

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO
FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



TITRE

**Connaissances, Attitudes et Pratiques des Agents
Socio-sanitaires et Usagers du Centre de Santé de
Référence de la Commune III du District Sanitaire
de Bamako Face au Mariage Précoce en 2023**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 29 /01/2024
Devant la Faculté de Médecine

Melle. MAI TANIMOUNE MOUSTAPHA AMSA

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)**

JURY

Président	: M. Abdoul Aziz Diakité, <i>Professeur Titulaire</i>
Membre	: M. Housseini Dolo, <i>Maitre de Conférences Agrégé</i>
Membre	: M. Kassoum N'diaye, <i>Médecin et Clinicien</i>
Co-Directeur	: M. Amadou Bocoum, <i>Maitre de Conférences Agrégé</i>
Directeur de Thèse	: M. Traoré Youssouf, <i>Professeur Titulaire</i>

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

A ALLAH le tout puissant, le miséricordieux, le très miséricordieux

Je suis reconnaissante pour ta présence et ta grâce dans ma vie

A mes parents : mon père Maï Tanimoune Moustapha et ma mère Mme Mai Fanta Mamadou

Chers papa et maman, aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, l'estime, le dévouement et le respect que j'ai toujours eu envers vous. Rien au monde ne vaut les efforts fournis jour et nuit pour mon éducation et mon bien être. Ce travail est le fruit de tous les sacrifices que vous avez consentis pour mon éducation et ma formation. Vos prières et vos bénédictions m'ont accompagnées pour mener à bien mes études. Je vous dédie ce travail en témoignage de mon profond amour. Puisse Dieu, le Tout Puissant, vous préserver et vous accorde santé, longue vie et bonheur. Merci pour tout.

A ma sœur Aïssa dite Yaya

Le pilier et le moteur de toute notre famille, c'est sur ton épaule que repose ma tête, tu es plus qu'une sœur, tu une seconde mère pour moi. Merci de me prouver chaque jour que je pouvais compter sur toi. Merci pour tes conseils avisés, ta disponibilité, tes encouragements, ton attention, ta présence, ton amour, tes sacrifices et ton soutien constant et sans faille. Les mots ne suffiront jamais pour qualifier ce que tu as apporté dans ma vie. D'ailleurs je suis la tata assumée de tes enfants : Fanta dite Yagana et Maï Souleymane dit Jalal. Qu'ils trouvent ici l'expression de tout mon amour.

-A mon jeune frère Tchougoune dit Papawo, fraîchement Docteur

Mon frangin, la vie a fait de moi ta grande sœur, mais ta maturité précoce et ta sagesse ont fait de toi le grand frère de facto. Docteur à ton jeune âge, tu as toujours été le modèle, merci pour cet exemple. Merci de m'avoir montrée le chemin de la vie. Je ne saurais te remercier pour ton sacrifice indescriptible et le soutien que tu accordes non seulement à mon égard, mais aussi à l'égard de toute la famille. Merci infiniment.

A ma sœur Shamsya

Ma chère petite sœur, à travers les rires partagés, les souvenirs tissés et les défis surmontés, notre lien est devenu le fil d'une amitié indéfectible. Saches que tu as tout mon soutien, toute ma considération et tout mon amour, merci pour tous tes encouragements et ta présence dans ma vie.

A Mme M'pami Dorcace Yédé

Chère grande sœur de Bamako, par un heureux hasard nos chemins se sont croisés. Tu m'as accueilli chaleureusement à bras ouverts avec amour, gentillesse et une générosité sans borne. Merci du fond du cœur Dada.

-A l'ensemble de ma grande famille

Mes cousins et cousines, mes tontons et tanties et tous mes grands-parents, merci pour vos soutiens multiformes, vos conseils divers et surtout vos prières. Qu'ALLAH le tout puissant vous en bénisse.

A mes familles d'accueil du Mali

Chers familles Coulibali et Yédé, merci pour m'avoir accueillie et acceptée parmi vous chaque fois que l'occasion se présente. Recevez ici, toute ma sincère et profonde gratitude.

A tous mes amis et camarades de parcours

Dr koudedja, Dr fayical, Dr colombe, Dr Audrey, Dr Lamine kouma, Dr Joslin, Dr Nancy, Dr Ted, Dr Rabia, Dr Mouniratou, Dr Saddam, Dr Ami F, Dr Ami L, Dr Rachida, Dr Nora, Dr Corina, Dr Oswald, Dr Abdoul Sarr, Dr Jean, Dr Hamza, Dr Ivonne, Emisia, Linsey, Dr Yayi, Dr Dane, Dr Gaius, Dr Wilfrid... ; loin de chez nous, les études ont fait en sorte que nous soyons une famille. Nous sommes mutuellement devenus, nos pères, nos mères, nos frères et sœurs. Merci pour tous les bons et les mauvais moments partagés ensemble. Je vous souhaite à tous, une bonne carrière professionnelle.

A Mon tuteur Papiii

Merci pour le soutien, l'amour et la considération. Qu'Allah te récompense.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury

Professeur Abdoul Aziz DIAKITE

- Professeur titulaire de pédiatrie à la FMOS,
- Chef de service de pédiatrie générale du CHU Gabriel Touré,
- Responsable de l'unité de prise en charge de la drépanocytose à la pédiatrie,
- Spécialiste en hématologie pédiatrique,
- Diplômé en surveillance épidémiologique des maladies infectieuses et tropicales

Cher Honorable Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré toutes vos occupations. Votre humilité malgré vos distinctions multiples, votre quête constante de l'excellence votre proactivité et votre extrême courtoisie font de vous un modèle qui force le respect et l'admiration.

Veillez trouver ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

Puisse Dieu vous bénir dans tout ce que vous ferez !

A notre cher Maître et Juge

Professeur Housseini Dolo

- MD. MSc. PhD
- Maître de Conférences Agrégé en épidémiologie
- Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie de Bamako (FMOS), Mali
- Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB)
- Expertise : Épidémiologie, Contrôle des maladies, Bioéthique
- Chercheur, Unité de recherche et de formation sur les Maladies Tropicales Négligées
- Coordinateur du Master MPH-Ethique et Recherche
- Coordinateur du Master de MPH-Recherche de Mise en Œuvre

Cher Maître,

Ce fut pour nous une immense joie de vous avoir comme juge de ce travail.

En acceptant juger ce travail, vous nous accordez un très grand honneur.

Bien plus qu'un maître, vous êtes pour nous un exemple à suivre.

Veillez recevoir ici cher maître, nos sincères remerciements.

Puisse Allah vous rendre grâce !

A notre cher Maître et Juge

Docteur Kassoum N'diaye

- Docteur en Médecine
- Master en santé sexuelle et reproductive
- Superviseur Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents pour le Programme ATWA - Save the Children

Cher Maître,

Nous sommes honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail. Vos critiques et suggestions ont été des apports capitaux pour son amélioration.

Votre dévouement et votre sens aigüe du travail font de vous un exemple à suivre. En acceptant de juger ce travail, vous nous accordez un très grand honneur.

A notre Maître et Co-directeur

Professeur Amadou BOCOUM

- Maître de conférences agrégé en gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) ;
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;
- Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire d'échographie en Gynécologie Obstétrique en France ;
- Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire cœlioscopie et Gynécologie ;
- Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisée en chirurgie Gynécologie Obstétrique en France ;
- Membre de la Société Malienne Gynécologie et Obstétrique

Cher Maître,

La rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait et votre sens élevé du devoir ont forcé notre admiration. Votre disponibilité, votre assurance, votre humilité et votre caractère sociable font de vous un homme de classe exceptionnelle. Merci pour votre patience, vos encouragements, votre soutien de chaque instant et surtout vos judicieux conseils qui ont contribué à alimenter notre réflexion. Vous resterez pour nous un exemple à suivre. Nous sommes honorés d'être compté parmi vos disciples.

Acceptez ici notre profonde gratitude

Puisse Dieu vous accompagner dans vos activités !

A notre cher Maître et Directeur de thèse

Professeur Youssouf TRAORE

- Professeur Titulaire en Gynécologie-Obstétrique;
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE ;
- Président de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique ;
- Responsable de la Prévention de la transmission Mère Enfant du VIH (PTME) au MALI ;
- Titulaire d'un Diplôme Universitaire « Méthodologie en Recherche Clinique » de Bordeaux I;
- Titulaire d'un diplôme Universitaire « Méthodes et Pratiques en épidémiologie » de Bordeaux II ;
- Vice-Président de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique
- Membre de la Société de Chirurgie du Mali ;
- Membre de African Federation of Obstetrics and Gynecology;
- Titulaire d'un certificat de « Cancer and prevention course » de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique ;
- Enseignant chercheur.

Cher Maître,

Votre grande culture scientifique, votre rigueur dans le travail et vos multiples qualités humaines imposent respect et admiration.

Votre disponibilité, vos qualités exceptionnelles de formateur, votre souci constant du travail bien fait font de vous une référence dans le monde de la santé.

Nous vous sommes redevables de l'aboutissement de ce travail. Tout en vous témoignant notre reconnaissance, nous vous prions cher maître d'accepter l'expression de notre haute bienveillance.

Puisse le Tout Puissant vous bénir !

SIGLES ET ABREVIATIONS

ALVF : Association de Lutte contre les Violences faites aux Femmes

AMC : Affaires Mondiales Canada

CAD : Chiffre d'Affaires décimal

CAP : Connaissance Attitude et Pratique

CDE : Convention relative aux Droits de l'Enfant

CEDEF : Convention sur l'Elimination de Discrimination à l'Egard des Femmes

CIII : Commune Trois

CMES : Centre for Mass Education in Science

COVID 19 : Corona Virus Disease

CSRef : centre de santé de référence

EDS : Enquête Démographique de Santé

MGF : Mutilation Génitales Féminines

MST : maladies sexuellement transmissibles

MTBA : More Than Brides Alliance

N : effectif

ONG : organisations non gouvernementales

ORL : service d'oto-rhino-laryngologie

OSC : organisations de la société civile

P : Prévalence

SPSS : Package for Social Sciences

UNFPA : United Nations Population Fund

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund

USAC : L'Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseils

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon la tranche d'âge en 2023	40
Tableau II : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon le sexe en 2023	41
Tableau III : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon le statut matrimonial en 2023	41
Tableau IV : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon le niveau d'étude en 2023	42
Tableau V : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon la profession en 2023	43
Tableau VI Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon la religion en 2023.....	44
Tableau VII : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon l'éthnie en 2023.....	45
Tableau VIII : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon la connaissance sur le mariage précoce en 2023	46
Tableau IX : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon l'estimation de l'âge du mariage précoce en 2023.....	47
Tableau X : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon l'âge officiel du mariage au Mali en 2023	47
Tableau X : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon l'avis sur la possibilité d'éviter le mariage précoce.....	48
Tableau XII : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon la proposition des moyens pour éviter le mariage précoce en 2023	49

Tableau XIII : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon les raisons qui empêchent d'éviter le mariage précoce en 2023	50
Tableau XIV : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon l'âge auquel une jeune fille peut se marier en 2023 ...	51
Tableau XV : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon les signes montrant que la jeune fille est apte pour le mariage en 2023	52
Tableau XVI : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon l'aspect physique évoquant l'aptitude au mariage en 2023	52
Tableau XVII : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon les signes de puberté évoqués en 2023	53
Tableau XVIII : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon le décideur du mariage précoce de la jeune fille dans la famille en 2023	54
Tableau XIX : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon leur opinion sur le mariage précoce en 2023	55
Tableau XX : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon les raisons pour le mariage précoce en 2023	56
Tableau XXI : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon la pratique du mariage de fille avant l'âge de 18 dans leurs familles en 2023.....	57
Tableau XXII : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon les recommandations faites pour prévenir les mariages précoces dans leur communauté en 2023	58

Liste des figures

Figure 1 : Prévalence du mariage d'enfant au Mali et dans le monde	8
Figure 2 : Carte Sanitaire de la Commune III	33

Table des matières

1.	INTRODUCTION	1
2.	OBJECTIFS	4
2.1.	Objectif général :.....	4
2.2.	Objectifs spécifiques :.....	4
3.	GENERALITES	6
3.1	Définition.....	6
3.2	Historique	6
3.3	Épidémiologie.....	7
3.4	Conséquences du mariage précoce.....	9
3.5	Stratégies de lutte contre les mariages précoces	20
3.5.1	Stratégies Internationales	20
3.5.2.	Stratégies nationales	30
4.	METHODOLOGIE.....	33
4.1	Cadre d'étude :.....	33
4.2	Type et période d'étude.....	34
4.3	Population d'étude.....	34
4.4	Echantillonnage	34
4.4.2	Critères d'inclusion :	35
4.4.3	Critères de non-inclusion.....	35
4.5	Variables et support de collecte des données	36
4.6	Saisies et Analyse des données :	37
4.7	Considérations éthiques.....	37
5.	RESULTATS	40

6.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION	60
7.	CONCLUSION	67
8.	RECOMMANDATIONS	68
9.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :	70
10.	ANNEXES	82

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

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

Le mariage est une institution sociale organisant et réglementant la création du groupe conjugal [2]. Dans le monde entier, le mariage est considéré comme un jour de fête et une étape importante de la vie d'adulte. Le mariage fut reconnu comme principe juridique et est établi depuis longtemps par les instruments internationaux de droits humains, pourtant de nombreuses filles, et un nombre moindre de garçons, se marient très jeunes et parfois sans nulle possibilité d'exercer leur droit de choisir [3].

Le mariage d'enfants comprend toute union légale, religieuse ou coutumière impliquant un garçon ou une fille de moins de 18 ans [4].

Cette pratique, largement répandue dans plusieurs pays à travers le monde, est souvent justifiée par la situation économique précaire des familles. De plus, le mariage précoce est considéré comme un moyen de préserver la virginité des filles avant le mariage, évitant ainsi les grossesses hors mariage. Il est perçu comme une façon de protéger l'honneur familial et de soulager la charge financière qui pèse sur la famille. Cependant, cette pratique expose les jeunes filles à des risques sanitaires (mentaux et physiques) graves tels que les fistules, les complications au cours de la grossesse et l'accouchement, les infections sexuellement transmissibles, les cardiopathies, le traumatisme ou même le suicide entre autres. De plus, elle porte atteinte à leurs droits fondamentaux [5]. Par ailleurs, les femmes qui se marient à un jeune âge sont susceptibles de faire de la maternité le

point d'intérêt unique de leur existence, au détriment d'autres aspects tels que l'éducation formelle et la formation à un emploi, l'expérience du travail et l'épanouissement individuel [6]. Ceci nous ramène à classer le mariage d'enfants comme clairement un problème de santé publique.

Dans les pays industrialisés, les femmes se mariaient rarement avant 18 ans (4% aux États-Unis et 1% en Allemagne) à l'exception de certains pays d'Europe de l'Est avec une économie fragile (Albanie et Macédoine) [7].

En Afrique, le mariage est une institution sociale qui unit plusieurs familles, voire des communautés transfrontalières [8].

L'Afrique de l'Ouest est l'une des régions du monde où la prévalence des mariages des enfants est la plus élevée, parmi les 10 pays enregistrant les proportions les plus élevées de prévalence des mariages précoces. Le Niger et le Mali sont les plus concernés avec une proportion respectivement de 77% et 61% [9, 10].

Le Mali, avec plus de 55% des femmes âgées de 20 à 24 ans mariées avant l'âge de 18 ans, la prévalence du mariage précoce est la sixième plus élevée au monde et la troisième plus élevée en Afrique de l'Ouest, après le Niger et la Guinée Conakry. La région de Sikasso compte la proportion la plus élevée des femmes âgées de 20 à 24 ans mariées avant l'âge de 15 ans (27,1%), tandis que celle de Kayes compte la proportion la plus élevée des femmes âgées de 20 à 24 ans mariées avant l'âge de 18 ans (70,9%). L'âge moyen du mariage parmi les maliennes (âgées de 20 à 24 ans) est de 16,1 ans [11].

Vu les taux élevés de mariages précoces au Mali et afin de contribuer à enrichir les données sur les enjeux du mariage des enfants au Mali, nous avons initié cette étude auprès des agents socio-sanitaires et les usagers du Centre de Santé de Référence de la Commune III avec comme objectif évaluer les connaissances, attitudes et pratique des agents socio sanitaires et usagers du Centre de Santé de Référence de la Commune III du district sanitaire de Bamako sur le mariage précoce.

