. et Barney Cohen,
Social Dynamics of Adolescent Fertility in Sub-Saharan Africa, National Academy Press, Washington DC, (1993), .
- 24 - W. Indralal,
'The Ireland of Asia, Trends in Marriage Timing in Sri Lanka', Asia-Pacific Population Journal, 1997, vol. 12, n° 2.
- 25 - Anonyme,
Demographers Appeal for Solution to Early Marriage and Early Childbearing' in China Population Today 1991, oct.; 8(5): 3-4.
- 26 - John F Burns,
Through illegal, child marriage ins population of India, The New york Times, 11 Mai 1998.
- 27 - Amman,
'Ending Gender Disparities in the Arab World: A Profile on the Situation of Girls in the Region' UNICEF, (1995)
- 28 El -Hamamsy, Laila Shukry,
Early Marriage and Reproduction in Two Egyptian Villages, (1994),
Conseil de la population/FNUAP, New York.

- 29 - Westoff, Charles, F., Ann K. Blanc, Laura Nyblade,
‘Marriage and Entry into Parenthood’, DHS Comparative Studies n° 10,
(1994), Calverton, M.D.: Macro International Inc.
- 30 - DHS surveys,
CESDEM: Poblacion y Sociedad, Ano III, n° 17, sept. -oct. 1997.
- 31 - Florence,
Deprivation and Discrimination: Children of Minorities (1995), Innocenti
Insights, UNICEF/ICDC,.
- 32 - Florence ,
Young People in Changing Societies (2000), rapport de suivi regional n°7,
Projet MONEE PECO/CEI/Etats baltes, UNICEF/CRI.
- 33- Saxena, Shobha
‘Who Cares for Child Marriages?’ Pioneer, (1999), 29/1/99
- 34 - Banque mondiale (1999), Albania:
Filling the Vulnerability Gap, Banque mondiale, Washington DC.
- 35 - Nair, Janaki
‘Prohibited Marriage: State Protection and Child Wife’, contribution à
l’ouvrage, Indian Sociology, janvier-décembre1995.
- 36 - Alan Guttmacher Institute (1997),
Risks and Realities of Early, Childbearing Worldwide, New York.

- 37 - Mensch , Barbara S., Judith Bruce, et Margaret S. Greene
The Uncharted Passage, Girls' Adolescence in the Developing World,
figure 9, p 71, Conseil de la population, New York.
- 38 - Jones, Gavin (1997),
'Population Dynamics and Their Impact on Adolescents in the ESCAP
Region', in Asia-Pacific Population Journal, vol. 12, n° 3.
- 39 - Barton , Tom et Alfred Mutiti,
'Northern Uganda Psychosocial Needs Assessment Report', République
d'Ouganda et UNICEF; 'AIDS Orphans' (2000) Information sheet on the
HIV/AIDS emergency, UNICEF ESARO, Nairobi (1998).
- 40 - Black , Maggie, Girls and Women
A UNICEF Development Priority, UNICEF, (1993) New York.
- 41 - Mensch , Barbara S., Judith Bruce et Margaret S. Greene (1998),
The Uncharted Passage:, Girls' Adolescence in the Developing World,
Conseil de la population, New York.
- 42 - Westoff , Charles F.
'Age at Marriage , Age at First Birth, and Fertility in Africa', World
Bank Technical Paper n° 169, (1992), Banque mondiale, Washington DC.
- 43 - Bledsoe , Caroline H. et Barney Cohen,
Social Dynamics of Adolescent Fertility in Sub-Saharan Africa, National
Academy Press, Washington DC éd. (1993),.

44 - W. Indralal

‘The Ireland of Asia, Trends in Marriage Timing in Sri Lanka’, Asia-Pacific Population Journal, (1997), ONU 1991, vol . 12, n° 2.

45 - Amin . Kishor S, Johnson K.

Profiling Domestic Violence: A Multi - Country Study. Calverton, MD: ORC Macro, 2004.

