

Fondjo Nguemega Armelle Patricia

Ministère de l'Enseignement

République du Mali

Supérieur et de la Recherche Scientifique

Un Peuple - Un But - Une foi

Université de Bamako



Faculté de Médecine, de Pharmacie Et d'Odonto-Stomatologie

Année Académique 2008-2009

N° _____

Titre :

PRATIQUE DES
MARIAGES PRECOCS DANS LA REGION DE GAO ET IMPACT SUR LA
SANTÉ DE REPRODUCTION

THESE

Présentée et soutenue publiquement le/...../..... devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie (F.M.P.O.S.)

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

Par :

Mlle FONDJO NGUEMEGA Armelle Patricia

Jury

Président : Pr SY AIDA SOW

Membre : Dr MOUSTAPHA TOURE

Codirecteur : Mr IBRAHIMA CISSE

Directeur : Dr AKORY AG IKNANE

REMERCIEMENTS ET DEDICACES

Nous tenons à souligner que le présent travail a été initié, commandité et financé par **l'Aide de l'Eglise Norvégienne (AEN)** ; puis réalisé sous l'égide de nos maîtres Mr Ibrahima Cissé, sociologue et du Dr Akory Ag Iknane, médecin de santé publique.

Le présent travail n'aurait pas été possible sans l'esprit de compréhension de Mme **Ahna SOUMANO BURKE**, Coordinatrice Nationale du programme de la Violence sur le genre à l'AEN, qui a permis que le sujet fasse l'objet d'un travail de thèse ; Qu'elle en soit sincèrement remerciée.

Nous espérons que les résultats de ce travail contribueront à une meilleure sensibilisation des autorités, des leaders communautaires et les concernés sur les mariages et serviront de base pour la lutte contre ces violences dans le cadre du respect des droits humains. Mille fois merci !

Nos remerciements vont aussi à toute l'équipe de terrain avec laquelle nous avons réalisé la présente étude, toutes les femmes enquêtées, les leaders communautaires, les autorités administratives, traditionnelles et sanitaires pour leur soutien lors de la phase de collecte des données.

A mes parents,

Fondjo Maurice et Tchientcheu Kamtcheu
Henriette,

Je ne vous remercierai jamais assez pour tout ce que vous faites pour moi. Votre soutien sans faille a constitué une source de motivation et de réconfort durant toutes ces années. Merci pour tous les sacrifices consentis, merci pour l'éducation reçue et pour toutes les valeurs morales que vous nous avez inculquées. Je remercie le Seigneur de nous avoir donné des parents tels que vous car on ne peut rêver de mieux. J'espère, papa et maman, vous rendre fiers à travers ce travail. Que le Seigneur vous bénisse !

A mon feu grand-père maternel,

Kamtche Pierre,

Tu as toujours voulu d'un médecin dans la famille et tu as jeté ton dévolu sur moi. Aujourd'hui que je le deviens, tu n'es plus. Mais je ne t'en voudrais pas parce que je sais que le Seigneur t'a réservé quelque chose de plus beau à ses côtés et je sais que de là tu continues de veiller sur nous tous. Merci d'avoir cru en moi et pour toute ton affection. J'espère que tu es content et sache que je ne t'oublierai jamais.

A mon feu grand-père paternel,

Ndetta Victor,

Je ne t'ai pas connu mais mon petit doigt me dit que tu aurais été un grand-père exemplaire et fier de moi.

A mes grand-mères,

Nganzeu Jeanne et Djeukam Jacqueline,

Juste penser à vous me fait frémir de joie. Vous êtes si maternelles, si promptes à faire plaisir. Merci grand-mère de New-bell, pour tous les paquets faits chaque fois qu'une occasion sur Bamako t'est présentée. Merci grand-mère de Manjo pour tous tes conseils. Malgré votre fatigue, vous continuez toujours de donner en affection. Que le seigneur vous protège.

A mes frères et sœurs,

Guy, Claude, Franc et Alexia,

Vous êtes, tout simplement merveilleux! Merci pour tout ce que vous avez été pour moi. Vos conseils et votre soutien perpétuels ne m'ont jamais fait défaut. Que l'Éternel réalise vos vœux et vous comble de bonheur.

A mes oncles et tantes ,

Maman Mathilde, Mr et Mme Wappi, Kamtche, Tiagueu, Ngamassi, Ngassam, Ngameni, Montcheu, Tonton Emmanuel Montcheu, Papa Ngassa Emmanuel, Papa Kamga Francois

Merci pour toute l'affection que vous avez eue à mon égard. Voici le fruit de vos longues prières et de vos bénédictions.

A mes cousin(e)s,

Tonton Serges, Olivier et Marcelin, Eleonore, Guy, Rosette, Léonelle, Hervé, Pierrot, Michèle, Ingrid, Muriel, Blandine, Laetitia, Christian, Gaelle, Franc, Audrey, Chaka, Ramses, Hermann, Ludovic, Mirina, Pierre, Isis, les petites sœurs de Pierre, Brice.

Merci pour toute la complicité et la belle entente, Que tout cela perdure

A DIEU L'ÉTERNEL,

En ce jour ma reconnaissance t'est éternelle et que demander de plus que de permettre à mes mains d'apporter le réconfort et la guérison à tous ceux à qui l'occasion me sera donnée de prodiguer des soins. Je voudrai te témoigner ma gratitude pour tous tes bienfaits mais aussi te demander pardon pour tous mes manquements.

Au Mali,

Pays d'hospitalité et de paix, tu m'as donné l'opportunité de réaliser mon plus cher désir, celui d'être médecin. Je ne te dirai jamais assez MERCI.

Au Cameroun,

Berceau de mes ancêtres.

A l'ensemble du corps du corps professoral de la FMPOS,

Pour les enseignements de qualité qui nous ont été prodigués et l'humilité dont vous faite preuve tous les jours. Vous êtes pour nous des exemples et nous essayerons de garder ce bon esprit durant toute notre carrière.

Au Docteur, Akory Ag Iknane : Votre disponibilité et vos conseils nous ont permis de réaliser ce travail. Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

Au Docteur, Patrick Lionel Kuetché : Plus qu'un ami, tu es un confident et l' élu de mon cœur. Je te suis reconnaissante pour toute

ton affection, pour la confiance que tu as placée en moi et pour tous tes conseils. A tes côtés j'ai beaucoup appris. Puisse Dieu nous bénir.

Au Docteur, Sandrine Awala : Ta grande générosité et ton sens de l'honneur m'ont toujours fascinée. Tu as été une 'mère' formidable et un model pour moi.

Je te remercie pour tout ce que tu as fait pour ma famille et moi.

Aux familles Bisses, Djoko, Samo, Etouke, Awala, Diallo, Fofana.

A mes aînés, les docteurs, Jean-paul Magadji, Irène Fandjeu, Aissata Maiga, Patrick Kajeu, Claude Dakayi, Sonia Foaleng, Xavier Domche, Fred Dikongue, Stephane Tchomtchoua, Alice Tsitsol, Arnaud Nkoumou, Clotaire Tchanou, Thierry Botorro, Dominique Sighoko : vous avez été tous très sympathiques avec moi.

A mes amis, Cristella Iroume, Ariane Metiegam, Annita Ekoumelon, Guy Tchieyep, Dorvale Kwabong, Xavrera Djoko, Patrick Tayem, Franklin Tchanga, Nicaise Makwet, Pierre Bedji, Karamba Touré : merci pour tous les moments passés ensemble.

A mes fils et filles, Gabrielle Siping, Nancy Vinita, Linda Kamsu, sergine Wetié, Blandine Ngassam, Steve Soumani, Rodrigue Djoufang, Christel Njonjo, stive Tameu, Stephane Sikati, Martine Djoumpo, Anne Nicole, Anissia Mballa, Stephane Owono : j'ai été ravie de vous avoir à mes côtés.

A la promotion SATRES : Minette Tadié, Arthur Wambo, Annie Moyo, Rosine Mafoma, Palma Abouamé, Patricia Nanfah, Aicha Morgaye, Irisse Houehounha, Gilchrist Bibang, William Nzokou, Yannick Malongte, Odile Obama, Berthe Ngo Yana, Daniel Nemsi, Alliance Sighoko, Alexis Bengono, Blaise Moute, Christian Fotso, Armand Kamkumo, Serges Nga Onomo, Francis Ngadjeu Lolitha Kamdem, Nathalie Priso, Samuel Tadjom, Dalil Bonabe, Sylvie, Hermann Sandjon, Laurel Zoumahoun, Midou, Kader, Justin Waùbo, merci d'avoir contribué à mon épanouissement.

A mon partenaire, Freddy Simo, nous avons fait du chemin ensemble et aujourd'hui ce parcours est couronné par l'obtention de nos diplômes. Merci pour ta patience et ta simplicité.

Aux autres promotions, ASTRA, SEGALEN, PRADIER, CESAR, DEGAULLE, SPARTES, ASTURIE : Pour certains vous êtes presque à la fin ; pour d'autres vous êtes encore loin du bout du tunnel ; courage!

Aux communautés sœurs, j'ai été heureuse de vous avoir connues et d'avoir échangé avec vous, recevez ici l'expression de mes amitiés sincères.

A mes collègues de l'INRSP, je vous suis entièrement reconnaissante pour tous vos conseils et ne peux vous souhaiter que d'excellentes carrières.

A notre maître et Président du jury : Pr. Sy Aida SOW.

- Chargé de cours à la faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odonto-Stomaologie de l'Université de Bamako
- Chef de service de Gynéco-obstétrique au Centre de Santé de Référence de la Commune II.

Cher Maître, nous sommes honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury. Votre esprit critique et votre recherche constante de l'excellence ont largement contribué à l'amélioration de ce travail. Vous avoir avec nous représente tout un symbole. Vous êtes un modèle que nous voulons suivre. Permettez nous de vous exprimer ici, notre profonde gratitude.

A notre maître et membre du jury : Dr Moustapha TOURE

- Maître assistant en Gynéco-obstétrique à la FMPOS
- Médecin chef du centre de santé de référence de la commune IV du District de Bamako.

Cher maître, à l'occasion de ce travail, nous découvrons un homme ouvert, accueillant et disponible. Nous sommes très honorés de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté d'être membre de ce jury malgré vos nombreuses occupations.

Nous admirons votre sens de l'humilité et du dévouement.

Trouvez ici l'expression de notre sincère admiration et de notre profond respect.

A notre maître et Co-directeur de thèse : Mr Ibrahima CISSE

- Chargé de recherche à l'Institut d'Economie Rurale (IER)
- Ancien conseiller technique à la Présidence de la République.

Cher maitre, nous sommes très affectés par la gentillesse avec laquelle vous avez accepté de nous guider tout au long de ce travail. Vos sages conseils tout au long de la rédaction nous ont inspiré et nous vous assurons cher maître que cet enseignement nous servira de guide tout au long de notre vie. Encore merci.

A notre maître et Directeur de Thèse : Dr Akory Ag IKNANE

- Maître assistant en santé publique à la FMPOS
- Chef de service de nutrition à l'Institut National de Recherche en Santé Publique
- Premier médecin dans le domaine de la santé communautaire au Mali

Très cher maître, ce fut un grand honneur pour nous de suivre le chemin que vous nous avez tracé. Votre ardeur au travail, la clarté de vos enseignements et votre efficacité nous impressionne et suscite notre admiration ; nous sommes très honorés de compter parmi vos élèves.

C'est un immense plaisir de vous manifester ici, solennellement notre profonde gratitude et notre sincère admiration.

SIGLES ET ABREVIATIONS

AEN : Aide de l'Eglise Norvégienne

ASACO : Association de Santé Communautaire

BCG : Bacille Calmette et Guérin

CA : Conseil d'Administration

CIPD : Conférence Internationale sur la Population et le Développement

CPN : Consultation Prénatal

CPON : Consultation Post natal

CSAR : Centre de Santé d'Arrondissement Revitalisé

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSRef : Centre de Santé de Référence

DCI : Dénomination Commune Internationale

DNSP : Direction Nationale de la Santé Publique

DRPFFE : Direction Régionale de la Promotion de la Femme, de la Famille et de l'Enfant

DRS : Direction Régionale de la Santé

DSF : Division Santé Familiale

DSFC : Division Santé Familiale et Communautaire

DTCP : Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite

EDS : Enquête Démographique et de Santé

EPH : Etablissement Public Hospitalier

FENASCOM : Fédération Nationale des Associations de Santé communautaire

IB : Initiative Bamako

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

INPS : Institut National de Prévoyance Social

IECS : Information, Education, Communication en Santé

MP : Mariage Précoce

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PDSSCI : Plan de Développement Socio sanitaire de la Commune I

PF : Planning Familial

PMA : Paquet Minimum d'Activité

PRODESS : Programme Décennal de Développement Socio sanitaire

PSSP : Politique de Santé Sectorielle de Population

RGPH : Recensement General de la Population et de l'Habitat

SF : Sage Femme

SMI : Santé maternelle Infantile

SR : Santé de la Reproduction

SOUB : Soins Obstétricaux d'Urgence de Base

SOUC : Soins Obstétricaux d'Urgence Complets

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

VAR : Vaccin Anti Rougeoleux

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Indicateur de santé du Mali de 2003 à 2007.....	10
Tableau II : Accessibilité des populations aux CSCOM.....	13
Tableau III : Indicateurs de santé dans la région de Gao de 2003 à 2007.....	14
Tableau IV : Répartition des femmes enquêtées selon les centres de santé.....	16
Tableau V : Population enquêtée.....	23

Tableau VI : Répartition des groupes ethniques selon les groupes étudiés.....	23
Tableau VII : Répartitions des femmes selon le mode de vie.....	23
Tableau VIII : Répartition des femmes de 9 ans et plus selon l'ethnie.....	24
Tableau IX : Répartition des femmes de 9 ans et plus selon l'ethnie e le mode de vie.....	24
Tableau X : Répartition des femmes mariées en fonction des cercles.....	26
Tableau XI : Répartition des femmes mariées en fonction du niveau d'instruction.....	27
Tableau XII : Répartition des femmes mariées en fonction de l'ethnie.....	28
Tableau XIII : Répartition des femmes mariées en fonction du mode de vie.....	28
Tableau XIV : Répartition des femmes mariées en fonction de l'âge du mariage.....	28
Tableau XV : Répartition des femmes mariées en fonction statut matrimonial.....	29
Tableau XVI : Répartition des femmes mariées en fonction de la parenté avec le conjoint...	29
Tableau XVII : Répartition des femmes mariées en fonction du régime du conjoint.....	29
Tableau XVIII: Type de mariage en fonction de la tranche d'âge.....	33
Tableau XIX : Moyenne d'âge du premier mariage	33
Tableau XX : Répartition des mères selon leur opinion sur l'âge du mariage.....	37
Tableau XXI : Répartition du personnel de santé en fonction de leur opinion sur l'âge du mariage.....	43
Tableau XXII : Principales raisons et facteurs contribuant à la pratique des mariages précoces dans la région de Gao.....	70

LISTES DE CARTES ET GRAPHIQUES

Cartes 1 : Cartes administratives du Mali.....	6
Carte 2 : Carte de GAO	11
Graphique 1 : Répartition des femmes de 9 ans et plus en fonction du niveau d'instruction...	25
Graphique 2 : Répartition des femmes de 9 ans et plus en fonction de l'âge.....	25

Graphique 3 : Répartition des femmes de 9 ans et plus en fonction du statut matrimonial.....	26
Graphique 4 : Répartition des femmes de 9 ans et plus en fonction de la tranche d'âge et du degré d'instruction.....	27
Graphique 5: Répartition des femmes mariées en fonction du rang du mariage	30
Graphique 6 : Répartition des femmes mariées en fonction du genre de mariage.....	30
Graphique 7 : Répartition des femmes mariées en fonction du type de mariage.....	31
Graphique 8 : Répartition des femmes mariées en fonction du nombre d'enfant décédés à la naissance.....	31
Graphique 9 : Répartition des femmes mariées en fonction des difficultés d'accouchement.....	32
Graphique 10 : Répartition des filles de 9 à 14ans par cercle en fonction de leur degré d'instruction.....	32
Graphique 11 : Répartition des mariages précoces selon le mode de vie.....	33
Graphique 12 : Répartition des mariages précoces selon le niveau d'instruction.....	34
Graphique 13 : Répartition des mariages précoces selon l'origine du mariage.....	34
Graphique 14 : Répartition des mariages précoces selon le lien avec le conjoint.....	35
Graphique 15 : Répartition des mariages précoces selon le régime du conjoint.....	35
Graphique 16 : Répartition des mariages précoces selon le rang de l'épouse.....	36
Graphique 17 : Répartition des mariages précoces selon l'ethnie.....	36
Graphique 18 : Répartition des mères par cercle selon leur tranche d'âge.....	37
Graphique 19 : Autres signes de reconnaissance de l'âge du mariage.....	38
Graphique 20 : Répartition des mères selon leur opinion sur la fréquence des mariages précoces.....	38
Graphique 21 : Répartition des mères sur les raison des mariages précoces.....	39
Graphique 22 : Perception des conséquences des mariages précoces.....	40
Graphique 23: Répartition des mères sur le responsable de la prise de décision du mariage.....	41
Graphique 24: Répartition des mères selon leur opinion sur l'âge officiel du mariage au Mali.....	41

Graphique 25 : Répartition des mères selon les recommandations formulées pour la prévention des mariages précoces.....	42
Graphique 26 : Répartition du personnel soignant selon les recommandations formulées pour la prévention des mariages précoces.....	42
Graphique 27 : Répartition du personnel soignant en fonction de leur opinion sur la fréquence des conséquences des mariages précoces.....	43
Graphique 28 : Répartition des femmes mariées selon le nombre d'enfants décédés.....	44
Graphique 29 : Répartition des enfants encore vivants par tranche d'âge de mariage de leur mère.....	44
Graphique 30 : Répartition des femmes mariées e fonction de la tranche d'âge de mariage et selon le nombre d'enfants décédés à la naissance.....	45

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	1
2. GENERALITES.....	4
2.1. Définition.....	4
2.2. Contexte et justification.....	4
2.3. Généralités sur le Mali.....	5

2.3.1. Géographie.....	5
2.3.2. Analyse de la situation sanitaire du Mali.....	7
2.3.3. Concept de santé de reproduction.....	7
2.4. Généralités sur Gao.....	10
2.4.1. Géographie	10
2.4.2. Situation sanitaire.....	12
3. METHODOLOGIE.....	15
3.1. Cadre d'étude.....	15
3.2. Revue documentaire.....	15
3.3. Echantillonnage.....	16
3.4. Outils de la collecte de données sur le terrain.....	17
3.5. Recrutement.....	19
3.6. Période d'étude.....	20
3.7. Exploitation informatique des informations collectées.....	20
3.8. Difficultés rencontrées.....	21
3.9. Restitution des résultats au niveau local.....	22
4. RESULTATS.....	23
4.1. Description globale de la population d'étude.....	23
4.2. Caractéristiques de la population des filles et femmes de 9 ans et plus.....	23
4.3. Caractéristiques des femmes mariées.....	26
4.4. Evaluation de la pratique des MP.....	33
4.5. Connaissances, attitudes pratiques liées au MP.....	37
4.6. Situation de la santé de reproduction	43
5. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	46
6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	52
7. BIBLIOGRAPHIE.....	57
8. ANNEXES.....	62
Fiche signalétique	81

1. INTRODUCTION

Le mariage est l'acte d'union conjointe entre l'homme et la femme. Cet acte constitue de ce fait une institution de régulation de la vie en société. Autant il indique une forme de représentation de la cellule familiale dans la société et de respect de ses règles d'échanges, autant il consacre la reconnaissance de la maturité du couple pour sa responsabilisation au sein de la société. Toutefois

cette institution tout en se fondant sur des principes de la religion et du droit, évolue et peut connaître des mutations importantes [1].