OBJECTIFS

2. OBJECTIFS

2.1. Objectif général :

Evaluer les connaissances, attitudes et pratique des agents socio sanitaires et usagers du CSRef CIII du district sanitaire de Bamako sur le mariage précoce.

2.2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer les niveaux de connaissances des agents socio sanitaires et usagers du CSRef de la commune III de Bamako sur le mariage précoce ;
- Décrire les attitudes et la pratique des agents socio sanitaires et des usagers du CSRef de la commune III du district sanitaire de Bamako sur le mariage précoce ;
- Identifier les raisons de la pratique du mariage précoce selon les agents socio sanitaires et les usagers du CSRef de la CIII du district sanitaire de Bamako.

GENERALITES

3. GENERALITES

3.1 Définition

Le mariage précoce caractérise « une union où au moins l'un des deux époux est âgé de moins de 18 ans » [12]. Bien que les garçons soient aussi touchés par le mariage d'enfants, les filles demeurent les premières victimes de cette pratique (on estime qu'environ 115 millions de garçons et hommes ont été mariés enfants [13], contre 650 millions de filles [14]) et ne choisissent généralement pas leurs partenaires, souvent beaucoup plus âgés qu'elles.

Le mariage précoce prend également la définition de mariage forcé, l'enfant n'étant pas en mesure d'apporter un consentement éclairé à cette union.

3.2 Historique

Dans le monde entier, le mariage est considéré comme un jour de fête et une étape importante de la vie d'adulte. Hélas, la pratique du mariage précoce impose bien trop souvent un partenaire conjugal à un enfant, ce qui signifie mettre un terme à son enfance et compromettre ses droits fondamentaux [12]. Certains sont contraints au mariage extrêmement tôt, d'autres sont simplement trop jeunes pour prendre en connaissance de cause une décision concernant leur partenaire ou les implications du mariage même. On considère qu'une fois mariée, une fille est une femme, même si elle n'a que neuf (9) ans, de même, lorsqu'un garçon se marie, il devient un homme qui doit abandonner les habitudes d'enfants. Bien que l'âge du mariage soit généralement en hausse, le mariage précoce, que ce soit pour les garçons ou pour les filles, a de profonds effets sur le plan physique, intellectuel, psychologique et émotionnel, le plus souvent il met fin aux possibilités d'éducation et de croissance individuelles. Pour les filles, de plus, il est presque toujours synonyme de grossesse et d'accouchement prématurés et d'une existence d'asservissement domestique et sexuel sur laquelle elles n'ont aucun pouvoir.

3.3 Épidémiologie

3.3.1. Prévalence

Les mariages précoces ont lieu sur tous les continents du monde et se pratiquent au sein des différentes cultures, religions et communautés. Malgré la baisse significative du taux de mariages précoces dans plusieurs pays au cours de la dernière décennie, la proportion de femmes « enfants » mariées a baissé de 15% [16]. Chaque année, douze (12) millions de filles sont encore mariées pendant leur enfance dans le monde [17].

Le continent africain est le plus touché par la pratique [18], en témoignent les chiffres de l'UNICEF qui estime à 4 millions le nombre de filles mariées avant l'âge de 18 ans en 2017 [19]. En Asie du Sud, l'UNICEF estime que 45% des femmes entre 20 et 24 ans ont été mariées avant leurs 18 ans [20], avant tout dans les pays comme l'Inde, le Bangladesh et le Népal [21]. Dans la région de l'Amérique du Sud et des Caraïbes, une jeune femme sur quatre est mariée ou en union avant l'âge de 18 ans, et la majorité donne naissance à un enfant avant sa majorité [22]. Enfin, en Amérique du Nord et notamment aux États-Unis, la pratique est également présente puisqu'un dernier recensement estime que 248 000 enfants et adolescents ont été mariés entre 2000 et 2010 [23].

En 2022, d'après l'UNICEF, c'est en Afrique de l'Ouest et centrale que la prévalence du mariage d'enfants est la plus élevée au monde avec 37 % des filles y sont mariées avant l'âge de 18 ans et 12 % avant l'âge de 15 ans [24].

Le Mali compte près de 3 millions d'épouses-enfants ; dans ce pays, une jeune femme sur deux (2) a été mariée pendant son enfance. La prévalence du mariage d'enfants est de 54 % chez les filles étant mariées avant l'âge de 18 ans et de 16 % chez celles de moins de 15 ans [24].

Situation par rapport au reste de la région et du monde

Figure 154. Pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans ayant été mariées ou en couple pour la première fois avant l'âge de 15 ans et avant l'âge de 18 ans

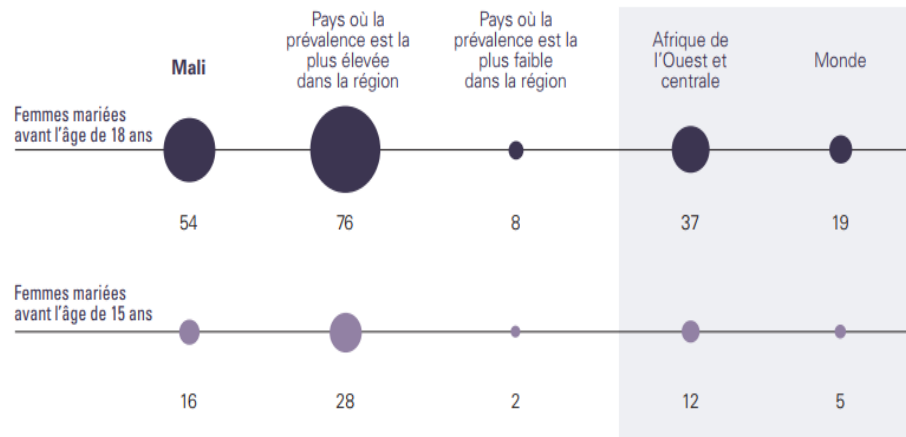


Figure 1 : Prévalence du mariage d'enfant au Mali et dans le monde

3.3.2. Facteurs de risque

De nombreuses raisons, motivées par les inégalités et discriminations de genre, sont avancées pour expliquer la prévalence des mariages précoces dans le monde et varient selon les pays ou les ethnies. L'une des premières raisons est la pauvreté. Il est fréquent que les parents justifient l'échange matrimonial comme un moyen « d'assurer un avenir » [25] à leurs enfants et particulièrement à leurs filles. Le besoin de contrôler la sexualité des adolescentes est une autre raison avancée par les familles. En les mariant, ils pensent éviter des grossesses hors mariages, considérées dans certains contextes comme un « déshonneur » au sein du cadre familial.

Le poids de la culture et de la tradition motive également le mariage des enfants dès leur plus jeune âge en Afrique subsaharienne et dans certains pays d'Asie. En effet, les enfants sont mariés jeunes, car leurs parents avant eux avaient également été mariés au même âge. Le manque d'accès à l'éducation, l'insécurité (notamment dans les pays en crise) ou encore l'absence de services de planification familiale sont autant de causes qui justifient la pratique du mariage précoce [26].

3.4 Conséquences du mariage précoce

Le mariage précoce plonge souvent les jeunes mariées dans la détresse, et un nombre incalculable d'entre elles demanderaient de l'aide si elles pensaient pouvoir en trouver. Tant qu'on ne dispose pas de plus d'informations sur leur situation, on ne peut établir d'estimation valable de l'étendue de leurs souffrances ni du préjudice social qu'elles transmettent à leurs enfants par le biais de l'éducation. Une chose est certaine : les effets du mariage précoce sur les filles, et dans une moindre mesure sur les garçons, sont multiples. Dans une perspective de droits, les trois questions majeures sont le déni de l'enfance et de l'adolescence, la réduction de la liberté individuelle, et le manque de possibilité de développer une personnalité autonome ; à cela s'ajoute le déni du bien-être psychologique et émotionnel, de la santé et de la chance d'éducation. Le mariage précoce a également des répercussions sur le bien-être des familles et celui de la société en général. Lorsque les filles manquent d'instruction et sont mal préparées à leur rôle de mère et de participante à la société, cela signifie des dépenses à tous les niveaux, des ménages individuels à la nation dans son ensemble.

3.4.1 Handicap psychologique

La privation de l'adolescence, les rapports sexuels forcés, le déni de la liberté et du développement individuel qui accompagnent le mariage précoce, ont une forte incidence psycho-sociale et émotionnelle. Cela se traduit parfois de façon subtile, insidieuse et il peut être difficile d'évaluer le préjudice. Privée de sa jeunesse, elle se trouve confinée entre quatre murs aux soins du ménage. La plupart des filles malheureuses au sein d'un mariage imposé sont très isolées. Elles n'ont personne à qui se confier, car elles sont entourées de gens qui cautionnent leur situation. En Éthiopie, des chercheurs du Comité Interafricain ont été frappés par l'indifférence des adultes à l'égard des traumatismes causés chez des jeunes filles par le mariage précoce et des rapports sexuels et des maternités prématurés. Ces traumatismes étaient considérés comme « une partie inévitable de l'existence ». Il arrive que

des filles qui se réfugient chez leurs parents soient battues par ces derniers et renvoyées chez leur mari. La détresse est généralement supportée en silence. Des chercheurs indiens qui étudient les mariages d'enfants au Rajasthan et dans le Madhya Pradesh ont constaté que les filles souffrent davantage que les garçons : « Ces filles sont détruites par une socialisation inadéquate, une éducation intermittente, de graves préjudices physiologiques et émotionnels dus à des grossesses répétées ». Si le mari meurt, même avant que le mariage ait été consommé, la fille est traitée comme une veuve et donnée en nata à un veuf de la famille. Officiellement, elle est alors sa femme, mais en fait, selon la pratique du nata, elle devient la propriété commune de tous les hommes de la famille. L'épouse enfant qui devient veuve très jeune peut alors subir une ultérieure discrimination. Le statut des veuves est inférieur et celles-ci, ainsi que leurs enfants, sont souvent spoliées de leurs droits de propriété et d'une série d'autres droits humains. Dans certaines parties de l'Afrique, une veuve est remariée à un de ses beaux-frères, coutume appelée lévirat, entendue à l'origine comme une mesure de soutien social et économique. Si la veuve s'y oppose, elle peut être bannie par la famille. Les veuves enfants sans guère d'éducation ni de moyens de gagner leur vie sont particulièrement impuissantes. En 1994, des participantes à une conférence tenue à Bangalore, en Inde, ont raconté avoir été mariées à 5 ou 6 ans, avoir perdu leurs maris quelques années plus tard, et avoir été rejetées par leurs belles-familles et leurs propres familles [27]. Tout ceci conduit à des dépressions, des troubles psychologiques, voire même le suicide.

3.4.2 Santé de l'adolescent et la procréation

La notion de bonne santé génésique couvre tous les aspects du processus de procréation, y compris l'expérience satisfaisante et sans danger des rapports sexuels, la faculté de procréer et la liberté de choisir d'avoir ou non un enfant et quand [28]. Le droit de ne pas avoir de rapports sexuels et le droit de contrôle sur la procréation peuvent tous deux être violés par le mariage précoce.

- **Rapports sexuels**

Dans le cas de fillettes mariées avant la puberté, les familles s'entendent généralement sur le fait qu'il n'y ait pas de rapport sexuel avant les premières règles. Au Gojam, en Éthiopie, mari et femme peuvent grandir et partager leurs jeux dans la maison du garçon. Dans ce cas, la belle-mère doit protéger la fille de toute avance de la part de son fils [29]. Cela vaut également pour les pays d'Afrique occidentale [30]. Cette protection peut cependant faire défaut, notamment lorsque le mari est beaucoup plus âgé que la fille. Des cas de rapports sexuels forcés entre des maris bien plus âgés et pleinement développés physiquement et des épouses de huit (8) ans ont été signalés [31]. Pour la grande majorité des adolescentes rurales sous-scolarisées du monde en développement, le mariage reste le contexte normal des rapports sexuels [32]. Et si pour une adolescente non mariée, il peut être difficile de résister à des avances sexuelles indésirables, pour une adolescente mariée cela risque fort d'être impossible. Dans 80% des cas où ces jeunes épouses avaient exprimé à leur mari leur refus de rapports sexuels forcés, elles n'avaient pas été entendues [33]. Les souffrances et les traumatismes sont décuplés lorsque les épouses ont subi des mutilations sexuelles, surtout si cela s'est produit récemment, et en particulier s'il s'agit d'infibulation, destinée à rendre la pénétration difficile. Les problèmes peuvent s'aggraver après un accouchement. Des millions et des millions de femmes dans le monde sont contraintes à des rapports sexuels à peine deux ou trois jours après avoir accouché, même en cas d'incision vaginale au cours de l'accouchement, sans tenir compte de la douleur occasionnée [34].

- **Consultation de contraception et de santé génésique.**

Dans les pays en développement, très peu de filles précocement mariées ont accès à la contraception ; d'ailleurs le report de la maternité ne serait pas forcément agréé par de nombreux maris et beaux-parents [35]. En effet, dans de nombreuses sociétés, être enceinte peu après le mariage est indispensable au statut social d'une

femme. Au Yémen, 11% des épouses âgées de 15 à 19 ans ont déclaré ne pas avoir eu recours à la contraception, car leur mari s’y opposait [36]. Dans presque tous les pays d’Asie, la famille exerce de fortes pressions sur les jeunes couples pour qu’ils aient rapidement des enfants [37]. Au Cameroun, au Mali et au Nigeria, les taux d’utilisation de contraceptifs modernes chez les femmes mariées âgées de 15 à 19 ans sont respectivement de 1,5%, 2,4% et 0,6% [38]. Le droit des filles de décider si et quand elles souhaitent être enceintes ne leur est pas reconnu, et les risques de grossesse précoce sont élevés. Selon l’analyse de données fournies par les EDS, la première naissance survient généralement entre 14 et 26 mois après le mariage ; ce laps de temps peut être légèrement plus long dans les pays où l’âge du mariage est très bas, comme au Bangladesh [39].

- **Infections sexuellement transmissibles**

Les adolescentes sont également plus vulnérables que les femmes face aux maladies sexuellement transmissibles (MST), y compris le VIH, pour des raisons physiologiques telles que les variations hormonales et la perméabilité du tissu vaginal, et pour des raisons sociales telles que des rapports de pouvoir faussés entre hommes et femmes, qui permettent difficilement aux filles et aux jeunes femmes d’exiger des rapports sexuels protégés. Les MTS peuvent provoquer la stérilité ; le VIH peut causer la mort prématurée et être transmis au fœtus. Une étude récente menée au Rwanda a révélé que 25% des filles enceintes à 17 ans ou avant étaient atteintes du VIH, bien que nombre d’entre elles aient déclaré n’avoir eu de rapports sexuels qu’avec leur mari. Selon cette étude, plus tôt une fille a des rapports sexuels et plus tôt elle est enceinte, plus elle risque d’être atteinte du VIH [40]. En ce qui concerne la préparation des filles et des garçons à la sexualité et à la procréation, de nombreux pays en développement ont opposé une forte résistance à l’éducation sexuelle à l’école de peur de favoriser la licence. Cette opposition a été éteinte par la menace du VIH/SIDA, mais il n’y a actuellement guère de chances que les filles soient informées de ce qui les attend ou de leurs

droits en matière de mariage ou de procréation. De plus, les cours d'éducation sexuelle n'atteignent que les enfants scolarisés. Par exemple, selon des données en provenance du Sri Lanka publiées en 1990, un tiers des jeunes gens de 16 à 24 ans ignoraient la durée d'une grossesse normale. Moins de 5% d'entre eux avaient parlé de santé génésique avec leurs parents [41]. Il y a encore un certain nombre de pays où les services de santé génésique sont fermés aux adolescents, du moins jusqu'à un certain âge [42] ; en Zambie et au Bangladesh par exemple, qui pratiquent ces limites d'âge, de nombreux adolescents mariés sont ainsi exclus, une autre anomalie relative au mariage précoce.