46 - Macfarlane , Alan

Marriage and Love in England: Modes of Reproduction 1300-1840, (1986), Oxford, Basil Blackwell Ltd.

47 –Egypte,

Early Marriage in Selected Villages in Giza Governorate’. Enquête menée par le Ministère égyptien des Affaires sociales avec le soutien d’UNICEF Egypte, 1999.

48 - Richard, J. et P.S.S. Sundar Rao

The Timing of Marriage, Christian Medical College, Vellore, Inde (1999).

49 – Farooq , Omer (1993),

‘Why Arabs Marry Hyderabad Girls’ in The Child’s Rights Bulletin, vol. IV n° 4-5, oct.- déc. 1993, Child Labour Action Network (CLAN), New Delhi.

50 - Blanc, Ann K. et Ann A.

Way, ‘Sexual Behaviour, Contraceptive Knowledge and Use’, in Studies in Family Planning, vol. 29, n° 2, 1998.

51 - Outtara, Mariam, Purna Sen et Marilyn Thomson

‘Forced Marriage, Forced Sex: The Perils of Childhood for Girls’,
Gender and Development, vol. 6, n° 3, (1998), Oxfam.

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : KANTE
Prénom : SIDI SIRIMAN
Titre : La pratique des mariages précoces dans la région de Tombouctou.
Année de Soutenance : 2009
Ville de Soutenance : Bamako
Pays d'origine : Mali
Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS)
Secteur d'intérêt : Santé Publique

Résumé :

Une étude Prospective utilisant une approche quantitative et qualitative portant sur la pratique des mariages précoces dans la région de Tombouctou s'est déroulée du 20 juillet au 02 Août 2008. L'étude visait comme objectif d'élaborer un plan stratégique sur les violences basées sur le genre à partir d'informations quantitatives et qualitatives ainsi collectées.

La pratique du mariage précoce dans la région de Tombouctou a été estimée à 58% avec des niveaux de prévalence comparables dans les trois cercles étudiés (Niafunké, Diré et Rharous) avec une légère prédominance non significative à Niafunké (33,9%). Toutes les ethnies de cette région sont concernées. Parmi les causes de cette pratique, la principale évoquée était d'éviter les grossesses illégitimes avec 51,7% des cas. Dans 78,4 % des cas le mariage de la jeune fille était célébré sans l'avis de la jeune fille, mais simplement sur la base de la demande des parents du conjoint. Les principaux facteurs déterminants le mariage précoce dans la région de Tombouctou sont l'appartenance ethnique, la stratégie matrimoniale et l'endogamie. Les principales conséquences du mariage précoce sur la santé de la reproduction sont les fistules obstétricales.

Mots-clés : Mariages précoces, santé de la reproduction, droit humains, Tombouctou.

Annexes

Annexe 2 : Les outils de collecte des données

FICHE 1

COLLECTE DE DONNEES AU NIVEAU DE L'HOPITAL REGIONAL

Hôpital régional de: _____ Nom _____
enquêteur : _____

Noms, prénoms et fonctions du répondant: _____ Date enquête : _____

1. Quel est au cours des 5 dernières années, le nombre de cas enregistrés au niveau de l'hôpital régional de Tombouctou?

	2007	2006	2005	2004	2003
Fistules obstétriques					
Césariennes					
Mortalité infantile					
Mortalité maternelle					
Autres (précisez)					

2. Classez par ordre de fréquence de ces cas, les centres de référence de cercle de la région :

Centres de santé de référence à fréquences « élevées »	Centres de santé de référence à fréquences « moyennes »	Centres de santé de référence à fréquences « faibles »

3. Nombre de cas de fistules pris en charge au cours des 5 dernières années au niveau de l'hôpital régional de Tombouctou?