Le Code malien du mariage et de la tutelle de 1962 définit le mariage précoce comme étant l'union entre deux personnes (l'homme et la femme) avant l'âge requis, c'est à dire avant 15 ans accomplis pour la fille et 18 ans révolus pour l'homme. Cependant un nouveau code, en cours d'élaboration, intègre de nouvelles normes plus conformes aux normes internationales et aux normes biologiques et psycho sociales liées à la santé de la reproduction. Il prévoit l'âge légal du mariage à 18 ans pour les deux sexes conformément aux normes du Comité Interafricain en charge des pratiques traditionnelles affectant la santé des enfants, qui définit le mariage précoce comme « tout mariage contracté à moins de dix-huit ans, avant que la fille ne soit physiquement, physiologiquement et psychologiquement prête à assumer les responsabilités du mariage et de la maternité » [2].

Cette pratique, répandue dans plusieurs pays du monde, est souvent justifiée par la pauvreté des familles. De plus le mariage précoce constituerait un moyen pour les parents préserver la virginité de leur fille avant le mariage et de ce fait d'éviter des grossesses extraconjugales. Il permettrait de sauvegarder l'honneur et d'alléger le fardeau financier de la famille. Les filles sont alors exposées à des risques sanitaires tels que les fistules, les accouchements difficiles et autres. Et leurs droits sont bafoués.

Plusieurs études faites sur le phénomène dans divers pays du monde entier ont indiqué que dans les pays industrialisés, les femmes se marieraient 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 et Macédoine) [3].

En Inde, les statistiques ont révélé que 46% de femmes seraient mariées avant leurs dix-huit ans et chaque année, 8000 jeunes filles développeraient une fistule obstétricale [4]. Au Népal, l'âge moyen du premier mariage était estimé à 19 ans [5] avec 7% des filles mariées avant 10ans et 40% avant 15 ans [6].

Selon les nations unies, plus de 14 millions de filles de moins de 18 ans auraient été forcées à se marier en Afrique subsaharienne. Et, au Mali, l'EDSM IV a révélé que l'âge médian d'entrée en première union des femmes de 25 à 49 ans était estimé à 16,6 ans et que 66% des femmes étaient déjà en union en atteignant 18 ans.

Malgré les conséquences incontestables de ce phénomène sur la santé de la reproduction, sa pratique reste vivace dans la région de GAO où il n'avait fait l'objet d'aucune étude jusqu'alors. D'où l'intérêt du présent travail, commandité et financé par l'AEN, qui se propose les objectifs suivants :

OBJECTIFS

1. Objectif général

Evaluer la pratique des mariages précoces dans la région de GAO au Mali.

2. Objectifs spécifiques

Il s'agira de :

- Déterminer les caractéristiques socio-démographiques des filles et femmes de 9 ans et plus dans les cercles d'Ansongo et de Gao;
- Déterminer la fréquence des mariages précoces dans la région de GAO ;
- Décrire la motivation des acteurs (porteurs de droits et de devoirs) par rapport à la pratique des mariages précoces dans les cercles d'Ansongo et de Gao ;
- Mettre en exergue les principaux problèmes de santé de la reproduction qui se posent aux jeunes filles enrôlées dans les mariages précoces ;
- Formuler des recommandations.

2. GENERALITES

2.1. Définition du mariage précoce

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 [7].

2.2 Contexte et justification des mariages précoces:

Les coutumes matrimoniales, y compris l'âge souhaitable et le mode de choisir les époux relèvent de la façon dont une société conçoit la famille. Le concept et la fonction de la famille varient dans le monde entier et évoluent constamment [8].

Dans l'histoire d'Europe occidentale et d'Amérique du nord, le mariage a lieu tard. L'âge moyen du mariage pour les femmes de l'Europe du 16^e s est de 24 ans et arrive à 27ans au 18^e s [9]. A cette époque, la famille était la cellule de production.

Le libre consentement des deux conjoints était requis par la loi de l'époque romaine. Ce consentement et l'indépendance relative qu'il donne aux conjoints est absent des unions où la fille absorbée par sa belle-famille se retrouve à la fois sous la protection et les ordres de sa belle-mère [10].

Au cours des années 70, les choses évoluent et deux formes fondamentales de modèles familiaux se distinguent :

-le système familialiste, traditionnel caractérisé par des familles élargies, ménages collectifs, mariages multiples, le pouvoir autoritaire du pater familial, le choix des époux par les anciens et surtout les mariages contractés de bonne heure.

-le système individualiste qui est la norme des pays industrialisés et où on trouve en général tout le contraire du premier [11].

Dans le premier modèle, la fécondité est délibérément maximisée par le fait de marier les filles dès la puberté. La famille est la cellule de production économique et l'unique source de richesse, de statut social et de sécurité pour ses membres. C'est dans ce contexte, que s'est donc répandu le mariage précoce.

Les raisons qui justifient cette pratique sont diverses. Ainsi quand la misère est grande, une fille jeune peut représenter une charge et son mariage à un homme bien plus âgé devient donc une stratégie de survie familiale considérée parfois même avantageuse pour la jeune fille.

Le mariage précoce est aussi considéré comme un moyen de s'assurer qu'une épouse est 'protégée' ou fermement contrôlée par un homme, qu'elle est soumise à son mari, que les enfants qu'elle porte sont légitimes [12].

Il constitue également un motif important de prévention des relations sexuelles préconjugales. Cela peut se traduire par certaines pratiques destinées à protéger les filles des rapports non autorisés. Ainsi en Afrique du nord-est et certaines régions du Moyen-Orient, ce contrôle peut aller jusqu'aux mutilations sexuelles féminines, comme l'infibulation ou l'excision [13].

2.3. Généralités sur le MALI :

2.3.1. Géographie :

Le Mali, pays continental par excellence, couvre une superficie d'environ 1241248km² [14]. Il partage près de 72000 Km de frontières avec l'Algérie au Nord, le Niger à l'Est, le Burkina Faso au sud- Est, la Cote d'Ivoire et la Guinée au Sud, la Mauritanie et Sénégal à l'Ouest [14]. Le relief est peu élevé, c'est un pays de plaines et de bas plateaux ; l'altitude moyenne est de 500 mètres [14]. Le réseau hydrographique est constitué de deux principaux fleuves, le Niger et le Sénégal qui arrosent surtout le sud du pays [15]. Le climat est sec avec une saison sèche et une saison des pluies qui dure en moyenne 5 mois au sud et moins d'un mois au nord [16].

Sur le plan administratif, le Mali est divisé en 8 régions économiques et administratives (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et Kidal) et le district de Bamako qui a le rang de région ; 55 cercles (actuellement préfectures) ; 285 arrondissements (sous-préfectures) ; 701 communes dont 37 urbaines et 664 rurales [17].

Le taux brut de scolarisation dans l'enseignement de base reste encore bas avec 40,9% (année 1997-1998). Il est particulièrement plus bas chez les filles que chez les garçons avec respectivement 33,3% et 47,1%. Les scolaires entre 5 à 19 ans constituent 37% de la population. Le taux d'alphabétisation des adultes au niveau national reste faible. Il était de 26% en 1997 avec des fortes disparités d'une part entre les hommes et femmes et d'autre part entre zones urbaines et zones rurales [18].

Le Mali est un pays pauvre. Seulement 49% de la population et 50% de la population urbaine ont accès à l'eau potable [17]. L'économie repose essentiellement sur l'agriculture l'élevage et la pêche.

Le régime politique est basé sur la démocratie et le multipartisme. Depuis 1992, le régime constitutionnel malien a opté pour la décentralisation, c'est à dire la décentralisation et la responsabilité des communautés dans la gestion des affaires publiques.

2.3.2. Analyse de la situation sanitaire

La situation sanitaire de la population malienne est le reflet du niveau actuel de son développement socio-économique. La part des dépenses de santé dans le budget global de l'état est passée de 109 milliards en 1999 à 165 milliards en 2004 [18]. Ces dépenses de santé proviennent essentiellement du financement direct des ménages (57%), des fonds publics (18%) et des fonds extérieurs pour 13% [18]. Cette situation se traduit par des indicateurs de santé qui malgré leur nette amélioration restent toujours parmi les plus faibles au monde. Ainsi le taux de mortalité infantile est passé de 125 en 1994 à 96 pour 1000 en 2004 [18], et le taux de mortalité maternelle quant à lui est passé de 582 en 1998 à 464 pour 100 000 naissances en 2006[18].

2.3.3. Le concept de la santé de la reproduction

2.3.3.1. 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, la santé de la reproduction fait partie des grandes préoccupations de la politique de santé du gouvernement. Ce 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,
- La 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. 3.3.2. Défis et priorités de la santé de la reproduction

Les principaux problèmes identifiés sont [18] :

- La mortalité maternelle et néonatale élevées : 582 pour 100 000 naissances

vivantes,

- La mortalité infantile (0 à 1an) : 126 pour 1000,
- La mortalité juvénile (1 à 5 ans) :128 pour 1000,
- La mortalité infanto- juvénile est élevée : 238 pour 1000,
- 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.

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

Tableau I : 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 %)	59	75	75	75	77
Taux d'accouchements assistés (en %)	42	49	53	55	59
Taux d'enfants >12 mois vaccinés au DTCP 3 (en %)	79	90	91	92	94
Prévalence contraceptive (en %)	2,71	2,36	3,16	3,76	4,17

Source : rapport d'activité du bureau exécutif national de la FENASCOM; novembre 2003 à Août 2008.

Le nombre de CSCOM est passé de 660 à 899 entre 2003 et 2007. Vu les tendances, ces indicateurs de santé seraient en nette amélioration. Le taux de CPN est passé de 59% en 2003 à 78% en 2007; quant à celui de la planification familiale, il est passé de 2,71 à 4,17% de 2003 à 2007. Ce qui supposerait une amélioration de la SR au Mali.

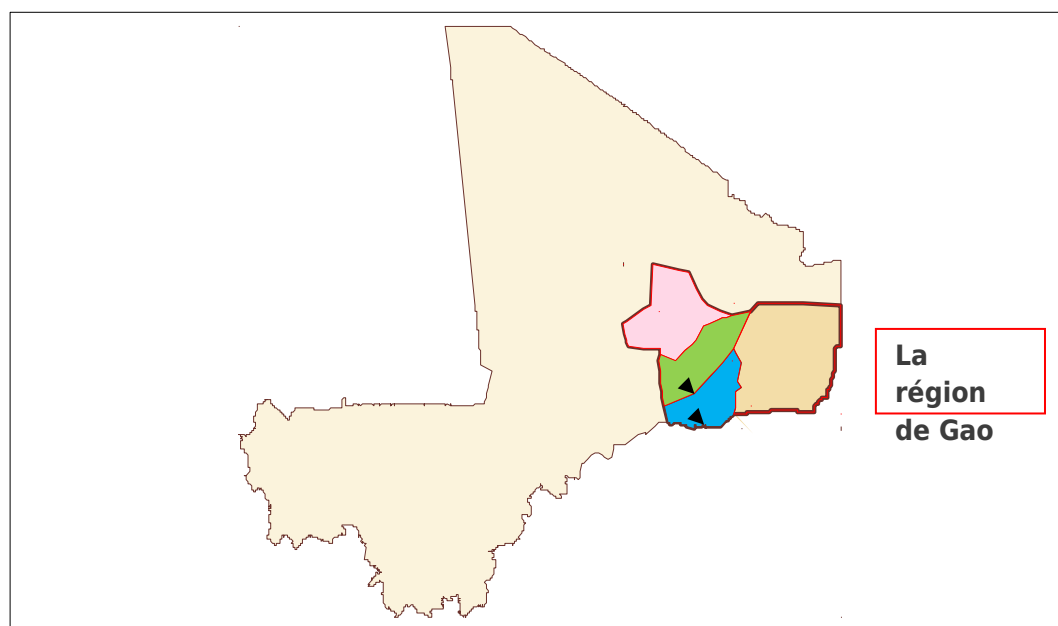
2.4. Généralités sur la région de GAO

2.4.1. Géographie

Septième région administrative du Mali, la **région de Gao** couvre une superficie de 170.566 Km² [19], et est limitée au nord par la région de Kidal, au sud par le Burkina Faso, à l'est par le Niger et à l'ouest par la région de Tombouctou. La

population était estimée à 445605 en Mai 2008[19], dont 51 pourcent de femmes et 49 pourcent d'hommes avec une densité moyenne de 2 ,69 habitants au km² [19]. 76,2% des femmes et 61,5% des hommes sont sans instruction [14]. Les principales ethnies qui y vivent sont : les Sonrhäï, les Peulhs, les Kel Tamashek, les Arabes/Maures, les Bozos. La densité de la population est plus élevée dans la vallée, le long du fleuve que dans les zones pastorales où le nomadisme entraîne un mouvement permanent des éleveurs [19].

La région de GAO est divisée en quatre cercles (Ansongo, Bourem, Gao, Menaka) et présente deux communes urbaines (Gao et Bourem) et vingt-deux communes rurales ; environ six cents villages et fractions nomades [19].



carte 2 : la carte de GAO

Zone verte : cercle de Gao

Zone bleue : cercle d'Ansongo

Elle est caractérisée par un relief monotone avec une prédominance de dunes et de plaines dans le Haoussa (rive gauche du fleuve Niger). Dans le Gourma (rive droite) on rencontre surtout des plateaux latéritiques et rocheux.

Le climat est de type sahélo-saharien. En effet, la région de Gao couvre la partie Nord de la zone sahélienne et le Sud du Sahara. Une saison sèche de longue durée (7 à 9 mois) suivie d'une saison pluvieuse de 3 mois en moyenne caractérise la région.

La végétation dans la région est fonction des zones écologiques. Elle est toutefois dominée par les épineux et les herbacées.

La religion dominante est l'islam pratiqué par toutes les ethnies. On rencontre cependant des chrétiens (catholiques et protestants) concentrés surtout au niveau des centres urbains

Elevage, agriculture, pêche, commerce, artisanat et même tourisme constituent les principales activités économiques de la région [19].

2.4.2. Situation sanitaire

L'accès aux services de santé dans la région de Gao est faible, compte tenu des distances à parcourir, 63% des villages de Gao sont à plus d'une heure du centre de santé (la moyenne nationale étant de 50%). L'utilisation des services de santé correspond à la valeur moyenne nationale et reste faible (8,8% à Gao) [21]. Selon les prévisions, 93 CSCOM devraient être créés dans la région de Gao mais on fait état de 49 réalisations soit un taux de réalisations de 53% [20]. Les ressources humaines également font défaut. En fin 2007, le nombre de médecins est estimé à 4, sages-femmes à 4, IDE à 10, IPC à 84, matrones à 38, gérants à 31, autres à 25 [20]. Les principaux facteurs déclarés de non fréquentation des services sont :

- la non nécessité (88% à Gao), les populations préférant se tourner vers la médecine traditionnelle,
- Le coût, selon les enquêtes ACF-E, le coût moyen de la consultation serait de 1000 FCFA représentant l'achat de 3kg de céréales en période de soudure (soit environ la quantité de céréale journalière pour une famille de 6 personnes) [21].

Le tableau suivant montre l'accessibilité des populations aux CSCOM de la région de GAO en fin 2006. [20]

Tableau II : Accessibilité des populations aux CSCOM

Distance	Effectif	Pourcentage
A 5 Km	219 035	50%
A 15 Km	271 225	62%
A plus de 15 Km	164 270	38%
TOTAL	435 495	50%

Source : annuaire SLIS 2007.

Près de 38 % de la population se trouve à plus de 15 km d'une structure de soins de premier recours. Ceci constitue une difficulté pour les CSCOM de prendre en charge les problèmes de la santé de la reproduction dans la commune, malgré l'appui de différentes ONG. La sensibilisation et l'éducation des communautés pour la fréquentation des services de santé restent deux thèmes majeurs de toutes les actions communautaires.

Le problème de la référence /évacuation reste également entier. Ces systèmes, responsabilités conjointes des mairies et services de santé, fonctionnent peu dans la plupart des zones de Gao et sont parfois inexistantes.

D'autres indicateurs de santé sont donnés dans le tableau qui suit.

Tableau III : Indicateurs de santé dans la région de Gao de 2003 à 2007.

Activités	2003	2004	2005	2006	2007
Nombre de CSCOM	37	39	40	43	49
Taux de fréquentation (Nouveaux cas /habitant/an)	0,19	0,18	0,19	0,23	0,25
Taux de couverture CPN(en %)	34	30	50	57	60
Taux d'accouchements assistés (en %)	17	17	20	22	22
Prévalence contraceptive (en%)	0,43	0,33	0,68	0,94	1,11
Indice d'assiduité (N/N+A)	2,35	2,44	1,95	2,12	2,18

Source : annuaire SLIS 2007.