- **Grossesse et l'accouchement**

Les dangers liés à la grossesse et à l'accouchement prématurés sont bien connus : risque de mortalité accru, risque de naissance prématurée accru, complications au cours de l'enfantement, insuffisance pondérale du nouveau-né et risque accru qu'il ne survive pas [43]. Dans le monde entier la grossesse est la principale cause de mortalité chez les filles entre 15 et 19 ans (mariées ou non). Dans ce groupe d'âge, le risque de mourir des suites d'une grossesse est de 20% à 200% plus élevé que pour les femmes entre 20 et 24 ans ; il est cinq fois plus élevé pour les filles de moins de 15 ans que pour les femmes d'une vingtaine d'années [44]. Les causes principales sont l'hémorragie, la septicémie, la prééclampsie voire éclampsie, et les obstacles à la délivrance. Les avortements non médicaux constituent l'autre risque majeur pour les adolescentes, dont la majorité de celles qui y ont recours ne sont pas mariées [45]. Des études locales spécifiques font état de conséquences pires encore pour les mères très jeunes : à Zaria, au Nigeria, la mortalité maternelle chez les moins de 16 ans est six fois plus élevée que chez les femmes de 20 à 24 ans, et des constatations similaires ont été établies au Cameroun et en Ethiopie [46]. Pour chaque femme morte en couches, trente autres souffrent de lésions, d'infections et d'infirmités, la plupart du temps non traitées, et dont certaines durent toute la vie. Une part de ce lourd tribut est due davantage à une situation socio-économique misérable et au manque d'assistance prénatale

et obstétricale qu'à l'immaturation physique à elle seule [47], laquelle constitue toutefois le risque primordial pour les moins de 15 ans.

- **Fistule vesicovaginale**

Les dangers liés à la grossesse et à l'accouchement prématurés sont bien connus : risque de mortalité accru, risque de naissance prématurée accru, complications au cours de l'enfantement, insuffisance pondérale du nouveau-né et risque accru qu'il ne survive pas [43]. Dans le monde entier, la grossesse est la principale cause de mortalité chez les filles entre 15 et 19 ans (mariées ou non). Dans ce groupe d'âge, le risque de mourir des suites d'une grossesse est de 20% à 200% plus élevé que pour les femmes entre 20 et 24 ans ; il est cinq fois plus élevé pour les filles de moins de 15 ans que pour les femmes d'une vingtaine d'années [44]. Les causes principales sont l'hémorragie, la septicémie, la prééclampsie voire éclampsie, et les obstacles à la délivrance. Les avortements non médicaux constituent l'autre risque majeur pour les adolescentes, dont la majorité de celles qui y ont recours ne sont pas mariées [45]. Des études locales spécifiques font état de conséquences pires encore pour les mères très jeunes : à Zaria, au Nigeria, la mortalité maternelle chez les moins de 16 ans est six fois plus élevée que chez les femmes de 20 à 24 ans, et des constatations similaires ont été établies au Cameroun et en Ethiopie [46]. Pour chaque femme morte en couches, trente autres souffrent de lésions, d'infections et d'infirmités, la plupart du temps non traitées, et dont certaines durent toute la vie. Une part de ce lourd tribut est due davantage à une situation socio-économique misérable et au manque d'assistance prénatale et obstétricale qu'à l'immaturation physique à elle seule [47], laquelle constitue toutefois le risque primordial pour les moins de 15 ans.

- **Assistance aux nourrissons et aux jeunes enfants.**

Les problèmes sanitaires liés au mariage précoce n'affectent pas seulement la future mère et le fœtus, mais continuent également après la naissance. Il est prouvé que la mortalité infantile est plus élevée – deux fois plus dans certains cas – parmi les enfants nés de mères très jeunes que parmi ceux de mères plus âgées [55]. Les bébés de mères adolescentes sont davantage susceptibles de souffrir d'insuffisance pondérale, laquelle est le plus souvent liée à une nutrition maternelle déficiente, ce qui corrobore la thèse de l'impréparation' des adolescentes à la maternité. Le risque de mortalité est de 5 à 30 fois plus élevé pour les bébés souffrant d'insuffisance pondérale que pour ceux dont le poids est normal [56]. Si une mère a moins de 18 ans, la possibilité que son enfant meure au cours de sa première année est 60 fois plus élevée que pour un enfant né d'une mère de plus de 19 ans [57]. Une enquête menée en 1993 au Rajasthan sur la condition de femmes précocement mariées a révélé que 63% de leurs enfants de moins de 4 ans souffraient de graves malnutritions [58]. L'immaturité et le manque d'éducation d'une jeune mère compromettent sa capacité d'élever un enfant. Les enfants eux-mêmes en sont conscients : c'est une des raisons invoquées par des enfants népalais contre le mariage précoce, comme l'a constaté une enquête de Save the Children [59].

- **Santé maternelle et maternité.**

Enfin, le mariage précoce rallonge la période de fécondité d'une femme, ce qui représente en soi un risque pour les mères [60]. Il faut attendre que la « transition démographique » soit relativement avancée, la survie des enfants adéquatement assurée et l'éducation appréciée, pour que les familles considèrent la naissance de nombreux enfants comme une diminution des ressources plutôt que comme un atout. Jusque-là, les femmes subissent des pressions pour mettre au monde un grand nombre d'enfants. Depuis les années 1970, les politiques de planification de la population et de la famille luttent contre la prolifération des familles

nombreuses, en raison des coûts sociaux, économiques et environnementaux qu'elles représentent pour des pays qui manquent des ressources nécessaires pour assurer une bonne qualité de vie à leurs populations en augmentation rapide. Dans cette perspective, on peut dire que le mariage précoce a de graves répercussions économiques et sociales sur la société dans son ensemble, lesquelles sont aggravées par le fait que les enfants nés de mères jeunes et sans éducation risquent fort de vivre le même parcours d'enfance volée et de préjudices que leurs mères.

3.4.3 Dénier de l'éducation

Le mariage précoce prive inmanquablement les enfants d'âge scolaire du droit à l'éducation nécessaire à leur développement personnel, à leur préparation à la vie d'adulte, et à leur contribution efficace au bien-être futur de leur famille et de la société. En fait les filles mariées qui voudraient continuer d'aller à l'école peuvent être pratiquement et légalement empêchées de le faire. La corrélation entre la durée de la scolarité d'une fille et le report du mariage est clairement établie par les enquêtes sur la population et la fécondité. Les femmes ayant bénéficié d'une scolarité de 7 ans ou plus se marient en moyenne 4 ans plus tard et ont 2,2 fois moins d'enfants que les femmes n'ayant pas reçu d'éducation [61]. La nature précise de l'interaction entre l'éducation et le mariage n'est cependant pas toujours évidente. Les filles sont-elles retirées de l'école pour se marier, ou leur scolarisation défectueuse appartient-elle au modèle des perspectives et des rôles traditionnels ? Au Bangladesh, toutefois, la situation est claire : une fille est retirée de l'école si un bon mariage se présente [62]. Des données recueillies par les EDS révèlent également un lien manifeste dans d'autres pays, parmi lesquels le Népal, le Kazakhstan et l'Indonésie. Bien que l'attitude à l'égard de l'éducation des filles ait commencé à changer, même dans les sociétés traditionnelles, de nombreux parents considèrent comme un gaspillage d'investir dans l'éducation des filles, destinées de toute façon à se marier et à travailler dans une autre famille. Le coût de l'éducation renforce la tendance à retirer les filles de l'école. Dans les zones

rurales, l'éducation secondaire signifie souvent le départ de la maison pour le pensionnat. Les parents craignent que leurs filles soient ainsi exposées à des risques tels que les rapports sexuels et la grossesse avant le mariage. Dans le Nigeria du Nord par exemple, les filles sont souvent écartées de l'école pour cette raison [63]. Même lorsqu'elles peuvent fréquenter l'école tout en habitant à la maison, la crainte d'éventuels rapports sexuels, de harcèlement sexuel, ou de dangers en cours de route font obstacle à leur scolarisation. Le retrait d'une fille jeune de l'école pour la marier, ou la faire travailler chez elle ou dans un autre foyer pour la préparer à la vie conjugale, réduit ses chances de développement intellectuel, de socialisation, d'éventuelles amitiés hors du cercle de famille, et de nombreux autres apprentissages utiles. Cela diminue ses possibilités de se forger une identité propre. En fait, dans la vieille optique patriarcale, cela même constitue une bonne raison pour la retirer de l'école. La conséquence majeure de cette privation est que les filles grandissent dans l'ignorance de leur droit de faire entendre leur opinion - et dans la quasi-incapacité de l'exprimer. Le manque d'estime de soi ou d'un sens de propriété à l'égard de leur propre corps expose les femmes à des grossesses non voulues et au VIH. Lorsque la soumission est de rigueur, comme par exemple en Afrique de l'Est, une épouse n'est pas en mesure de se refuser à son mari, même si celui-ci a d'autres partenaires sexuelles et est susceptible d'être atteint du VIH. Une femme a le droit de refuser des rapports sexuels en toutes circonstances [64], mais peu de jeunes épouses acquerront assez d'assurance et d'estime de soi au cours du mariage pour faire valoir un tel droit. L'absence de scolarisation signifie également que les filles et les femmes qui doivent travailler pour gagner leur vie se retrouvent sans qualification ni compétences. Les femmes sans éducation abandonnées, veuves ou divorcées, ou victimes de la pauvreté urbaine croissante, sont contraintes à des versions commercialisées de leurs tâches d'épouses : ménages, cuisine, garde d'enfants, et parfois même commerce sexuel. Dans de nombreux pays d'Amérique latine (et ailleurs), la plupart des emplois subalternes sont occupés par des femmes seules

chefs de famille, très pauvres, dans les zones urbaines [65] ; cette configuration ne diminuera qu'avec l'élévation des niveaux d'éducation. Mais le travail en soi peut avoir une incidence positive sur le mariage précoce. Une enquête menée dans l'île de Penang, en Malaysia, a constaté que les femmes ayant une activité professionnelle avant le mariage tendaient à se marier 2,5 années plus tard que celles qui n'avaient jamais travaillé [66]. Là où se sont ouvertes pour les femmes des possibilités de travail et d'éducation, cette situation a incité les parents à subvenir à l'éducation de leurs filles. La scolarisation accrue des filles et des taux d'achèvement d'études plus élevés se sont finalement révélés profitables au bien-être des familles, à une utilisation plus répandue de la contraception, à la diminution de la mortalité infantile, et à l'économie du pays [67]. L'âge du mariage appartient à un plus vaste contexte d'interaction entre le progrès économique et un accès majeur des femmes à l'éducation.

3.4.4 Violence et abandon

Le groupe de travail britannique sur le mariage forcé a constaté que de nombreuses victimes de cette pratique subissaient des violences domestiques prolongées, mais se sentaient incapables de quitter cet état du fait de contraintes économiques, d'absence de soutien familial, et d'autres facteurs sociaux [68]. Il est probable que de nombreux cas d'autodestruction et de suicides parmi les ressortissantes britanniques d'origine sud asiatique aient été liés au mariage forcé. Il fallait souvent des années à une femme pour oser se rebeller à cette situation. S'il en est ainsi dans une société où le mariage forcé n'est pas la norme, on est en droit de penser qu'une telle rébellion est encore bien moins envisageable pour une fille vivant dans un monde où les mariages précoces et forcés sont courants. La plupart des informations disponibles sur les cas de violence sont anecdotiques, consistant en interviews de filles victimes de traumatismes à la suite du mariage. Toutefois, selon des données collectées par les EDS en Egypte, 29% des adolescentes mariées ont été battues par leur mari (ou par leur mari et d'autres) et

parmi celles-ci 41% alors qu'elles étaient enceintes [69]. Une étude menée en Jordanie, publiée en 2000, a révélé que dans 26% des cas signalés de violence domestique, les victimes étaient des épouses de moins de 18 ans [70]. Certaines filles sont désespérées au point de s'enfuir [71]. Ces dernières, ainsi que celles qui se marient contre le désir de leurs parents, peuvent être châtiées ou même tuées par leur famille, victimes de crimes dits 'd'honneur', comme cela se produit au Bangladesh, en Égypte, en Jordanie, au Liban, au Pakistan, en Turquie et ailleurs [72]. Il n'est pas rare que le mariage précoce, souvent suivi de séparation ou de divorce, conduise à l'abandon de l'épouse [73]. Le comportement violent du conjoint, y compris des rapports sexuels forcés, joue un rôle majeur dans les mariages brisés. À Java, on a constaté que le risque de divorce est trois fois plus élevé pour les filles précocement mariées que pour celles mariées plus tard [74]. Selon une étude menée à Calcutta, la violence sexuelle au sein du mariage est beaucoup plus susceptible de conduire à la séparation que la violence uniquement physique [75]. Une femme divorcée ou abandonnée est souvent condamnée à la pauvreté, car elle est généralement seule à assumer l'entretien de ses enfants. Si elle s'est mariée jeune et manque d'éducation et de compétences monnayables, elle peut tomber dans une profonde misère. Des études portant sur les mères jeunes en Amérique latine et aux Caraïbes ont constaté que celles-ci sont davantage susceptibles d'être désavantagées au cours de l'existence ; au Mexique, elles risquent six fois plus de subir la pauvreté que celles devenues mères plus tard [76]. Ainsi le mariage précoce contribue-t-il à la 'féminisation de la pauvreté' avec ce que cela comporte de conséquences pour les enfants.

3.5 Stratégies de lutte contre les mariages précoces

3.5.1 Stratégies Internationales

Une série de mesures politiques et programmatiques sont nécessaires pour lutter contre le mariage précoce et ses conséquences. Des mesures pour que soient respectés ou rétablis les droits de celles qui sont déjà mariées devraient aller de pair avec des mesures préventives visant plus généralement la société. Dans les deux cas, l'objectif devrait être d'informer les parents et les jeunes gens couramment impliqués dans la pratique du mariage précoce, afin qu'ils soient conscients de ses conséquences réelles et armés pour s'y opposer. Le rôle des institutions gouvernementales et de la société civile est de développer et d'appliquer des systèmes aptes à prévenir ou à décourager la pratique. Si les principaux acteurs du changement, au service des directs intéressés, agissent au niveau des ménages et des communautés, il est essentiel que les décideurs nationaux et internationaux et les défenseurs des droits interviennent pour modifier le climat politique et les programmes. Le programme d'action global doit réunir un grand nombre d'acteurs divers, parmi lesquels les adolescents eux-mêmes, les adultes, les notables, les politiciens, les décideurs, les universitaires et les chercheurs, les juristes, les médias, et les organes non gouvernementaux et intergouvernementaux nationaux et internationaux.

Si les mesures préventives sont essentielles, il faut également tout mettre en œuvre pour que les interventions qui suivent bénéficient aux filles mariées comme à celles non mariées. L'assistance en matière de bien-être physique Celle-ci doit avant tout garantir la santé sexuelle et génésique et s'assurer pour commencer que garçons et filles soient informés en ce qui concerne les rapports sexuels, la procréation et les risques encourus à un âge immature. C'est par l'information et non par 'l'ignorance et le mariage précoce' que l'on doit assurer la protection sexuelle des enfants. L'idée de dispenser des cours d'éducation sexuelle aux adolescents – garçons et filles – et de leur ouvrir l'accès aux services de santé

généraliste a souvent soulevé des résistances. Dans un certain nombre de cultures africaines et asiatiques, le sexe est un sujet de discussion à éviter, quand il n'est pas carrément tabou, et on craint que l'éducation sexuelle favorise les rapports sexuels et les grossesses précoces. Le travail d'ONUSIDA a démontré que de telles craintes sont sans fondement, et que l'éducation sexuelle ne conduit pas à la licence. Il faut néanmoins du temps pour vaincre ces préjugés. Il a été prouvé que passer le sexe sous silence n'empêche pas les grossesses adolescentes dans des pays où les systèmes de protection sexuelle à l'ancienne s'effondrent et où le VIH menace sérieusement la vie des filles. Plus de la moitié des nouvelles infections de VIH affectent des jeunes entre 15 et 24 ans, et deux fois plus de filles que de garçons [75]. Davantage de pays sont maintenant désireux d'inclure l'éducation sexuelle et familiale dans les programmes scolaires afin de lutter contre le VIH ; ce consensus croissant doit être consolidé, comme il l'est dans le cadre de programmes spécifiques pour la jeunesse. Toutefois, en ce qui concerne la vulnérabilité des adolescents au VIH, l'attention s'est concentrée sur ceux qui fréquentent l'école ou sont exposés à une activité sexuelle à risque. Inmanquablement, cela exclut les filles mariées. Pourtant, elles aussi, sont vulnérables et ont besoin de systèmes d'autoprotection lorsqu'elles craignent que leur mari soit atteint du VIH ou risque de l'être. À la différence de la plupart des filles de leur âge non mariées, elles sont constamment exposées à des rapports sexuels et donc davantage vulnérables aux MST [76]. Il est donc urgent de changer d'attitude et d'approche à l'égard de l'assistance sanitaire aux adolescents et de mettre en place des services accessibles aux jeunes des deux sexes, mariés et non. Les connaissances élémentaires pour vivre une sexualité sûre et savoir traiter avec un partenaire doivent être dispensées dans les salles de classe et les clubs de jeunes ainsi que par des brochures et des programmes radiophoniques. L'expérience du Service info-santé-jeunes de Nuguru à Kampala, en Ouganda, a révélé la soif de savoir des jeunes pour tout ce qui touche à la sexualité [77]. Dans de nombreux pays en développement, le manque de ressources empêche l'accès

