

# Réclamons nos droits

Survivre à la grossesse et à  
l'accouchement au Mali

Centre pour les droits reproductifs  
Association des juristes maliennes

©2003

## 2 Réclamons nos droits

Centre pour les droits reproductifs  
120 Wall Street  
New York, NY 10005, USA  
917.637.3600  
917.637.3666 fax  
<http://www.reproductiverights.org>

Association des juristes maliennes  
BP. E 1094  
Rue 422 porte N° 157 Niaréla  
Bamako (République du Mali)  
Tel/Fax 23.23.83

Première édition, janvier 2003

L'intégralité du contenu est protégée par les droits d'auteur 2003, qui appartiennent au Centre pour les droits reproductifs et à l'Association des juristes maliennes.

Tous droits réservés. La reproduction, la traduction ou la transmission, sous quelle que forme que ce soit, par n'importe quel moyen (électronique, photocopies, enregistrement ou autres), de la totalité ou d'une partie, sans l'accord préalable écrit du Centre pour les droits reproductifs ou de l'Association des juristes maliennes est formellement interdite.

## Table des matières

REMERCIEMENTS	5
TABLE DES ABRÉVIATIONS ET GLOSSAIRE	9
RÉSUMÉ	17
RECOMMANDATIONS	19
À PROPOS DE LA SÉRIE	25
INTRODUCTION	27
CHAPITRE I : DROITS CONTRE RÉALITÉ : RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE	39
A. Le droit aux soins de santé de la reproduction	40
B. Le droit à la non-discrimination	56
C. Le droit à la liberté de choix en matière de reproduction	62
CHAPITRE II : SURVIVRE À LA GROSSESSE ET À L'ACCOUCHEMENT: UN DROIT HUMAIN	71
A. Survie maternelle dans un cadre de droits humains	71
B. Un examen plus attentif : Droit international, droit malien et mortalité maternelle	74
1. <i>Le droit des femmes à la vie</i>	74
2. <i>Le droit aux soins de santé, en particulier aux soins de santé de la reproduction</i>	78
3. <i>Le droit à la non-discrimination</i>	84
4. <i>Le droit à la liberté de choix en matière de reproduction</i>	89
C. Devoirs incombant aux gouvernements de garantir le droit de la femme à survivre à la grossesse et à l'accouchement	90
1. <i>Ce que les gouvernements doivent faire</i>	91
2. <i>Normes pour mesurer l'accomplissement des devoirs gouvernementaux</i>	91
3. <i>Devoirs de la communauté internationale</i>	95
CHAPITRE III : CADRE DE POLITIQUE NATIONALE	101
A. Renforcement des capacités des femmes	101
B. La santé des femmes	104
CONCLUSION	110
ANNEXE A : CONTEXTE NATIONAL	111
ANNEXE B: TEXTES DES INSTRUMENTS INTERNATIONAUX DES DROITS HUMAINS	115



# Remerciements

Le présent rapport a été réalisé par le Centre pour les droits reproductifs (Center for Reproductive Rights) et l'Association des juristes maliennes (AJM). Il a été rédigé par Laura Katzive, conseillère juridique pour les Projets globaux du Programme international du Centre pour les droits reproductifs et Fatimata Dembélé Djourté, juriste consultante de l'AJM.

Le rapport est fondé sur une mission d'enquête effectuée au Mali entre décembre 2000 et mai 2001 par Mlle Katzive, Mme Djourté, Maryse Fontus, ancienne conseillère juridique du Centre pour les droits reproductifs, et Dembélé Fatimata Doumbia, coordinatrice de la Clinique Juridique de l'AJM. Yacouba Diarra et Alima Doumbia ont fourni leur assistance pour mener les entretiens avec nombre des femmes qui ont fait part de leurs expériences pour ce rapport.

Plusieurs personnes au Centre pour les droits reproductifs ont contribué à la réalisation de ce rapport. Katherine Hall-Martinez, directrice du Programme international et Anika Rahman, ancienne directrice du Programme international, ont fourni une orientation et apporté une contribution en ce qui concerne la structure et le contenu du rapport. Rumbi Mabuwa, conseillère juridique pour l'Afrique, a passé en revue le rapport et fourni une contribution valable. Anaga Dalal, rédactrice en chef, a passé en revue plusieurs ébauches et révisé le texte. Andrea Lipps a apporté une aide en matière de recherche et de production tout au long de la rédaction et de la finalisation du rapport. Deborah Dudley en a conçu la présentation et la couverture. Jonathan Weiss a coordonné tous les aspects de la production. La recherche préliminaire et d'autres formes d'assistance ont été apportées par Sophie Lescure, ancienne chargée de recherche juridique.

Les auteurs aimeraient remercier les personnes suivantes pour l'information en retour la contribution précieuse qu'elles leur ont apporté pour une version antérieure de ce rapport : Pamela L. Bolton, directrice, Francophone Africa Program, Family Care International ; Audrey R. Chapman, directrice, Science and Human Rights Program, American Association for the Advancement of Science ; Rebecca Cook, professeur, Faculté de droit, University of Toronto ; Lynn Freedman, professeur associé et directrice du Law and Policy Program, Mailman School of

Public Health, Columbia University ; et Ann M. Starrs, vice-présidente, Family Care International.

Nous sommes redevables à plusieurs personnes au Mali qui nous ont généreusement accordé leur temps et nous ont fourni des informations précieuses. Nous sommes particulièrement reconnaissantes envers les femmes de Bamako, Mopti, Ségou, et Sikasso qui nous ont raconté leurs expériences pendant la grossesse et l'accouchement. Dr Moustapha Touré, médecin chef du Service Socio-Sanitaire, Commune IV du District de Bamako, a offert son assistance en donnant des conseils et des contacts important pendant notre recherche. Nous sommes aussi très reconnaissantes envers les personnes suivantes (par ordre alphabétique) :