Tous les indicateurs de santé représentés dans le tableau ci-dessus sont en progression à l'exception de l'indice d'assiduité de la CPN qui lui a régressé passant de 2,35 en 2003 à 2,18 en 2007. Cet indice reste cependant supérieur à l'indice national qui était de 2,06 en 2007 **[19]**.

3-METHODOLOGIE

Pour mener à bien cette étude, nous avons procédé par une enquête auprès d'un échantillon 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 deux cercles de la région administrative de GAO : Gao et Ansongo, les jeunes filles et les femmes mariées ou non de 9 ans et plus, une catégorie du personnel sanitaire (matrones et sages femmes), les leaders communautaires et communaux, les représentants des ONG et associations féminines ainsi que ceux des organisations internationales impliquées dans la lutte contre les violences faites aux fillettes ou aux femmes en général.

3.2 Revue documentaire

Elle a essentiellement 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 dans le monde et au Mali,
- Les synthèses sur la zone ciblée,
- Les rapports sur les actions déjà menées,
- Les informations disponibles au niveau des centres de santé et des structures socio sanitaires.

3.3 Echantillonnage

L'étude a visé plusieurs sous échantillons de populations de taille différente dont la fréquence et la répartition sont indiquées au tableau ci dessous :

Tableau IV : Répartition des femmes enquêtées selon les centres de santé

Région	CSREF	Aire de santé	Total des femmes et filles	Pourcentage(%)
Gao	Gao	Haoussa Foulane	83	21,4
		Forgho	125	32,2
	Ansongo	Tin Hamma	180	46,4
Total			388	100

Le choix des structures, organismes et personnes à enquêter a été fait à partir des données secondaires collectées aux niveaux :

- des directions régionales de la santé (DRS), sur la prévalence de la fistule obstétricale, des césariennes et des mortalités maternelles et infantiles dans les centres de santé de référence des cercles ;
- des directions régionales de la promotion de la femme, de la famille et de l'enfant (DRPFFE) pour l'identification des partenaires évoluant dans le domaine de la lutte contre les violences faites aux femmes ;
- des coordinations régionales des ONG et associations impliquées, dans le but de compléter les informations fournies par la DRPFFE

Les données fournies par les DRS ont permis de procéder à partir d'un classement des centres de santé, au choix des sites, pour les investigations de terrain. En fonction des conditions de sécurité d'une part, des modes de vie des

populations (populations nomades et populations sédentaires) et des niveaux de prévalence des complications liées à la santé de la reproduction d'autre part, il a été choisi en concertation avec les responsables des DRS, deux CSREF par région et deux aires de santé par CSREF.

Les données collectées au niveau des DRPFPE ont permis de dégager la liste et les coordonnées des ONG et des Associations féminines intervenant en matière de la santé de la reproduction, de la promotion féminine et ou de la lutte contre les violences faites aux femmes. Cette liste a été complétée par celle fournie par les coordinations régionales des ONG et associations.

Le choix des femmes à enquêter dans les aires de santé a été fait au hasard dans les villages avec l'appui des responsables des CSCOM. Dans les villages et fractions choisis, les femmes et filles ont été enquêtées au hasard et en fonction du nombre préalablement déterminé dans chaque agglomération.

Dans les CSCOM et CSREF choisis, la matrone ou sage femme a été systématiquement enquêtée.

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

3.4 Outils de la collecte de données sur le terrain

3.4.1 Les fiches de collecte de données dans les centres de santé

Des fiches de renseignements ont été élaborées pour la collecte de données secondaires aux niveaux des directions régionales de santé, hôpitaux régionaux,

centres de santé de référence de cercle et centres de santé communautaires des régions de Mopti et Gao.

Les données collectées, surtout quantitatives pour les traitements statistiques, ont porté essentiellement sur les cas de fistules obstétricales, de mortalités néo natales, infantiles et maternelles et les césariennes, - liés aux mariages et grossesses précoces et aux premiers accouchements.

3.4.2 Les questionnaires

Quatre questionnaires (un pour les femmes et filles mariées ou non de 9 ans et plus, un pour les femmes mariées uniquement, un pour le personnel de santé et un pour les leaders communautaires et communaux) pour l'évaluation de la pratique (fréquence, motivation/attitudes) et pour les connaissances et attitudes du mariage précoce ont été élaborés et les modalités de réponses codées afin de prendre en compte le mode de saisie des données.

Les données à collecter au niveau du premier questionnaire (auprès des femmes et filles de 9 ans et plus) ont porté sur, d'une part les paramètres permettant de mesurer la fréquence du mariage précoce, l'âge, le mode de vie, l'appartenance ethnique ; d'autre part les facteurs explicatifs ainsi que les conséquences sur la santé de la reproduction de la femme.

Pour ce qui est des autres questionnaires, il s'est agit surtout de collecter des informations permettant de recenser et d'analyser les connaissances et attitudes des différentes catégories d'acteurs ciblées, sur les mariages précoces et leurs conséquences sur la santé de la reproduction.

3.4.3 Le guide d'entretien

Un guide d'entretien a été élaboré pour les représentants d'ONG/ Associations féminines, les organisations des nations Unies et les institutions juridiques afin d'identifier les approches et actions mises en œuvre dans chacune des deux régions et les recommandations en vue de prévenir et ou limiter cette pratique ainsi que ses conséquences sur la santé de la reproduction.

3.5 Recrutement et formation des enquêteurs

3.5.1 Critères de sélection des enquêteurs et des superviseurs

Des enquêteurs ont été recrutés pour le remplissage des questionnaires selon les critères ci-après:

- La disponibilité pendant toute la durée de l'enquête;
- La maîtrise d'au moins deux langues des aires de l'enquête;
- La capacité à travailler en équipe;
- L'expérience dans ce type d'enquêtes ou disposer d'un niveau bac plus.

Au total 08 enquêteurs, soit 04 par région, ont été recrutés pour la conduite des enquêtes auprès des femmes et des filles de 9 ans et plus dans les différents villages et fractions des aires de santé choisies.

La supervision de ces enquêtes 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 sur place par les deux (02) consultants pendant une journée, dans chacune des deux régions. Cette formation s'est articulée autour des points suivants:

- Objectifs et méthodologie de l'étude ;

- mode de remplissage des questionnaires et examen des autres outils ;
- test du questionnaire avec les enquêteurs.

3.6 Période d'étude

L'étude s'est déroulée sur une période allant du 04 au 12 Novembre 2007.

3.7 Exploitation informatique des informations collectées

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

3.7.1 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.

3.7.2 Codification des variables non codifiées avant la collecte.

Elle concerne les réponses non codifiées avant l'enquête.

3.7.3 Saisie des données

La saisie des données a été effectuée à l'aide de logiciel SPSS 12.0. Deux (2) agents de saisie ont été recrutés et formés à cet effet. Ces agents ont bénéficié d'une formation pour le bon déroulement de cette opération par un agent statisticien/informaticien aussi recruté à cet effet. La saisie a duré une (01) semaine.

3.7.4 Tabulation et analyse des données saisies

L'analyse et la tabulation des données ont été faites à l'aide d'un logiciel SPSS 17.0, en fonction d'un plan d'analyse préétabli pour l'élaboration du rapport préliminaire.

3.8 Difficultés rencontrées

Les données quantitatives sur la santé de la reproduction collectées au niveau des DRS, des hôpitaux régionaux, des CSREF et des CSCOM sont dans l'ensemble partielles et ou incomplètes. Pour les cas référés, les CSCOM et les CSREF ne disposent pas de rétro information de la part de la structure de référence. En plus les supports d'information disponibles ne sont pas toujours identiques et ne contiennent pas les mêmes rubriques. Certaines rubriques comme l'âge, l'ethnie et la provenance, même si elles existent, ne sont pas toujours informées par le personnel de service.

La conduite des enquêtes auprès des femmes sur le terrain s'est faite sans difficulté majeure. Toutefois il convient de signaler dans plusieurs cas, la détermination approximative des âges des femmes liée à l'absence d'état civil, la faible disponibilité des femmes comme : à Gao, dans une fraction maraboutique où les enquêtes sur les femmes ont été assimilées à des IEC sur le planning familial pour des populations hostiles à toute information sur la limitation des naissances.

Au niveau de la saisie des données plusieurs données étaient manquantes du fait que certaines personnes avaient des réponses erronées ou alors du fait qu'elles ne voulaient tout simplement pas répondre aux questions.

3.9 Restitution des résultats au niveau local

Les résultats de l'étude ont été restitués par village ayant fait l'objet de l'étude. Cette restitution a permis la réalisation de focus de groupes au niveau des filles de 9-14ans, les mères des filles, les leaders communaux et communautaires. A la suite de ces ateliers de restitution des recommandations locales ont été formulées par des porteurs de devoirs et de droit, améliorant ainsi la qualité des données.

4. RESULTATS

4.1. Description de la population d'étude

Tableau V : Population enquêtée

Sous-groupes	Effectifs	Pourcentage (%)
Filles et femmes de 9ans et plus	388	92,8
Leaders communaux	27	6,5
Personnel santé	3	0,7
Total	418	100

Les filles et femmes de 9ans et plus étaient les plus nombreuses. Elles représentaient **92,8%** de la population enquêtée.

Tableau VI : Répartition des groupes ethniques selon les localités étudiées

Cercles	Groupes ethniques
Gao	Peulhs, Sonrhai
Ansongo	Tamashek

Les tamashek étaient le seul groupe ethnique dans le cercle d'Ansongo.

4.2. Caractéristiques socio-démographiques des filles et femmes de 9 ans et plus

4.2.1 Mode de vie

Tableau VII: Répartition de l'échantillon selon le mode de vie.

Mode de vie	Effectifs	Pourcentages (%)
Sédentaires	208	53,6
Nomades	180	46,4
Total	388	100

Les sédentaires constituaient le mode de vie le plus représenté avec un taux de 53,6% de la population enquêtée.

4.2.2 Ethnie

Tableau VIII : Répartition de l'échantillon selon l'ethnie

Ethnies	Effectifs	Pourcentages (%)
tamashek	182	46,9
Sonrhäi	163	42,0
peulhs	43	11,1
Total	388	100

Les tamashek étaient les plus représentés (46,9%).

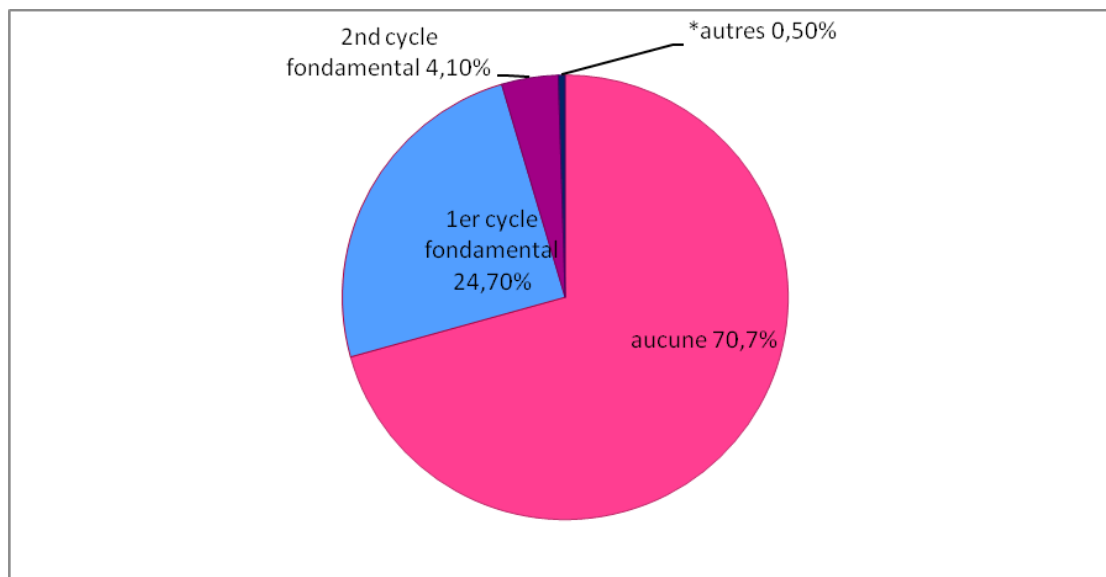
Tableau IX : Répartition de la population enquêtée à Gao selon le mode de vie et l'ethnie

Nomades		Sédentaires			
Tamashek		Sonrhäi		Peulhs	
Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
182	46,9	163	42,0	43	11,1

Parmi les 53,1% de sédentaires, les Sonrhäi constituaient à eux seuls 42%. Les tamashek étaient exclusivement des nomades et constituaient 46,9% de l'échantillon.

4.2.3 Niveau d'instruction

Graphique 1 : Répartition des femmes de 9 ans et plus en fonction du niveau d'instruction

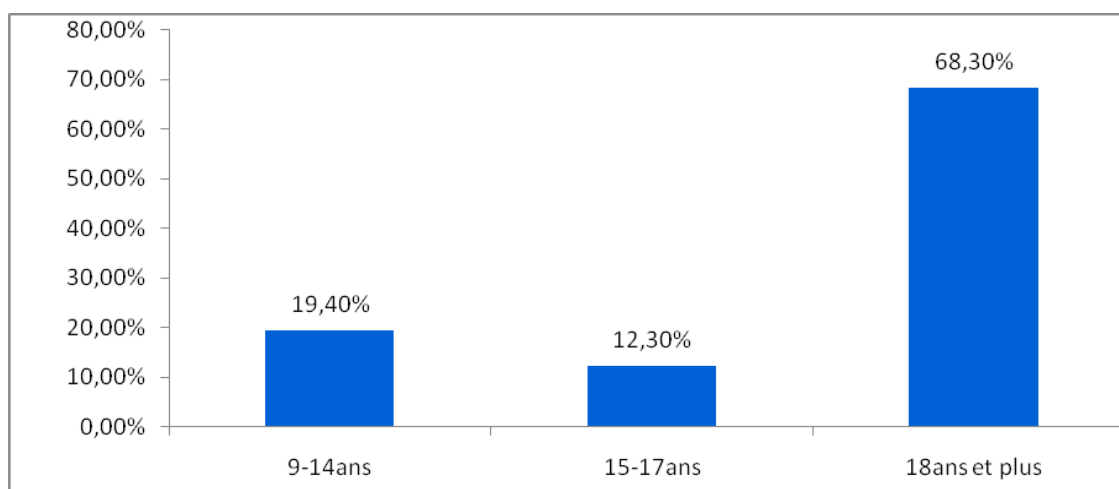


*autres : enseignement supérieur, école coranique

70,7% des femmes n'étaient pas alphabétisées.

4.2.4 Age

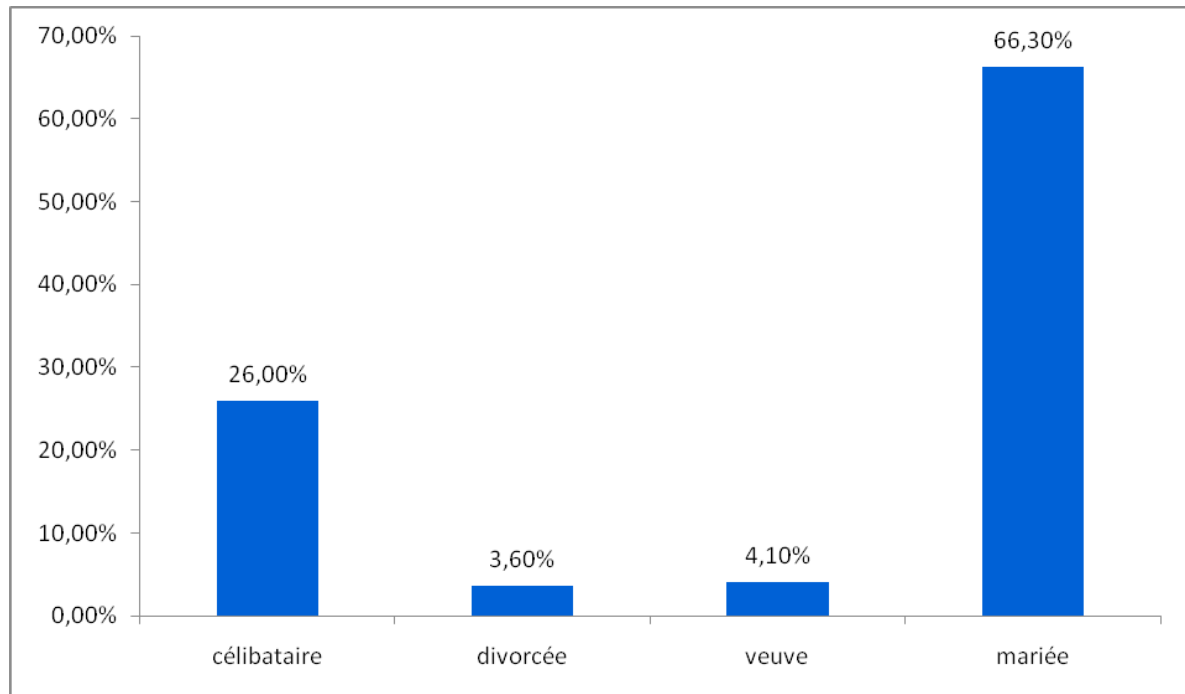
Graphique 2 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge



31,7% des femmes avaient moins de 18 ans

4.2.5 Statut matrimonial

Graphique 3 : Répartition de l'échantillon selon le statut matrimonial.



66,3% des femmes étaient mariées.