aux consultations en matière de contraception et de santé génésique. Cette situation est parfois aggravée par des convictions religieuses opposées aux méthodes artificielles de contrôle des naissances. Il en résulte que beaucoup d'adolescents, mariés et non, ne savent où et à qui demander assistance pour les questions sexuelles. Il y a souvent peu de services de ce type, notamment dans les zones rurales reculées. Pour les plus pauvres qui manquent de l'argent nécessaire au voyage et à la consultation elle-même, ces services sont pratiquement hors d'atteinte. Dans certains cas, le dispensaire prénatal est le seul endroit où une jeune femme peut obtenir une consultation génésique, mais uniquement si elle est enceinte. La contraception peut être refusée à une femme mariée tant qu'elle n'a pas eu d'enfant. Il existe un besoin urgent de services sanitaires 'amis des jeunes', car les adolescents n'iront sûrement pas demander de l'aide en matière sexuelle à des services indifférents à leurs exigences et inquiétudes. Chaque année, quinze (15) millions d'enfants naissent de mères âgées de 15 à 19 ans [78], dont la plupart accouchent sans avoir fréquenté un dispensaire prénatal ni reçu l'aide d'une sage-femme qualifiée. Il est essentiel d'élaborer des programmes qui fournissent aux filles, mariées ou non, des conseils et des services de santé génésique, ce qui constitue un défi, notamment dans les zones rurales reculées où ont lieu la plupart des mariages précoces. L'éducation pour l'autonomisation et le développement intellectuel La clé du progrès des filles est l'éducation et l'apprentissage. Il est important, pour des raisons personnelles et familiales, mais aussi sociales et économiques – dont fait partie le report du mariage – de convaincre les parents de maintenir leurs filles à l'école et de leur garantir l'éducation de base à laquelle elles ont droit. Au Sri Lanka comme au Kerala en Inde voisine, l'âge du premier mariage est relativement élevé. Ces deux États ont un autre point commun qui explique ce phénomène : ils ont tous deux accordé une forte priorité à l'éducation des deux sexes. Cela a changé, pour les hommes et les femmes, le mode de perception de leurs rôles et de leurs possibilités, et conduit à une reconnaissance des droits des femmes plus grande que dans beaucoup d'autres parties de cette

région. Lorsque les filles ont été privées de l'enseignement régulier, des programmes non traditionnels peuvent les aider à rattraper le développement intellectuel et individuel apporté par la scolarisation. Ces programmes peuvent avoir un impact direct sur le mariage précoce ; l'un deux, réalisé en 1990 dans le district de Samburu au Kenya, a amené une diminution des mariages précoces et a aidé les femmes à se faire entendre [79]. Alors qu'il y a eu récemment un courant pour accroître la participation des filles à l'éducation de base, la disparité majeure entre les genres se trouve au niveau secondaire. Dans l'ensemble des pays en développement, à l'exception de l'Amérique latine et des Philippines, les taux de scolarisation secondaire sont plus élevés pour les garçons. C'est en Afrique subsaharienne que la baisse des inscriptions et de la fréquentation scolaire après 12 ou 13 ans se fait le plus sentir. En Tanzanie, par exemple, les effectifs, à 12 ou 13 ans, sont les mêmes pour les filles et les garçons, alors qu'à 16 ou 17 ans, la proportion de filles scolarisées n'est que 71% de celle des garçons [80].

Pour éliminer la disparité des genres au niveau de l'éducation, on a essayé, entre autres, de penser davantage les écoles en fonction des filles : par exemple en les construisant près des communautés pour apaiser les craintes des parents ; en employant davantage de professeurs femmes ; en améliorant la pertinence des programmes et la qualité de l'enseignement ; en établissant des emplois du temps flexibles qui permettent aux filles de s'acquitter de leurs responsabilités domestiques ; en installant des services de crèche et de garderie dans les établissements scolaires ; en instaurant des sanctions pour les enseignants qui séduiraient les écolières ; et en séparant les toilettes des filles et des garçons. Parmi les stratégies visant à promouvoir l'éducation des filles, citons encore les allocations en espèces pour inciter les parents à maintenir leurs filles à l'école, l'expansion de l'enseignement non traditionnel pour celles ayant quitté l'école, la participation des communautés à l'administration scolaire et les campagnes d'information sur l'importance de l'éducation des filles. De tels efforts peuvent balayer avec une facilité surprenante les résistances concernant l'éducation des

filles, même dans des sociétés fortement traditionnelles. Dans la province pakistanaise du Balûchistân, où le taux d’alphabétisation des femmes n’est que de 4%, 14.000 filles sont inscrites dans 300 nouvelles écoles villageoises et une unité mobile de formation prépare à l’enseignement, sur place, des femmes ayant 8 ou 9 ans d’études, de sorte que les filles et leurs nouveaux professeurs femmes ne doivent pas quitter leurs villages [81]. Cet exemple illustre une condition préalable essentielle pour réussir : une approche adaptée aux impératifs sociaux, économiques, géographiques et culturels. Aussi bien les écoles que les programmes non traditionnels mettent de plus en plus l’accent sur l’apprentissage de la vie’ pour enseigner aux filles et aux garçons à gérer les relations personnelles. Ces programmes visent à fournir aux jeunes les connaissances dont ils ont besoin pour affronter un monde où sont apparus des tentations et des risques nouveaux – alcool, drogues, mœurs sexuelles plus libres – ainsi que beaucoup plus instables politiquement et économiquement que par le passé. L’autonomisation des jeunes est au centre de l’approche de l’apprentissage de la vie. Au Bangladesh, des ONG travaillant avec des jeunes scolarisés et non scolarisés incluent dans leur enseignement les droits des adolescents, ainsi que la santé génésique, le mariage précoce, la dot, le divorce, l’enregistrement des mariages et la procédure de divorce [82]. Un programme innovateur réalisé par le Centre for Mass Education in Science (CMES) dispense aux filles un enseignement d’initiation à la vie pour leur permettre de récupérer leur adolescence perdue. Une fois diplômées, elles sont encouragées à assister à des réunions, à développer des aptitudes à diriger, et à éviter le mariage au moins jusqu’à 19 ans. Comme le soutien des hommes est important, garçons et maris ont été invités à participer à des groupes de solidarité au sein d’un programme commun. Assistance psychologique et secours d’urgence Bien souvent, la seule option pour les filles et les femmes soumises à des tensions conjugales extrêmes est la fuite. Dans des pays comme le Bangladesh, l’Ethiopie, l’Inde et le Kenya, de nombreuses fugitives finissent dans des communautés urbaines pauvres, y

compris des communautés de prostituées. Certaines ONG locales qui travaillent dans ce domaine ont commencé à assister ces filles et ces femmes, mais leur action est généralement circonscrite aux villes et aux agglomérations urbaines. Les filles qui fuient un mariage malheureux ont besoin de secours d'urgence, ainsi que celles qui s'enfuient de chez leurs parents quand ceux-ci veulent les marier de force ou les punir d'avoir choisi un partenaire sans leur permission. Au Kenya, par exemple, une entrepreneuse aide ces filles à trouver refuge dans le pensionnat qu'elle a créé dans la ville de Kajiado. Leur sauvetage est souvent organisé avec le concours de mères qui acceptent de braver l'interdiction de les aider [83]. Les associations locales et féminines fournissent la meilleure assistance, mais elles manquent souvent de l'appui des institutions traditionnelles, disposent de peu de fonds, et doivent parfois agir en secret, accusées de miner les valeurs culturelles [84]. Tandis que les femmes et les filles victimes de violence et d'abus dans les pays industrialisés peuvent avoir accès à des centres d'accueil, des consultations et autres formes d'assistance, de tels services sont rares dans des pays comme l'Éthiopie, le Bangladesh ou le Pakistan. Il existe néanmoins dans le monde en développement quelques organisations qui accueillent et conseillent les femmes ayant fui un mari violent. Au Zimbabwe, par exemple, l'ONG Musasa fournit des conseils, un hébergement temporaire, une assistance en matière d'emploi, et aide les femmes à devenir indépendantes [85]. De nombreuses épouses, bien sûr, ne s'enfuient pas. Mais ces filles et ces jeunes femmes peuvent bénéficier des conseils de leurs compagnes, de l'expérience des associations féminines locales, etc. L'amélioration du statut économique Le mariage précoce est étroitement associé à la pauvreté et y contribue. Certaines interventions en faveur des adolescentes ont mis l'accent sur l'amélioration de leur situation économique de façon à ce qu'elles obtiennent un statut plus élevé et davantage de contrôle sur leur existence, y compris sur leur choix matrimonial. Ces approches peuvent englober l'apprentissage de compétences professionnelles, l'assistance en matière d'emploi, et la garantie que le mariage ne soit pas une condition

préalable pour bénéficier d'opérations comme les programmes de microcrédit et d'épargne. Au Bangladesh, l'entrée des jeunes femmes dans l'industrie d'exportation du vêtement a considérablement augmenté leur prestige aux yeux de leurs familles et de leurs maris en puissance. Même si cela représente de longues journées de travail dans des conditions difficiles, la plupart des ouvrières du vêtement peuvent, grâce à leur rémunération, négocier une certaine autonomie auprès de leur famille en attendant de se marier le moment venu. Par la suite, l'expérience de l'autonomie financière leur donne plus d'assurance en tant qu'épouses [86]. Un programme établi en Egypte pour les filles de la communauté de la décharge publique de Maqattam aux portes du Caire, a développé leur capacité de gain tout en les aidant à résister au mariage précoce. Des projets de fabrication de carpettes, de recyclage du papier et de travaux de broderie leur permettent d'échapper au triage des ordures et d'acquérir des compétences, des revenus et l'estime de soi. Pour encourager le mariage retardé et consensuel, une somme de 500 livres égyptiennes (US \$ 132,45) est offerte à chaque fille qui repousse le mariage jusqu'à 18 ans, et se marie de plein gré [87]. D'un point de vue social plus vaste, l'accroissement du revenu familial contribue à la baisse du mariage précoce. Un niveau de vie plus élevé libère des ressources pour l'éducation des filles et permet de moins dépendre de leur travail. La promotion d'emplois non asservissants pour les femmes favorise également l'éducation des filles et le report du mariage. Le développement de structures locales gérant des services de base tels que la santé contribue à éroder les pratiques traditionnelles relatives aux femmes. Au Niger, par exemple, de telles structures ont été utilisées pour des campagnes contre les MGF (Mutilations Génitales Féminines) et le mariage précoce. Chaque année, environ 40 millions de naissances (soit un tiers du chiffre mondial) ne sont pas enregistrées [88]. Sans certificat de naissance, un enfant ne peut se défendre contre la violation de droits en relation avec l'âge. Dans les pays où la loi sur l'âge minimum du mariage est méconnue, la carence des systèmes d'enregistrement des naissances renforce le mariage précoce. De même,

des milliers de mariages ne sont pas enregistrés, privant ainsi les femmes de leurs droits matrimoniaux, y compris de leurs droits de propriété. Il faut, avec l'aide des structures locales et des chefs religieux, développer des programmes de promotion de l'enregistrement des naissances et des mariages. Dans certaines parties de l'Indonésie, par exemple, l'enregistrement est subordonné à la preuve que le mariage n'est ni forcé ni polygame, et à la fréquentation d'un cours sur la procréation [89]. L'action des gouvernements est nécessaire pour revoir le droit coutumier et civil à la lumière des normes matrimoniales internationalement reconnues en matière de droits humains. Il faudrait, par exemple, abolir les lois restrictives concernant l'accès des adolescents à des services tels que ceux de santé génésique. Les lois existantes devraient être appliquées, et une culture de respect des droits devrait être encouragée en dispensant une formation appropriée aux magistrats, aux législateurs et à la police. Au niveau international, les comités de la CEDEF (Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes) et de la CDE (Convention relative aux Droits de l'Enfant) devraient continuer à mettre l'accent sur l'âge du mariage et sur le consentement, et insister pour que les lois interdisant le mariage précoce soient appliquées. Le mariage précoce devrait également être inscrit au programme du travail de suivi de la quatrième conférence mondiale sur les femmes tenues à Beijing en 1995, de la Session spéciale des Nations Unies sur les femmes (Beijing+5) de 2000, et des propositions internationales d'action juridique pour prévenir la violence contre les femmes. Des mesures relatives au mariage précoce pourraient être incluses dans les plans d'action nationaux de suivi des engagements pris lors des nombreuses conférences mondiales des années 90. Les engagements Le mariage est considéré comme une question privée, voire sensible. Dans de nombreuses sociétés d'Asie et d'Afrique, il a été longtemps impensable de parler de rapports sexuels même entre mari et femme. Toutefois, le changement des styles de vie et l'épidémie de VIH ont commencé à éroder ces tabous. Les adolescents réclament le droit d'être informés et de parler de sujets intimes. Créer un contexte dans lequel on puisse

aborder de tels sujets, notamment au sein des sociétés rurales et des groupes ethniques où le mariage précoce est courant, est une condition préalable indispensable pour hâter sa disparition. L'engagement est nécessaire à tous les niveaux de la société, mais en particulier au niveau familial et communautaire, pour influencer les comportements. Il faut convaincre les chefs religieux et les notables des avantages que le report du mariage comporte pour les femmes, les maris, les familles et les communautés, et enrôler les personnes qui font figure de modèles ainsi que les employés gouvernementaux. Une enquête menée par le groupe de travail britannique sur le mariage forcé, par exemple, a établi que l'une des motivations principales des parents qui contraignent leur fille au mariage était de consolider les familles et de protéger leurs cultures. En fait, on a constaté que c'est souvent le contraire qui se produit : les familles éclatent et les enfants se retournent contre leur milieu culturel [90]. Des campagnes publiques d'éducation doivent être relancées dans les écoles et les services sanitaires. Il faudrait privilégier la protection et l'assistance durant la période de l'adolescence, notamment en maintenant les filles à l'école. Les gouvernements devraient être encouragés à créer un climat politique propice au report du mariage, par l'octroi de bourses, la réforme juridique, et des politiques et des programmes en faveur des femmes. Des initiatives pour accroître la participation des femmes et des filles à la vie communautaire et publique et leur donner l'égalité des chances en matière de formation et d'emploi, renforcent leur position et diminuent donc la probabilité du mariage précoce.

Les campagnes nationales de soutien peuvent prendre diverses formes :

- Réclamer l'élévation de l'âge légal du mariage, ou – plus important encore, la garantie que soit respecté l'âge légal du mariage, en s'appuyant sur les recommandations faites à la Session spéciale des Nations Unies sur les femmes ;

- Promouvoir un système efficace d'enregistrement des naissances, des mariages et des décès ;
- Organiser des enquêtes à petite échelle sur les implications du mariage précoce, et publier les résultats ;
- Utiliser les journées nationales et internationales des femmes pour sensibiliser l'opinion, en mobilisant les réseaux féminins, les faiseurs d'opinion au niveau national, les hommes politiques et les dirigeants des communautés ;
- Collaborer avec les médias et autres circuits de communication pour attirer l'attention sur les droits des femmes, entre autres à l'égalité, à l'accès à l'éducation, et à être affranchies de toute exploitation et discrimination ;
- Collaborer avec les hommes pour encourager un changement des comportements. Les organisations internationales, tant les organisations intergouvernementales que les ONG (Organisation Non Gouvernementale), peuvent soutenir et soutiennent ces programmes sur le plan financier et technique dans les différents domaines spécifiques. Mais ces initiatives, encore relativement rares, doivent être multipliées. Les organes officiels de la CDE et de la CEDEF devraient surveiller systématiquement le mariage précoce, de sorte que les organisations qui utilisent ces traités comme références pour leurs programmes et leurs politiques, puissent tirer parti de leurs observations pour soutenir les changements de politiques et renforcer leurs programmes. Cependant, l'expérience acquise dans le cadre d'initiatives portant sur d'autres questions délicates, comme les MGF, nous enseigne que c'est au niveau local que l'on peut être le plus efficace. L'action internationale est surtout utile pour coordonner, comparer et associer les activités nationales, ainsi que pour établir des réseaux. L'assistance extérieure doit de préférence s'inscrire dans le cadre des activités locales, et il est important de ne pas froisser les susceptibilités. L'engagement maladroit de personnes

extérieures, aux conceptions et aux mœurs différentes, même si ce sont des compatriotes, peut être contre-productif.