Ali Ag Abdou, technicien de développement communautaire, Ségou ; Mme Boi, sage-femme, Hôpital régional Nianankoro Fomba, Ségou ; Coumaré Fanta Coulibaly, Centre Djoliba, Bamako ; Salif Coulibaly, USAID, Bamako ; Ténimbra Coulibaly, technicien de santé, infirmier d'Etat, Sikasso ; Fanta Demba, sage-femme, Bamako ; Diarra Assa Dia, présidente, Ordre des sages-femmes, Bamako ; Diallo Mama Diakité, CAFO, Ségou ; Fatoumata Siré Diakité, Association pour le Progrès et la Défense des droits des femmes maliennes (APDF), Bamako ; Awa Diallo, sage-femme, Division de la santé familiale, Ministère de la Santé, Bamako ; Bréhima S. Diallo, officier assistant des projets de santé, UNICEF ; Hadja Assa Diallo, présidente, Comité d'action pour les droits de l'enfant et de la femme (CADEF), Bamako ; Kané Diawara, présidente, Ordre des sages-femmes, Ségou ; Doyolou Dougnon, infirmier d'État et chef du poste médical de Loulouni ; Makadji Fanta Guèye, Ordre des sages-femmes, Ségou ; Dr Diarra Houleymata, conseiller de formation, Suivie de l'Enfant/PCIME, John Snow, Inc./PDY, Bamako ; Bocoum Mariétou Kamissoko, directrice régionale, direction régionale de l'action sociale, Ministère de la Santé, Ségou ; Dr Anna Diop Kampo, pédiatre gynécologue, clinique privée, Sikasso ; Dr Dian Sidibé Karim, Division de la santé familiale, Ministère de la Santé, Bamako ; Dr Sylvain Keita, Association de santé communautaire, Commune IV, Bamako ; Coulibaly Siga Keita, secrétaire, l'Environnement et les activités génératrices de revenu, CAFO, Bamako ; Traoré Keita, sage-femme, Maternité, Hôpital de Markala, Markala ; Roné Simone Keitu, sage-femme maîtresse, Maternité, Hôpital de Sikasso, Sikasso ; Dr Sidi Kokaina, Adjoint du directeur régional de la santé, Hôpital régional de la santé, Sikasso ; Nana

Kounandji, sage-femme maîtresse, Ségou ; Traoré Mariam Madembasy, Aide de santé, Hôpital de Markala, Markala ; Dr Bouaré Malik, Hôpital de Markala, Markala ; Dr Daouda Mallé, spécialiste en santé et population, la Banque mondiale, Bamako ; Ahmed Ben Mohammed, administrateur social, Ségou ; Ursula Nadolny, USAID, Bamako ; Dr Traoré Ousmane, ASDAP, Bamako ; Dr Lin Ping, Hôpital de Markala, Markala ; Suzanne Reier, chef d'équipe, John Snow, Inc./PDY, Bamako ; René Rovira, conseiller de marketing social, Système de distribution, John Snow, Inc./PDY, Bamako ; Dr Traoré Safoura, Division de la santé familiale, Ministère de la Santé, Bamako ; Touré Djénéba Samaké, vice-présidente, Commission de la santé, des affaires sociales et de la solidarité à l'Assemblée Nationale ; Diarra Kadiatou Samoura, directrice régionale, Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, Ségou ; Diamouténé Marie Laurence Sanfaré, sage-femme régionale, Hôpital régional de santé, Sikasso ; Abdoulaye Sanogo, technicien de santé, Niena ; Dr Doumbia Seydou, Population Council, Bamako ; Dr Alfani Sissoko, administrateur de la Santé, Conseil technique pour l'Action sociale, UNICEF, Ségou ; Abdoulaye Sissouka, directeur, Hôpital régional Nianankoro Fomba, Ségou ; Dr Sidibé Bintou Traoré Tine, gynécologue-obstétricienne, responsable de la gynécologie et de l'obstétrique, Hôpital régional Nianankoro Fomba, Ségou ; Dr Attaher Touré, anciennement à la Division de la Santé familiale, Ministère de la Santé, Bamako ; Nabo Kadiatou Touré, technicienne de développement communautaire, Ségou ; Traoré Oumou Touré, secrétaire exécutive, Coordination des Associations et ONG Féminines du Mali (CAFO), Bamako ; Dr Aminata Traoré, Projet d'appui contre les pratiques néfastes pour la santé de la femme et de l'enfant, Bamako ; Lamine Traoré, Projet d'appui contre les pratiques néfastes pour la santé de la femme et de l'enfant, Bamako.

**+ CENTRE DE SANTÉ  
D'ARRONDISSEMENT  
REVITALISE (C.S.A.R) DE LOULOUNI**

<b>TARIFICATION</b>	<b>AIRE</b>	<b>HORS AIRE</b>
<b>CONSULTATION INFIRMIER</b>	<b>200<sup>FCFA</sup></b>	<b>300<sup>FCFA</sup></b>
<b>ACCOUCHEMENT</b>	<b>1000<sup>FCFA</sup></b>	<b>2000<sup>FCFA</sup></b>
<b>PETITE CHIRURGIE</b>	<b>2000<sup>FCFA</sup></b>	<b>3500<sup>FCFA</sup></b>
<b>CONSULTATION PRENATALE</b>	<b>500<sup>FCFA</sup></b>	<b>1000<sup>FCFA</sup></b>
<b>VACCINATION</b>	<b>100<sup>FCFA</sup></b>	<b>100<sup>FCFA</sup></b>

# Table des abréviations et glossaire

## Abréviation

## Terme complet et définition

### Agences des Nations Unies

Organisations du système des Nations Unies, y compris la Banque Mondiale, le PNUD, le FNUAP, l'UNICEF, et l'OMS, qui poursuivent des objectifs en matière de développement selon leur mandat spécialisé

### American Convention

Convention américaine des les droits de l'homme : Traité régional sur les droits humains, en vigueur dans les Amériques

### Banque mondiale

Institution internationale de crédit qui fournit une assistance financière et un appui technique aux pays à faible revenu à travers le monde

### CEDAW

Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes : Traité international codifiant le devoir des Etats d'éliminer la discrimination à l'encontre des femmes

**Centres de santé  
communautaires**

Centres de soins de santé du premier échelon, financés par les résidents communautaires des villages qu'ils desservent

**Charte africaine des droits  
de l'enfant**

Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant : Traité régional défendant les droits humains de l'enfant en Afrique

**Charte de Banjul**

Charte africaine des droits de l'homme et des peuples : Traité régional sur les droits humains en vigueur en Afrique

**Comité des droits économiques,  
sociaux et culturels**

Organe créé par traité pour surveiller le respect par les Etats du pacte relatif aux droits économiques, sociaux et culturels

**Comité des droits humains**

Comité des droits humains : Organe créé par traité pour surveiller le respect par les Etats du Pacte relatif aux droits civils et politiques

**Comité de la CEDAW**

Comité sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes : Organe des Nations Unies chargé de surveiller la mise en œuvre de la CEDAW par les Etats

<b>Commission de la femme</b>	Commission pour la promotion de la femme : Créée au Mali en 1993 pour superviser l'élaboration d'une politique nationale pour la promotion de la femme
<b>Commune</b>	Unité administrative locale auquel niveau se gère les centres de santé communautaires
<b>Conférence de Beijing</b>	Quatrième Conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes : conférence mondiale en 1995 sur les droits humains de la femme
<b>Convention européenne</b>	Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales : Traité régional relatif aux droits humains au sein de l'Europe
<b>Convention relative aux droits de l'enfant</b>	Convention relative aux droits de l'enfant : Traité international défendant les droits humains de l'enfant