4.3. Caractéristiques des femmes mariées uniquement

Tableau X : Répartition de l'échantillon en fonction des cercles

Cercles	Effectifs	Pourcentages
Gao	152	53
Ansongo	135	47
Total	287	100

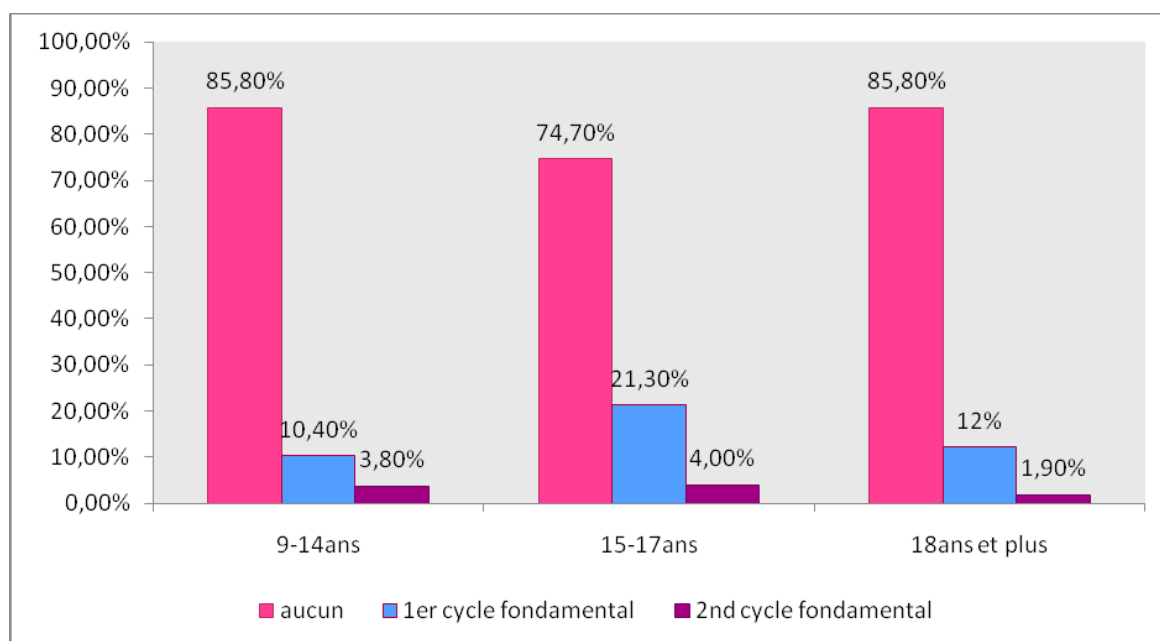
Parmi les 287 femmes mariées enquêtées, 53% étaient de Gao.

Tableau XI : Répartition de l'échantillon en fonction du niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Gao		Ansongo	
	effectifs	Pourcentages (%)	effectifs	Pourcentages (%)
Aucune	128	84,2%	110	81,5%
1 ^{er} cycle fondamental	21	13,8%	19	14,1%
2 nd cycle fondamental	3	2,0%	6	4,4%
Total	152	100%	135	100%

Les femmes mariées sans aucun niveau d'instruction sont les plus représentées dans les deux localités avec des taux respectifs de 84,2% et 81,5% à Gao et Ansongo.

Graphique 4 : Répartition des femmes selon la tranche d'âge et le niveau d'instruction



Dans toutes les tranches d'âge, les femmes analphabètes étaient les plus représentées.

Tableau XII : Répartition de l'échantillon en fonction de l'ethnie.

Ethnies	Effectifs	Pourcentage (%)
Tamashek	136	47,4
Sonrhai	120	41,8
Peuhls	31	10,8
Total	287	100,0

Les tamashek étaient les femmes mariées les plus représentées avec un taux de 47,4%.

Tableau XIII : Répartition de l'échantillon en fonction du mode de vie

Modes de vie	Effectifs	Pourcentage (%)
Sédentaires	152	53,0
Nomades	135	47,0
Total	287	100,0

Le mode de vie prédominant était celui des sédentaires avec un taux de 53%.

Tableau XIV : Répartition des femmes mariées en fonction de l'âge du mariage.

Tranches d'âge	Gao		Ansongo		Total	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%
	S		S		S	
9-14ans	46	30,3%	60	44,4%	106	36,9
15-17ans	42	27,6%	33	24,4%	75	26,2
18ans et plus	64	42,1%	42	31,2%	106	36,9
Total	152	100%	135	100%	287	100

La tranche d'âge prédominante du mariage était celle de 9-14ans à ANSONGO (44,4%). Par contre à Gao, la majorité des filles avait au moins 18 ans en se mariant.

Tableau XV : Répartition des femmes mariées en fonction du statut matrimonial

Statut matrimonial	Gao	Ansongo
Divorcée	3,3%	6,7%
Veuve	5,9%	5,2%
Mariée	90,8%	88,1%
Total	100%	100%

Dans les deux localités, la majorité des femmes enquêtées étaient mariées. Elles représentaient 90,8% des enquêtées à Gao et 88,1% à Ansongo.

Tableau XVI : Répartition de l'échantillon en fonction de la parenté avec le conjoint

Lien de parenté avec le conjoint	Gao	Ansongo
Même famille	94,7%	84,4%
Familles différentes	5,3%	15,6%
Total	100%	100%

Dans les deux localités, la majorité des femmes enquêtées était de la même famille que leur conjoint. La fréquence était de 94,7% à Gao et 84,4% à Ansongo.

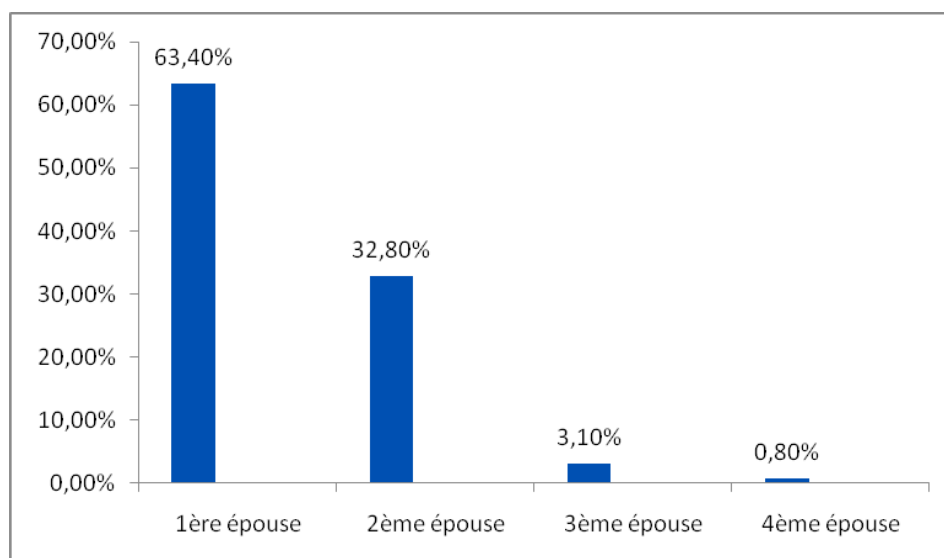
Tableau XVII : Répartition des femmes mariées en fonction du régime de leur conjoint

Statut du conjoint	Gao	Ansongo
Monogame	66,9%	70,4%
Polygame	33,1%	29,6%

Total	100%	100%
-------	------	------

La monogamie constituait le principal régime marital dans les deux localités. Sa fréquence était de 66,9% à Gao et 70,4% à Ansongo.

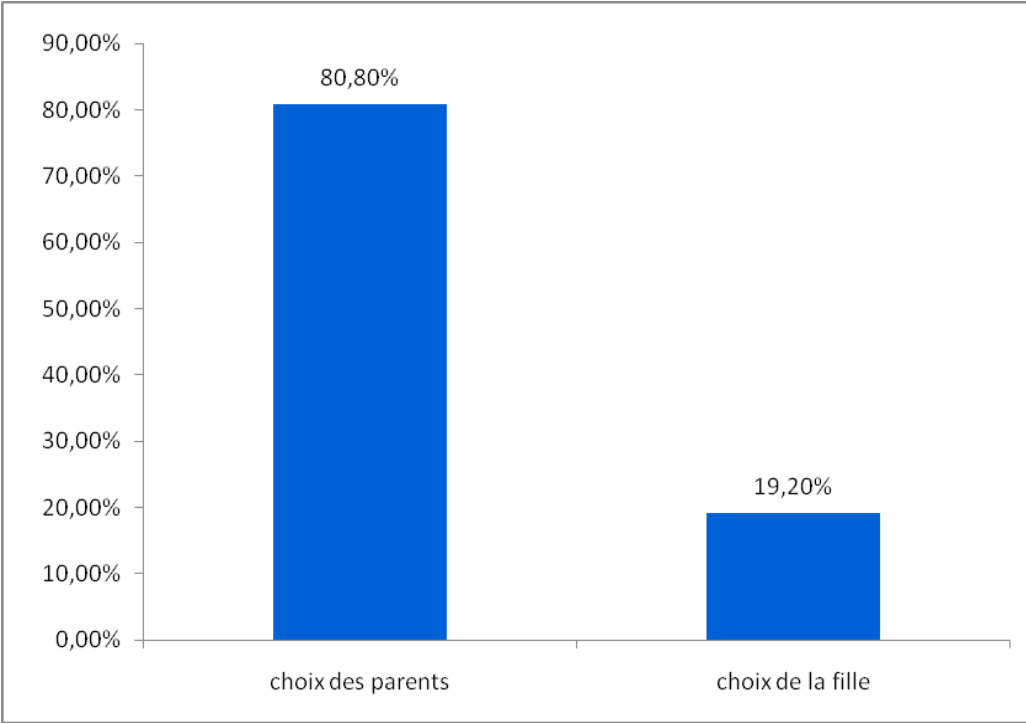
Graphique 5: Répartition des femmes mariées selon le rang de mariage.



La première épouse représente le rang le plus fréquent avec un taux de 63,4%.

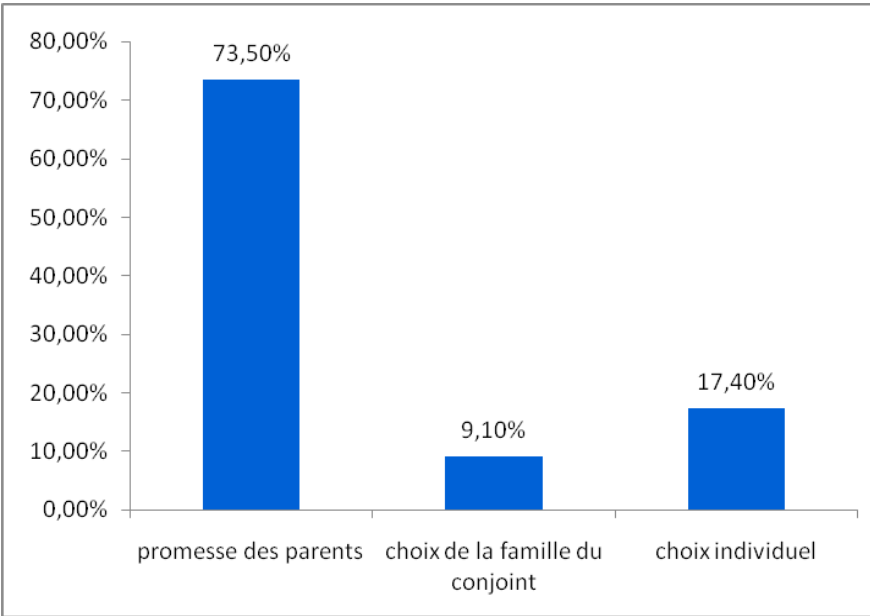
.

Graphique 6 : Répartition des femmes mariées en fonction du genre de mariage



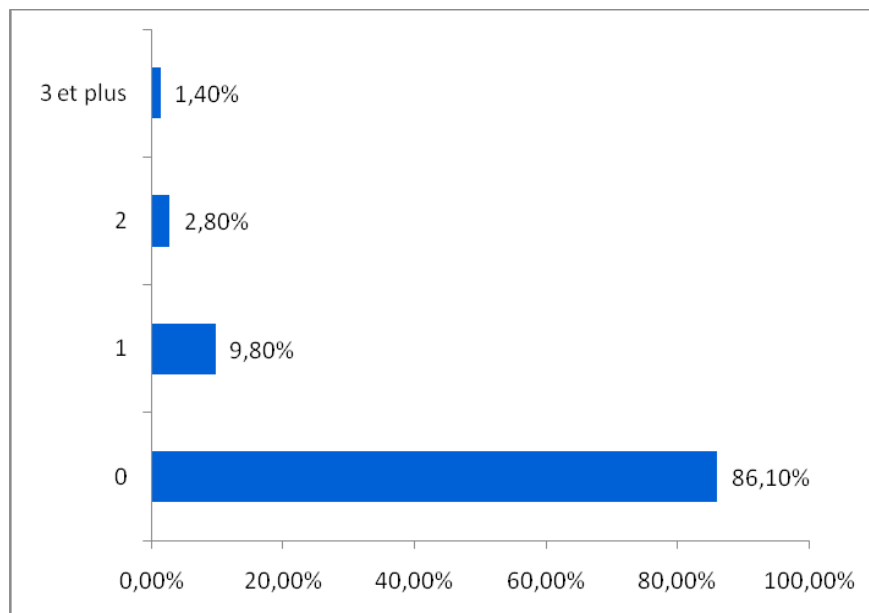
Parmi les 287 femmes mariées enquêtées, environ 4 femmes sur 5 se mariaient sur la base du choix des parents.

Graphique 7: Répartition des femmes mariées en fonction du type de mariage



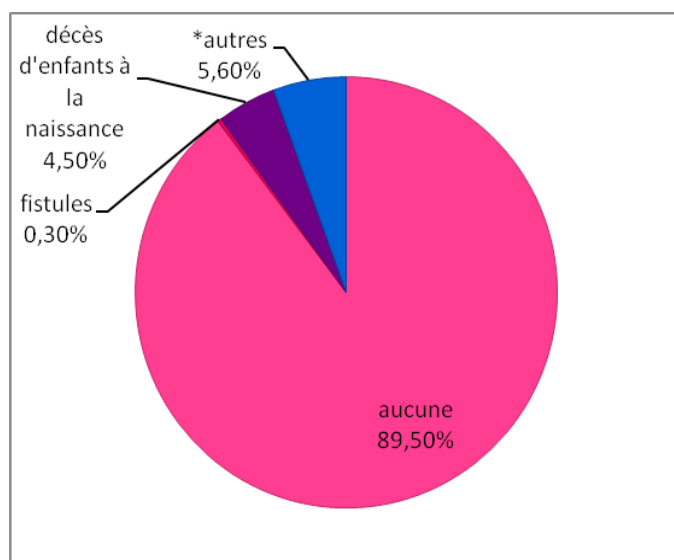
La plupart des mariages se faisaient sous la promesse des parents (73,5% des cas)

Graphique 8: Répartition des femmes mariées en fonction du nombre d'enfants décédés à la naissance



86,1% des femmes mariées n'avaient enregistré aucun décès d'enfant à la naissance

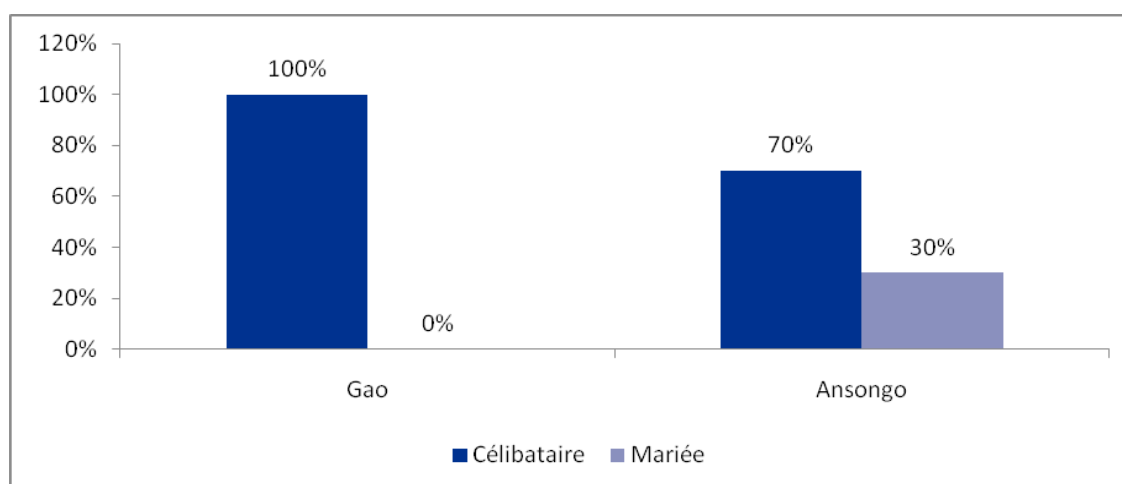
Graphique 9: Répartition des femmes mariées en fonction des difficultés d'accouchement



*autres : césariennes, mortalité maternelle, rupture utérine.

89,5% des femmes mariées n’avaient présenté aucune difficulté lors de l’accouchement .

Graphique 10 : Répartition des filles de 9-14 ans par cercle en fonction de leur statut matrimonial.



Les célibataires étaient les plus représentés dans les deux localités avec respectivement 100% et 70% à Gao et Ansongo. A Gao, il n’y avait pas de fille mariée de 9-14ans.

4.4. Evaluation de la pratique du mariage précoce

Tableau XVIII: Type de mariage en fonction de la tranche d’âge

9-14 ans	Mariage très précoce
15-17 ans	Mariage moins précoce
18 ans et plus	Mariage à l’âge normal

Les tranches d’âge de 9-14ans et 15-17ans correspondent toutes les deux au mariage précoce.

