



Le mariage d'enfants touche chaque année 10 millions de filles âgées de moins de 18 ans. Ses répercussions négatives sur le plan sanitaire et social sont notamment les suivantes : taux plus élevés de mortalité maternelle et infantile, d'infections sexuellement transmissibles, d'isolement social et de violence domestique par rapport à ceux enregistrés pour les femmes mariées plus âgées. Les Nations Unies définissent le mariage d'enfants comme une violation des droits fondamentaux et œuvrent pour mettre fin à cette pratique, dont beaucoup de filles sont néanmoins encore victimes chaque année dans le monde. Sans perdre de vue l'importance de faire cesser la pratique du mariage d'enfants, il faut également mettre en œuvre des interventions ciblées pour en limiter les conséquences négatives pour la santé et le développement. Les services de santé peuvent servir de point d'accès à des interventions sanitaires et sociales afin de diminuer les risques associés à la grossesse et d'améliorer la santé génésique et la santé de l'enfant. Ils peuvent également favoriser l'établissement de liens avec d'autres secteurs tels que l'enseignement de type scolaire ou non et la production de revenus afin de limiter les incidences négatives du mariage d'enfants.

2012

LONDON  
SCHOOL OF  
HYGIENE  
& TROPICAL  
MEDICINEMARCH  
MATERNAL  
REPRODUCTIVE &  
CHILD  
HEALTHEMORY  
ROLLINS  
SCHOOL OF  
PUBLIC  
HEALTHIDEAS  
Innovative  
Development  
Approaches

Maternal Health Task Force

World Vision  
For children. For change. For good.

# Problématique

Chaque année, 10 millions de filles se marient avant leur 18<sup>e</sup> anniversaire ; dans le monde en développement, une fille sur sept est mariée avant l'âge de 15 ans<sup>1,2</sup>. En Asie du Sud et en Afrique subsaharienne, plus de 40 % des filles sont mariées à l'âge de 18 ans<sup>3,4</sup>. Les Nations Unies considèrent le mariage d'enfants comme une grave violation des droits fondamentaux qui menace la réalisation de presque tous les objectifs du Millénaire pour le développement<sup>2,5,6</sup>. De nombreuses pressions économiques, sociales et culturelles contribuent à pérenniser la pratique du mariage d'enfants, d'où la difficulté de s'attaquer à cette question<sup>4,7</sup>.

Le mariage d'enfants a des conséquences nombreuses et graves pour la santé et la protection des filles. Les adolescentes mariées sont plus susceptibles d'avoir une grossesse à l'issue défavorable, d'être infectées par le VIH, d'avoir recours à l'avortement dans de mauvaises conditions de sécurité, d'être victimes de violence domestique et sexuelle, que les filles non mariées ou les femmes mariées plus âgées<sup>1,3-6,8,9</sup>. Les enfants mariés connaissent également l'isolement social et ont peu de contacts avec leur famille biologique et leurs cercles sociaux<sup>5,10</sup>. De plus, le mariage est lié de façon dramatique à l'arrêt prématuré des études ; les enfants mariés ont moins de chances de bénéficier de programmes de développement économique ou d'accéder à des sources de revenus<sup>3,8,10</sup>.

## Conséquences sanitaires négatives associées au mariage d'enfants

Le mariage d'enfants a des répercussions négatives sur la santé génésique. Un tiers des femmes dans les pays en développement et 55 % des femmes en Afrique occidentale sont mères à l'âge de 20 ans ; 90 % de ces naissances surviennent dans le cadre du mariage<sup>5</sup>. Le jeune âge, combiné avec un accès restreint aux services de santé, un manque d'informations sur la santé génésique, des pressions culturelles, et un contrôle ou une