**Décès maternel**

« Décès d'une femme enceinte ou décès survenu dans les 42 jours suivant une interruption de grossesse, quel que soit le siège ou la durée de cette dernière, et dont la cause est liée et aggravée par la grossesse ou la prise en charge de cette dernière, mais non liée à un accident ou à un incident. »<sup>1</sup>

**Déclaration universelle**

Déclaration universelle des droits de l'homme : Instrument des droits humains de l'ONU, à la base de la législation internationale moderne en matière de droits humains

**Enquête**

Une méthodologie utilisée pour révéler les violations des droits humains, rechercher l'obligation de rendre compte par les parties responsables, identifier et assurer un recours pour ceux dont les droits ont été violés, et aider à élaborer une stratégie de plaidoyer efficace

**FNUAP**

Fonds des Nations Unies pour la population : Agence des Nations Unies consacrée au financement et à l'appui à des programmes de population et de santé de la reproduction dans les pays à faible revenu

<b>Infirmiers d'Etat</b>	Professionnels de la santé ayant une formation médicale de base, mais non formé pour apporter une assistance durant la grossesse
<b>Matrone</b>	Prestataire d'assistance à l'accouchement. Dispose d'une certaine formation de base, mais n'est pas considérée comme « prestataire qualifiée » selon les normes internationales
<b>MGF/E</b>	Mutilations génitales féminines/excision : Nom collectif donné à diverses pratiques différentes qui impliquent l'ablation des organes génitaux féminins
<b>Ministère de la femme</b>	Ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille : A remplacé la Commission de la femme au Mali en 1997
<b>Ministère de la Santé</b>	Ministère de la Santé, des Personnes Agées et de la Solidarité
<b>Mortalité maternelle</b>	Décès d'une femme résultant de conditions liées à la grossesse, à l'accouchement et à des complications connexes

## 14 Réclamons nos droits

### **OMS**

Organisation mondiale de la santé :  
Agence des Nations Unies consacrée à la  
recherche et à la promotion de la santé  
publique à l'échelle mondiale

### **Pacte relatif aux droits civils et politiques**

Pacte international relatif aux droits civils  
et politiques : Traité international  
protégeant les droits civils et politiques  
des individus

### **Pacte relatif aux droits économiques, sociaux et culturels**

Pacte international relatif aux droits  
économiques, sociaux et culturels : Traité  
international protégeant les droits  
économiques, sociaux et culturels des  
individus

### **Plan d'action pour la promotion de la femme**

Plan élaboré par le Ministère de la  
Promotion de la Femme, de l'Enfant et  
de la Famille pour mettre le statut de la  
femme malienne en conformité avec les  
normes internationales en matière  
d'égalité entre les hommes et les femmes

### **Plan de santé décennal**

Plan décennal de développement  
sanitaire et social adopté au Mali en  
1998

### **PNUD**

Programme des Nations Unies pour le  
développement : Agence des Nations  
Unies qui se consacre au financement et  
à l'appui à des initiatives de  
développement dans les pays à faible  
revenu

**Politique de santé de la reproduction**

Politique adoptée en 2000 par le gouvernement malien qui identifie les composants des soins essentiels en matière de santé de reproduction

**Pratiques traditionnelles néfastes**

Pratiques culturelles néfastes pour la santé et les droits des femmes, y compris le mariage des enfants et les MGF/E

**Programme d'action de Beijing**

Déclaration et programme d'action, Quatrième Conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes : Document fruit d'un consensus adopté par les nations participant à la Conférence de Beijing

**Programme du Caire**

Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement : Document fruit d'un consensus adopté par les nations participant à la Conférence internationale sur la population et le développement

**Sage-femme**

Prestataire formée pour assurer des services de soins obstétricaux : Considérée comme « prestataire qualifiée » selon les normes internationales

**UNICEF**

Fonds des Nations Unies pour l'enfance :  
Agence des Nations Unies qui se  
consacre au plaidoyer en faveur de la  
protection des droits des enfants

**USAID**

Agence des Etats-Unis pour le  
développement international : Organe  
gouvernemental américain chargée du  
financement et de la supervision des  
programmes d'aide extérieure américaine  
à travers le monde

## Résumé

Le droit de survivre à la grossesse et à l'accouchement repose sur le droit des femmes à la vie, la plus fondamentale des garanties en matière de droits humains. Le nombre de décès imputables à la grossesse et à l'accouchement au Mali montre que pour les femmes, le droit à la vie n'est pas encore assuré. Contribuant à ces décès, il y a le déni quotidien des droits aux soins de santé, à la non-discrimination et à la liberté de choix en matière de reproduction.

Plusieurs facteurs privent les femmes de la jouissance de leur droit à des soins de santé disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité. La disponibilité des soins est entravée par le manque de structures et la pénurie de ressources matérielles et humaines. L'accessibilité des soins de santé est freinée, chez les femmes, par le manque d'information, et parallèlement, par la prédominance des idées fausses et des mythes qui entourent la grossesse et l'accouchement. L'acceptabilité des soins est compromise par les prestataires de soins qui traitent les femmes, particulièrement celles à faible revenu, de manière peu respectueuse et qui restent insensibles à leurs besoins. Enfin, la qualité des soins pâtit de l'absence de réglementation adéquate s'appliquant aux prestataires de soins et au manque de formation continue pour ceux-ci.

La discrimination à l'égard des femmes au Mali prend diverses formes, qui contribuent toutes à la vulnérabilité des femmes durant la grossesse et l'accouchement. Les lois et politiques formelles, telles que celles relatives à l'âge minimum pour le mariage, et l'exclusion des femmes des rôles de prise de décision ont pour effet de marginaliser les femmes et reflètent une absence de réceptivité du gouvernement aux besoins et conditions physiologiques des femmes. Les pratiques traditionnelles néfastes, notamment les mutilations génitales féminines et l'excision (MGF/E), ont des effets directs sur la capacité physique des femmes à supporter l'accouchement. Enfin, le faible statut des femmes au sein de la famille compromet davantage leur vie dans un contexte de soins de santé peu apte à prendre en compte les complications de la grossesse et de l'accouchement.

L'absence de liberté de choix en matière de reproduction pour les femmes du Mali commence par une perception sociétale de celles-ci essentiellement en tant

que mères et nourricières. Cette perception est renforcée par le manque d'accès des femmes à la planification familiale. La loi et les prestataires médicaux réduisent davantage l'autonomie de la femme en exigeant l'autorisation du mari pour certaines procédures et en attendant des mineures qu'elles obtiennent l'autorisation parentale pour la planification familiale. Enfin, la capacité des femmes à tout simplement se procurer des soins est anéantie par leur manque de pouvoir décisionnel au sein de la famille.