	2007	2006	2005	2004	2003
Fistules obstétriques					

4. Description du dispositif existant de prise en charge des cas de fistule au niveau de l'hôpital :

a. les infrastructures et équipements:

b. le personnel médical :

c. le personnel social:

d. autre personnel :

e. organisation et fonctionnement de la prise en charge (existence d'une unité spécialisée, etc.) :

f. procédures de prise en charge médicale :

g. procédures de prise en charge sociale :

5. Estimation des coûts de la prise en charge de la malade :

- la part de l'hôpital (consultation, analyse, médicaments et produits, opération, soins, prise en charge psycho sociale, etc.):

.....

la part de la malade (consultation, analyse, médicaments et produits, opération, soins, prise en charge psycho sociale, déplacement, hébergement et nourriture, autres, etc ?)

.....

autres frais :

6. Identification des autres partenaires et de leurs rôles (ONG, Associations, etc.) :

.....

.....

.....

.....

.....

FICHE 2

DONNEES AU NIVEAU DES CENTRES DE SANTE DE REFERENCE DE CERCLE

Région de :

Date enquête :

Centre de Santé de référence de cercle de:

Nom enquêteur :

Noms, prénoms et fonctions du répondant:

1. Quels sont au cours des 5 dernières années les cas suivants enregistrés dans votre centre de santé de référence de cercle?

	2007	2006	2005	2004	2003
Fistules obstétriques					
Césariennes					
Mortalité infantile					
Mortalité maternelle					
Autres (précisez)					

2. Classez par ordre de fréquence de ces cas, les aires de santé de provenance de ces filles/femmes:

Aires de santé à fréquences « élevées »	Aires de santé à fréquences « moyennes »	Aires de santé à fréquences « faibles »

3. Dispositif et modalités de prise en charge médicale et ou psycho sociale des fistuleuses:

.....
.....

FICHE 3

DONNEES AU NIVEAU DES CENTRES DE SANTE COMMUNAUTAIRES

Région de :

Date enquête :

Cercle de :

Nom enquêteur :

Centre de Santé Communautaire de:

Noms et fonctions du répondant:

3. Quels sont au cours des 5 dernières années les cas suivants enregistrés dans votre centre de santé ?

	2007	2006	2005	2004	2003
Fistules obstétriques					
Césariennes					
Mortalité infantile					
Mortalité maternelle					
Autres (précisez)					

2. Dispositif et modalités de prise en charge médicale et ou psycho sociale des fistuleuses :

.....
.....

FICHE 4

COORDINATION REGIONALE ONGS ET ASSOCIATIONS DE TOMBOUCTOU

**Inventaire des ONG et Associations évoluant dans les domaines de la Santé de la Reproduction,
lutte contre les Pratiques Néfastes, l'abandon du Mariage Précoce et la Défense des Droits
Humains**

1. Nom	2. Contact	3. Domaine d'intervention	4. Zone d'intervention	5. Partenaires

**FICHE 5 : ELEMENTS DES COUTS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADE DE
FISTULE**

Date :/ / 2008

FICHE N° ____ ____

1. Identification de la répondante

Région de :

Date enquête :

Cercle de :

Nom enquêteur :

Commune de :

Aire de santé de :

Village/fraction de :

Nom et prénom de l'enquêtée:

Mode de vie : sédentaire /___/ nomade /___/

Profession :

Age : /___ / ans Niveau d'instruction : /___/ Ethnie : /___/

Date et lieu de l'accouchement :

2. Composition et montants des frais

N°	Frais de consultation	Frais d'analyse	Frais de l'intervention	Frais des médicaments et autres produits	Frais des soins	frais hébergement.	Autres frais (voyage, etc.)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

QUESTIONNAIRE 1: RECENSEMENT DES FEMMES ET FILLES DE 9 ANS ET PLUS

Date :/ / 2008

FICHE N° ____

3. Identification de la répondante

Cercle de :

Commune de :

Village/fraction de :

Aire de santé de :

Nom enquêteur :