## Encadré I – Prévenir le mariage d'enfants

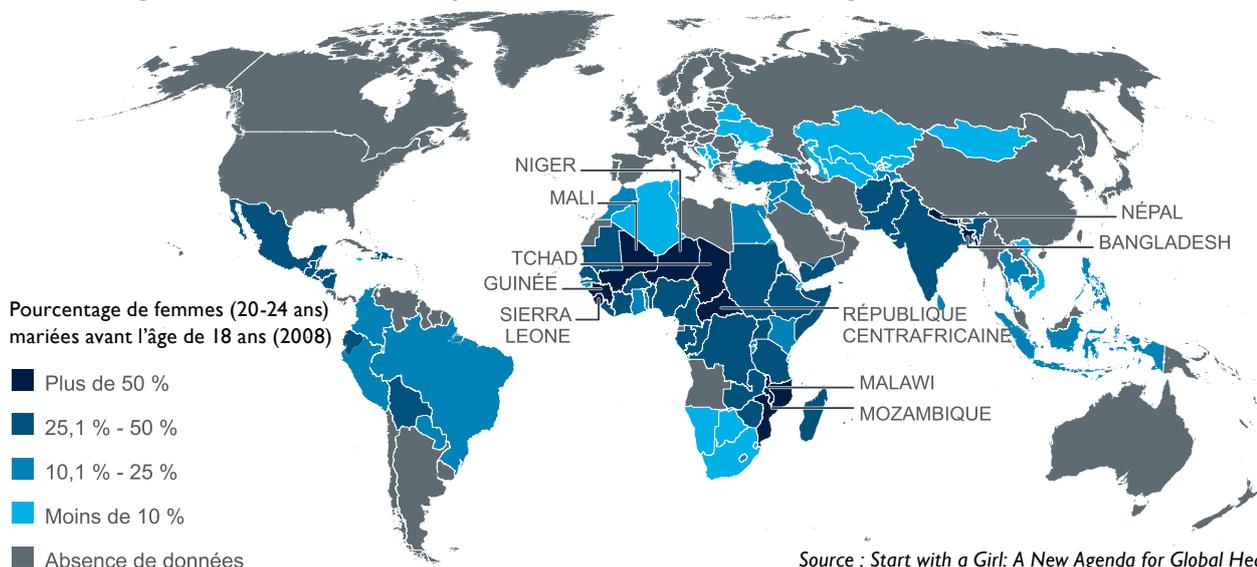
Les programmes concernent surtout la prévention du mariage d'enfants, qui est essentielle pour mettre un terme à cette pratique culturelle néfaste<sup>1,2,7</sup>. Des mesures clés (assorties d'exemples) ont été définies pour provoquer le changement :

- **Interdiction du mariage précoce** : Les lois politiques et organiques régissant le mariage sont de plus en plus au centre de l'attention<sup>2</sup>. L'OMS a demandé aux responsables politiques de faire respecter les lois interdisant le mariage avant l'âge de 18 ans<sup>7</sup>.
- **Promotion de l'éducation et de l'autonomisation des filles** : L'une des priorités majeures des programmes est l'éducation et l'autonomisation des filles. Au Bénin, le projet Action communautaire pour l'instruction des filles a pour objectif d'éduquer les familles et la communauté quant aux effets du mariage d'enfants, pour faire chuter les taux de déscolarisation chez les filles<sup>12</sup>.
- **Prise en compte des normes sociales et culturelles** : De nombreuses familles se sentent obligées de suivre les pratiques culturelles même quand celles-ci sont néfastes<sup>7</sup>. Au Népal, le projet d'éducation des adolescentes de Bhaktapur vise à travailler avec les familles pour trouver des solutions aux problèmes rencontrés par les ménages et qui entretiennent la pratique du mariage d'enfants<sup>12</sup>.

Dans de nombreux programmes, faire reculer l'incidence du mariage d'enfants est considéré comme l'un des nombreux résultats escomptés, ou comme un résultat secondaire dans les programmes pour l'éducation des filles, l'autonomisation, le report de la grossesse ou la santé. Les programmes les plus efficaces prennent souvent en compte des facteurs multiples et prévoient des interventions pertinentes sur le plan culturel<sup>3,5</sup>. Des approches multisectorielles visant à prévenir le mariage d'enfants sont nécessaires pour provoquer un changement durable, l'accent étant mis sur les familles, les filles, les communautés et la politique à mener<sup>3,5</sup>.

Figure 1

Le mariage d'enfants demeure répandu dans de nombreuses régions du monde.