Aux termes des instruments internationaux et régionaux en matière de droits humains, des documents internationaux fruits d'un consensus, et des lois nationales, le gouvernement du Mali a l'obligation juridique de prendre en compte chacun des facteurs qui contribuent au risque de décès pour les femmes durant la grossesse et l'accouchement. Des instruments juridiques internationaux contraignants identifient également la responsabilité incombant à tous les membres de la communauté internationale, qui est d'œuvrer à la réalisation de ces droits pour les femmes à travers le monde.

Le gouvernement du Mali n'a pas détourné son attention du défi d'assurer la survie à la grossesse et à l'accouchement. Les politiques et les institutions gouvernementales reconnaissent la nécessité d'améliorer le statut de la femme et d'élargir l'accès aux soins de santé. Les politiques adoptées par le gouvernement du Mali reflètent une approche, fondée sur les droits, du renforcement des capacités et de la santé des femmes, particulièrement la santé de la reproduction. Cependant cette approche pourrait être articulée de manière encore plus forte au vue des instruments juridiques contraignants, même si le cadre de politique actuel fournit une base solide pour la responsabilité qui incombe au gouvernement d'assurer à la femme le droit de survivre à la grossesse et à l'accouchement. Ce qu'il faut, à présent, c'est une action concertée pour faire des garanties juridiques et de politique une réalité pour les femmes du Mali.

# Recommandations

Le gouvernement du Mali a, aux termes du droit international, l'obligation de prendre en compte le risque de décès des femmes durant la grossesse et l'accouchement. Les conclusions du présent rapport, analysées dans un cadre de droits humains, suggèrent un certain nombre d'approches juridiques et de politique pour garantir la survie des femmes à la grossesse et à l'accouchement, au Mali. Les facteurs qui contribuent à la mortalité maternelle sont nombreux et sont liés non seulement à la fourniture de soins de santé, mais aussi aux pratiques sociales et culturelles discriminatoires qui dressent des obstacles à l'accès aux soins. La survie à la grossesse et à l'accouchement ne peut être assurée que là où les réformes juridiques sont accompagnées d'efforts concertés visant à améliorer la santé et le statut de la femme. En conséquence, les actions recommandées pour le gouvernement du Mali comprennent des réponses sous forme de programmes, des réformes juridiques et une application plus forte des protections juridiques et de politique existante. Le gouvernement du Mali n'agit pas seul dans ces efforts ; les organisations internationales et régionales et les agences donatrices jouent également un rôle crucial. Plusieurs suggestions en vue d'actions futures—tirées essentiellement des entretiens avec des femmes du Mali, des prestataires de soins de santé, des ONG et des décideurs—sont proposées à chacun de ces groupes d'acteurs.

## AU GOUVERNEMENT DU MALI

### MINISTÈRE DE LA SANTÉ

#### **Investir dans la santé maternelle et les soins obstétricaux d'urgence**

**Engager plus de fonds.** Améliorer les structures de soins existantes, y compris par la construction de nouvelles structures accessibles à toutes les femmes urbaines et rurales qui ont des complications obstétriques et qui ont besoin de soins d'urgence.

**S'adresser aux pénuries de ressources matérielles dans les centres de soins.**

S'assurer que les structures de soins obstétricaux disposent de ressources adéquates en matière de médicaments, de sang, et d'autres ressources nécessaires pour fournir des soins appropriés à leur rôle au sein des infrastructures de santé.

**Etablir des systèmes de référence et des plans de transport d'urgence.**

Travailler avec les communautés pour développer des systèmes de référence et des plans d'assurance mutuelle pour garantir que les femmes qui rencontrent des complications obstétricales ont les connaissances et la capacité nécessaires pour atteindre à temps les structures de soins obstétricaux d'urgence.

**Etendre les services de planification familiale.**

Investir dans l'extension des services et de l'information en matière de planification familiale en direction de toutes les femmes du Mali, en prenant des mesures pour assurer l'accès à ces services et à cette information pour les femmes rurales et les adolescentes.

**Prendre en compte l'avortement dans de mauvaises conditions de sécurité.**

Assurer des avortements sûrs et accessibles là où cela est légalement autorisé. Mettre à disposition les soins post-avortement dans l'ensemble des hôpitaux d'Etat et des centres de soins de santé primaire. Allouer des fonds pour la formation du personnel de soins de santé et pour l'équipement des structures de soins afin de garantir que ces procédures sont pratiquées de manière sûre et avec compétence. Evaluer l'impact sur la santé et les ressources de la loi restrictive du Mali relative à l'avortement et promouvoir des réformes juridiques.

**Faire face à l'impact des mesures de réforme du secteur de la santé**

Evaluer attentivement les mesures de réforme du secteur de la santé ayant un impact négatif sur la capacité des femmes à survivre à la grossesse et à l'accouchement. En particulier, examiner les effets du désengagement de l'Etat de la fourniture de soins de santé et de l'imposition de frais de consultation pour les services de soins de santé maternelle. Se concentrer sur l'effet de ces mesures sur toutes les femmes, surtout

les plus vulnérables, notamment les femmes à faible revenu, les femmes rurales, les illettrées, les adolescentes et d'autres femmes à risque.

### **Aider à identifier les améliorations nécessaires du système de santé**

Mener des études sur les complications de la grossesse afin de mieux comprendre les causes de la mortalité maternelle, et donc de maximiser la capacité du secteur de la santé à promouvoir la survie à la grossesse et à l'accouchement.

### **Surveiller l'incidence de la mortalité maternelle**

S'assurer la collection systématique et la surveillance du nombre et les causes des décès maternels au Mali et adapter les interventions de l'Etat pour prendre en compte les insuffisances en matière de fourniture de soins de santé reflétées dans les données.

### **Rendre les centres de soins plus accueillants pour les femmes**

Renforcer les normes et procédures destinées à garantir que les structures de soins de santé sont accueillantes et respectueuses vis-à-vis des adolescentes, des femmes non mariées, et d'autres groupes vulnérables, afin de promouvoir l'utilisation accrue de ces structures par ces personnes. S'appuyer sur l'information fournie par la population desservie pour élaborer ces normes.

### **Renforcer les programmes de formation médicale**

Exiger des prestataires de soins médicaux à tous les niveaux qu'ils reçoivent une formation médicale plus rigoureuse, ainsi qu'une formation permanente. Engager des ressources financières et humaines.

### **Renforcer les normes en matière de soins de santé**

Elaborer une charte des droits des patients et prendre des mesures supplémentaires pour promouvoir la sensibilisation des femmes à leurs droits dans le contexte des soins de santé. Adopter des standards disciplinaires et les appliquer contre les prestataires qui les contreviennent, par exemple par l'imposition des frais illégaux et des autres conditions impropres pour la prestation des services. Appuyer la capacité des Ordres de la santé à promouvoir la qualité des soins de santé et à contrôler les

prestataires, en les sanctionnant en cas de violation du Code de déontologie.