3.5.2. Stratégies nationales

« L'Initiative conjointe de prévention et d'atténuation des effets du mariage précoce forcé dans les zones à fortes prévalences au Bénin et au Mali » était conçue par CARE (CARE Mali, CARE Bénin/Togo et CARE Canada) pour une durée de deux ans et demi (du 27 mars 2015 au 30 septembre 2017) et financée par les Affaires Mondiales Canada (AMC) [90].

Le montant total de cette initiative est de 1,299,142 \$ CAD (Chiffres d'Affaire Dédié) pour le Mali. Connue sur le terrain comme « TEMPS - Travaillons Ensemble contre les Mariages Précoces », elle intervient au Bénin et au Mali. Au Mali, l'initiative était mise en œuvre dans huit (8) communes des régions de Mopti et Tombouctou. L'objectif global visé par l'initiative est de contribuer au renforcement de la prévention et de l'atténuation des effets du mariage précoce/forcé des jeunes filles au Bénin et au Mali dans les zones à fortes prévalences. De façon spécifique, les objectifs de cette initiative sont les suivants :

- La mobilisation autour de la prise de conscience des gardiens de la tradition, des hommes et des femmes sur les mariages précoces forcés, laquelle sera renforcée par des stratégies et approches innovantes en vue d'assurer une transformation sociale positive dans les zones cibles [90].
- Le dispositif de prise en charge et de réhabilitation des survivantes de mariages précoces forcés, d'application de la loi anti-VBG et l'accompagnement des filles victimes de mariages forcés est améliorée à travers leur scolarisation ou d'une formation socio-professionnelle [90].
- Les organisations de la société civile (OSC) encadrées sont engagées dans la lutte contre le mariage précoce à travers le plaidoyer pour l'application des textes et lois qui garantissent les droits de la jeune fille. Pour atteindre

ces objectifs, au Mali, l'initiative a réalisé : 50 séances de dialogues communautaires aux cours desquels 2724 personnes (955 femmes, 908 hommes, 582 filles, 279 garçons) ont été touchées sur une prévision globale 1500 (500 femmes, 400 filles, 600 hommes). En plus des dialogues communautaires, 128 séances de fora ont été réalisés sur une prévision globale de 50 fora. En matière de renforcement de capacités des communautés, 1060 mobilisateurs communautaires (457 femmes et 603 hommes) sur une prévision de 1000 ont été formés et/ou recyclés pour influencer les normes sociales et promouvoir une masculinité saine au sein de la communauté.

Les mobilisateurs communautaires formés et/ou recyclés ont élaboré 81 plans d'action communautaires dont la mise en œuvre a abouti à la mise en place de 07 comités de prévention et de lutte contre les mariages précoces dans différents villages des zones d'intervention du projet. Grâce à l'implication de ces mobilisateurs communautaires dans la prévention et la lutte contre le mariage des enfants, plusieurs mariages ont été retardés et d'autres mariages précoces ont été annulés dans les zones d'intervention du projet. Afin de permettre aux communautés de s'inspirer des bonnes pratiques en matière de prévention et de lutte contre les mariages précoces dans les zones d'intervention du projet, huit (08) visites d'échanges d'expériences sur (8) prévu ont été organisées entre les différents acteurs pour leur permettre d'échanger les bonnes pratiques de prévention et de lutte contre le mariage précoce [90].

Ces visites d'échanges ont eu lieu dans l'ensemble des communes d'intervention du projet.

METHODOLOGIE

4. METHODOLOGIE

4.1 Cadre d'étude :

L'étude a été déroulée dans le Centre de Santé de Référence (CSRef) de la Commune III du district sanitaire de Bamako.

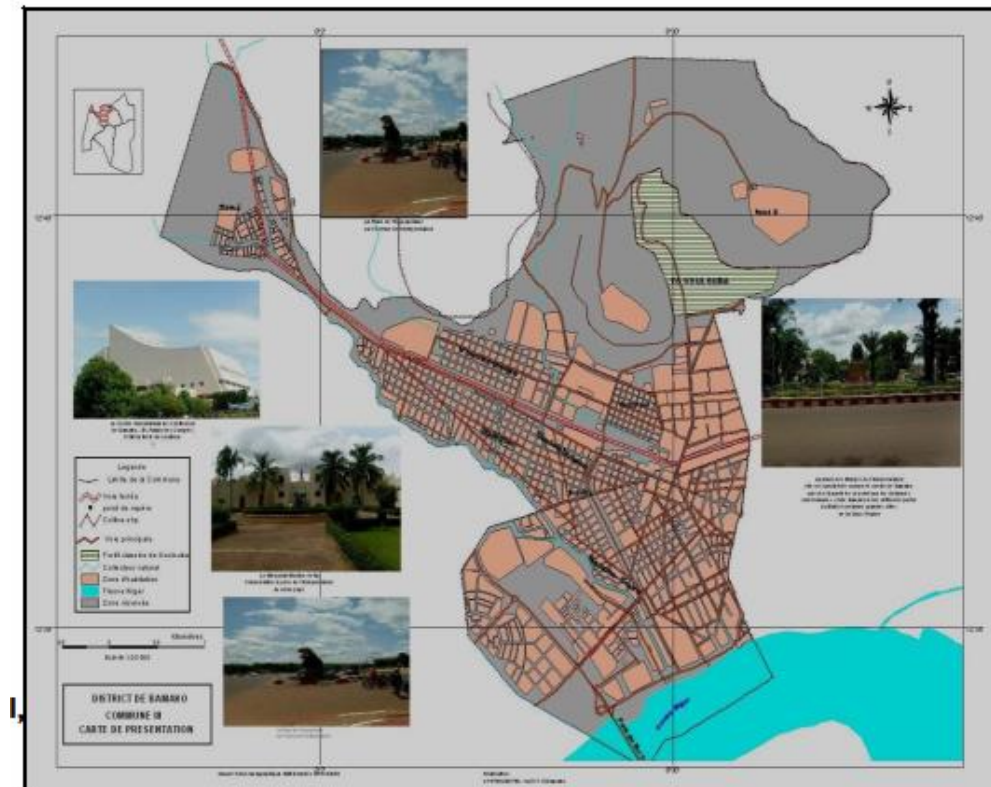


Figure 2 : Carte Sanitaire de la Commune III

4.1.2 Présentation du CSRef de la commune III

Le centre de santé de référence de la commune III comporte plusieurs services :

- L'administration ;
- La pharmacie ;
- Le service d'oto-rhino-laryngologie (ORL) ;
- Le service d'ophtalmologie ;
- Le service d'odonto-stomatologie ;
- Le service de médecine générale ;
- Le service de Gastro-entérologie ;

- Le service d'urologie ;
- Service de traumatologie ;
- Le service de cardiologie ;
- Le service de dermatologie ;
- Le service de diabétologie-Endocrinologie ;
- Le service social ;
- Le service de pédiatrie et néonatalogie ;
- Le service de rhumatologie ;
- Pneumologie ;
- Neurologie ;
- Unité COVID19
- Le service de chirurgie générale ;
- L'unité d'imagerie médicale ;
- Le laboratoire d'analyses médicales ;
- La brigade d'hygiène et d'assainissement ;
- L'USAC (L'Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseils) ;
- Le service d'anesthésie réanimation
- La morgue.

4.2 Type et période d'étude

Nous avons réalisé une étude transversale sur une période de deux mois allant du 1^{er} Septembre au 30 octobre 2023.

4.3 Population d'étude

Elle était constituée de l'ensemble des agents socio-sanitaires et des usagers du CSRef CIII du district de Bamako

4.4 Echantillonnage

4.4.1 Taille de l'échantillon :

Nous avons effectué un échantillonnage exhaustif de tous les agents socio sanitaires et usagés du CSRef de la commune III pendant la période d'étude.

La taille minimale de l'échantillonnage a été calculée par la formule de Schwartz suivante : $n = z^2 p q / i^2$

n : taille de l'échantillon requis

z : écart réduit (1,96), correspond au risque d'erreur alpha (erreur de première espèce)

P : fréquence de résultat = 0,5 pour maximiser la taille de l'échantillon

Q : 1-P d'où $1 - 0,5 = 0,5$; $Q = 0,5$

$n = ((1,96)^2 * 0,56 * 0,44) / (0,05)^2 = 384$

Avec la formule nous avons obtenu $n = 384$

4.4.2 Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude :

- Tous les agents socio sanitaires du CSRef de la commune III qui ont accepté de répondre à notre questionnaire.
- Tous les usagers du CSRef de la commune III qui ont accepté de répondre à notre questionnaire.

4.4.3 Critères de non-inclusion

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- Tous les agents socio sanitaires et tous les usagers du CSRef de la commune III qui n'étaient pas présents pendant la période de l'étude
- Tous les agents socio sanitaires et tous les usagers du CSRef de la commune III qui ont refusés de participer à l'étude.

4.5 Variables et support de collecte des données

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire anonyme semi-structuré développé sur le logiciel SPSS 22.0. Les données ont été saisies sur une tablette et le consentement oral des participants a été obtenu.

Les variables suivantes ont été collectées :

Tableau I : Tableau des variables étudiés

Variables	
Quantitatives	Qualitatives
Âge	Statut matrimoniale
Sexe	Niveau d'instruction
Age officiel de mariage	Religion
Age la jeune fille pouvant se mariée	Résidence
	Profession
	Ethnie
	Responsable du mariage dans la famille
	Conséquences des mariages précoces sur la santé
	Raisons des mariages précoces
	Participation à un mariage précoce
	Recommandations pour la prévention du mariage précoce

4.6 Saisies et Analyse des données :

Les données ont été saisies sur Microsoft office Excel 2016 et analysées sur le logiciel SPSS version 26.0. Nos résultats ont été descriptive et analytique.

Nous-avons utilisé le Test exact de Fisher pour identifier les facteurs associés au niveau de connaissance, de pratique vis-à-vis du mariage précoce. Le seuil de significativité sera inférieur à 5%. Le logiciel d'analyse de données *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS 26.0) a été utilisé pour l'analyse des données.

4.7 Considérations éthiques

La prise en compte des considérations éthiques lors d'une recherche est fondamentale pour garantir la qualité et la fiabilité des données à collecter. Dans le cadre de cette enquête de base, les précautions ont été prises pour assurer la

qualité des données en donnant une explication claire aux enquêtés sur les objectifs de l'enquête, le traitement et l'utilisation des données en toute discrétion.

RESULTATS

5. RESULTATS

5.1 Résultat global

Nous avons interrogé 132 membres du personnel et 268 usagers sur le mariage précoce

5.2 Caractéristiques socio-démographiques du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III en 2023

Tableau I : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon la tranche d'âge en 2023

Tranche d'âge	Personnel		Usager		Total
	N	%	N	%	
Moins de 19 ans	0	0,0	22	8,21	22 (5,5%)
20 à 30 ans	64	48,48	92	34,33	156 (39%)
30 à 40 ans	34	25,75	66	24,63	100 (25%)
Plus de 40 ans	34	25,75	88	32,84	122 (30,5%)
Total	132	100,0	268	100,0	400 (100,0%)

L'âge moyen du personnel 35,56 +/- 10,77 ans et l'âge moyen des usagers a été de 37,11 +/- 14,03 ans.

La tranche d'âge de 20 à 30 ans a été majoritairement représentée à 39,0% (156/400)

Tableau II : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon le sexe en 2023

Sexe	Personnel		Usager		Total
	N	%	N	%	
Féminin	56	42,42	120	44,77	176 (44%)
Masculin	76	57,58	148	55,23	224 (56%)
Total	132	100,0	268	100,0	400 (100,0%)

Nous avons obtenu plus d'homme parmi les enquêtés avec respectivement 57,56% et 55,23%.

Tableau III : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon le statut matrimonial en 2023

Statut matrimonial	Personnel		Usager		Total
	N	%	N	%	
Célibataire	42	31,82	66	24,63	108 (27,00%)
Marié	80	60,60	194	72,39	274 (68,50%)
Divorcé	10	7,58	8	2,99	18 (4,50%)
Total	132	100,0	268	100,0	400 (100,0%)

Les mariés ont représenté 68,5% (274/400) des cas. Chez le personnel nous avons obtenu 60,60% alors que chez les usagers nous avons obtenu 72,39% des cas.

Tableau IV : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon le niveau d'étude en 2023

Niveau d'étude	Personnel		Usager		Total
	N	%	N	%	
Non scolarisés	0	0,0	58	21,64	58 (14,50%)
Primaire	0	0,0	34	12,69	34 (8,50%)
Secondaire	16	12,12	86	32,09	102 (25,50%)
Supérieur	116	87,88	90	33,58	206 (51,50%)
Total	132	100,0	268	100,0	400 (100,0%)

Le niveau d'étude supérieure à prédominé dans 51,50% (206/400) des cas. Nous avons également observé cela chez le personnel avec une fréquence de 87,88% contrairement aux usagers chez qui nous avons obtenu 33,58% des cas.

Tableau V : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon la profession en 2023

Profession	Personnel		Usager		Total
	N	%	N	%	
Chauffeurs	0	0,0	14	5,22	14 (3,50%)
Commerçant(e)	0	0,0	80	29,85	80 (20,00%)
Etudiant	48	24,24	14	5,22	62 (15,50%)
Sans emploi	0	12,12	54	20,15	62 (15,50%)
Infirmier	44	33,33	2	0,75	46 (11,50%)
Médecin	16	12,12	4	1,50	20 (5,00%)
Ménagère	0	1,52	38	14,18	38 (10,00%)
Sage-femme	18	12,12	0	0,0	18 (4,50%)
Menuiser	0	4,55	62	23,13	62 (17,00%)
Total	132	100,0	268	100,0	400 (100,0%)

Les commerçants ont représenté 20,0% (80/400) des cas. Chez le personnel par contre, la profession majoritaire était les infirmiers avec 33,33% des cas contrairement aux usagers chez qui la profession des commerçants à obtenue 29,85% des cas.

**Tableau VI Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef
de la Commune III selon la religion en 2023**

Religion	Personnel		Usager		Total
	N	%	N	%	
Chrétien	4	3,03	14	5,22	18(4,50%)
Musulman	128	96,97	254	94,78	382(95,50%)
Total	132	100,0	268	100,0	400(100,0%)

La religion musulmane a été majoritaire à 95,5% (382/400). Notamment chez le personnel ou la représentation était de 96,97% contrairement aux usagers ou elle représentait de 94,78% des cas.

Tableau VII : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon l'éthnie en 2023

Ethnie	Personnel		Usager		Total
	N	%	N	%	
Bambara	52	39,39	82	30,60	134(33,50%)
Boua	8	6,06	6	2,24	14(3,50%)
Dogon	6	4,55	10	3,73	16(4,00%)
Malinke	14	10,61	52	19,40	66(16,50%)
Maraka	8	6,06	22	8,21	30(7,50%)
Peulh	10	7,58	32	11,94	42(10,50%)
Sarakole	18	13,64	18	6,72	36(9,00%)
Senoufou	8	6,06	12	4,48	20(5,00%)
Sonrhai	8	6,06	14	5,22	22(5,50%)
Autre	0	0	20	7,46	20(5,00%)
Total	132	100,0	268	100,0	400(100,0%)

L'éthnie Bambara a été dominante avec 33,5%(134/400). Chez le personnel sa représentation était de 39,39% des cas par rapport à l'usage chez qui nous avons obtenus 30,60% des cas.