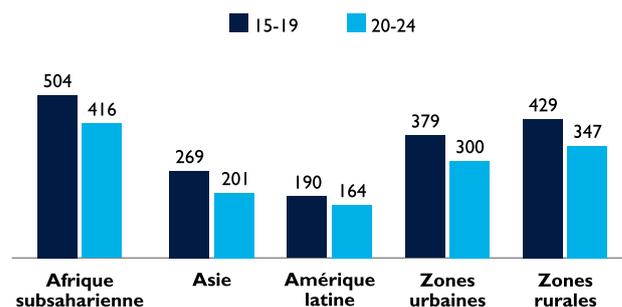


autonomie limités pour la prise de décisions, est à l'origine de grossesses à haut risque<sup>4</sup>. Ces grossesses, en particulier les premières grossesses, se conjuguent avec des taux élevés de mortalité maternelle, de dystocie, d'hypertension induite par la grossesse et de fistule<sup>8</sup>. Les filles âgées de 10 à 14 ans ont cinq fois plus de risques de mourir pendant la grossesse ou l'accouchement que les femmes âgées de 20 à 24 ans<sup>5,7</sup>. La grossesse précoce est également associée à des incidences négatives sur la santé maternelle dues à des naissances fréquentes, à des grossesses non planifiées et à la pratique de l'avortement<sup>11</sup>. Les adolescentes primigestes cumulent les risques liés à l'âge et à la condition féminine, ce qui les rend particulièrement vulnérables<sup>7,8</sup>.

Le jeune âge des mères compromet aussi la santé de leurs bébés, qui sont exposés à un risque de mortalité néonatale et infantile considérablement plus élevé<sup>11,13</sup>. Les mères adolescentes sont également susceptibles d'adopter des pratiques inappropriées pour nourrir leur enfant, des pratiques moins cohérentes en

**Figure 2**

**Taux de mortalité maternelle par âge**



Source des données : A.K. Blanc, W. Winfrey, J. Ross, *New Findings for Maternal Mortality Age Patterns: Aggregated Results for 38 Countries, 2012*.

matière de soins, par exemple pour la vaccination, et risquent davantage d'avoir des enfants émaciés ou souffrant d'un retard de croissance, que les mères plus âgées<sup>11, 13, 14</sup>.

## Ce qui fonctionne

**S**i l'objectif ultime est de mettre un terme au mariage d'enfants, il est souvent difficile d'obtenir l'adhésion des politiques et l'acceptation de la société dans les pays où cette pratique est culturellement enracinée ; ce qui accroît d'autant plus l'importance des programmes visant à améliorer la santé et le bien-être des adolescentes mariées<sup>5</sup>.

### *Soutenir les jeunes filles mariées les plus difficiles à atteindre par le biais des services de soins prénatals*

En raison de l'isolement social, de la pauvreté et d'autres pressions, beaucoup de jeunes filles mariées ont des contacts limités avec des services de santé structurés avant ou après la grossesse. Un premier contact avant la grossesse est idéal pour reporter celle-ci, encourager la planification familiale et l'espacement des naissances, et influencer sur le bien-être général. Cela posé, la plupart des femmes dans le monde bénéficient d'une forme de soins prénatals au moins une fois au cours de la grossesse<sup>8,10</sup>. Même une brève rencontre avec un service de santé peut être utilisée pour repérer les premières grossesses des adolescentes et fournir à ces dernières un soutien et des services.

En repérant les adolescentes primigestes par le biais des services de soins prénatals et en fournissant des services souvent en dehors des établissements de santé, il est possible de satisfaire les besoins en matière de santé génésique, d'avortement médicalisé et de planification familiale ; d'agir sur l'espacement des naissances ; de réaliser des progrès dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant ; et d'avoir une incidence positive sur la croissance de la population et la démographie<sup>5,7,10</sup>. En Éthiopie, le programme Berhane Hewan a permis de repérer ces filles grâce aux services de soins prénatals et de les inscrire à des programmes communautaires, y compris pour qu'elles se joignent à un groupe de filles ou reçoivent des visites à domicile<sup>10</sup>. Par rapport aux filles qui n'étaient pas inscrites au programme, les filles qui y participaient étaient trois fois plus susceptibles d'utiliser des moyens de contraception, d'être informées de l'existence des services de conseil et de dépistage, et d'avoir des réseaux sociaux plus

solides<sup>10</sup>. Les interventions ciblées sur les adolescentes concernées par la grossesse se sont aussi avérées cruciales pour dispenser des soins pour l'accouchement sans risque et des soins postnatals, améliorer les pratiques d'alimentation et la couverture vaccinale, et limiter le nombre d'issues défavorables liées à l'âge pour la mère comme pour l'enfant<sup>11, 17, 18</sup>.