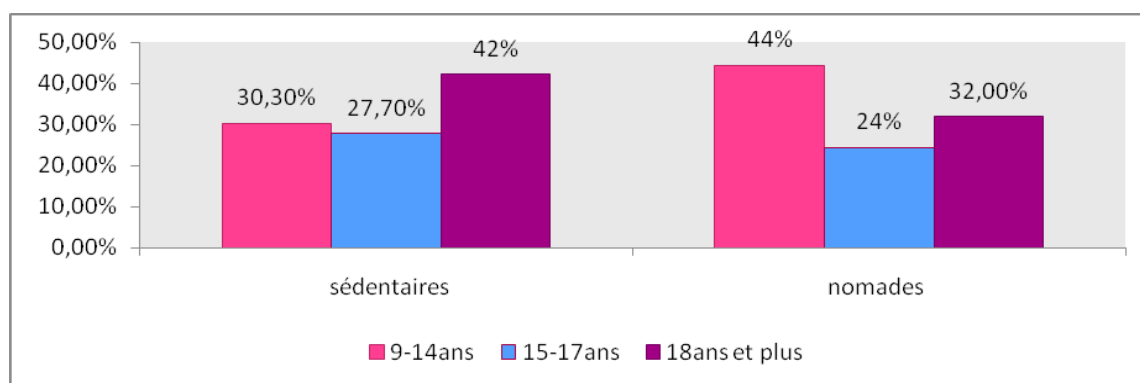
Tableau XIX : Moyenne d’âge du premier mariage

Age minimum	9
Age maximum	31

Moyenne	15,45
---------	-------

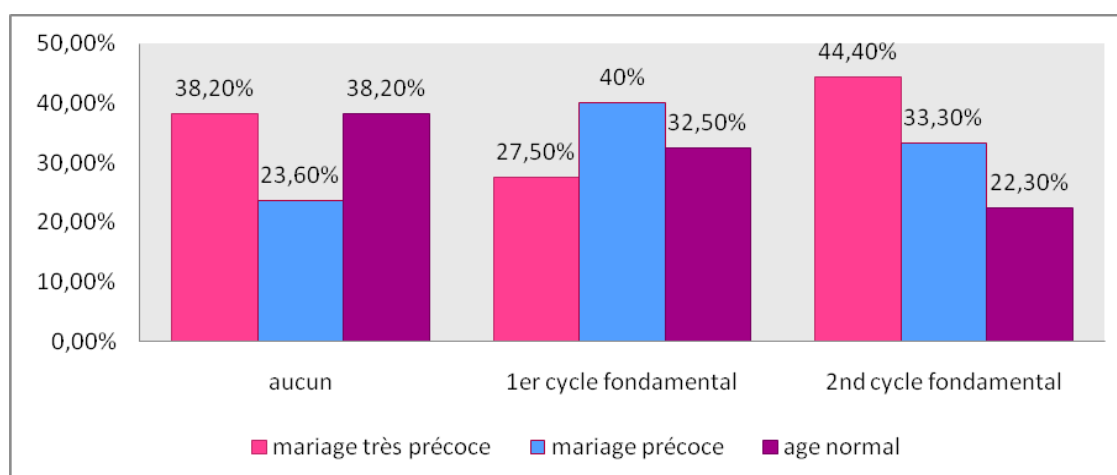
La moyenne d'âge du premier mariage dans la région (15,45) est inférieure à celle du territoire national qui est de 16,2 ans.

Graphique 11 : Répartition des Mariage précoce en fonction du mode de vie.



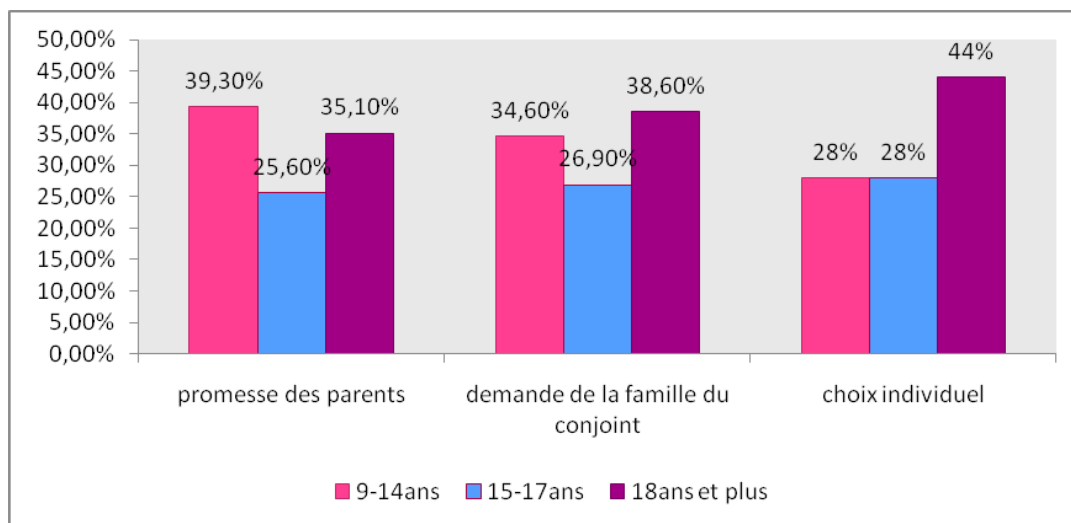
Chez les sédentaires, la plupart des femmes étaient mariées à l'âge normal (42%) tandis que chez les nomades le mariage très précoce était le plus fréquent (44%).

Graphique 12 : Fréquence des Mariages précoces en fonction du niveau d'instruction



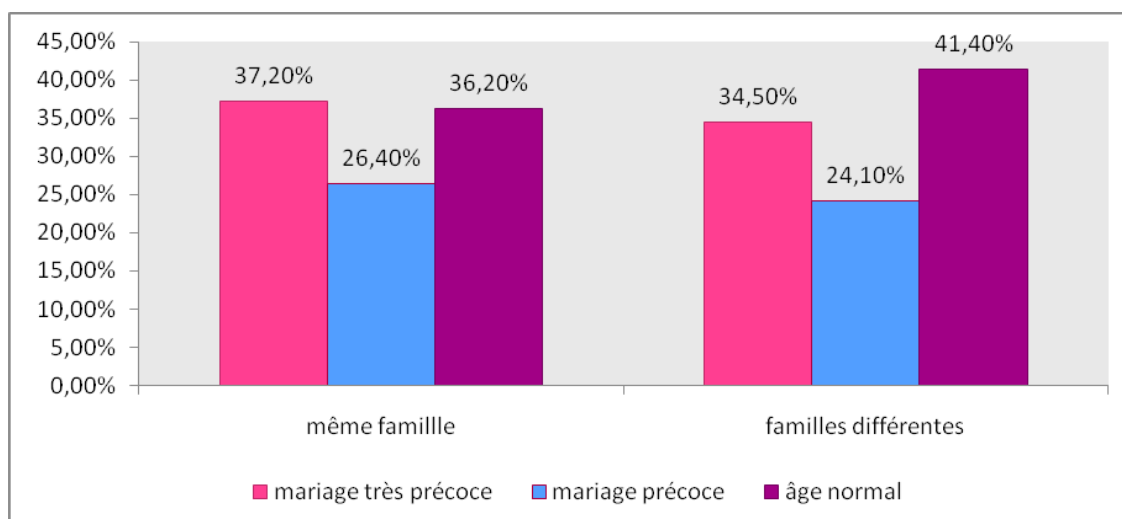
Le mariage très précoce était aussi élevé que le mariage à l'âge normal chez les femmes analphabètes (38,2%). Une fréquence plus élevée des MP au 1^{er} cycle fondamental (40%) et du mariage très précoce au 2nd cycle fondamental (44,4%).

Graphique 13 : Répartition du mariage précoce selon l'origine du mariage



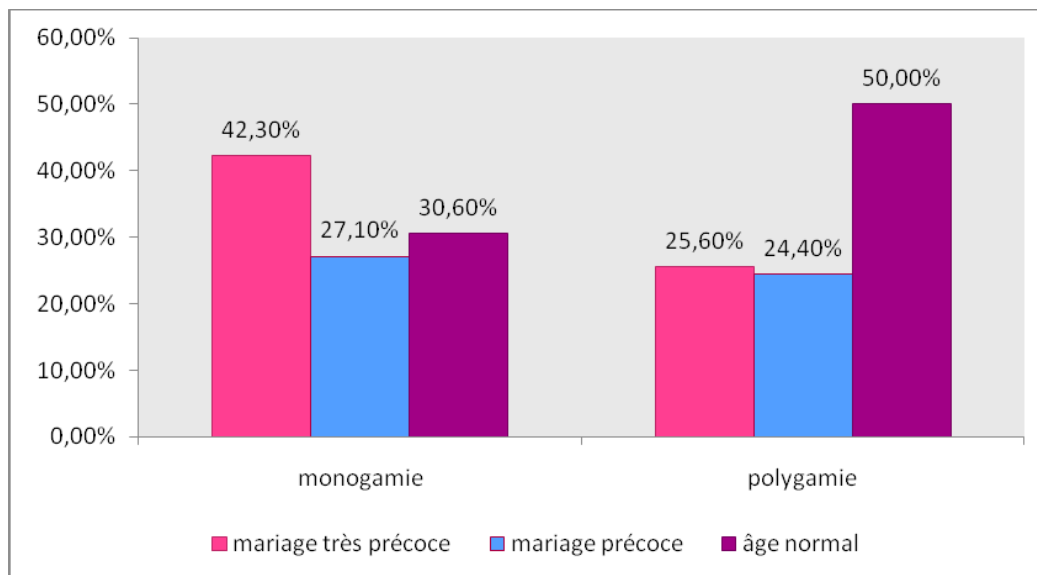
Seul dans les cas de promesse des parents que le mariage très précoce prédominait (39,3%). Dans les deux autres cas, l'âge normal du mariage était prédominant : 38,6% dans les cas de demande de la famille du conjoint et 44% dans les cas de choix individuel.

Graphique 14: Fréquence des Mariages précoces en fonction du lien avec le conjoint.



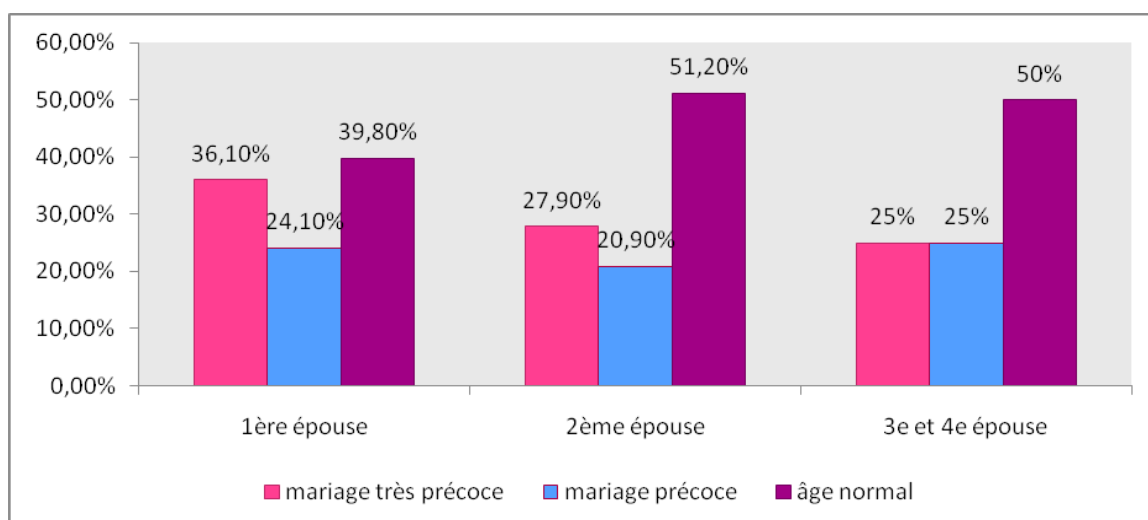
Légère prédominance des mariages très précoces sur les mariages à l'âge normal lorsque les conjoints sont de la même famille (37,2%).

Graphique 15: Fréquence des Mariages précoces en fonction du régime du conjoint.



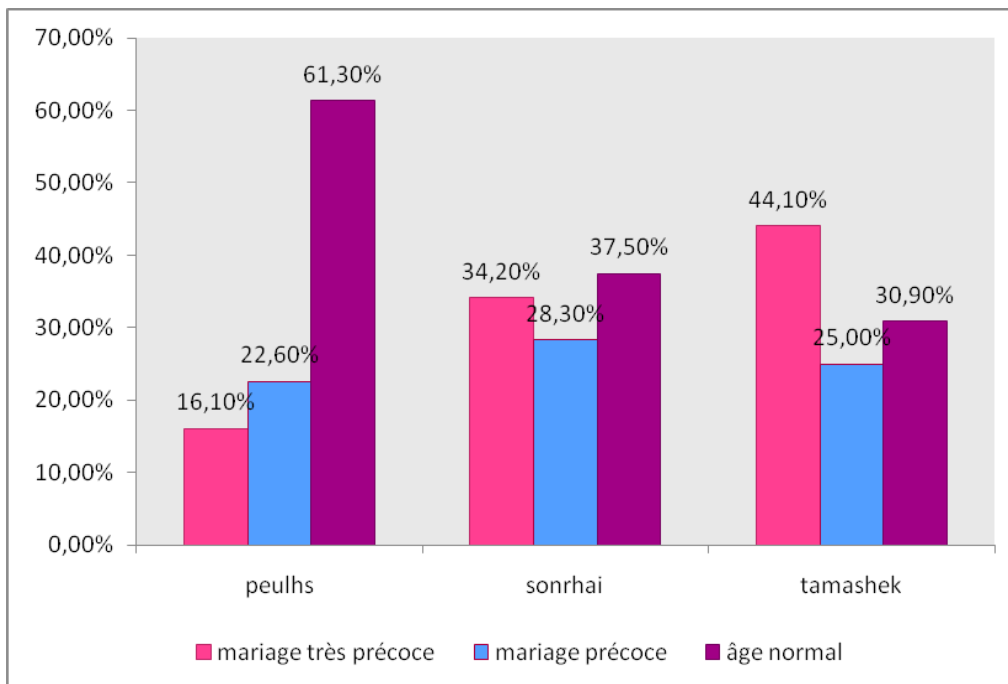
Nette prédominance des mariages très précoces lorsque le régime marital est la monogamie (42,3%).

Graphique 16 : Fréquence des Mariages précoces en fonction du rang de l'épouse.



Nette prédominance de l'âge normal dans tous les cas.

Graphique 17 : Répartition du mariage précoce selon l’ethnie

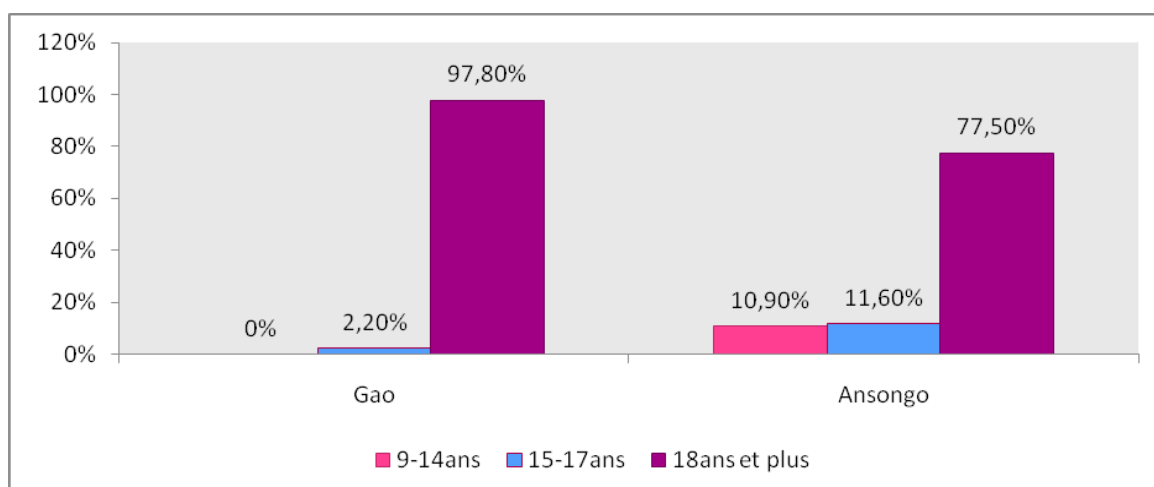


Seul chez les Tamashek, le mariage très précoce dominait (44,1%). Les Sonrhai pratiquaient le mariage précoce dans 72,5% des cas tandis que les peulhs étaient mariées majoritairement à l’âge normal (61,3%).

4.5. Connaissances, attitudes pratiques liées au mariage précoce

4.5.1 Mères

Graphique 18: Répartition des mères par cercle selon leur tranche d’âge.



Dans les deux localités les mères de 18 ans et plus étaient les plus représentées (à Gao 97,8% et à Ansongo 77,5%). A Gao, les mères dans la tranche d’âge de

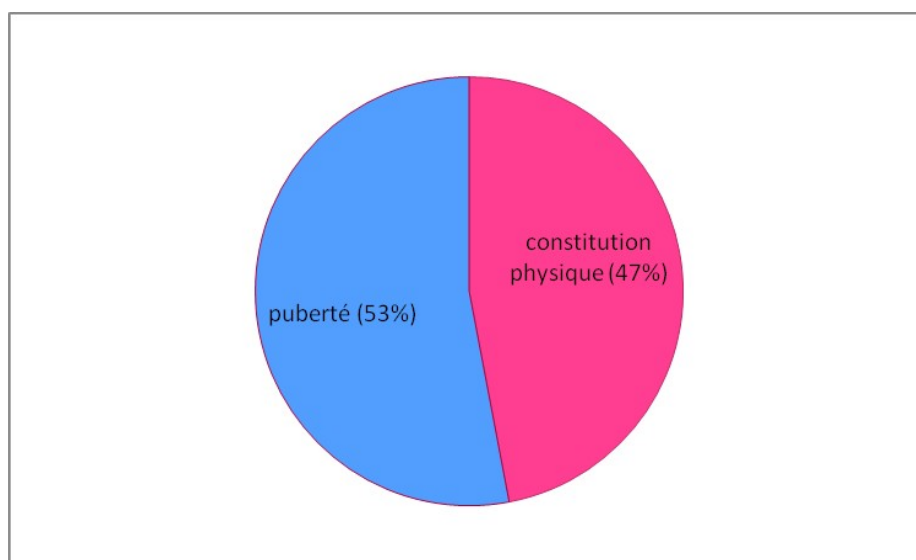
9-14 ans n'étaient pas représentées, par contre à Ansongo elles représentaient 10,9% des mères enquêtées.