5.3 Connaissances du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III sur le mariage précoce

Tableau VIII : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon la connaissance sur le mariage précoce en 2023

Connaissance sur le mariage précoce	Personnel		Usager		Total
	N	%	N	%	
Non	6	4,55	68	25,37	74 (18,50%)
Oui	126	95,45	200	74,63	326 (81,50%)
Total	132	100,0	268	100,0	400 (100,0%)

La quasi-totalité des enquêtés ont eu une connaissance sur le mariage précoce, soit 81,5% (326/400). Pour le personnel 95,45% des cas avaient connaissance du mariage précoce par rapport à l'utilisateur ou 74,63% des cas en avait connaissance

Tableau IX : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon l'estimation de l'âge du mariage précoce en 2023

Age du mariage	Personnel		Usager		Total
	N	%	N	%	
< 15 ans	20	15,15	120	44,78	140 (35,00%)
< 16 ans	28	21,21	34	12,69	62 (15,50%)
< 17 ans	4	3,03	22	8,21	26 (6,50%)
<18 ans	80	60,6	92	34,33	172 (43,00%)
Total	132	100,0	268	100,0	400 (100,0%)

Test exact de Fisher=46,384 ddl=3 p=0,000

Environ 43% des enquêtes ont affirmé que l'âge du mariage précoce était inférieur à 18 ans. Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre le type d'enquêté et l'âge du mariage précoce (p=0,000)

Tableau X : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon l'âge officiel du mariage au Mali en 2023

Age officiel du mariage au Mali selon les enquêtés	Personnel		Usager		Total
	N	%	N	%	
Plus de 18 ans	122	92,42	190	70,89	312 (78,00%)
Entre 15 et 18 ans	6	4,55	24	8,95	30 (7,50%)
15 ans	0	0,00	12	4,48	12 (3,00%)
Ne sait pas	4	3,03	42	15,67	46 (11,50%)
Total	132	100,0	268	100,0	400 (100,0%)

Test exact de Fisher= 29,511 ddl=3 p=0,000

Près de 78% (312/400) des enquêtés ont affirmé que l'âge officiel du mariage au Mali était de plus de 18 ans. Chez le personnel l'avis était le même avec une prévalence de 92,42% par rapport aux usagers avec une prévalence de 70,89%.

5.4 Attitudes et pratiques

Tableau X : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon l'avis sur la possibilité d'éviter le mariage précoce

Possibilité d'éviter le mariage précoce	Personnel		Usager		Total
	N	%	N	%	
Non Impossible	32	24,24	68	25,37	100 (25,00%)
Oui Possible	100	75,76	200	74,63	300 (75,00%)
Total	132	100,0	268	100,0	400 (100,0%)

Environ 75% (100/400) des enquêtés pense qu'il est possible d'éviter le mariage précoce. Chez le personnel 75,76% de l'étude ont la même opinion contrairement aux usagers chez qui 74,63% des cas pense également la même chose.

Tableau XII : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon la proposition des moyens pour éviter le mariage précoce en 2023

Moyens proposés pour éviter le mariage précoce	Personnel		Usager		Total
	N	%	N	%	
Sensibilisation	120	98,36	70	89,74	290 (96,67%)
Condamnation de la pratique	0	0,00	4	5,13	4 (1,33%)
Aucun moyen	2	1,64	2	2,57	4 (1,33%)
En écrivant une loi dans la constitution pour l'interdire	0	0,00	2	2,57	2 (0,67%)
Total	122	100,0	78	100,0	300 (100,0%)

La sensibilisation est la méthode le plus conseillé pour éviter le mariage précoce pour 96,67% des participants à l'étude. Chez le personnel cette fréquence est de 98,36% pourtant chez les usagers elle est de 89,74%.

Tableau XIII : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon les raisons qui empêchent d'éviter le mariage précoce en 2023

Raisons empêchant le Mariage Précoce	Personnel		Usager		Total
	n	%	n	%	
Culturelle	20	90,91	76	86,36	90 (90,00%)
Culturelles et religieuses	2	9,09	0	0,00	2 (2,00%)
Pauvreté	0	0,00	4	4,54	4 (4,00%)
Refus	0	0,00	4	4,54	4 (4,00%)
Total	22	100,0	88	100,0	100 (100,0%)

Pour 90% (54/100) des participants qui pense qu'on ne peut pas éviter le mariage précoce ont comme raison la culture. 90,91% du personnel partage le même avis contre 86,36% chez les usagers.

Tableau XIV : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon l'âge auquel une jeune fille peut se marier en 2023

Age pour le mariage d'une jeune fille	Personnel		Usager		Total
	N	%	N	%	
À partir de 18 ans	100	75,76	152	56,72	252 (63,00%)
Entre 14 et 17 ans	28	21,21	84	31,34	112 (28,00%)
Moins de 14 ans	2	1,51	2	0,77	4 (1,00%)
Ne sait pas	0	0,00	2	0,77	2 (0,50%)
Autre*	2	1,21	20	7,46	22 (5,50%)
Total	132	100,0	268	100,0	400 (100,0%)

Test exact de Fisher=20,528 ddl=4 p=0,000

* : à partir de 20 ans.

Pour 63% (252/400) des participants une fille peut se marier à partir de 18 ans.
75,76% du personnel partage le même avis contre 56,72% chez l'utilisateur.

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre le type de personnel enquêté et l'âge à partir duquel une fille peut se marier (P=0,000)

Tableau XV : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon les signes montrant que la jeune fille est apte pour le mariage en 2023

Signes évoquant l'aptitude au mariage	Personnel		Usager		Total
	N	%	N	%	
Aspect physique	58	43,94	148	55,22	206 (51,50%)
Signes de puberté	54	40,91	90	33,58	144 (36,00%)
Aucune précision	20	15,15	30	11,19	50 (12,50%)
Total	132	100,0	268	100,0	400 (100,0%)

L'aspect physique est majoritaire à 51,5% (206/400) comme signe de reconnaissance chez la jeune fille pour le mariage. Chez le personnel, l'aspect physique est à 43,94% contre 55,22% chez l'utilisateur.

Tableau XVI : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon l'aspect physique évoquant l'aptitude au mariage en 2023

Aspect physique évoquant l'aptitude au mariage	Personnel		Usager		Total
	n	%	n	%	
Développement de son corps	70	74,47	102	91,07	172 (83,50%)
Développement de ses seins	20	21,28	10	8,93	30 (14,56%)
Maturité osseuse	2	2,13	0	0,00	2 (0,97%)
Survenue des règles	2	2,13	0	0,00	2 (0,97%)
Total	94	100,0	112	100,0	206 (100,0%)

Le développement physique est le caractère majeur de l'aspect physique avec une fréquence de 83,5% (172/206) pour les participants de notre étude. Chez le personnel cet aspect est également majoritaire avec un taux de 74,47% contre 91,07 pour l'utilisateur.

Tableau XVII : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon les signes de puberté évoqués en 2023

Signe de pubertés évoqués	Personnel		Usager		Total
	n	%	n	%	
Survenue des règles	75	97,40	65	97,02	140 (97,22%)
Développement des seins	2	2,60	0	0,00	2 (1,39%)
Apparition des poils	0	0,00	2	2,98	2 (1,39%)
Total	77	100,0	67	100,0	144 (100,0%)

Pour les participants de notre étude, la survenue des règles est le signe de la puberté le plus évoqué à raison de 97,22% (140/144) de fréquence. Chez le personnel la fréquence était de 97,40% par rapport à l'utilisateur ou elle était de 97,02%.

Tableau XVIII : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon le décideur du mariage précoce de la jeune fille dans la famille en 2023

Décideur du mariage précoce	Personnel		Usager		Total
	N	%	N	%	
Mère et les autres femmes de la famille	0	0,00	4	1,49	4 (1,00%)
Mère seule	0	0,00	6	2,24	6 (1,50%)
Père et les autres hommes de famille	52	39,39	102	38,06	154 (38,5%)
Père seul	66	50,00	102	38,06	168 (42,00%)
Pères et les mères ensemble	14	10,61	54	20,15	68 (17,00%)
Total	132	100,0	268	100,0	400 (100,0%)

Le père seul est celui qui décide le plus du mariage de la jeune fille dans la famille avec une fréquence de 42% (168/400). Chez le personnel cet fréquence était de 50% contrairement à l'usager qui obtient 38,06%.

Tableau XIX : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon leur opinion sur le mariage précoce en 2023

Opinion sur le mariage précoce	Personnel		Usager		Total
	N	%	N	%	
Non favorable	120	90,91	208	77,61	328 (82,00%)
Favorable pour le mariage précoce	12	9,09	60	22,39	72 (18,00%)
Total	132	100,0	268	100,0	400 (100,0%)

Près de 82% (328/400) des participants sont contre le mariage précoce. Pour le personnel cet avis a été observé chez 90,91% des cas contrairement à l’usager ou nous avons observé 77,61%.

Tableau XX : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon les raisons pour le mariage précoce en 2023

Raisons pour le mariage précoce	Personnel		Usager		Total
	n	%	n	%	
Pour mieux éduquer la fille	2	33,33	26	39,39	28 (38,89%)
Pour éviter les grossesses hors mariage	4	66,67	20	30,30	24 (33,33%)
Pour le respect de la religion	0	0,00	16	24,24	16 (22,22%)
Pour maintenir la famille	0	0,00	4	6,06	4 (5,56%)
Total	6	100,0	66	100,0	72 (100,0%)

Environ 38,89% (28/72) des participants sont d'accord avec le mariage précoce car c'est pour mieux éduquer la fille. Pour le personnel 66,67% des participants ont plutôt pensé que le mariage précoce serait pour éviter les grossesses hors mariage par contre la majorité des usagers sont pour mieux éduquer la jeune fille avec une prévalence de 39,39%.

Tableau XXI : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon la pratique du mariage de fille avant l'âge de 18 dans leurs familles en 2023

Pratique du mariage d'enfants	Personnel		Usager		Total
	N	%	N	%	
Non, jamais	50	37,88	100	37,31	150 (37,50%)
Oui, quelques fois	36	27,27	66	24,62	102 (25,5%)
Oui, très souvent	14	10,61	50	18,66	64 (16,00%)
Ne sait pas	32	24,24	52	19,40	84 (21,00%)
Total	132	100,0	268	100,0	400 (100,0%)

Près de 37,50% (150/400) des participants n'ont jamais pratiqué le mariage précoce dans leurs familles, avec 37,88% chez le personnel contre 37,31% chez l'utilisateur.

Tableau XXII : Répartition du personnel socio sanitaire et des usagers du CSRef de la Commune III selon les recommandations faites pour prévenir les mariages précoces dans leur communauté en 2023

Recommandations pour éviter le mariage précoce	Personnel		Usager		Total
	N	%	N	%	
Sensibilisation	112	84,85	182	67,91	300 (75,00%)
Condamnation	6	4,55	18	6,72	24 (6,00%)
Lutte contre la pauvreté	2	1,51	14	5,22	14 (3,50%)
Éducation de la jeune fille	2	1,51	0	0,00	2 (0,50%)
Sensibilisation et la lutte contre la pauvreté	2	1,51	0	0,00	2 (0,5%)
Aucune recommandation	38	28,79	20	7,46	58 (14,5%)
Total	132	100,0	268	100,0	400(100,0%)

La sensibilisation est pour 75% (300/400) de notre étude le moyen de prévention des mariages précoces. Pour le personnel nous avons obtenue 84,85% contre 67,91% pour l'usager qui pense que la sensibilisation est le moyen le plus sur contre le mariage précoce.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6.1 Approche méthodologique

Notre étude a été menée dans le Centre de Santé de Référence (CSRef) de la Commune III du district sanitaire de Bamako. Il s'est agi d'une étude descriptive transversale et analytique déroulée sur une période de deux (2) mois allant du 1^{er} septembre au 30 octobre 2023. Elle a concerné l'ensemble des agents socio-sanitaires et des usagers du CSRef CIII du district sanitaire de Bamako.

Pendant cette étude, nous avons rencontré quelques difficultés, notamment :

- L'insuffisance de liberté d'expression de la part de certains personnels et usagers sur le sujet qu'ils considèrent comme tabou ;
- Le désintérêt de certains personnels et usagers face au sujet ;
- Le non consentement de certains personnels et usagers.
- La barrière de langue avec certains usagers ;

Donc ces difficultés nous ont empêché d'interroger tout le personnel et un nombre important d'usagers. Le résultat obtenu nous a permis de déterminer les connaissances, attitudes et pratiques des agents socio sanitaires du CSRef de la CIII du district sanitaire de Bamako face au mariage précoce.

6.2 Fréquence

Nous avons interrogé 123 personnels de santé et 268 usagers durant la période d'étude. Nos chiffres sont inférieurs à ceux rapportés par Population Council en 2016 au Burkina Faso avec une population enquêtée de 1 223 personnes [91]. Cet écart pourrait s'expliquer par le fait que notre étude a été menée à l'échelle d'un seul centre de santé ; tandis que celle menée au Burkina a été réalisée dans les milieux urbains et ruraux des six provinces de la région de la Boucle du Mouhoun (Nayala, Balé, Banwa, Kossi, Mouhoun et Sourou).

6.3 Caractéristiques socio-démographiques

L'âge moyen du personnel était de 35,56 +/- 10,77 ans, et l'âge moyen des usagers était de 37,11 +/- 14,03 ans. La tranche d'âge de 20 à 30 ans a été majoritaire avec respectivement 48,48% et 34,6%. Ces chiffres concordent avec la réalité au Mali et les spécificités de nos enquêtés qui sont des adultes en général. Population Council, UNFPA, UNICEF en 2016 au Burkina Faso, Mouhoun a rapporté que la tranche d'âge prédominante était celle de 30 à 49 ans, soit 47,41% des enquêtes [91]. De même, en 2009 à Ouagadougou, au Burkina Faso, Kaboré G et al ont rapporté une prédominance de la tranche d'âge de 10 à 20 ans soit 30,4% des enquêtés [92].

Le sexe ratio a été de 1,27 en faveur des hommes avec une proportion de 56% dans notre étude. Ce résultat est similaire à celui des études menées par Population Council, UNFPA, UNICEF au Burkina Faso en 2016 et ceux de Zinsou C et Hontonou A au Bénin en 2016 qui ont rapporté une prédominance masculine avec respectivement 64,4% et 60,6% des cas [91, 93]. Notre résultat est différent de celui de Kaboré G et al qui a noté une prédominance féminine de 52,7% dans son étude [92].

Le niveau d'étude supérieure était prédominant tant chez les personnels de santé que chez les usagers, soit 87,88% des personnels de santé contre 33,58% des usagers. Notre taux est supérieur à celui de Zinsou C et Hontonou A, menée en 2016 au Bénin dans les communes de Karimama, Za-Kpota et Pèrèrè qui a rapporté un taux de non-scolarisation de 52,6% des enquêtés [93]. L'UNICEF en 2016 au Burkina Faso, a rapporté que plus des trois quarts des enquêtés n'avaient pas de niveau d'instruction [91]. Cette différence pourrait être due au fait que notre étude comprenait à la fois le personnel de santé constitué en majorité de médecins, sages-femmes, infirmiers d'états et des personnels de l'administration du CSRef III.

6.4 Connaissances sur le mariage précoce

Concernant le niveau de connaissance sur les mariages précoces, 81,50% des enquêtés déclarent savoir ce qu'est-ce phénomène. Plus précisément, 95,45% du personnel contre 74,63% des usagers connaissaient le mariage précoce. Toutefois, la connaissance du mariage précoce ne signifie pas qu'il y ait une connaissance approfondie des textes juridiques nationaux y afférents. Les personnes interrogées avançaient des arguments traditionnels et religieux pour tenter de légitimer le mariage précoce et forcé plus que les textes juridiques nationaux qui se proposent d'endiguer le phénomène. Ce résultat est similaire à celui de l'Association de Lutte contre les Violences faites aux Femmes (ALVF) au Cameroun en 2015, où 61% des enquêtés ont déclaré savoir ce que c'est que le mariage précoce [94].

Près de la moitié des enquêtés, soit 43% dont 60% du personnel et 34,33% des usagers, ont affirmé que l'on parle du mariage précoce lorsque l'âge de la jeune fille mariée est inférieur à 18 ans. Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre les enquêtés et l'estimation de l'âge minimale du mariage. Il y a une différence significative entre le niveau de connaissance des usagers et celui du personnel de santé par rapport à la connaissance de l'estimation de l'âge du mariage précoce. De même, 78,0% des enquêtés, soit précisément 92,42% du personnel de santé et 70,89% des usagers, pensaient que l'âge officiel du mariage au Mali est de plus de 18 ans pour les filles. Il existe une relation significative entre le personnel et les usagers par rapport à l'âge officiel du mariage au Mali. Ces résultats sont en contradictions avec la réalité, car d'après l'article 281 de la LOI N°2011 – 087 du 30 décembre 2011 du Mali, l'âge minimal du mariage de la jeune fille est de 16 ans [95]. Cela dénote d'une méconnaissance du code du mariage du Mali, et cela, indépendamment du statut socio-professionnel.

Selon le rapport MTBA (More Than Brides Alliance), au Niger en 2019, 28,3% des enquêtés étaient en mesure de déterminer l'âge légal du mariage (15 ans) au Niger [96]. Au Burkina Faso en 2018, moins de 3 personnes sur 10 savent qu'il

existe une loi définissant l'âge minimum légal du mariage [97]. Le manque d'accès des filles à l'information sur leurs droits contribue également à la prévalence du mariage précoce.