### *Utiliser les services de santé pour accéder à d'autres services*

Le contact initial avec les soins prénatals peut permettre aux adolescentes mariées d'accéder à des services multisectoriels<sup>10</sup>. Les services de santé peuvent servir de point d'accès à des programmes de développement plus vastes et à d'autres sources de soins dans la communauté qui offrent une protection plus grande. La fourniture de services multisectoriels aux adolescentes mariées peut les responsabiliser et les aider à développer une plus grande autonomie<sup>10, 17</sup>. Par ailleurs, grâce à un premier contact avec les services de santé, les filles peuvent s'engager dans des programmes communautaires pour améliorer la communication avec leur partenaire et obtenir son appui, et participer à la prise de décision dans le ménage<sup>10, 16</sup>. Ces programmes sont essentiels pour aider les filles à agir selon leurs propres intérêts, à devenir actives au sein de leur foyer, à développer des compétences de communication plus grandes, à intégrer des groupes de filles, à établir des liens avec leur communauté<sup>10</sup>. Les groupes de filles et les programmes communautaires peuvent également servir à ramener les filles vers les services de santé si nécessaire, afin de promouvoir des progrès suivis dans le domaine de la santé.

Les mères adolescentes peuvent aussi entreprendre des études de type scolaire ou non, participer à des activités de renforcement des capacités, et trouver des sources de revenus<sup>10</sup>. Si elles sont beaucoup moins susceptibles de gagner un salaire ou de prendre part à des activités économiques, elles peuvent grâce à des interventions ciblées accéder à une certaine indépendance financière, apporter une contribution pécuniaire au ménage, ou faire des économies pour les besoins médicaux d'urgence, par le développement des capacités, la production de revenus

et l'acquisition de stratégies de planification financière<sup>5, 16</sup>.

### Rôle critique des évaluations et de la couverture étendue

La plupart des programmes visant à agir à l'égard du mariage d'enfants nécessitent une évaluation plus rigoureuse. Pour les programmes n'ayant pas encore été évalués, le suivi et la production de données sont nécessaires pour repérer les programmes qui donnent de bons résultats et soutenir la poursuite de leur mise en œuvre sur une grande échelle. Les initiatives prometteuses pourraient également servir de référence pour l'évaluation<sup>10, 12</sup>.

Les programmes devraient être étendus là où il apparaît qu'ils sont couronnés de succès. Dans beaucoup de pays où la prévalence est forte, les programmes déployés peuvent être axés sur les régions sensibles où l'on enregistre des taux particulièrement élevés de mariages d'enfants. Il faut privilégier les interventions ciblées spécifiques aux cultures et les associer à l'évaluation et à la production de données. Des partenariats en vue avec les gouvernements et les responsables politiques, et l'appui de ces partenaires, sont d'intérêt vital pour le déploiement, la pérennité et l'acceptation culturelle de ces programmes.

## Encadré 2 – Étude de cas : projet consacré aux nouveaux parents en Inde

Le Population Council a mis en œuvre un projet pilote quasi-expérimental pour fournir des services communautaires et des soins prénatals aux adolescentes mariées pendant leur première grossesse<sup>15, 16</sup>. Plus de 1800 adolescentes mariées ont été inscrites au programme. Les adolescentes enceintes ont été repérées par le biais des services de soins prénatals et inscrites à des interventions communautaires et à des groupes de filles. Les filles participant à ces interventions, beaucoup plus que les filles bénéficiant uniquement des services de soins, ont développé l'adoption de comportements sains, comme le recours aux

moyens de contraception, la consultation pour des soins prénatals, la planification des naissances et les soins au nouveau-né<sup>10, 15</sup>. Elles ont également fait des progrès mesurables en ce qui concerne le bien-être social et personnel par rapport aux filles bénéficiant uniquement des services de soins<sup>10, 15</sup>. Si les interventions reposant sur des établissements de santé ont été précieuses pour améliorer les résultats sanitaires, les interventions sociales fondées sur des visites à domicile et des groupes de filles ont permis d'améliorer à la fois les résultats sanitaires et sociaux<sup>10, 16</sup>.

## Conclusion

Les adolescentes mariées ont été une population mal desservie dans la lutte visant à mettre un terme au mariage d'enfants et à protéger les enfants. Sans perdre de vue l'importance de mettre fin à cette pratique, il faut aussi prévoir des interventions ciblées pour en limiter les conséquences négatives sur le plan sanitaire et social. Ces interventions peuvent être conçues et assurées par les services de santé

pour améliorer le développement et le bien-être des adolescentes mariées. Les partenariats avec les gouvernements, la mise en œuvre de la législation existante et l'adoption d'une approche reposant sur les droits de l'homme peuvent constituer des fondements essentiels pour des programmes durables et susceptibles d'être appliqués sur une plus grande échelle.