Nom et prénom du chef de famille

Appartenance ethnique (2) : /___/

Statut social (0) : /___//___/

Mode de vie dominant: sédentaire /___/ nomade /___/

4. Recensement des femmes

N°	Nom et prénom (1)	Ethnie (2)	Niveau Instruction. (3)	Age (4)	Statut matrimonial (5)	Nbre année mariage. (6)	Lien Parenté avec conjoint (7)	Statut du conjoint (8)	Si réponse 2, rang de mariage (9)	Genre de mariage (10)	Type de mariage (11)	Nbre enfants vivants (12)	Nbre enfant DCD (13)	Nbre enfant DCD en couche (14)	Difficultés à l'accouchement (15)

- (0) **Statut social** du chef de ménage : (1) noble ; (2) classe servile ; (3) artisans/ griot ; (4) autres
- (1) **Il s'agit** : Il s'agit des jeunes filles de 9 ans et plus et des femmes mariées de la famille.
- (2) **code « ethnies »**: 1= Peul ; 2 = Sonhaï ; 3= Tamashek ; 4 =Arabe ; 5 =Bambara ; 6=Bozo ; 7=Soninké ; 66= Autres
- (3) **Code « niveau d'instruction »** : 1= aucune ; 2= 1^o cycle fondamental ; 3= second cycle fondamental ; 4=secondaire ; 5=supérieur ; 66=autres
- (4) Il s'agit de l'âge révolu de la jeune femme ;
- (5) **Code « statut matrimonial »** : 1=célibataire ; 2=divorcée ; 3=veuve ; 4= mariée ; 98=autre statut
- (6) **Si réponse 2, 3 ou 4**, préciser le nombre d'années de mariage à partir du premier lien contracté ;
- (7) **Code « lien de parenté avec le conjoint »** : 1=de la même famille que l'époux ; 2= de deux familles différentes ; 66= autres
- (8) **Code « statut de l'époux »** : 1=monogame ; 2=polygame
- (9) **Code « rang de mariage »** : 1=première épouse ; 2= seconde épouse ; 3=troisième épouse ; 4= quatrième épouse ; etc.....
- (10) **Code « genre de mariage »** : 1=choix des parents ; 2= choix de la fille ; 66= autres
- (11) **Code « type de mariage »** : 1=promesse des parents ; 2=demande de la famille du conjoint ; 3=choix individuel ; 66=autres
- (12) Il s'agit de précisez le nombre d'enfants de la femme qui sont actuellement vivants
- (13) Il s'agit de précisez le nombre d'enfants décédés de la jeune femme,
- (14) Il s'agit de précisez le nombre d'enfants décédés à la naissance ;
- (15) **Code « difficultés à l'accouchement »** : 0= aucune 1=fistule ; 2=césarienne ; 3=décès enfant à la naissance ; 66=autres ; plusieurs réponses sont possibles

QUESTIONNAIRE 2 : AUX FEMMES ET AUX FILLES DE 9 ANS ET PLUS

Date :/ / 2008

FICHE N° ____ ____

5. Identification de la répondante

Région de :

Date enquête :

Cercle de :

Nom enquêteur :

Commune de :

Aire de santé de :

Village/fraction de :

Nom et prénom de l'enquêtée:

Mode de vie : sédentaire /___/ nomade /___/

Age : /___ / ans Niveau d'instruction : /___/ Ethnie : /___/

6. Connaissance et attitudes liées au mariage précoce

N°	QUESTIONS	CODES
1	A partir de quel âge la jeune fille peut elle être mariée ?	- moins de 14 ans 1 - entre 14 et 17 ans 2 - à partir de 18 ans..... 3 - ne sait pas 98
2	En dehors de l'âge, à quels autres signes reconnaît on qu'une jeune fille à l'âge d'être mariée ?	- la constitution physique1 Précisez ?..... - les signes de puberté.....2 Précisez ?..... - autres (précisez) 99