6.5 Attitudes et pratiques

Il ressort de l'étude que 75% des enquêtés soit 75,76% du personnel de santé et 74,63% des usagers ont affirmé que le mariage précoce était évitable contre 24,24% du personnel et 25% d'usagers qui pensaient le contraire. Le principal moyen pour éviter le mariage précoce était la sensibilisation dans 96,67% des cas. Ce résultat est similaire à celui l'Association de Lutte contre les Violences faites aux Femmes obtenues au Cameroun en 2015 où la dénonciation et la sensibilisation à l'échelle nationale ont été fortement recommandée [94]. Cela s'explique par le fait que c'est un phénomène à ampleur démesurée avec une prévalence de 62%, 77% et 61% respectivement au Cameroun, au Mali et au Niger [94, 98]. Les acteurs intervenant dans le domaine de la lutte contre les mariages précoces en rapport avec la santé de la reproduction s'orientent pour la plus grande part vers les actions de prévention et d'appui-conseil dans les domaines médicaux et juridiques. Il s'agit surtout d'ONG et d'organisations internationales comme Médecins du Monde et l'UNICEF.

Par ailleurs, les raisons justifiant le mariage précoce évoqués par le personnel et les usagers dans respectivement 63,64% et 45,45% des cas, est la raison culturelle, en d'autre terme elle est ancré dans notre culture. Ce résultat est similaire à celui de L'UNICEF population Council, UNFPA au Burkina Faso en 2016 où les facteurs socioculturels ont été souvent évoqués par les personnes interrogées pour justifier la persistance des mariages d'enfants [91]. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le mariage précoce est une tradition dans notre contexte qui persiste de génération en génération et celui qui agit différemment court des risques de sanctions sociales.

Durant notre étude, l'âge n'a pas été le seul motif pouvant motiver la décision du mariage précoce. Ainsi, le développement physique était le caractère majeur de l'aspect physique favorisant le mariage avec une fréquence de 83,50% soit 74,47% du personnel et 91,07% des usagers suivi de la survenue des règles avec pour à 97,40% du personnel et 97,02% des usagers. Nos résultats sont similaires à ceux de l'étude menée au Bénin en 2016 avec la majorité des enquêtés qui se basent sur des critères physiques et physiologiques pour déterminer le moment d'entrée en mariage des filles [93]. Ces critères sont basés la plupart du temps sur la morphologie et l'apparition des caractères sexuels secondaires.

La personne habilitée a décidé du mariage précoce dans notre étude était le père selon les enquêtés dans 42,0% des cas. Ce résultat est inférieur à celui retrouvé au Cameroun avec 65% en faveur des pères [94]. La tradition des communautés culturelles africaines accorde un rôle important au père en tant que chef de famille. Il peut influencer de plusieurs manières les décisions de mariage. De même, la majorité des enquêtés déclarent que les parents (pères et mères) des enfants et les leaders communautaires sont les principaux acteurs qui perpétuent le mariage au Burkina [91].

Selon un rapport de 2016 au Bénin, la perception du mariage des enfants variait selon les groupes cibles des milieux investigués. Pour la grande majorité des enquêtés, le mariage des enfants est une pratique rétrograde, ancienne qu'il faut abandonner à l'heure de la modernité. Ils souhaitent surtout qu'on permette aux enfants de finir leurs études/apprentissage et si possible de choisir eux-mêmes leurs conjoints(es). Notre résultat va dans le même sens avec 82% des enquêtés dont 90,09% du personnel et 77,61% des usagers qui étaient contre cette pratique. Néanmoins, une proportion non négligeable 18% était pour (9,09% du personnel et 22,39% parmi les usagers) avec comme raison principale d'assurer l'éducation de la jeune fille. Ce résultat est contraire de celui de Population Council, UNFPA, UNICEF mené au Burkina Faso en 2016 avec comme raison principale le contexte

social et des opportunités économiques [91]. Cela pourrait s'expliquer par le fait que certaines populations voient le mariage comme un moyen de se faire de l'argent et de vendre la femme/ jeune fille en dépit de son âge. Au Cameroun, la cause principale des mariages précoces et forcés est d'origine socioculturelle (41%) et directement liée à l'influence des traditions ancestrales [94].

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7. CONCLUSION

Au terme de notre étude, le mariage précoce reste une pratique assez répandue dans la commune III du district de Bamako avec 41,5%. Il représente un problème de santé publique. D'où, une plus grande implication des autorités et des parents dans la prévention et la lutte contre cette pratique est nécessaire. L'implication des médias et des communicateurs traditionnels pour assurer une plus large diffusion des messages de plaidoyer en faveur de l'adoption d'un nouveau code de mariage, de la tutelle et de l'abandon de la pratique des mariages précoces serait un atout majeur dans cette lutte.

L'évaluation du niveau de connaissance sur les conséquences du mariage des enfants, ainsi que des politiques et lois nationales relatives au mariage précoce, permet de comprendre dans quelle mesure la sensibilisation aux droits des femmes et des filles doit être améliorée.

8. RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

A l'endroit des autorités administratives, religieuses et politiques

- Eduquer et informer les filles, les parents, les leaders religieux et communautaires sur les effets néfastes du mariage précoce ;
- Rendre effectif le droit à l'éducation à travers l'alphabétisation des parents et le maintien des filles à l'école ;
- Institutionnaliser une journée de lutte contre les mariages précoces afin d'éduquer l'opinion nationale sur les méfaits des mariages précoces ;
Adopter les mesures règlementaires et législatives (décrets, lois).

A l'endroit des responsables du CSRef de la Commune III et aux personnels

- Accepter de participer à des enquêtes CAP menées dans le centre.

A la population

- Encourager la scolarisation des filles ;
- Réprimer les violations sur les mariages précoces.

REFERENCES

9. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Berhane RAS-WORK. Le Mariage précoce, IAC * CI-AF, Communication présentée à la 6ème Conférence de l'Organisation Internationale de la Francophonie à Caraquet, Nouveau-Brunswick, Canada.
2. Dictionnaire d'économie et de sciences sociales, La Tipografica Varese, octobre 2004, p. 201-202
3. UNICEF, Fonds des Nations Unies pour l'enfance [Internet]. [cité 8 oct 2023]. Mariage Forcé des enfants. Disponible sur: <https://www.unicef.org/fr/communiqu%C3%A9s-de-presse/25-millions-de-mariages-denfants-%C3%A9vit%C3%A9s-au-cours-de-la-derni%C3%A8re-d%C3%A9cennie>
4. UNICEF, Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Mariage d'enfants, grossesses précoces et formation de la famille en Afrique de l'Ouest et du Centre, 2018 [cité 8 oct 2023]. Disponible sur : https://www.unicef.org/wca/sites/unicef.org.wca/files/2018-11/UNFPA-WCARO-UNICEF_FR_final.pdf
5. Bamdé A. Les conditions de formation du mariage [Internet]. A. Bamdé & J. Bourdoiseau. 2018 [cité 8 oct 2023]. Disponible sur: <https://aurelienbamde.com/2018/05/19/les-conditions-de-formation-du-mariage/>
6. Singh.S et Wulf.D, Today's Adolescents, Tomorrow's Parents: A Portrait of the Americas, AGI, New York, 1990; et N. Goldman, «Dissolution of First Unions in Colombia, Panama and Peru», Demography, 18:659–680, 1981.
7. PIF. Plan International France. Causes et Conséquences du mariage précoces 2016 [cité 8 oct 2023]. Disponible sur <https://www.plan-international.fr/info/actualites/news/2016-09-23-cause-et-consequences-du-mariage-precoce-et-force>

8. Anti-Slavery International, «Early Marriage», manuscrit non publié, London, septembre 1994; et «India's Rich Little Poor Girls», Economist, 11 mars, 1995, p. 40
9. Zeinabou A Mapping des acteurs travaillant dans le cadre du mariage des enfants au Niger, 12 Aout 2021
10. Fédération internationale pour les droits humains [Internet]. [cité 26 déc 2023]. Le nouveau Code de la famille malien : droits fondamentaux bafoués, discriminations consacrées. Disponible sur :
<https://www.fidh.org/fr/regions/afrique/mali/Le-nouveau-Code-de-la-famille>
11. Melnikas, Andrea J., Amin, Sajeda, Engebretsen, Sarah, et al. More Than Brides Alliance (MTBA): Mariage n'est pas un jeu d'enfant, Rapport de référence Mali. 2017.
12. HCDH Haut-Commissariat des Nations aux Droits de l'Homme. Mariages d'enfants et mariages forcés, y compris dans les situations de crise humanitaire | [Internet]. [cité 26 déc 2023]. Disponible sur :
<https://www.ohchr.org/fr/women/child-and-forced-marriage-including-humanitarian-settings>
13. Le Monde. Les mariages des enfants concernent aussi des millions de garçons. 2019 [Internet]. [cité 12 Nov 2023]. Disponible sur :
https://www.lemonde.fr/international/article/2019/06/07/les-mariages-d-enfants-concernent-aussi-desmillions-de-garcons_5473083_3210.html
14. UNICEF. Fonds des Nations Unies pour l'enfance « Child marriage around the world ». [cité 12 Nov 2023] Disponible sur :
<https://www.unicef.org/stories/child-3-marriage-around-world>
15. OMS. Organisation Mondiale de la Santé « Mariages précoces : 39 000 filles mariées par jour ». [cité 12 Nov 2023] Disponible sur :

https://www.who.int/fr/publicationsdetail/9241593776mediacentre/news/releases/2013/child_marriage_20130307/fr/

16. UNICEF. Fonds des Nations Unies pour l'enfance « Mariage précoce : des millions de filles sauvées en dix ans », 5 mars 2018. [cité 12 Nov 2023] Disponible sur : <https://www.unicef.fr/contenu/espace-medias/mariage-precoce-des-millions-de-filles-sauvees-en-dix-ans>
17. Berthaud-Claire Sandrine. « Les mariages précoces ruinent l’Afrique », 10 décembre 2018, Le Monde 6 Afrique. [cité 12 Nov 2023] Disponible sur : https://www.lemonde.fr/afrique/article/2018/12/10/les-mariages-precoces-ruinentl-afrique_5395434_3212.html
18. Rainbo. Norwegian Church Aid Female Genital Mutilation (FGM) Program Evaluation report. Rainbo Report. Oslo : Norad. 2005 [cité 12 Nov 2023] Disponible sur : www.norad.no/globalassets/import-2162015-80434-am/www.norad.no-ny/
19. Karumbi J., Gathara D. et Muteshi J. (2017) Exploring the Association between FGM/C and Early/ Child Marriage: A Review of the Evidence. Evidence to End FGMC Programme Consortium Report. New York : Population Council.
20. UNICEF. Fonds des Nations Unies pour l'enfance « Child marriage ». [cité 12 Nov 2023] Disponible sur : <https://www.unicef.org/rosa/what-we-do/child-protection/child-marriage>
21. Plan International Asia Hub. « Time to Act ! Accelerating efforts to eliminate child, early and forced marriage in Asia – Emerging effective interventions and strategies », 2018, p.9. [cité 12 Nov 2023] Disponible sur : <https://planinternational.org/publications/time-to-act-child-marriage-asia>
22. UNICEF. Fonds des Nations Unies pour l'enfance. « A Profile of Child Marriage and Early Unions in Latin America and the Caribbean », 2017. [cité 12 Nov 2023] Disponible sur :

<https://data.unicef.org/resources/profile-of-child-marriage-and-early-unions-in-latinamerica-and-the-caribbean/>

23. Rubetti Morgane. « En Amérique, la plupart des Etats autorisent toujours le mariage des enfants », 2017, Le Figaro. [cité 12 Nov 2023] Disponible sur : <https://www.lefigaro.fr/international/2017/11/17/01003-20171117ARTFIG00216-aux-etatsunis-la-plupart-des-etats-autorisent-toujours-le-mariage-des-enfants.php>
24. UNICEF. Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Le mariage d'enfants en Afrique de l'Ouest et centrale Aperçu statistique et réflexion sur l'élimination de cette pratique [cité 12 Nov 2023] Disponible sur : https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2022/08/WCAR-CM-Report_FR.pdf
25. Girls Not Brides [Internet]. [cité 26 déc 2023]. Les causes du mariage des enfants. Disponible sur: <https://www.fillespasepouses.org/%C3%A0-propos-du-mariage-des-enfants/les-causes-du-mariage-des-enfants/>
26. HCDH Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme. Child, early and forced marriage, including in humanitarian settings ». [cité 12 Nov 2023] Disponible sur : <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/ChildMarriage.aspx>
27. ADAMSON, Peter. A failure of imagination. progress of nations, 1996, p. 2-9.
28. Mensch, Barbara, Bruce, Judith, et Greene, Margaret E. The uncharted passage: Girls' adolescence in the developing world. 1998.
29. Demographic and Maternal and Child Health Survey 1997: Yémen, Maco International, Inc., cité dans In Focus – Reaching Newlywed and Married Adolescents, juillet 1999. ». [cité 12 Nov 2023] Disponible sur : <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR94/FR94.pdf>
30. Jones, GW., 'Population Dynamics and Their Impact on Adolescents in the ESCAP Region', Asia Pacific Journal vol. 12, n° 3, 1997

31. Blanc, Ann K. et Ann A. Way, 'Sexual Behaviour, Contraceptive Knowledge and Use', in *Studies in Family Planning*, vol. 29, n° 2, 1998.
32. Senderowitz, J. *Adolescent health: reassessing the passage to adulthood*. 1995.
33. Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 5-13 septembre 1994) A/Conf/171/13: Rapport de la CIPD (18/10/94).
34. Berhane-Selassie, Tsehai. 'Early Marriage in Ethiopia', Rapport au Comité inter-africain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants, Addis Abeba. 1993
35. UNICEF 1994. *Too Old for Toys, Too Young for Motherhood*, New York. 1994
36. Reproductive Rights. Wallchart, Fondation internationale pour le planning familial (IPPF) et International Women's Rights Action Watch (IWRAW), Minnesota. 2000
37. Senderowitz, Judith (1995), 'Adolescent Health: Reassessing the Passage to Adulthood', World Bank Discussion Paper n° 272, Washington DC.
38. Adolescent Sexuality', *The World's Women 1990*, Département des Affaires économiques et sociales de l'ONU, New York.
39. Macfarlane, Alan, "Marriage and Love in England: Modes of Reproduction 1300-1840", (1986), Oxford, Basil Blackwell Ltd.
40. Center for Reproductive Law and Policy (1999), *Implementing Adolescent Reproductive Rights through the Convention on the Rights of the Child*, Washington DC.
41. Zabin, Laurie Schwab et Karungari Kiragu, (1998), 'The Health Consequences of Adolescent Sexual and Fertility Behavior in SubSaharan Africa', in *Studies in Family Planning*, vol.29, n° 2, juin 1998.
42. OMS. *The Risks to Women of Pregnancy and Childbearing in Adolescence*, Genève: OMS, division de santé familiale, 1989.

43. 'Adolescent Sexuality', fiche Maternité sans risques (2000), OMS Genève.
(source première: The World's Women 1990, Département des Affaires économiques et sociales de l'ONU, New York).
44. Adamson, Peter. 'A Failure of Imagination', in Le Progrès des nations 1996, UNICEF, New York.
45. Final Report on National Baseline Survey of Positive and Harmful Traditional Practices Affecting Women and Girls in Nigeria' (1998), Centre for Gender and Social Policy Studies, Université d'Obafemi Awolowo, Ile-Ife.
46. Mémoire FNUAP/RR/00/104 du 10/10/2000, Nafis Sadik MD, Directeur général, FNUAP.
47. Final Report on National Baseline Survey of Positive and Harmful Traditional Practices Affecting Women and Girls in Nigeria' (1998), Centre for Gender and Social Policy Studies, Université d'Obafemi Awolowo, Ile-Ife.
48. Assani, A (2000), Etude sur les mariages précoces et grossesses précoces au Burkina-Faso, Cameroun, Gambie, Liberia, Niger et Tchad, UNICEF WCARO, Abidjan.
49. Nations Unies, Adolescent Reproductive Behavior: Evidence from Developing Countries, Vol. II., UN Population Studies n° 109/Add.1., New York. 1998
50. Second World Situation Report (1992), ACC/SCN, Genève.
51. UNICEF (1994), Too Old for Toys, Too Young for Motherhood, New York.
52. Burns, John, article paru dans le New York Times, 11 mai 1998.
53. Save the Children UK, enquête au Népal, cité dans Somerset, Carron (2000), Early Marriage: Whose Right to Choose? Forum sur le mariage et les droits des femmes et des enfants, Londres.