## **MINISTÈRE DE LA JUSTICE**

### **Se livrer à des investigations sur la négligence**

En cas de faute médicale, intenter des poursuites contre les prestataires qui enfreignent les dispositions existantes du Code pénal relatives aux négligences criminelles. Avec les ONG et les associations de juristes, veiller à ce que les victimes de négligence ont recours à la justice et accès à la représentation juridique.

### **Soutenir la réforme juridique**

Soutenir l'adoption d'une loi générale relative à la santé de la reproduction qui, entre autres, alloue les ressources à la promotion de la santé maternelle.

### **Promouvoir l'utilisation de la loi pour attaquer les causes de base de la mortalité maternelle**

Par exemple, soutenir la réforme du Code du mariage et de la tutelle pour éliminer les dispositions discriminatoires ; en particulier, élever l'âge minimum légal du mariage pour les filles de 15 à 18 ans. Œuvrer pour freiner la demande pour les MGF/E par la promotion de la législation.

## **MINISTÈRE DE LA PROMOTION DE LA FEMME, DE L'ENFANT ET DE LA FAMILLE**

### **Renforcer les capacités des femmes à revendiquer leurs droits en matière de reproduction**

Sensibiliser les femmes, leurs familles et leurs communautés sur les droits de la reproduction, notamment le droit humain de survivre à la grossesse et à l'accouchement. S'attaquer aux mythes courants relatifs à la grossesse, à l'accouchement et aux soins de santé maternelle. Participer à des programmes d'éducation et de vulgarisation visant à encourager les familles et les communautés à renoncer aux pratiques traditionnelles néfastes, notamment les MGF/E.

### **Promouvoir une approche concertée entre ministères**

Convoquer une commission inter-ministérielle pour déterminer comment les interventions étatiques—notamment, une meilleure allocation des ressources et mise en œuvre législative et de politique—peuvent prendre en compte la discrimination contre la femme et promouvoir la survie des femmes à la grossesse et à l'accouchement.

### **AUX NATIONS UNIES, À LA BANQUE MONDIALE, ET AUX AUTRES AGENCES DES NATIONS UNIES:**

#### **Renforcer les normes internationales**

Poursuivre le développement de normes et de critères juridiques internationaux en matière de survie maternelle. Développer davantage des indicateurs visant à mesurer les progrès en matière de garanties des droits à la vie et à la santé.

#### **Evaluer l'impact des réformes recommandées dans le secteur de la santé**

Examiner les effets de l'appui des bailleurs internationaux à la décentralisation de la fourniture de soins de santé et à l'imposition de frais d'usagers pour les services de soins de santé maternelle. Reconnaître l'impact de ces réformes sur les plus vulnérables, y compris les femmes à faible revenu, les femmes rurales, les illettrées, les adolescentes et d'autres femmes en danger. Œuvrer avec le gouvernement pour prendre en compte les effets négatifs de ces réformes.

### **AUX BAILLEURS INTERNATIONAUX**

#### **Assigner des ressources ciblant la mortalité maternelle et ses causes fondamentales au Mali**

**Cibler les obstacles structurels à l'accès aux soins de santé.** Allouer des fonds à la construction et amélioration des infrastructures sanitaires au Mali. En particulier, aider à la construction, à l'équipement et au recrutement de personnel pour les centres de santé communautaires et les hôpitaux publics. Aider les centres de santé communautaires à développer davantage leurs systèmes de référence.

**Faciliter la formation et l'éducation des prestataires.** Appuyer les programmes de formation continue en direction des prestataires de soins en vue de la constitution de compétences et de l'amélioration de la qualité des soins en organisant des séminaires de formation, en offrant des bourses et en accueillant des conférences pour les prestataires de soins.

**Promouvoir l'éducation publique et l'échange d'informations sur la santé.** Appuyer des programmes visant à rendre l'information sur la santé disponible et accessible au grand public. Par exemple, aider à la création de campagnes de sensibilisation sur l'importance que revêt une assistance qualifiée durant l'accouchement.

**Cibler la discrimination contre la femme.** Soutenir les programmes du Ministère de la promotion de la femme et les ONG féminines luttant contre les discriminations à l'égard des femmes dans toutes leurs manifestations et œuvrant pour la promotion de la femme.

**Appuyer les efforts de plaidoyer des ONG nationales.** Fournir une assistance financière et technique aux ONG qui travaillent à influencer sur la politique étatique dans les domaines de la santé maternelle et de l'égalité entre la femme et l'homme.

**Adopter une approche coordonnée.** Travailler avec le gouvernement et les ONG locales à évaluer les besoins en matière de ressources et d'assistance technique et à développer des plans coordonnés pour répondre à ces besoins, entre les organisations intergouvernementales, les gouvernements bailleurs et les ONG internationales.

## **AUX ORGANISATIONS RÉGIONALES AFRICAINES**

Dans tous les programmes visant le développement et les droits de la personne, souligner la survie maternelle comme une priorité pour l'Afrique. Exercer une pression diplomatique sur les états-membres pour lutter contre les causes directes et indirectes de la mortalité maternelle.

## À propos de la série

*Réclamons nos droits : Survivre à la grossesse et à l'accouchement au Mali* est le premier d'une série de quatre rapports qui se concentrent sur les droits de la femme de faire l'expérience de la grossesse et de l'accouchement en toute sécurité. La série examinera des pays d'Afrique subsaharienne, d'Europe de l'est et d'Europe centrale, d'Amérique latine et d'Asie du sud. Chaque rapport fera l'objet de recherches et sera rédigé en collaboration par le Centre pour les droits reproductifs et une organisation non-gouvernementale (ONG) partenaire du pays examiné.

La présente série se propose de s'appuyer sur un corpus de travaux qui prend en compte la grossesse et l'accouchement sans risques en tant que question des droits humains.<sup>2</sup> Le recours au langage des « droits » a des implications juridiques importantes. Ceci met en évidence les obligations contraignantes pour les gouvernements, aux termes du droit national et international, qui sont de garantir à la femme la sécurité tout au long de la grossesse et de l'accouchement. L'incapacité à faire face à ces obligations peut équivaloir au non-respect des engagements souscrits dans le cadre des traités et d'autres normes internationales contraignantes, ainsi que des obligations constitutionnelles et législatives au niveau national.

Chaque rapport de cette série fournira une analyse en profondeur des normes nationales et internationales en matière de droits humains qui établissent le droit de la femme à la grossesse et à l'accouchement sans risque dans un pays donné. Les rapports adopteront également une approche « d'enquête sur les droits humains ». L'enquête est une méthodologie utilisée pour dénoncer les violations des droits humains, rechercher l'obligation de rendre compte des parties responsables, identifier et assurer un recours pour ceux dont les droits ont été violés, et aider à élaborer une stratégie de plaidoyer efficace.<sup>3</sup> Les résultats de notre enquête seront complétés par un examen des lois et politiques nationales qui contribuent aux risques de la grossesse et de l'accouchement.