Tableau XXIV : Répartition des enquêtées selon leur opinion sur l'âge normal du mariage

Age	Effectifs	Pourcentage (%)
Moins de 14 ans	92	33,5%
Entre 14 et 17 ans	138	50,2%
A partir de 18 ans	35	12,7%
Ne sait pas	10	3,6%
total	275	100%

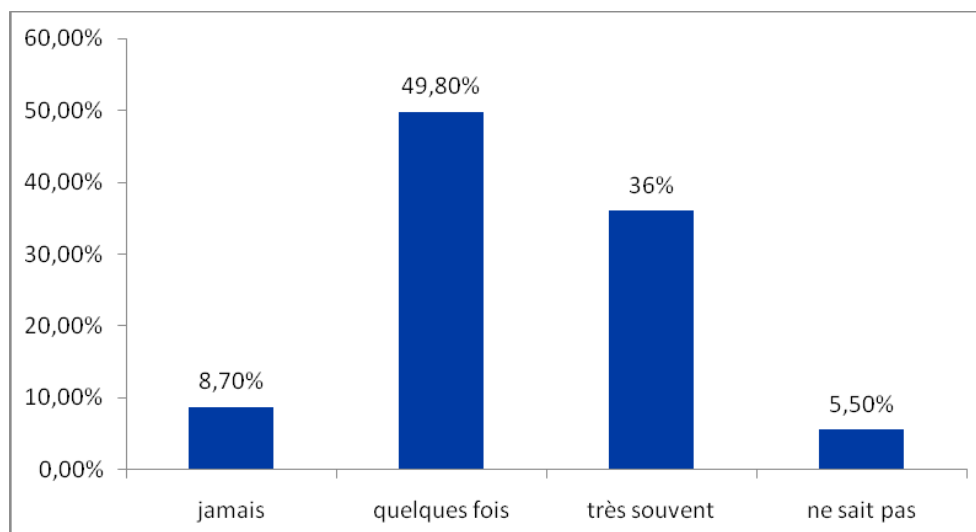
La majorité des mères pensait que l'âge normal du mariage se situe entre 14 et 17 ans (50,2%).

Graphique 19 : perception des autres signes de reconnaissance de l'âge du mariage



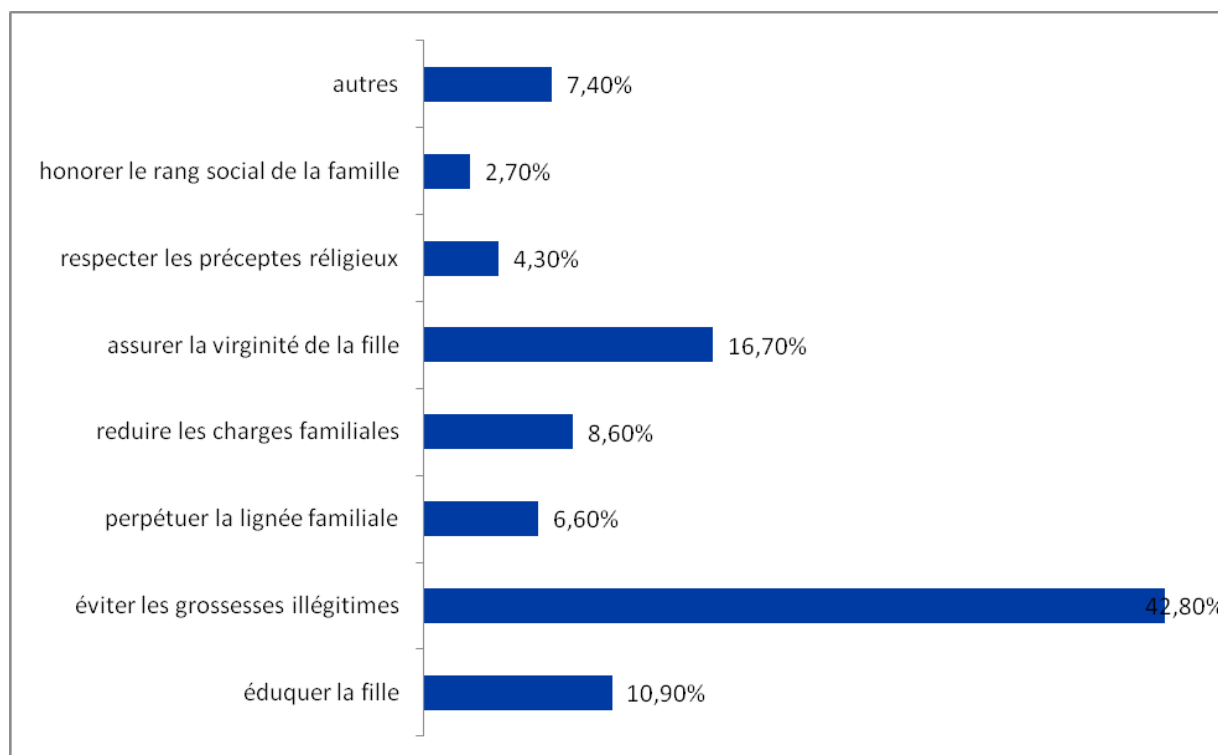
La plupart des mères pensaient que la puberté était un autre signe de reconnaissance de l'âge du mariage (53%).

Graphique 20 : Répartition des enquêtées selon leur opinion sur la fréquence des mariages précoces.



Parmi les 275 mères enquêtées, 49,8% estimaient que les mariages précoces étaient rares.

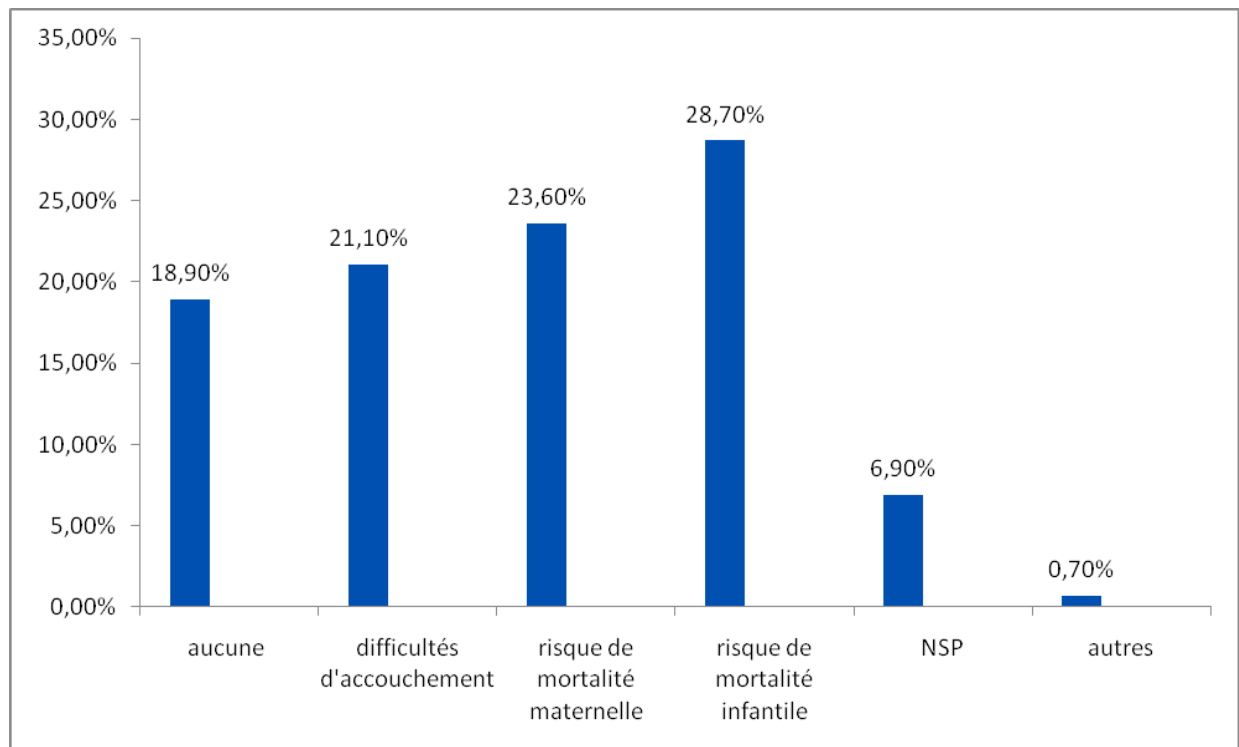
Graphique 21 : Répartition des enquêtées selon leur opinion sur les raisons du mariage précoce



autres : protéger les filles, ne sait pas

42,8% des femmes estimaient que les raisons du mariage précoce sont d'éviter les grossesses illégitimes.

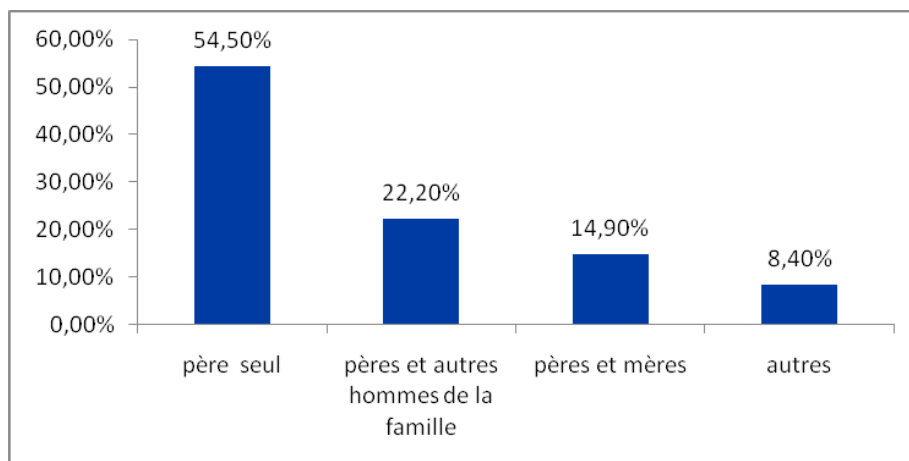
Graphique 22 : Répartition des enquêtées selon leur opinion sur les conséquences du mariage précoce.



Autres: ne sait pas ; difficulté d'exécution des travaux ;

Légère prédominance des femmes qui estimaient que la principale conséquence des mariages précoces serait le risque de mortalité infantile. Elles représentaient 28,7% des mères.

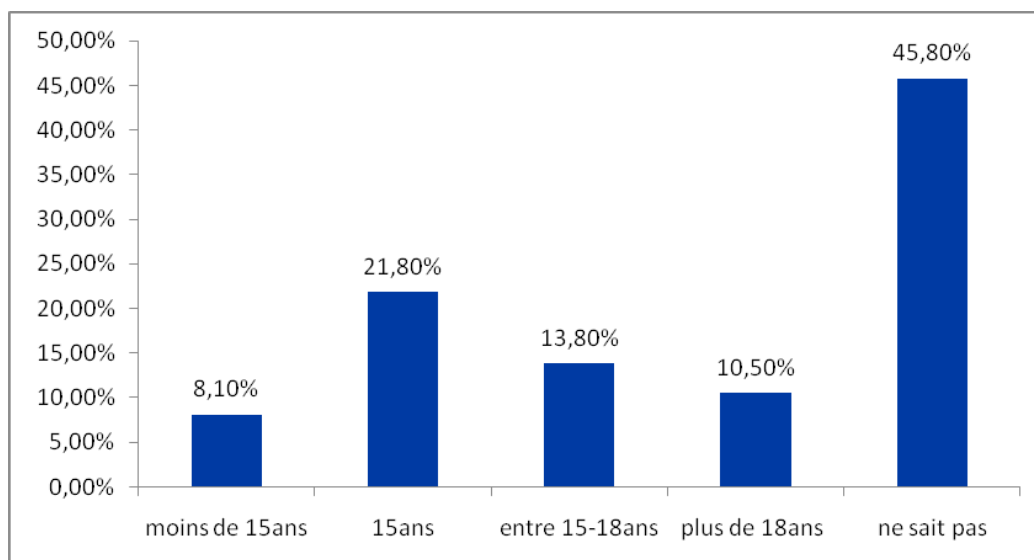
Graphique 23 : Répartition des enquêtées selon leur opinion sur le responsable de la prise de décisions du mariage



Autres : mères seules, griots et forgerons de la famille ;

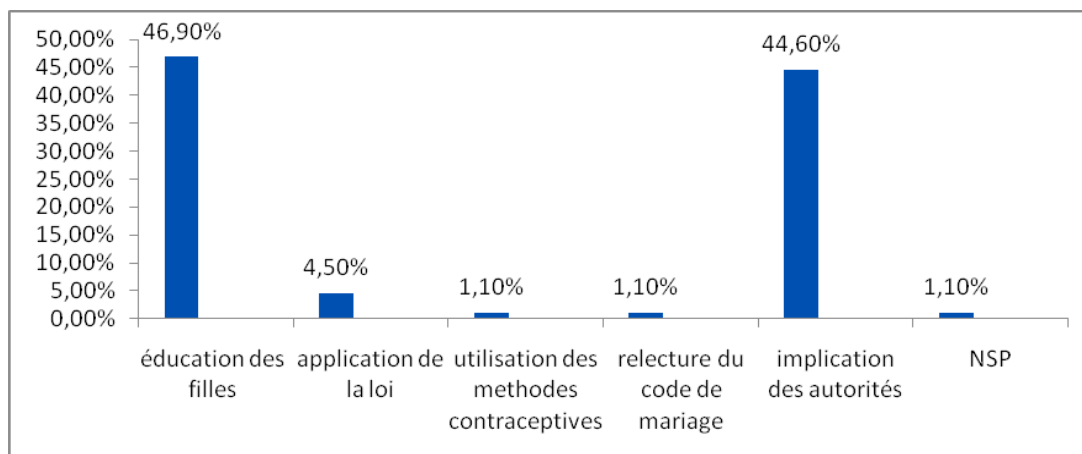
54,5% des mères estimaient que la décision de mariage venait des pères seuls.

Graphique 24 : Répartition des mères en fonction de leur opinion sur l'âge officiel du mariage au MALI



45,8% des mères affirmaient ne pas connaître l'âge officiel du mariage

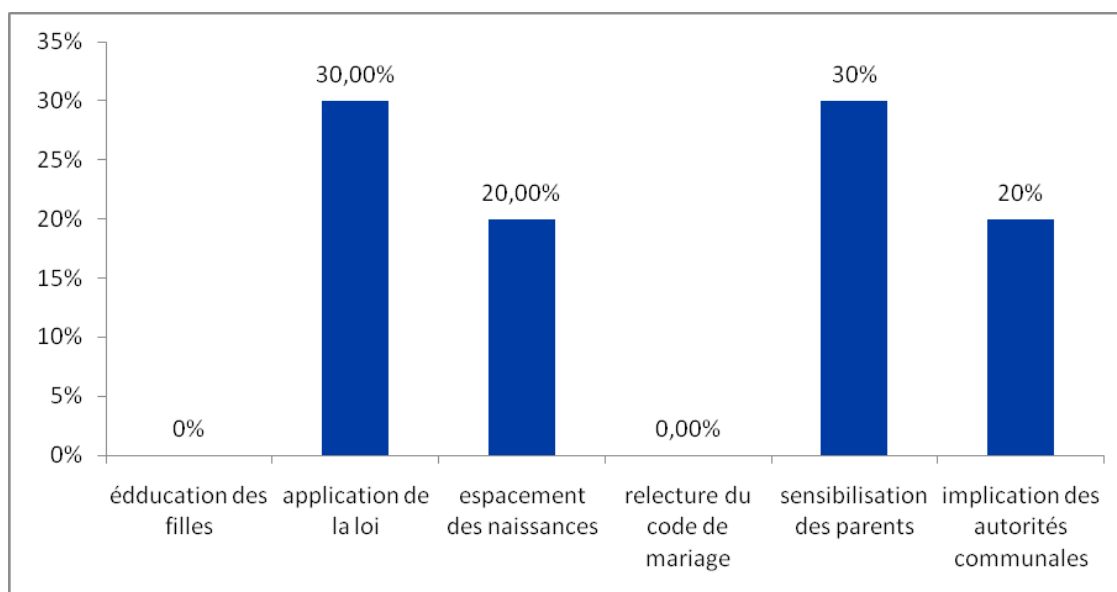
Graphique 25 : Répartition des enquêtées selon les recommandations formulées pour la prévention du mariage précoce



46,9% des mères pensaient que la prévention des Mariages précoces devrait passer par l'éducation des filles contre 44,6% qui recommandaient plutôt l'implication des autorités.

4.5.2 PERSONNEL SOIGNANT.

Graphique 26: Répartition du personnel soignant selon les recommandations formulées pour la prévention des mariages précoces.



Les recommandations majoritairement formulées pour la prévention des MP étaient l'application de la loi et la sensibilisation des parents avec un taux similaire de 30% chacun.

Tableau XXII: Répartition du personnel de santé en fonction de leur opinion sur l'âge du mariage précoce

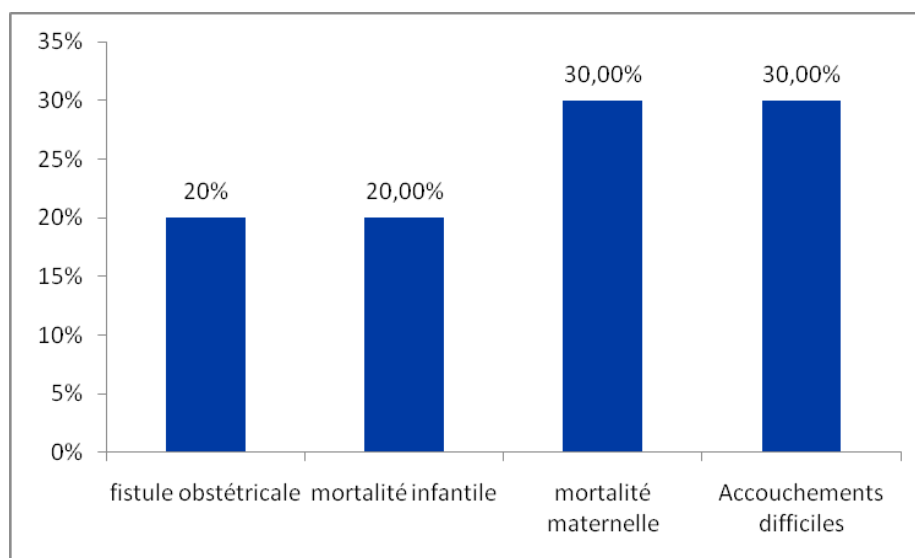
	Effectifs	Pourcentages(%)
10-14 ans	3	100
15-18 ans	0	0
Total	3	100

Parmi les 3 agents de santé enquêtés, tous estimaient que l'âge du mariage précoce était entre 10 et 14ans.