54. Adlakha, Arjun, Mohamed Ayad, et Sushil Kumar (1991), 'The Role of Nuptiality in Fertility Decline: A Comparative Analysis', in: Proceedings of the Demographic and Health Surveys World Conference, Washington DC, 1991, vol. 2, Columbia, Maryland.
55. FNUAP State of the World's Population 1990, New York, FNUAP 1990.
56. Muhammad Ibrahim, CMES, Bangladesh, communication personnelle, novembre 2000.
57. Statistiques provenant de sources de l'ONU citées lors d'une réunion du WCARO de l'UNICEF sur le thème 'Gender Focal Points', février 1998.
- 26 Bledsoe, Caroline H. et Barney Cohen, éd. (1993), Social Dynamics of Adolescent Fertility in Sub-Saharan Africa, National Academy Press, Washington DC.
58. World Marriage Patterns 2000 Wallchart, Département des Affaires économiques et sociales de l'ONU.
59. ONU 1991; cité dans De Silva, W. Indralal (1997), 'The Ireland of Asia, Trends in Marriage Timing in Sri Lanka', Asia-Pacific Population Journal, vol. 12, n° 2.
60. Learning from Experience SCF RU, www.savethechildren.org.uk/development/lfe/girlsrights.pdf.
61. 'Demographers Appeal for Solution to Early Marriage and Early Childbearing' in China Population Today 1991, oct.; 8(5): 3-4.
62. UNICEF Amman (1995), 'Ending Gender Disparities in the Arab World: A Profile on the Situation of Girls in the Region'.
63. Le mariage précoce au Nigeria, in 'Final Report on National Baseline Survey of Positive and Harmful Traditional Practices Affecting Women and Girls in Nigeria' (1998), Centre for Gender and Social Policy Studies, Université d'Obafemi Awolowo, Ile-Ife.
64. Bulletin Change (2000), Rapports sexuels non consentus au sein du mariage (NCSM), Londres.

65. Rocha, Lola, M.C. Gomes et A. Acosta (1990), 'Consolidating Income-Generating Projects for Women', UNICEF Programme Division, New York; cité dans Maggie Black (1996), *Children First*, OUP et UNICEF.
66. Weeks, J.R. (1981), *Population: An Introduction to Concepts and Issues*, Wadsworth, 2ème édition. Portland, Or.
67. King, Elizabeth (1990), *Educating Girls and Women: Investing in Development*, Banque mondiale, Washington D.C.
68. 'A Choice by Right: The Report of the Working Group on Forced Marriage' (2000), Gouvernement britannique, Ministère de l'Intérieur; www.homeoffice.gov.uk
69. Bruce, Judith (2000), 'Married Adolescent Girls: Numerous but Unknown', Rapport pour Beijing+5. Conseil de la population.
70. Rubeihat, Sabri (1994), 'A Study on Violence Against Women in Jordan', cité dans UNICEF, *Ending Gender Disparities in the Arab World*.
71. Somerset, Carron (2000), *Early Marriage: Whose Right to Choose?* Forum sur le mariage et les droits des femmes et des enfants, SCF, Londres. Voir étude de cas n° 1, interview d'Arisma, réalisée par Womankind.
72. 'La violence domestique à l'égard des femmes et des filles' (2000), Digest Innocenti n° 6, Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, Florence. 138
Bruce, J., C.B. Lloyd and A. Leonard (1995), *Families in Focus: New Perspectives on Mothers, Fathers and Children*, Conseil de la population, New York.
73. Savitridina, Rini (1997), 'Determinants and Consequences of Early Marriage in Java, Indonesia', *Asia-Pacific Population Journal*, vol. 12, n° 2.
74. Uttara, Mariam, Purna Sen et Marilyn Thomson (1998), 'Forced Marriage, Forced Sex: The Perils of Childhood for Girls', *Gender and Development*, vol. 6, n° 3, Oxfam.

75. Alatorre Rico, Javier et Lucille C. Atkin (1998), cité dans: Mensch, Barbara S., Judith Bruce et Margaret S. Greene (1998), *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*, Conseil de la population, New York.
76. Rao Gupta, Geeta (1998), 'Claiming the Future', in *Le Progrès des nations 1998*, UNICEF, New York.
77. Bruce, Judith (2000), 'Married Adolescent Girls: Numerous but Unknown', Rapport pour Beijing+5. Conseil de la population, New York.
78. Visite sur place, Kampala, Ouganda, septembre 2000. Maggie Black,
79. Rao Gupta, Geeta (1998), 'Claiming the Future', in *Le Progrès des nations 1998*, UNICEF, New York.
80. Nzomo, Juliana, ed. *Non Formal Education: Alternative Approaches to Basic Education in Kenya; Report of Stakeholders' Forum on NFE-AABE [at Allomano Paris Hall, Maralal, Samburu District 7-9 March 2000. 2000.*
81. Mensch, Barbara, Judith Bruce, and Margaret E. Greene. "The uncharted passage: Girls' adolescence in the developing world." (1998).
82. Lone, Patricia. "Commentary: Keeping girls in school." New York: UNICEF: Progress of Nations (1996).
83. Russell, Rosalind: Kenya School Saves Girls from Early Marriage, Reuters feature story, Nairobi. 1999:
84. *A Choice by Right: The Report of the Working Group on Forced Marriage'* (2000), Gouvernement britannique, Ministère de l'Intérieur; [cité 12 Décembre 2023] Disponible sur www.homeoffice.gov.uk
85. Somerset, Carron. "Early Marriage: Whose Right to Choose?." Forum on Marriage and the Rights of Women and Girls, 2000..
86. Amin, Sajeda, Ian Diamond, Ruchira T. Naveld et Margaret Newby (1998), 'Transition to Adulthood of Female Garment-factory Workers in Bangladesh', *Studies in Family Planning*, vol. 29, n° 2.

87. Assad, Marie et Judith Bruce (1997), 'Empowering the Next Generation: Girls of the Maqattam Garbage Settlement', Seeds, n° 19, New York.
88. Dow, Unity. "Birth registration: The 'first' right." UNICEF, The Progress of Nations (1998): 5-11.
89. Angarita, Ana et OJ Sikes. 'Review and Analysis of Premarital/Newlywed Education Activities in Mexico, Indonesia and the Philippines', FNUAP (1990), Review and Analysis of Premarital/Newlywed Education Activities, Conseil de la population, 1987
90. CARE Mali Rapport final Initiative conjointe de prévention et d'atténuation des effets du mariage précoce forcé dans les zones à fortes prévalences au Bénin et au Mali. 2017 Numéro D-001764
91. Population Council, UNFPA, UNICEF : *Etude sur le mariage précoce dans la région de la boucle du Mouhoun*, Septembre 2016
92. Kaboré, Gisele, Rene Dala, and Aristide R. Bado. 2009. "Etude quantitative sur le mariage précoce et le vécu des adolescentes dans la zone d'intervention du projet : Etat des lieux et perspectives," Rapport. Ouagadougou : Population Council.
93. ZINSOU C et HONTONOU A. Etude sur les perceptions, connaissances, attitudes, pratiques et les déterminants des violences et abus sexuels faits aux enfants y compris le mariage des enfants dans les communes de Karimama, Za-Kpota et Pèrèrè. 2016 cité 12 Décembre 2023] Disponible sur : https://social.gouv.bj/public/medias/abms_rapport-etude-cap-sur-mariage-des-enfants-final-1695025339.pdf
94. Association de Lutte contre les Violences faites aux Femmes (ALVF) Les Mariages précoces et forcés au Cameroun : État de la question et mise en perspective [cité 12 Décembre 2023] Disponible sur <https://www.girlsnotbrides.org/documents/411/Les-Mariages-pr%C3%A9coces-et-forc%C3%A9s-au-Cameroun-ALVF-and-IWHC.pdf>

- 95.Code Malien. Loi n°2011 – 087 du 30 Décembre 2011 [cité 12 Décembre 2023] Disponible sur <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2017/12/mali-code-2011-personnes-famille-2.pdf>
- 96.More Than Brides Alliance (MTBA), Le Mariage n'est pas un jeu d'enfant: Rapport d'évaluation à mi-parcours au Mali et au Niger. New-York: Population Council, 2019.
- 97.Institut National de la Statistiques et de la Démographie (INSD), Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale et de la Famille, 2018. Etude Pays SIGI (Social Institutions and Gender Index). Burkina Faso.
- 98.Adjamagbo-Johnson, Brigitte Dabri Kafui, and Rizalatou Mathilde Sant-Anna Attoh. "Lutter contre les mariages précoces par l'autonomisation des filles en Afrique de l'ouest : Rapport technique final." (2019).

ANNEXES

10.ANNEXES

10.1 FICHE SIGNALITTIQUE

Nom : MAI TANIMOUNE MOUSTAPHA

Prénoms : Amsa

Email : amsamai1991@gmail.com

Tel : +223 71044132

Titre de la thèse : Connaissances, attitudes et pratiques des agents socio-sanitaires du CSRef de la CIII du district sanitaire de Bamako face au mariage précoce

Année universitaire : 2022-2023

Ville de soutenance : Bamako (Mali)

Nationalité : Nigérienne

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de Bamako

Secteur d'intérêt : Santé publique-gynécologie

Résumé :

Le but de notre étude est d'étudier les connaissances, les attitudes et la pratique des agents socio-sanitaires et usagers du CSRef CIII du District sanitaire de Bamako sur le mariage précoce. Elle s'est déroulée dans le Centre de Santé de Référence (CSRef) de la Commune III du District sanitaire de Bamako. Il s'agit d'une étude descriptive transversale et analytique qui s'est étalée sur une période de deux (2) mois, allant du 1^{er} septembre au 30 octobre 2023. A cet effet, une enquête a été conduite et a concerné les personnes qui ont donné leurs consentements. Les données ainsi collectés à l'aide d'un questionnaire anonyme semi-structuré et ont été traitées à travers le logiciel SPSS.

Nous avons au total interrogé 123 agents de santé et 268 usagers. L'âge moyen du personnel est de **35,56 +/- 10,77 ans**, et l'âge moyen des usagers est de **37,11 +/- 14,03 ans**. La tranche d'âge de 20 à 30 ans est majoritaire. Le sexe ratio est de **1,27** en faveur des hommes. Concernant la connaissance, **81,50 %** des enquêtés déclarent savoir ce qu'est-ce phénomène. Plus précisément, **95,45 %** du personnel de santé contre **74,63 %** des usagers connaissent le mariage précoce. Il ressort de notre étude que **75 %** du personnel de santé affirment que le mariage précoce est un pratique évitable contre **25 %** d'usagers qui pensaient le contraire.

Par ailleurs, les raisons évoquées justifiant le mariage précoce par le personnel de santé et les usagers (respectivement **63,64 %** et **45,45 %** des cas) est la raison culturelle. En d'autres termes, cette raison est ancrée dans **la culture locale**.

Mots clés : Connaissances, attitudes, pratiques, mariages précoces.

10.2 DATA SHEET

Name : MAI TANIMOUNE MOUSTAPHA

First name : Amsa

Email : amsamai1991@gmail.com

Tel: +223 71044132

Thesis title : Knowledge, attitudes and practices of socio-health agents of the CSRef of the CIII of the health district of Bamako regarding early marriage

Academic year: 2022-2023

City of defense: Bamako

Nationality: Nigerienne

Place of deposit: Bamako Faculty of Medicine and Odontostomatology (FMOS)
Library

Sector of interest: Public health- Gynecologie

Summary :

The aim of our study is to investigate the knowledge, attitudes and practice of social-health agents and users of the CSRef CIII of the Bamako Health District on early marriage. It took place in the Centre de Santé de Référence (CSRef) of Commune III of the Bamako Health District.

This descriptive, cross-sectional and analytical study was carried out over a period of two (2) months, from September 1 to October 30, 2023. To this end, a survey was carried out and involved people who had given their consent. Data were collected using an anonymous semi-structured questionnaire and processed using SPSS software.

A total of 123 health workers and 268 users were interviewed. The average age of staff was 35.56 +/- 10.77 years, and the average age of users was 37.11 +/- 14.03 years. The 20-30 age bracket is in the majority. The sex ratio is 1.27 in favor of males. In terms of knowledge, 81.50% of those surveyed said they knew what the phenomenon was. More specifically, 95.45% of health personnel versus 74.63% of users were aware of early marriage. Our study showed that 75% of health personnel affirmed that early marriage is a preventable practice, versus 25% of users who thought the opposite.

Furthermore, the reasons given for early marriage by healthcare staff and users (respectively 63.64% and 45.45% of cases) were cultural and social.

Keywords : Knowledge, attitudes, practices, early marriages

10.3 FICHE D'ENQUETE :

Date : .../...../ 2023

N° ____

I. Données sociodémographiques

1-Age : /...../

2-Sexe : /...../

Masculin : 1 ; Féminin : 2

3-Statut matrimonial : /...../

Marié : 1 ; célibataire : 2 ; Autre à préciser 3 :.....

4-Ethnie: /...../

1Bambara, 2Peulh, 3Sarakole, 4Dogon, 5Malinke, 6Sonrhai, 7Senoufo,
8Boua, 9 Maraka 10Autre à préciser (A préciser :.....)

5-Religion : /...../

Musulman : 1 ; Chrétien : 2 ; Autres : 3

6-Niveau d'étude : /...../

Primaire : 1 ; Secondaire : 2, Supérieur : 3, Analphabète : 4,

7-Fonction:/...../

1 Médecin, 2 Infirmier, 3 Sage-femme, 4 ménagère, 5 fonctionnaire,
6commerçant(e)s, 7 chauffeurs, 8 Etudiant 9Autre à
préciser

II- Connaissances et attitudes

8-Avez-vous déjà entendu parler du mariage précoce ? /...../

Oui : 1, non : 2

9-selon vous, a partir de moins de quelle âge on peut parler du mariage précoce?

1-moins de 15ans

2-moins de 16 ans

3-moins de 17ans

4-moins de 18 ans

- autres (à préciser)

10-Peut-on éviter le mariage précoce dans notre communauté? /...../

Oui : 1

11-Si oui comment ?

Non :2

12-Si non comment ?.....

13- A partir de quel âge la jeune fille peut-elle être mariée ? /...../

1. Moins de 14 ans

2.Entre 14 et 17 ans

3.À partir de 18 ans

4.Ne sait pas

5-Autres a preciser.....

14-En dehors de l'âge, à quels autres signes reconnaît-on qu'une jeune fille à l'âge d'être mariée ? /...../

1.la constitution physique ?

Précisez :

2.les signes de puberté ?

Précisez :

3.autres (précisez).....

15.Qui décide le plus souvent du mariage de la jeune fille dans votre famille?/...../

1.la mère seule

2.la mère et les autres femmes de la famille

3.le père seul

4.Le père et les autres hommes de famille

5.les pères et les mères ensemble

6.autres (précisez).....

16. Quel est l'âge officiel de mariage des filles au Mali ? /...../

1.moins de 15 ans

2. 15 ans

3.entre 15 et 18 ans

4.plus de 18 ans

5. ne sait pas

6. Autres (précisez).....

17. Quelles peuvent être les conséquences des mariages précoces sur la santé de la jeune fille? /...../

1- aucune conséquence

2- complication au cours de l'accouchement

3- traumatisme physique

4- traumatisme mental

5- fustule

6- trouble de la croissance

7- maladies

8- Autres (à préciser).....

III PRATIQUES

18. Etes vous pour le mariage précoce ? /...../

1 oui

Si oui pourquoi ?

2 non

Si non pourquoi ?.....

19. Arrive t-il que vous ou un de vos parents mari votre fille avant l'âge de 18?
/...../

1. non, jamais

2. oui, quelques fois

3. oui, très souvent

4. ne sait pas

20. Si oui, quelles sont les raisons de ces mariages précoces? /...../

1. Pour mieux éduquer la fille

2. Pour éviter les grossesses illégitimes de la fille

3. Pour perpétuer la lignée familiale

4. 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 religion
7. Pour honorer le rang social de la famille
8. Autres (précisez) :.....
21. Avez-vous déjà participé à un mariage précoce ? /...../
1 oui, 2 non
22. Quelles recommandations faites-vous pour prévenir les mariages précoces dans votre communauté?.....

10.4 SERMENT D'HYPPOCRATE

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 seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

Je le jure !