*Réclamons nos droits* se concentre sur l'aboutissement le plus tragique de la grossesse et de l'accouchement dans de mauvaises conditions de sécurité : la mortalité maternelle. Un décès maternel est « le décès d'une femme enceinte ou un décès survenu dans les 42 jours suivant une interruption de grossesse, quel que

soit le siège ou la durée de cette dernière, et dont la cause est liée et aggravée par la grossesse ou la prise en charge de cette dernière, mais non liée à un accident ou à un incident. »<sup>4</sup> Tous les ans, plus d'un demi-million de femmes meurent de causes liées à la grossesse.<sup>5</sup> A travers le monde, une femme sur 75 meurt de causes liées à la grossesse ou à l'accouchement. La majeure partie de ces décès surviennent là où l'accès des femmes aux soins de santé, à l'alimentation et à l'hygiène fait le plus défaut. Dans les pays les moins développés, une femme sur 16 meurt de causes liées à la grossesse. Dans les pays industrialisés, ce chiffre tombe à 1 pour 4.085.<sup>6</sup>

La leçon que l'on peut tirer de ces chiffres est que la plupart des décès maternels sont totalement évitables. Mais la communauté internationale n'a pas encore abordé le décès durant la grossesse et l'accouchement avec l'urgence appropriée. Tout homicide arbitraire commis par un gouvernement est universellement reconnu comme un manquement à son devoir le plus fondamental aux termes de la législation internationale en matière de droits humains. Il est temps que les gouvernements et la communauté internationale considèrent le décès évitable des femmes durant la grossesse et l'accouchement comme pas moins qu'un manquement à des obligations juridiques internationales contraignantes.

En ancrant la grossesse et l'accouchement sans risque dans la législation internationale en matière de droits humains, cette série ouvrira la voie pour une évaluation du respect étatique des normes contraignantes en matière de droits humains, sur la base d'un examen des faits dans un pays donné. Derrière chaque fait et chaque statistique, il y a l'histoire d'une femme. La présente série est autant un tribunal pour les voix souvent étouffées de ces femmes qu'un outil de plaidoyer juridique pour les activistes qui s'expriment avec elles.

# Introduction

Le Mali figure parmi les pays du monde où une femme qui tombe enceinte ou qui accouche court le plus de risques de mourir. Tous les ans, près de 3.000 Maliennes décèdent au cours de la grossesse et de l'accouchement.<sup>7</sup> Les décès liés à la grossesse—dont la plupart sont évitables—cueillent de jeunes vies, rendent orphelins des milliers d'enfants et privent de femmes, de filles, de sœurs et d'amies des milliers d'autres personnes. La mortalité maternelle, bien que reconnue comme une tragédie, est largement acceptée comme un risque inévitable pour les femmes du Mali, pire une condition de la féminité. Une discussion commence à avoir lieu sur le rôle le gouvernement du Mali et la communauté internationale peuvent jouer pour prévenir ces morts inutiles.

Ce rapport prend part à cette discussion. Il va plus loin pour affirmer non seulement que l'action gouvernementale peut prévenir la mortalité maternelle, mais que le gouvernement du Mali a l'obligation juridique d'entreprendre une telle action. Cette affirmation repose sur un examen des instruments juridiques nationaux et internationaux contraignants garantissant les droits humains universels. Le gouvernement du Mali a fait preuve de son attachement à la protection de ces droits humains, tant en ratifiant les traités internationaux qu'en adoptant des dispositions constitutionnelles et autres dispositions juridiques largement protectrices.

La situation sur le terrain révèle toutefois l'ampleur du défi auquel le gouvernement est confronté. Si les réformes récentes dans le domaine des soins de santé ont visé à améliorer l'accès aux soins obstétricaux à travers le pays, de larges portions de la population continuent de vivre dans des zones où des soins potentiellement vitaux sont physiquement hors de portée. Les dangers de la grossesse s'accroissent pour les femmes vivant en dehors des zones urbaines. Les facteurs socioculturels—y compris une discrimination constante à l'égard des femmes—contribuent à la vulnérabilité de celles-ci durant la grossesse et l'accouchement.

### **COUP D'ŒIL SUR LA MORTALITÉ MATERNELLE AU MALI**

- Les complications découlant de la grossesse et de l'accouchement sont la cause d'un tiers des décès de Maliennes âgées de 15 à 49 ans.<sup>8</sup>
- Bien qu'il manque des données exhaustives, les Nations Unies estiment le taux de mortalité maternelle du pays à 630 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes.<sup>9</sup>
- Une femme sur 19 dans le pays décède durant sa grossesse.<sup>10</sup>
- Seulement 26% de toutes les naissances ont été assistées par du personnel formé.<sup>11</sup>

Ce rapport détaille les facteurs qui contribuent à la mortalité maternelle au Mali et met en évidence les insuffisances dans les efforts déployés par le gouvernement pour prendre en compte ces facteurs. Notre but est mettre le gouvernement du Mali face à ses engagements concernant la survie de la femme. Ce rapport examine la manière dont le cadre législatif et de politique du Mali pourrait être renforcé pour appuyer cet objectif. Mais nous reconnaissons aussi que le gouvernement ne peut effectuer des changements immédiats et durables sans l'appui d'autres acteurs. Nos recommandations ciblent donc les membres de la société civile ainsi que la communauté internationale des bailleurs.

### **OBJECTIFS DU RAPPORT**

Ce rapport identifie les facteurs qui contribuent à la mortalité maternelle au Mali sur la base d'une enquête menée par le Centre pour les droits reproductifs et l'Association des juristes maliennes (AJM). Il examine les conclusions de l'enquête par rapport à un cadre des droits humains, fondé sur le droit international et national. Ce cadre sert de base pour des recommandations en direction du gouvernement du Mali, des ONG, et de la communauté internationale des bailleurs.

Évaluer le respect par le gouvernement malien de ses obligations juridiques internationales concernant la protection du droit de la femme à survivre à la grossesse et à l'accouchement est une tâche complexe. L'engagement déclaré du gouvernement à promouvoir la santé maternelle n'est pas en cause. Ce qui reste à

examiner et à évaluer à la lumière des normes contraignantes en matière de droits humains, c'est de voir dans quelle mesure cet engagement touche la vie des milliers de femmes maliennes qui tombent enceintes tous les ans.