3	Arrivent ils que certains parents dans le village/fraction marient leur fille avant l'âge?	<ul style="list-style-type: none"> - non, jamais1 - oui, quelques fois..... 2 - oui, très souvent.....3 - ne sait pas 98
4	Si oui, quelles sont les raisons de ces mariages précoces ?	<ul style="list-style-type: none"> - Pour mieux éduquer la fille1 - Pour éviter les grossesses illégitimes de la fille2 - Pour perpétuer la lignée familiale.....3 - Pour réduire les charges de la famille de la fille.....5 - Pour s'assurer de la virginité de la Fille.....6 - Pour respecter les préceptes De la religion7 - pour honorer le rang social de la Famille.....8 - autres (précisez) 99
5	Qui décide le plus souvent du mariage de la jeune fille dans votre famille?	<ul style="list-style-type: none"> - la mère seule1 - la mère et les autres femmes de la Famille.....2 - le père seul3 - Le père et les autres hommes de la famille4 - les pères et les mères ensemble.....5 - autres (précisez) 99
6	Quel est l'âge officiel de mariage des filles au Mali?	<ul style="list-style-type: none"> - moins de 15 ans.....1 - 15 ans 2 - entre 15 et 18 ans..... 3 - plus de 18 ans 4

		<ul style="list-style-type: none"> - ne sait pas98 - Autres (précisez)99
7	<p>Quelles peuvent être les conséquences des mariages précoces?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aucune conséquence particulière.....1 - Difficultés d'accouchement 2 Précisez : - Risque de mortalité infantile..... 3 - Risque de mortalité maternelle.....4 - Autres (précisez)99
8	<p>Quelles recommandations faites vous pour prévenir les mariages précoces dans votre village/fraction ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Education des filles.....1 - Application de la loi.....2 - Espacement des naissances..... 3 - Relecture du code de mariage.....4 - Sensibilisation des parents.....5 - Implication des autorités Communales.....6 - Ne sait pas98 - Autres (précisez)99

Fin	Merci d'avoir pris de votre temps pour répondre à ces questions.
------------	---

QUESTIONNAIRE 3 : LEADERS COMMUNAUTAIRES ET COMMUNAUX

Date :/ / 2008

FICHE N° ____ ____

7. Identification du répondant

Région de :

Date enquête :

Cercle de :

Nom enquêteur :

Commune de :

Aire de santé de :

Nom, prénom et fonctions de l'enquêté:

8. Connaissance et attitudes liées aux conséquences du mariage/grossesse précoce

N°	QUESTIONS	CODES
1	A quel âge les jeunes filles doivent elles être mariées dans votre zone ?	- moins de 14 ans 1 - entre 14 et 17 ans2 - à partir de 18 ans..... 3 - ne sait pas 98
2	En dehors de l'âge à quels autres signes reconnaît on l'âge de mariage de la jeune fille ?	- la constitution physique1 Précisez ?..... - les signes de puberté.....2 Précisez ?..... - autres (précisez)99
3	Arrivent ils que certains parents marient leur fille	- non, jamais1 - oui, quelques fois.....2

	avant l'âge dans votre zone ?	- oui, très souvent.....3 - ne sait pas 98
4	Si oui quelles sont les raisons de ces mariages avant l'âge ?	- Pour mieux éduquer la fille1 - Pour éviter les grossesses illégitimes de la fille2 - Pour perpétuer la lignée familiale..3 - Pour réduire les charges de la famille de la fille.....5 - Pour s'assurer de la virginité de la Fille.....6 - Pour respecter les préceptes De la religion7 - pour honorer le rang social de la Famille.....8 - autres (précisez) 99
5	Qui décide le plus souvent du mariage de la jeune fille dans votre zone?	- la mère seule1 - la mère et les autres femmes de la Famille.....2 - le père seul3 - Le père et les autres hommes de la famille4 - les pères et les mères ensemble..5 - autres (précisez) 99
6	Quel est l'âge officiel de mariage des filles au Mali?	- moins de 15 ans.....1 - 15 ans 2 - entre 15 et 18 ans.....3 - plus de 18 ans 4 - ne sait pas98