## Références

1. Malhotra A, Warner A, McGonagle A, Lee-Rife S. Solutions to End Child Marriage. What the Evidence Shows: International Center for Research on Women (ICRW) ; 2011.
2. Jain S, Kurz K. New Insights on Preventing Child Marriage: A Global Analysis of Factors and Programs. Report: International Center for Research on Women (ICRW) ; 2007, avril 2007.
3. Amin S. Les programmes de lutte contre le mariage des enfants : cerner le problème : Population Council ; 2011, janvier 2011.
4. OMS. WHO Guideline on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes Among Adolescents in Developing Countries ; 2011.
5. UNFPA, IPPF. En finir avec le mariage d'enfant – un guide pour les initiatives stratégiques au plan mondial : UNFPA ; 2006.
6. Clark S, Bruce J, Dude A. Protecting young women from HIV/AIDS: the case against child and adolescent marriage. International family planning perspectives. 2006 ; **32**(2) : 79-88.
7. OMS. Prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement. 2012.
8. UNICEF. La santé maternelle et néonatale : UNICEF ; 2009.
9. Raj A, Saggurti N, Lawrence D, Balaiah D, Silverman JG. Association between adolescent marriage and marital violence among young adult women in India. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics. 2010 ; **110**(1) : 35-9.
10. Santhya KG, Erulkar A. Supporting married girls: Calling attention to a neglected group: Population Council ; 2011, février 2011.
11. Prakash R, Singh A, Pathak PK, Parasuraman S. Early marriage, poor reproductive health status of mother and child well-being in India. The journal of family planning and reproductive health care / Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care, Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. 2011 ; **37**(3) : 136-45.
12. Hervish A, Feldman-Jacobs C. Who Speaks for Me? Ending Child Marriage: Population Reference Bureau ; 2011.
13. Finlay JE, Ozaltin E, Canning D. The association of maternal age with infant mortality, child anthropometric failure, diarrhoea and anaemia for first births: evidence from 55 low- and middle-income countries. BMJ open. 2011 ; **1**(2) : e000226.
14. Raj A, Saggurti N, Winter M, Labonte A, Decker MR, Balaiah D, et al. The effect of maternal child marriage on morbidity and mortality of children under 5 in India: cross sectional study of a nationally representative sample. BMJ (Clinical research ed). 2010 ; **340** : b4258.
15. Santhya KG, Haberland N. Empowering Young Mothers in India: Results of the First-time Parents Project: Population Council ; 2007, décembre 2007.
16. Santhya KG, Haberland N, Das A, lakhani A, Ram F, Sinha RK, et al. Empowering married young women and improving their sexual and reproductive health: Effects of the First-time Parents Project: Population Council ; 2008.
17. Rai RK, Singh PK, Singh L. Utilization of Maternal Health Care Services among Married Adolescent Women: Insights from the Nigeria Demographic and Health Survey, 2008. Women's Health Issues. 2012 ; **22**(4) : e407-e14.
18. Vieira CL, Coeli CM, Pinheiro RS, Brandao ER, Camargo KR, Jr., Aguiar FP. Modifying effect of prenatal care on the association between young maternal age and adverse birth outcomes. Journal of pediatric and adolescent gynecology. 2012 ; **25**(3) : 185-9.

### Remerciements

Rédacteur scientifique : Katherine Theiss-Nyland ; collaborateurs pour la rédaction et la révision : Bilal Avan, Judith Bruce, Marianna Brungs, Oona Campbell, Laura Dickinson, Pat Doyle, Jennifer Franz-Vasdeki, Stefan Germann, Margaret Greene, Margaret Hempel, Shyama Kuruvilla, Ana Langer, Laura Laski, Anju Malhotra, Elizabeth Mason, Lori McDougall, Anita Raj, Roger Rochat, Joanna Schellenberg, Ann Starrs, Miriam Temin, Ellen Travers, Veronic Verlyck, Mary Nell Wagner, Rebecca Weir, Eka Esu Williams ; équipe chargée de la coordination : Bilal Avan, Agnes Becker, Shirine Voller de la London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Disponible en ligne à <http://portal.pmnch.org/>