4.6. Situation de la santé de la reproduction

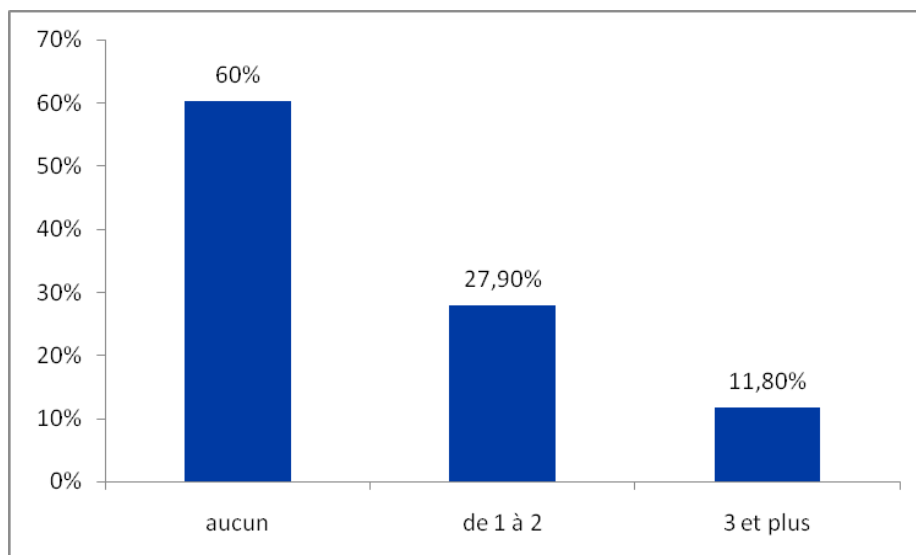
4.8.1 Fréquence des fistules, des mortalité infantile et maternelle et des césariennes

Graphique 27: Répartition du personnel de santé en fonction de leur opinion sur la fréquence des conséquences des mariages précoces



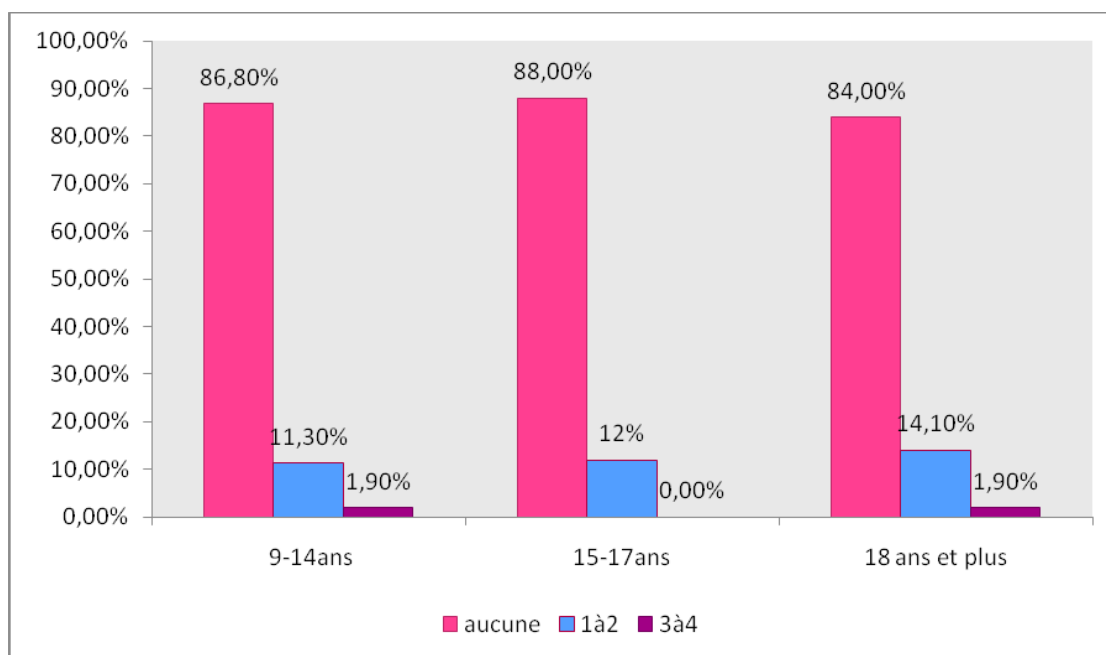
La mortalité maternelle et les accouchements difficiles étaient cités comme les premières conséquences des MP par 30% des agents de santé pour chacune des conséquences. Les fistules obstétricales et les risques de mortalité infantile venaient par la suite avec chacun 20%.

Graphique 28: Répartition des femmes mariées selon le nombre d'enfants décédés



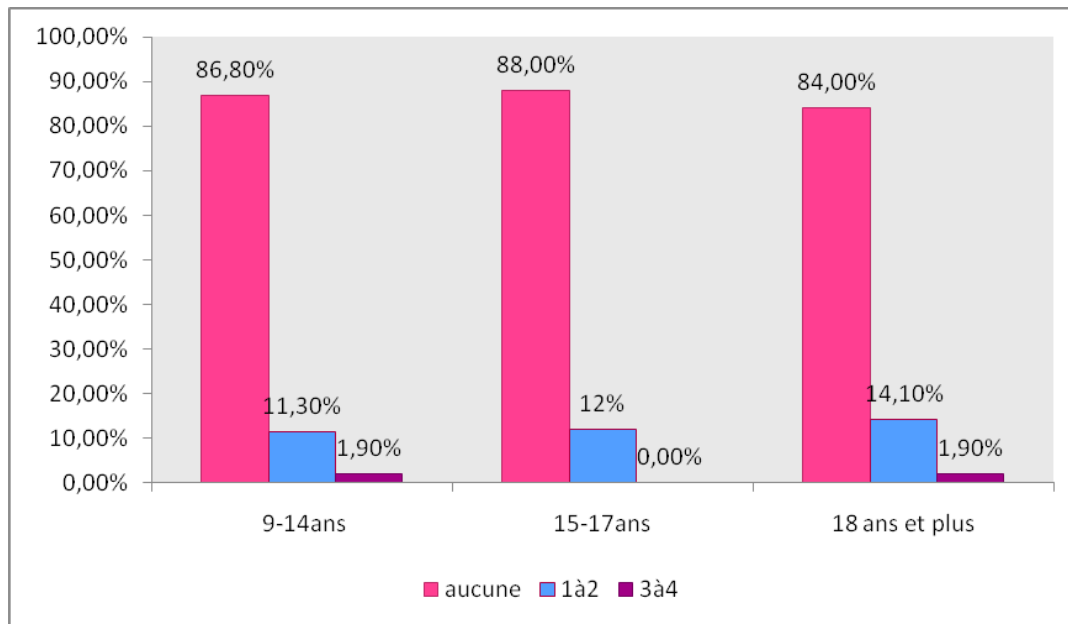
Sur toutes les femmes interrogées, environ 3 sur 5 n’avaient connu aucun décès d’enfants

Graphique 29: Répartition des enfants encore vivants par tranche d’âge de mariage



Dans les tranches d’âge de 9-14 ans, 42,5% des femmes avaient entre 1 et 3 enfants vivants. Dans la tranche d’âge de 15-17 ans, un peu plus de la moitié (51%) avaient entre 1 et 3 enfants encore vivants. dans toutes les tranches d’âge peu de femmes n’avaient aucun enfant vivant.

Graphique 30: Répartition des femmes mariées en fonction de la tranche d'âge de mariage et du nombre d'enfants décédés à la naissance.



La mortalité n'était pas très élevée dans toutes les tranches d'âge ; entre 9-14 ans 13,2% de décès à la naissance ; entre 15- 17 ans, 12% de décès à la naissance.

5. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS:

5.1. Fréquence des mariages précoces

La fréquence des mariages précoces est élevée dans les cercles de la région de GAO ciblée par l'étude: 57,9% à Gao et 68,8% à Ansongo. Pour l'ensemble de la région, cette fréquence s'élève à 63,0% contre environ 58% trouvé par SIRIMAN dans la région de Tombouctou [16]. Elle est cependant inférieure à celle retrouvée par l'EDSM IV qui estime ce taux à 75% à GAO. Cette différence pour la même région pourrait s'expliquer par le fait que dans notre étude n'étaient pris en compte que deux cercles de la région alors que dans l'EDSM 4 le phénomène a été évalué dans l'ensemble de la région. De notre étude, il ressort que la pratique des mariages précoces est particulièrement fréquente chez les nomades que sont les tamashek (68%). Par contre, chez les sédentaires constitués de peulhs et de sonrhäi, la fréquence de cette pratique est relativement faible (58%). Une étude menée à Mopti en 2007 estime le taux de mariage précoce dans la dite région à 75% également [22]. Nous remarquons la pratique des mariages précoces reste fréquente dans le grand nord du Mali. Pour l'ensemble du pays, la prévalence du mariage précoce est de 5% chez les garçons contre 50% chez les filles d'après un rapport des Fonds Des Nations Unies pour la Population paru en Mars 2001[23]. La même étude révèle qu'au Népal, le pourcentage de MP était de 14% chez les garçons contre 42% chez les filles. Au Niger, une étude récente de l'UNICEF menée dans six pays d'Afrique de l'Ouest a révélé que 44% des femmes nigériennes de 20 à 24 ans avaient été marié avant d'avoir 15 ans [23].

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 dégagé 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 [24]. Dans plusieurs pays plus de 40% des jeunes femmes ont connu le mariage ou une union quasi maritale avant d'avoir atteint 18 ans [25]. Par contre, dans deux pays seulement plus de 10% des garçons sont mariés avant 19 ans [26] . 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 [27]. Un grand nombre de ces jeunes mariées entrent comme deuxième ou troisième épouse dans des ménages polygames[23].

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 [26]. 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 [29].

Malgré le peu de données disponibles, il semblerait que dans les Emirats arabes unis 55% des femmes de moins de 20 ans sont mariées, et ce chiffre est de 42% au Soudan [30]. 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 [31].

Aux 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 [32]. En République dominicaine la proportion des mariages précoces a augmenté au début des années 90, passant de 30% à 38% [33].

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 [3]. Mais le mariage précoce subsiste dans certaines parties d'Europe centrale et orientale, en particulier chez les Romains [34] et en Macédoine où 27% des femmes mariées au cours de l'année 1994 avaient entre 15 et 19 ans [35].

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) [36].

5.2. Moyenne d'âge du premier mariage

L'âge médian du premier mariage dans les zones ciblées était de 15,5 ans. Il est relativement faible comparé à la moyenne nationale qui est de 16,2 ans selon l'EDSM IV. Cette moyenne est inférieure à l'âge légal du mariage au Mali qui est de 18 ans. Comparé au milieu urbain, l'âge médian en milieu rural est beaucoup plus faible que dans les villes du nord du Mali et à Bamako où il est respectivement de 17,2 et de 18,4 ans [14]. L'âge maximal du premier mariage des femmes mariées était de 31 ans et le minimum de 9 ans dans les zones d'étude. Une étude menée à Mopti en 2007 avait trouvé 31 ans comme âge maximal et 10 ans comme minimum [22]. Cette différence entre les deux régions s'expliquerait par la forte proportion des nomades Tamashek à Gao qui pratiquent le plus les mariages d'enfants.

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.

Dans l'ensemble de l'Océanie, l'âge moyen du mariage pour les femmes est supérieur à 20 ans.

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 [23].

5.3. Facteurs déterminant la précocité des mariages

Dans notre étude, on retrouve une fréquence élevée des mariages précoces qui sont noués à partir des promesses des parents (73,5%); cette stratégie matrimoniale est à la base de l'endogamie ethnique. Dans ce type de mariage unissant des descendants de la même famille ou alors de la même lignée, la fréquence des mariages précoces était aussi élevée; estimée à 63,7%. SIRIMAN trouvait qu'à Tombouctou que cette même stratégie dominait et contribuait à la pérennisation des MP. Il avait trouvé qu'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 [16].

Par contre, les mariages précoces intervenaient presque aussi fréquemment chez les femmes non scolarisées que chez celles ayant le niveau du 1er ou 2nd cycle fondamental. Cette situation s'expliquerait d'une part par la proportion très élevée des femmes mariées n'ayant pas été à l'école ; d'autre part par le faible niveau d'impact de l'âge de mariage de nombreuses filles scolarisées mais qui abandonnent au 1er ou au 2nd cycle pour le mariage. Il en était de même pour SIRIMAN. Le niveau d'instruction ne semble donc guère avoir un impact significatif sur de l'âge de mariage dans la région.

Aucune situation particulière n'est évoquée en ce qui concerne le statut matrimonial du conjoint. La monogamie semble dominer avec plus de deux tiers dans tous les types de mariage. Et même lorsqu'il ya polygamie, il n'y a pas de relation significative entre âge et rang de mariage.

Les résultats indiquent alors que les principaux facteurs déterminants de cette précocité du mariage sont: le mode de vie, l'appartenance ethnique, la stratégie matrimoniale et l'endogamie.

5.4. Connaissances, attitudes pratiques des porteurs de devoirs

Pour ce qui est de la perception des mariages précoces par les différents acteurs, l'âge idéal du mariage de la fille se situerait entre 14 et 17 ans; mais le mariage peut être célébré avant, surtout chez les tamashek (nomades). Une proportion significative des mères (33,5%) le situe à moins de 14 ans, tandis que celles qui l'estiment à partir de 18 ans est faible (12,7%).

En dehors de l'âge, la population se réfère pour l'âge du mariage de la jeune fille à d'autres indices comme la maturité physique et les signes de puberté. Il en ressort que la majorité des mères (53%) observant plutôt les premières règles. Tandis que les leaders communaux s'en tiennent à la constitution physique.

Plus d'un quart des mères estime que les mariages précoces sont fréquents alors que la quasi totalité des leaders décrètent que cette pratique n'existe pas ou alors très peu dans les zones d'étude et ceci, sûrement pour couvrir leurs responsabilités. Pour ces mères, ces pratiques persisteraient à cause des pesanteurs socioculturelles et des difficultés d'application des dispositions prévues par le code de mariage et de tutelle.

Les principales raisons des mariages précoces évoquées sont l'éviction de grossesses illégitimes (42,80%), la préservation de la virginité de la fille

(16,70%), l'éducation des filles (10,9%) et la réduction de la charge familiale (8,6%).

Une proportion non négligeable des mères (18,9%) pensaient que les mariages précoces ne provoquent aucune conséquence et 7,6% étaient sans opinion à ce sujet. Pour les mères, les conséquences sont surtout ressenties au niveau de la santé. Aucune conséquence sur la scolarisation des filles et le non respect des droits de l'enfant n'a été évoquée. Par contre à Tombouctou, SIRIMAN avait trouvé que 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 [16].

Dans la majorité des cas l'âge officiel du mariage est méconnu des mères et leaders communaux et la responsabilité de la prise de décision du mariage de la jeune fille appartient au père. Ils suggèrent pour la plupart l'implication des autorités, l'éducation des filles et dans une moindre mesure, l'application de la loi et la relecture du code de mariage et de tutelle.

Par rapport à la perception et attitudes du personnel de santé, la mortalité maternelle et les accouchements difficiles constituent les premières conséquences des mariages précoces sur la santé de la reproduction avec un taux de 30% chacun suivies des fistules obstétricales et de la mortalité infantile (20% chacun). Dans la région, 60,3% des femmes mariées n'avaient connu aucun décès d'enfants.

6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

6.1 CONCLUSION

Notre étude a révélé que 63% des mariages étaient précoces dans la région de GAO. Dans le cercle de Gao où étaient retrouvés les sédentaires constitués de peulhs et de sonrhäï, leur fréquence s'élevait à 57,9%. Tandis que dans le cercle d'Ansongo, chez les nomades tamashek, elle s'élevait à 68,8%. Les principaux facteurs déterminants des mariages précoces retrouvés en plus de l'appartenance ethnique et du mode de vie, étaient l'endogamie et la stratégie du mariage basée sur la promesse des parents. Les principaux acteurs situaient l'âge officiel du mariage entre 14 et 17 ans. Et les principales conséquences étaient la mortalité infantiles et maternelle les difficultés d'accouchement et les fistules obstétricales.

Le mariage précoce représente donc 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.

6.2 RECOMMANDATIONS

6.2.1 Recommandations issues de l'étude

6.2.1.1. En termes 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 :

1. Sensibiliser les enfants, les parents, les leaders religieux et communautaires sur les effets néfastes du mariage précoce;
2. Promouvoir des stratégies de limitation de la déscolarisation des filles à travers des cantines et des bourses scolaires pour de longues études;
3. Intégrer dans les programmes scolaires des modules de formation sur la pratique des mariages précoces;
4. Rendre effectif le droit à l'éducation à travers l'alphabétisation des parents et le maintien des filles à l'école;
5. Impliquer les médias et les communicateurs traditionnels en vue d'assurer une plus large diffusion des messages de plaidoyer en faveur de l'adoption du nouveau code de mariage et de tutelle;
6. Institutionnaliser une journée de lutte contre les mariages précoces afin de sensibiliser l'opinion nationale sur les méfaits des mariages précoces;
7. 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;

6.2.1.2 Propositions pour la limitation des conséquences en matière de santé de la reproduction et pour la prise en charge des personnes affectées

8. Instituer un système d'information et de collecte des données sur le mariage précoce et autres pratiques néfastes à la santé de l'enfant.
9. 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.
10. Former les agents de santé sur la prise en charge des conséquences du MP dans les domaines de :
 - Suivi prénatal
 - Accouchement assisté
 - Suivi Psychologique
 - Suivi Post-natal (allaitement, nutrition, vaccination, etc....);
11. Impliquer les conjoints, les familles par rapport au Planning Familial et au suivi Post-natal;
12. Mettre en place des centres d'accueil, d'orientation et de conseil aux filles et aux parents victimes de mariage précoce.

6.2.1.3 Par rapport au renforcement des capacités du personnel de santé

13. 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 ;
14. Doter les centres de santé des cercles, de matériel et équipements pour la prise en charge des femmes victimes des conséquences du mariage précoce.

15. Former le personnel soignant à la prise en charge médicale et psychosociale des conséquences liées aux mariages précoces ;

6.2.2 Recommandations locales

6.2.2.1 A l' intention des porteurs de devoirs

➤ Aux parents

1. Scolariser les filles
2. Informer et Sensibiliser les parents
3. Faire signer des engagements par les parents
4. Appliquer les sanctions

➤ Aux leaders communaux et communautaires

5. Interdire les MP
6. Dénoncer les cas de MP auprès des maires
7. Eviter la célébration religieuse des MP
8. Responsabiliser les maires dans l'interdiction des MP
9. Faire respecter l'âge légal du mariage

6.2.2.2 A l' intention des porteurs de droits (jeunes filles non mariées et mariées)

10. poursuivre la scolarisation
11. attendre l'âge de mariage
12. apprendre des métiers
13. faire les CPN
14. initier des activités génératrices de revenus

6.2.2.3 A l' intention des services de l'Etat et PTF

➤ A l'assemblée nationale

15. Voter les lois interdisant les MP
16. Vulgariser les textes concernant les MP

➤ A la justice

17. Informer et sensibiliser les juges
18. Veiller à l'application des droits de l'enfant
19. Sanctionner les auteurs de MP
20. Exiger la célébration des mariages officiels
- Aux services socio-sanitaires
21. CCC
22. Dénoncer les MP
- Aux ONG et PTF
23. Financer les activités de sensibilisation, la scolarisation des filles
24. Construire le 2ND cycle
25. Renforcer l'IEC.

7. BIBLIOGRAPHIE :

1. **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.
2. **CIAF,**
Bulletin n°15, Décembre 1993.
3. **UNICEF,** Florence, Italie
Mariage précoce : conjointe , enfant ;document électronique,
www.unicef_icdc.org, visité le 24/01/09.
4. **UNICEF,**
Rapport sur la situation des enfants du monde, Novembre 2006.
5. **ONU , 1991**
Cité dans 'Asia Pacific Population', journal, vol 12, n°2.
6. **SCF,** Royaume-Unis,
Learning from Experience, document électronique,
www.savechildren.org.uk/development/life/girlsrights. pdf. ; visité le 03/02/09.
7. **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.
8. **Boyden, Jo et UNESCO,**
Families: Celebration and Hope in a World of Change, Gaia Books, RU,1993.
9. **Stone, Lawrence ,**

The Family, Sex and Marriage in England 1500-1800, London, Weidenfeld and Nicolson, 1977.

10. UNICEF,

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

11. Macfarlane, Alan,

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

12. Caldwell, John C. et Pat Caldwell ,

'Role of Marital Sexual Abstinence in Determining Fertility: A Study of the Yoruba in Nigeria', *Journal of Population Studies*, 1977, vol. 31, 1.

13. UNICEF,

Implantation Handbook for the convention on the rights of the child, New-York _Genève, 1998, p.11.

14. MALI,

Enquête démographique et de santé du Mali, EDMS IV, CPS/Santé, DNSI, Macro International, Décembre 2007, 497p.

15. 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/ASACOBA, juillet 2002.

16. SIRIMAN KANTE,

Pratique des Mariages Précoces dans la région de TOMBOUCTOU, Thèse Médecine, FMPOS, Bamako, 2009 , 125 p.

17. DNSI ,

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

18. MALI,

Enquête démographique et de santé du Mali, EDSM IV, CPS/Santé, DNSI, Macro International, Décembre 2007, 497p.

19. REGION DE GAO, DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE :

Rapport d'évaluation du système de référence / évacuation du district

sanitaire de Gao, septembre, Bamako, 2007, 46 p.

20. Ministère de la santé,

Annuaire SLIS 2007, Bamako, Mars 2007, 196p.

21. Institut National de Recherche en Santé Publique,

Enquête de base sur la sécurité alimentaire et la nutrition ; Bamako ; Août 2007 ; 63p.

22. 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.

23. UNICEF,

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

24. 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.

25. Alan Guttmacher Institute,

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

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

World Marriage Patterns, 2000 Wallchart .

27. ONU,

Cité lors d'une réunion du WCARO de l'UNICEF sur le thème 'Gender Focal Point', Février 1998.

28. Bledsoe, Caroline H. et Barney Cohen,

Social Dynamics of Adolescent Fertility in Sub-Saharan Africa, National Academy Press, éd. (1993), Washington DC.

29. Anonyme,

'Demographers Appeal for Solution to Early Marriage and Early Childbearing' in *China Population Today* 1991, oct.; 8(5): 3-4.

30. Amman,

'Ending Gender Disparities in the Arab World: A Profile on the Situation of Girls in the Region' UNICEF, (1995).

31. El-Hamamsy, Laila Shukry,

'Early Marriage and Reproduction in Two Egyptian Villages',
Conseil de la population/FNUAP, 1994, New York.

32. 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.

33. DHS surveys, CESDEM,

Problemas y Sociedad, Año III, n° 17, sept.-oct. 1997.

34. UNICEF/ICDC, Florence,

Deprivation and Discrimination: Children of Minorities (1995),
Innocenti Insights.

35. PNUD,

The status of women in Macedonia, 1999.

36. Kyrgyz Republic Demographic and Health Survey ,

Research Institute of Obstetrics and Paediatrics, Bishkek,
République du Kirghizistan et Macro International Inc., Calverton,
MD, Etats-Unis, 1997.

FICHE 1

COLLECTE DE DONNEES AU NIVEAU DES HOPITAUX REGIONAUX

Région de :

Date enquête :

Hôpital régional de:

Nom enquêteur :

Noms, prénoms et fonctions du répondant:

1. Quels sont au cours des 5 dernières années les cas suivants enregistrés au niveau de l'hôpital de la région?

	2006 (1)	2005	2004	2003	2002
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. Dispositif et modalités de prise en charge médicale et ou psycho sociale des fistuleuses et autres malades « victimes » des conséquences du mariage précoce par l'hôpital :

.....

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?

	2006 (1)	2005	2004	2003	2002
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 et autres malades « victimes » des conséquences du mariage précoce par le Centre de santé de référence:
-

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:

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

	2006 (1)	2005	2004	2003	2002
Fistules obstétriques					
Césariennes					
Mortalité infantile					
Mortalité maternelle					
Autres (précisez)					

2. Dispositif et modalités de prise en charge médicale et ou psycho sociale des fistuleuses et autres malades « victimes » des conséquences du mariage précoce par le CSCOM :

.....

Guide d'entretien 1

REPRESENTANTS DES ONG/ASSOCIATIONS, ORGANISMES DES NATIONS UNIES ET STRUCTURES JURIDIQUES : CAFO (Mopti et Gao), FNUAP (Bamako, Mopti, Gao), GTZ (Bamako, Mopti, Gao), MSF (Gao), SMARA (Gao), ACF (Gao), LVA (Gao), MDM (Mopti, Gao) CARE (Mopti), DELTA SURVIE (Mopti), Service Juridique (Mopti, Gao), Comité National pour les Pratiques Néfastes (Bamako, Mopti ? Gao ?) au MPFFE, Iamaneh Suisse (Bamako)

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 :

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

Guide d'entretien 2

FOCUS FEMMES FISTULEUSES

Région de :

Date enquête :

Cercle de :

Nom enquêteur :

Identification du groupe:

1. Sur l'âge de mariage des filles dans la zone selon les groupes ethniques et les différentes catégories sociales:

.....
.....

2. Raisons de la précocité du mariage dans la zone selon les groupes ethniques et les différentes catégories sociales:

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

3. Rôles et responsabilités des principaux acteurs dans le processus de décision du mariage et conséquences sur le mariage précoce?

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

4. Conséquences du mariage précoce sur la santé de la reproduction:

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

5. Modalités de prise en charge médicale et ou psycho sociale de la malade par la famille :

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

6. Modalités de prise en charge médicale et ou psycho sociale de la malade par les centres de santé et les hôpitaux :

.....
.....

7. Recommandations pour une prévention du mariage précoce dans la zone :

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

8. Recommandations pour une amélioration de la prise en charge en charge familiale de la malade :

.....
.....

9. Recommandations pour une amélioration de la prise en charge par les centres de santé et les hôpitaux :

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

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

Date :/ / 2007

FICHE N° ____

1. Identification de la répondante

Région de :

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

Cercle de :

Nom enquêteur :

Commune de :

Aire de santé de :

Village/fraction de :

Nom et prénom du chef de famille:

2. Recensement des femmes

N°	Nom et prénom (1)	Ethnie (2)	Niveau Instruction. (3)	Age (4)	Statut matrimoniale (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)

- (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 = Sonrhaï ; 3= Tamashek ; 4 =Dogon ; 5 =Bambara ; 6=Bozo ; 7=Arabe ; 66= Autres
- (3) **Code « niveau d'instruction »** : 1= aucune ; 2= 1° 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 possible

Tableau XXII: Principales raisons et facteurs contribuant à la pratique des mariages précoces au niveau de la localité de Tin Hamma dans le cercle d’Ansongo

Cibles	Pour les Leaders communautaires	Pour les filles	Pour les mères
filles Raisons poussent les parents à marier leurs	<ul style="list-style-type: none"> - Le respect des traditions - La peur des grossesses indésirées - Garder les filles dans le cercle familial - La religion l’autorise 	<ul style="list-style-type: none"> - La peur des grossesses illégitimes qui déshonorent la famille - Respecter la promesse des parents - Eviter le péché 	<ul style="list-style-type: none"> - Eviter la perversion - Faible pouvoir de décision des mères - La peur du déshonneur de la famille

<p>Raisons qui poussent les filles à se marier avant l'âge</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Influence du milieu (environnement social) - Contre leur gré (Imposition des parents) - Analphabétisme des parents - Raison matérielle et économique de la famille (pauvreté) 	<ul style="list-style-type: none"> - Respect de l'autorité parentale - Respect des coutumes et moeurs - Peur de déshonorer la famille 	<ul style="list-style-type: none"> - Précocité des rapports sexuels chez les filles - Consentement des filles
<p>Raisons qui poussent les parents à ne pas marier leur fille avant l'âge</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Niveau d'instruction des parents - Connaissance par les parents des conséquences des mariages précoces - Poursuite des études de la jeune fille - Confiance des parents envers leurs filles - Recherche du consentement de la fille 	<ul style="list-style-type: none"> - Peur des conséquences du mariage précoce - Peur des lourdes charges sociales et physiques du mariage 	<ul style="list-style-type: none"> - Peur des lourdes charges sociales et physiques du mariage - Risques importants de divorces liés aux mariages précoces
<p>Raisons qui poussent les filles à ne pas se marier avant l'âge</p>	<ul style="list-style-type: none"> - N'existe pas 	<ul style="list-style-type: none"> - Peur des conséquences du mariage précoce - Peur de déshonorer la famille - Peur de faire face aux travaux du ménage - Poursuite des études pour les filles 	<ul style="list-style-type: none"> - Désintéressement de la fille pour le mariage - Peur de l'inconnu

QUESTIONNAIRE 2 : AUX MERES AYANT MARIE LEUR FILLE

Date :/ / 2007

FICHE N° ____

1. Identification de la répondante

Région de :

Date enquête :

Cercle de :

Nom enquêteur :

Commune de :

Aire de santé de :

Village/fraction de :
l'enquêtée:

Nom et prénom de

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

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

2. 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 ans2 - 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?	- 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 ?	- Pour mieux éduquer la fille1 - Pour éviter les grossesses

		<ul style="list-style-type: none"> 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 - ne sait pas98 - Autres (précisez)99
7	Quelles peuvent être les conséquences des mariages précoces?	<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	Quelles recommandations faites vous pour prévenir les mariages précoces dans votre	<ul style="list-style-type: none"> - Education des filles.....1 - Application de la loi.....2 - Espacement des naissances..... 3

	village/fraction ?	<ul style="list-style-type: none"> - Relecture du code de mariage.....4 - Sensibilisation des parents.....5 - Implication des autorités Communes.....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 :/ / 2007

FICHE N° ____

1. Identification du répondant

Région de :

Date enquête :

Cercle de :

Nom enquêteur :

Commune de :

Aire de santé de :

Nom, prénom et fonctions de l'enquêté:

2. 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 avant l'âge dans votre zone ?	- 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 ?	- 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

		<ul style="list-style-type: none"> - 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?	<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 - ne sait pas98 - Autres (précisez).....99
7	Quelles sont les conséquences des mariages précoces?	<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	Quelles recommandations faites vous pour prévenir les mariages précoces dans votre aire de santé ?	<ul style="list-style-type: none"> - 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 Communes.....6 - ne sait pas98 - autres (précisez)99
Fin	Merci d'avoir pris de votre temps pour répondre à ces questions.	

QUESTIONNAIRE 5 : CAP du personnel de santé (matrones et sage femmes) sur les conséquences du mariage précoce

Date :/ / 2007

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 des conséquences liées au mariage/grossesse précoce

N°	QUESTIONS	CODES
1	A quel âge les jeunes filles sont elles généralement mariées dans votre aire de santé ?	- entre 10 et 14 ans 1 - entre 14 et 18 ans2 - plus de 18 ans..... 3 - ne sait pas 98
2	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 - ne sait pas..... 98
3	Les mariages/grossesse précoces sont ils fréquents dans votre aire de santé ?	Oui1 Non2 NSP.....98
4	Quelles sont dans votre aire de santé les conséquences des mariages/grossesses précoces?	- aucune conséquence particulière...1 - fistule obstétricale..... 2 - risque de mortalité infantile..... 3 - risque de mortalité maternelle.....4 - autres (précisez)99
5	Quel est l'âge officiel de mariage au Mali pour les filles ?	- 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
6	Quelles recommandations faites vous pour prévenir les mariages/grossesse 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

III. Connaissance Attitudes et Pratiques liées à la césarienne

N°	QUESTIONS	CODES
7	Quel est le niveau de fréquence des cas nécessitant la césarienne dans votre aire de santé ?	- très fréquent..... 1 - moyennement fréquent.....2 - plutôt rare 3 - sans opinion..... 98
8	Quelle est la tendance d'évolution des cas de césarienne dans votre aire de santé au cours des 5 dernières années ?	- en augmentation 1 - en baisse..... 2 - en stagnation ... 3 - ne sait pas..... 98
9	Donnez les raisons	1. 2. 3.
10	Quelles sont les causes principales des	1.

	césariennes dans votre aire de santé ? 2. 3.
11	Quelles sont les dispositions prévues pour la prise en charge médicale de la césarienne dans votre aire de santé ?	1..... 2. 3.
12	Quelles sont les contraintes majeures pour une prise en charge efficace de la césarienne dans votre zone ?	1. 2. 3.
13	Quelles recommandations faites vous pour une amélioration de la prise en charge médicale de la césarienne dans votre aire de santé ?	1. 2. 3.

IV. Connaissance Attitudes et Pratiques liées à la fistule obstétricale

N°	QUESTIONS	CODES
14	Quel est le niveau de fréquence des fistules obstétricales dans votre aire de santé ?	- très fréquent..... 1 - moyennement fréquent.....2 - plutôt rare 3 - sans opinion..... 98

<p>15</p>	<p>Quelle est la tendance d'évolution des cas de fistules obstétricales dans votre aire de santé au cours des 5 dernières années ?</p>	<p>- en augmentation 1 - en baisse..... 2 - en stagnation 3 - ne sait pas..... 98</p>
<p>16</p>	<p>Donnez les raisons</p>	<p>1. 2. 3. </p>
<p>17</p>	<p>Quelles sont les causes principales des fistules obstétricales dans votre aire de santé ?</p>	<p>1. 2. 3. </p>
<p>18</p>	<p>Quelles sont les dispositions prévues pour la prise en charge médicale de la fistule obstétricale dans votre aire de santé ?</p>	<p>1. 2. 3. </p>
<p>19</p>	<p>Quelles sont les contraintes majeures à une prise en charge efficace de la fistule obstétricale dans votre zone ?</p>	<p>1. 2. 3. </p>
<p>20</p>	<p>Quelles recommandations faites vous une amélioration de la prise en charge médicale de la fistule obstétricale dans votre aire de santé ?</p>	<p>1. 2. 3. </p>

--	--------------

V. Connaissance, Attitudes et Pratiques liées à la mortalité maternelle et infantile

N°	QUESTIONS	CODES
21	Quel est le niveau de fréquence de la mortalité maternelle et infantile dans votre aire de santé ?	- très fréquent..... 1 - moyennement fréquent.....2 - plutôt rare 3 - sans opinion..... 98
22	Quelle est la tendance d'évolution de ces cas de mortalité au cours des 5 dernières années ?	- en augmentation 1 - en baisse..... 2 - en stagnation ... 3 - ne sait pas..... 98
23	Donnez les raisons	1. 2. 3.
24	Quelles sont les causes principales de mortalité maternelle et infantile dans votre aire de santé ?	1. 2. 3.
25	Quelles sont les dispositions prévues pour la prévention de cette mortalité dans votre aire de santé ?	1. 2. 3.

	
26	Quelles sont les contraintes majeures à la mise en œuvre de ces dispositions dans votre aire de santé ?	1. 2. 3.
27	Quelles recommandations faites-vous une amélioration de ces dispositions dans votre aire de santé ?	1. 2. 3.....
Fin	Merci d'avoir pris de votre temps pour répondre à ces questions.	

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : FONDJO NGUEMEGA

Prénom : Armelle Patricia

Pays d'origine : CAMEROUN

Année de soutenance : 2009

Ville de soutenance : Bamako

Titre : Pratique des mariages précoces dans la région de GAO et impact sur la santé de reproduction

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie

Secteur d'intérêt : Santé publique

RESUME :

Notre étude était rétrospective et s'est déroulée du 04 au 12 Novembre 2007. Il s'agissait d'une étude quantitative et qualitative, portant sur la pratique des mariages précoces dans la région de GAO. Elle visait comme objectif, d'évaluer la fréquence des mariages précoces et de décrire leurs conséquences sur la santé de la reproduction. Cette pratique dans la région de GAO était estimée à 63%, avec des niveaux de prévalence différents dans les deux cercles étudiés : 57,9% à Gao et 68,8% à Ansongo. Toutes les ethnies de la région étaient concernées. Parmi les causes de cette pratique, la principale était l'éviction des grossesses illégitimes dans 42,8% des cas. Les principaux facteurs déterminants du mariage précoce étaient l'appartenance ethnique, le mode de vie, la stratégie matrimoniale et l'endogamie. Les conséquences sur la santé de reproduction les plus citées par le personnel de santé étaient la mortalité maternelle et les accouchements difficiles (30% des cas chacune). Cette pratique reste fréquente malgré ses conséquences sur la SR. Pour l'endiguer faudrait, peut être, penser à scolariser les filles et vulgariser les textes concernant les MP.

Mots clés : Mariage précoce, Santé de reproduction, Gao.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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 médecine.

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

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

Je ne permettrai pas que les 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 reçu de leurs pères.

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

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

Je le jure.