		- Autres (précisez)99
7	Quelles sont les conséquences des mariages précoces?	- aucune conséquence particulière... 1 - difficultés d'accouchement 2 Précisez : - risque de mortalité infantile..... 3 - risque de mortalité maternelle.....4 - autres (précisez)99
8	Quelles recommandations faites vous pour prévenir les mariages précoces dans votre aire de santé ?	- éducation des filles..... 1 - application de la loi.....2 - espacement des naissances..... 3 - relecture du code de mariage.....4 - sensibilisation des parents.....5 - Implication des autorités Communales.....6 - ne sait pas98 - autres (précisez)99
Fin	Merci d'avoir pris de votre temps pour répondre à ces questions.	

QUESTIONNAIRE 4 : Personnel de santé (chirurgiens, médecins, matrones et sage femmes) sur les conséquences du mariage précoce

Date :/ / 2008

FICHE N° ____ ____

I. Identification de la répondante

Région de :

Date enquête :

Cercle de :

Nom enquêteur :

Commune de :

Aire de santé de :

Nom, prénom et fonction de l'enquêtée:

II Connaissance et Attitudes liées aux conséquences du mariage/grossesse précoce

N°	QUESTIONS	CODES
1	A quel âge peut on parler de mariage/grossesse précoce?	- moins de 10 ans 1 - entre 10 et 14 ans..... 2 - entre 15 et 18 ans 3 - autre (précisez)4 - ne sait pas..... 98
2	Justifier votre réponse :	
3	Les mariages/grossesse précoces sont ils fréquents dans votre centre ?	Oui1 Non2 NSP.....98
4	Quelles sont les conséquences fréquentes des mariages/grossesses précoces dans votre centre ?	- aucune conséquence particulière... 1 - fistule obstétricale..... 2 - risque de mortalité infantile..... 3 - risque de mortalité maternelle.....4 - NSP98

		- autres (précisez)99
5	Avez-vous bénéficié de formation pour la prise en charge de ces conséquences ?	- Non, aucune formation particulière ... 1 - Oui, une fois (thème et année ?) 2 - Oui, plusieurs formations (précisez) 3
6	Quels sont vos besoins actuels de formation pour une prise en charge efficace de ces conséquences ?	1..... 2..... 3.
7	Quels sont les besoins de renforcement des capacités du centre pour une prise en charge efficace de ces conséquences ?	1..... 2..... 3.
8	Recommandation pour une prévention et une amélioration des capacités de prise en charge médicale et sociales de ces conséquences ?	

Merci pour votre disponibilité à répondre à nos questions

QUESTIONNAIRE 5

ONG/ASSOCIATIONS ET STRUCTURES JURIDIQUES

Région de :

Date enquête :

Cercle de :

Nom enquêteur :

Commune couvertes:

.....
.....

Nom de l'organisme :

Nom et fonctions du répondant:

1. A votre avis quelles sont les différentes formes de violences faites aux femmes dans la zone :

.....
.....
.....

2. Activités menées en matière de lutte contre le mariage /grossesse précoce dans la région :

.....
.....
.....
.....
.....

3. Autres activités menées par l'organisme en matière de lutte contre les violences faites aux femmes :

.....
.....
.....
.....

4. Quels sont les principales causes du mariage précoce dans la région ?

.....
.....
.....
.....