Une telle évaluation nécessite la participation de divers secteurs de la société civile, notamment les professionnels de la santé, les experts de la santé publique, et les défenseurs des droits de la femme. Par exemple, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) a travaillé avec des experts non-gouvernementaux à l'élaboration de directives pour l'évaluation de la mise en place par l'Etat de services obstétricaux essentiels. Ces directives se concentrent sur le nombre de structures de santé fournissant des soins vitaux aux femmes ayant des complications obstétricales, la répartition géographique de ces structures, le recours à ces structures par les femmes enceintes, l'efficacité des actes chirurgicaux effectués dans ces structures et la qualité de ces services.<sup>12</sup>

Les membres de la société civile œuvrant à promouvoir la justice sociale et l'égalité de l'homme et de la femme peuvent apporter un complément à ces enquêtes pour donner une image plus complète des obstacles à la survie à la grossesse et à l'accouchement pour les femmes du Mali. Spécifiquement, les ONG peuvent attirer l'attention sur les expériences des femmes dans les structures de soins de santé et révéler la dynamique de genre au sein des familles et des communautés. Ces histoires peuvent être rapportées par les femmes elles-mêmes ou par les prestataires de soins et les activistes qui sont au fait des défis auxquels les femmes sont confrontées. Des membres de la famille des femmes décédées durant la grossesse ou l'accouchement peuvent également relater les expériences des femmes derrière les statistiques.

## **CONTEXTE GLOBAL**

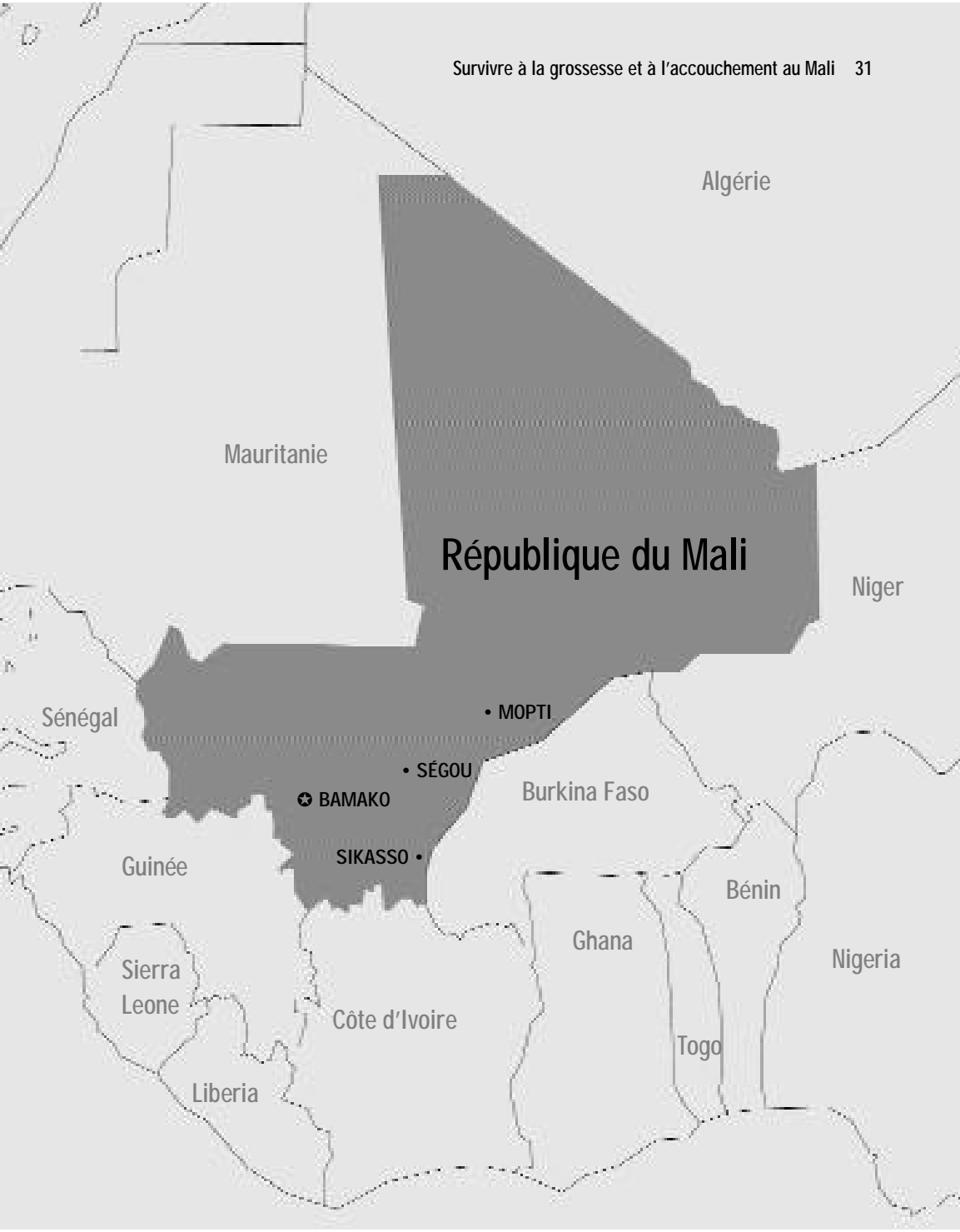
Tous les ans, plus d'un demi-million de femmes décèdent des complications de la grossesse et de l'accouchement.<sup>13</sup> La grande majorité de ces décès maternels surviennent chez les femmes les plus pauvres au monde. Plus d'un quart de toutes les femmes adultes dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire souffrent d'affections ou de lésions liées à la grossesse ou à l'accouchement.<sup>14</sup> Ceci signifie que pour les femmes âgées de 15 à 49 ans résidant dans ces pays, les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la principale cause de décès.<sup>15</sup> En termes

de statistiques, pour la femme, le risque de mortalité liée à la grossesse dans son cycle de vie est de : 1 pour 16 en Afrique ; 1 pour 110 en Asie ; 1 pour 160 en Amérique latine et dans les Caraïbes ; 1 pour 2.000 en Europe (y compris l'Europe de l'est) ; et 1 pour 3.500 en Amérique du nord.<sup>16</sup>

Les membres de la communauté internationale, notamment l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), la Banque mondiale et plusieurs ONG ont entrepris une action conjointe pour renforcer des programmes visant à garantir la « Maternité sans risques ». Le groupe inter-organisations encourage la mise en œuvre d'un ensemble intégré de services pour promouvoir la maternité sans risques, qui comprend les soins et les conseils prénatals, les soins spécialisés durant le travail et l'accouchement, les soins post-partum, la planification familiale, les soins liés à l'avortement, l'éducation et les services en matière de santé de la reproduction et l'éducation communautaire.<sup>17</sup> En outre, l'OMS a lancé l'initiative « Rendre la grossesse plus sûre », dont la mission est d'assister les gouvernements et les agences partenaires à garantir que « la maternité sans risques a une place prioritaire dans leurs politiques et leurs budgets et que des normes et des critères de soins probants sont appliquées de manière appropriée. »<sup>18</sup>

## MÉTHODOLOGIE

La recherche a été menée essentiellement durant les mois de décembre 2000 et janvier 2001 dans les régions de Bamako, Sikasso, Ségou et Mopti. La recherche de suivi a été faite durant les mois de février et mai 2001. La collecte de données a eu lieu essentiellement à travers des entretiens et des visites d'hôpitaux et de centres de santé communautaires. Les entretiens ont été menés par le personnel à la fois du Centre pour les droits reproductifs et de l'AJM. Près de 765 entretiens ont été menés au cours de l'enquête. Parmi les personnes interrogées, figuraient des responsables gouvernementaux, des prestataires de soins de santé, des membres de la communauté des ONG, des femmes qui ont accouché et des proches de femmes décédées durant la grossesse ou l'accouchement. Les femmes à qui il a été demandé de parler de leurs expériences durant l'accouchement ont été identifiées par l'AJM, avec l'aide de contacts dans les régions ciblées. Tous les efforts ont été déployés pour trouver un groupe varié de personnes à interroger pour cette partie de l'enquête.



Mauritanie

Algérie

**République du Mali**

Niger

• MOPTI

• SÉGOU

✚ BAMAKO

• SIKASSO

Burkina Faso

Bénin

Nigeria

Ghana

Togo

Côte d'Ivoire

Guinée

Sierra Leone

Liberia

Sénégal

Toutefois, la plupart des personnes enquêtées étaient des femmes qui avaient participé à des initiatives d'organisation ou à des activités génératrices de revenu parrainées par le gouvernement ou des ONG dans ou près des centres urbains. Elles n'étaient donc pas totalement représentatives des nombreuses femmes rurales dont la vie est essentiellement limitée à leurs villages et à leurs environs immédiats et qui sont confrontées aux plus grands obstacles aux soins de santé en matière de reproduction, notamment à une assistance qualifiée durant l'accouchement. Les références aux entretiens et autres données apparaissent dans les notes à la fin de ce rapport. Dans certains cas, les noms sont gardés confidentiels afin de respecter la vie privée des personnes interviewées, surtout celles des femmes qui ont partagé leurs expériences de grossesses et d'accouchements et de ceux qui ont parlé de la perte d'un membre proche de leur famille ou de la perte d'amis.

Des entretiens supplémentaires ont été menés par les représentantes de l'AJM durant l'automne 2002 pour recueillir des témoignages plus longs auprès des proches de femmes décédées durant la grossesse et l'accouchement. Trois de ces témoignages figurent dans ce rapport, un au début de chaque chapitre. Aucune des personnes citées dans ces témoignages n'apparaît dans les photographies qui accompagnent ces récits.

## **STRUCTURE DU RAPPORT**

Des recommandations, un résumé et une introduction à cette série précèdent cette Introduction. Le chapitre I présente les résultats de l'enquête menée pour ce rapport et se propose d'examiner les réalités propres au pays, qui doivent être prises en compte afin de garantir que les femmes du Mali ont des grossesses sûres et saines. Le chapitre II donne un aperçu des fondements juridiques nationaux et internationaux qui protègent le droit de la femme à survivre à la grossesse et à l'accouchement. Le chapitre couvre les bases textuelles de ce droit, débat de la nature de l'obligation qui incombe à l'Etat d'en garantir la jouissance, et examine les moyens de mesurer le respect de ses devoirs par le gouvernement. Le chapitre III débat de l'approche de politique que le Mali a adoptée jusqu'ici pour promouvoir le statut et la santé de la femme, en examinant dans quelle mesure ces politiques concordent avec les normes juridiques internationales et nationales. L'information générale sur la situation géographique, démographique et politique du Mali est

présentée dans l'annexe A. L'annexe B fournit des extraits des instruments juridiques internationaux qui, ensemble, fondent le droit de survivre à la grossesse et à l'accouchement.



L'histoire de Fatoumata

## Elle essayait d'avoir un autre fils

*Elle s'appelait Fatoumata. C'était ma mère. Elle est morte il y a 12 ans; moi je venais juste d'avoir 16 ans. Je n'oublierai jamais.*

*Elle était la deuxième femme de notre père. Elle avait déjà huit enfants dont six filles. Elle voulait avoir d'autres garçons et elle avait plus de 45 ans. Chez nous, la grossesse se cache et la femme n'annonce jamais aux autres membres de la famille qu'elle attend un enfant donc c'est lorsque la grossesse est devenue bien visible que j'ai appris en même temps que les autres. Avec le temps, j'ai compris qu'elle était contente car, elle espérait avoir un troisième garçon. Souvent, elle se moquait d'elle-même en disant que cet enfant à naître sera celui d'une vieille femme et que ce sera son dernier.*

*Ma mère travaillait comme infirmière obstétricienne dans une maternité, occupation qu'elle a continuée jusqu'à la date de l'accouchement. Elle aimait causer avec sa coépouse et ses amies qui venaient fréquemment à la maison après les heures de travail.*

*Je crois que c'est vers le huitième mois qu'elle a commencé à s'inquiéter. Elle disait tout le temps qu'elle avait des appréhensions parce qu'elle avait constaté que cette grossesse était différente des autres qu'elle avait vécues. Elle priait Dieu pour que tout se passe bien. Sa coépouse la rassurait en lui disant qu'aucune grossesse ne se ressemble ; qu'elle même ayant eu six grossesses, à chaque fois c'était une expérience différente. Ma mère disait que dans tous les cas, elle s'en remettait à Dieu.*

*Un matin, d'après ce que j'ai compris, le travail a commencé. En fait depuis la veille au soir, elle souffrait. Vers environs 16 heures, elle a été conduite à la maternité qui n'était pas très loin. Elle n'a pas pu accoucher. Elle a été transportée à l'hôpital à 18 heures où elle devait subir une césarienne. Elle est décédée au cours de l'opération. Le bébé était un garçon mais il était déjà mort.*

*Je ne suis pas au courant des conditions sanitaires de l'hôpital, mais je sais que l'accueil s'est bien passé puisqu'elle faisait partie du corps de la santé et qu'elle était accompagnée par son amie qui est sage-femme. Elle avait fait une hémorragie. J'ai appris par la suite qu'elle avait fait une rupture utérine.*

*Je suis la première fille de ma mère donc nous étions très proche. Cela est très important chez nous. Elle m'avait déjà responsabilisée par rapport à beaucoup de choses notamment m'occuper de mes frères et sœurs. Avec son décès, j'étais complètement désorientée et j'ai perdu tous mes repères. Je suis devenue très malade et depuis, je n'ai pas pu me ressaisir. Tout le monde se sentait perdu dans la famille, même sa coépouse pour laquelle elle faisait beaucoup et qui le lui rendait bien. Mon père, lui a eu énormément de peine. Il s'est aussitôt remarié sur les conseils de proches parents afin que cette nouvelle femme vienne aider notre marâtre à nous élever. Cela a été une grosse erreur car cela a d'avantage perturbé notre vie. Certaines de mes sœurs ont été données en adoption protection.*