5. Quelles sont les tendances d'évolution de la pratique du mariage précoce et quels sont les facteurs déterminant de cette (non) évolution ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

6. Que faut il pour prévenir ou limiter la pratique du mariage précoce dans la région?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

7. Que faut il pour limiter les risques liés au mariage précoce ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

MERCI POUR VOTRE DISPONIBILITE A REpondre A NOS QUESTIONS

Annexe 3 : Calendrier de la mission de terrain

Date	Localité	Activité
20/07	Bamako	Départ mission Coucher Mopti
21/07	Saraféré (Niafunké)	<ul style="list-style-type: none"> • Arrivée Saraféré • Visité autorités communale et administrative de Fittouga • Séances de travail avec responsables du CSCOM et le chef de poste médical
22/07	Village de Guédié (commune de Fittouga)	<ul style="list-style-type: none"> • Recensement filles et femmes • Enquêtes d'opinions
23/07	Village de M'Bétou (commune de Fittouga)	<ul style="list-style-type: none"> • Recensement filles et femmes • Enquêtes d'opinions
24/07	Niafunké	<ul style="list-style-type: none"> • Arrivée à Niafunké • Séances de travail avec responsables du CSREF et avec une catégorie du personnel médical
25/07	Diré	<ul style="list-style-type: none"> • Arrivée à Diré • Séances de travail avec responsables du CSREF et avec une catégorie du personnel médical
26/07	Village de Kondi (Commune de Kondi)	<ul style="list-style-type: none"> • Recensement filles et femmes • Enquêtes d'opinions
27/07	Village Gari (commune de Gari)	<ul style="list-style-type: none"> • Recensement filles et femmes • Enquêtes d'opinions
28/07	Tombouctou	<ul style="list-style-type: none"> • Arrivée à Tombouctou

29/07	Tombouctou	<ul style="list-style-type: none"> • Séances de travail avec responsables de l'hôpital régional de Tombouctou et de MSF • Séance de travail avec Coordination et représentants de certaines ONG
30/07	Gourma Rharous	<ul style="list-style-type: none"> • Arrivée à Gourma Rharous • Séances de travail avec responsables du CSREF et avec une catégorie du personnel médical
31/07	Quartier de Gourma Rharous	<ul style="list-style-type: none"> • Recensement filles et femmes • Enquêtes d'opinions
01/08	Fraction Ahel Badi (commune Haribomo)	<ul style="list-style-type: none"> • Recensement filles et femmes • Enquêtes d'opinions
02/08	Retour à Bamako	Voyage sur Bamako (via Mopti) Fin des enquêtes

Annexe 4 : Contenu du kit fistule obstétricale de MSF

N°	Désignation du produit	Quantité
Matériel pour le chirurgien		
1	Gants chirurgicaux 7/2, Latex, Stérile	3
2	Polyvidone Iodée, 10%, solution, 200ml, fl. verseur	1
3	Compresse stérile 10*10 cm en boite de 10	5
4	Lame de bistouri, stérile N° 15	1
5	Fil non résorbable 3/0	2
6	Fil résorbable tressé synthétique 2/0	3
7	Sonde urinaire stérile de Foley ch 18	1
8	Poche à urine 2litres	1
Matériels pour l'anesthésie		
9	Cathéter IV 20 g stérile	1
10	Perfuseur + Prise air stérile	1
11	Sparadrap ¼ R Perforé	1
12	Ringer lactate 1 litre	1
13	Serum glucosé 5% 1 litre	1
14	Ampicilline inj 1g IV/IM	2
15	Bupivacaine 4ml ampoule, 5mg/ml	1
16	Epinephrine 1mg/ml, Ampoule, 5mg/ml	1
17	Seringue 10ml	6
18	Aiguille rachi anesthésie	1
19	Serum salé 0,9% 1litre	1
Kit poste opératoire		
20	Serum glucosé 5% 1 litre	2
21	Serum salé 0,9% 1litre	2
22	Ampicilline inj 1g IV/IM	6
23	Amoxilline comp 500mg	40
24	Paracétamol comp 500mg	20
25	Seringue 10ml	6
26	Eau distillée 10ml	6

SERMENT D'HIPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la pharmacie.

Je donnerai mes soins gratuits a l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai a aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis a l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas a corrompre les mœurs, ni a favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE