

MARIAGE PRECOCE EN MILIEU URBAIN A BANGUI (CENTRAFRIQUE) : ENJEUX ET REALITES

G.T. B.C SONGO-KETTE, A. KOIROKPI, G.R.L KOGBOMA WONGO., M.W.S. MATOULOU,
R.N. NGBALE, A. SÉPOU

RESUME

Introduction : En Afrique, les différentes campagnes de lutte contre le mariage précoce ont conduit un recul progressif de l'âge d'entrée en union. Il s'agissait de déterminer les interactions entre le recul de l'âge de la première union et la maternité.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive menée durant 3 mois auprès des femmes issues de milieux socioculturels divers de la ville de Bangui.

Résultats : Quatre cent vingt-six femmes ont été interviewées. Dans 49,8% des cas elles avaient atteint le niveau supérieur d'instruction. L'âge moyen de la première union était de 21,6 ans. Dans 17% des cas, les femmes enquêtées n'avaient pas d'enfants. Les raisons évoquées par celles n'ayant pas d'enfant étaient principalement l'infertilité du couple, suivie de l'utérus fibromateux et des complications d'avortements provoqués. Le risque de ne pas avoir d'enfant était associé à un recul de l'âge de la première union à partir de 25 ans ($p < 0,05$).

Conclusion : le recul de l'âge d'entrée en union à partir de 25 ans entraîne un risque sur la maternité. Il convient de développer des initiatives de santé préventive basées sur l'importance à avoir des enfants au moment opportun.

Mots-clés : Mariage précoce ; Milieu urbain ; Centrafrique.

SUMMARY

Early marriage in urban environment in Bangui (Central African Republic): issues and realities.

Introduction: in Africa, the various campaigns to combat early marriage have led to a gradual increase in the age of entry into union. The aim was to determine the interactions between the increase in the age of first union and motherhood.

Methodology: It is a cross-sectional study for descriptive and analytical purposes from 3 months with women from diverse socio-cultural backgrounds in the city of Bangui.

Results: Four hundred and twenty six women were interviewed. In 49.8% of cases they had attained the higher level of education. The average age of first union was 21.6 years. In 17% of cases, the women surveyed had no children. The reasons given by those without children were mainly the infertility of the couple, followed by the fibromatous uterus and complications of induced abortions. The risk of not having children was associated with a postponement of the age of first union from age 25 ($p < 0.05$).

Conclusion: The postponement of the age of entry into union from 25 years entails a risk on motherhood. Preventive health initiatives based on the importance of having children at the right time should be developed.

Keywords: Early marriage ; Urban environment ; Central African Republic.

INTRODUCTION

Aujourd'hui, les modifications sociales, économiques et culturelles qu'a connues l'Afrique subsaharienne ont conduit à un recul progressif de l'âge d'entrée en union, au moins pour les femmes [1]. Ce recul de l'âge du mariage a donc entraîné mécaniquement un recul de l'âge de la première maternité [2]. Plusieurs études ont fait état de la corrélation entre le mariage précoce avec les fâcheux résultats dans le domaine

de la santé de la reproduction que connaissent les pays en voie de développement [3, 4]. Ces travaux ont donné l'occasion à des campagnes de sensibilisation contre le mariage précoce amenant ainsi à un recul de l'âge de la première maternité surtout en milieu urbain [3]. En raison de la baisse considérable de la fécondité qui survient avec l'âge, l'âge constitue un facteur de risque important d'infertilité [5]. Avec l'âge, les femmes ont un risque plus élevé d'avoir des maladies qui peuvent réduire directement la

Tirés à part : Dr Songo-kette Gbekere Thibaut Boris Clavaire Mail : tsongokette@gmail.com
Tel : (+236) 72673386/75291826

SONGO-KETTE G.T. B.C., KOIROKPI A., KOGBOMA WONGO G.R.L., MATOULOU M.W.S., NGBALE R.N., SÉPOU A.. Mariage précoce en milieu urbain à Bangui (Centrafrique) : Enjeux et réalités. Journal de la SAGO, 2023, vol.24, n°2, p.1-5.

fertilité. Ainsi, il a été démontré que lorsque les femmes retardent leur maternité, elles risquent d'avoir moins d'enfants que prévu, mais aussi elles peuvent éprouver plus des difficultés à obtenir une grossesse [5, 6]. Malgré les progrès intervenus dans le domaine de la procréation, les initiatives de prévention sanitaire ciblant les femmes en âge de procréer qui n'ont pas encore eu d'enfants ont eu peu d'impact [7]. S'il est admis que les grossesses avant 18 ans exposent les femmes à des risques importants [8, 9], très peu de données de la littérature sont disponibles sur le risque sur la fécondité des femmes qui retardent jusqu'à 25 ans leur première maternité. En Centrafrique, aucune étude n'a été faite en ce qui concerne ses enjeux sur la fécondité des femmes lorsqu'elles décident de retarder leur maternité. Nous avons donc jugé nécessaire de mener ce travail afin de déterminer les interactions entre le recul de l'âge de la première union et la fécondité des femmes qui n'ont pas encore eu d'enfants.

I. METHODES

Du 1^{er} Mars au 31 Mai 2022, nous avons, pendant trois mois, conduit une étude transversale auprès des femmes issues des différents milieux socio-culturels de la ville de Bangui. Une équipe constituée de huit enquêteurs formés, tous étudiants en médecine, a été mise en place pour collecter les informations à l'aide d'une fiche d'enquête individuelle. Les questions semi-ouvertes devaient faire l'objet de réponses immédiates. Les enquêteurs avaient bénéficiés d'une formation leur permettant de recueillir les informations sans influencer les personnes enquêtées. La taille de l'échantillon a été calculée selon la formule de Schwartz : $n = (Z^2 pq)/i^2$

z : Niveau de confiance à 95 % ce qui correspond à 1,96 ;
i : Précision = 0,05 ;
p : Prévalence standard attendue dans la population = 59,7% ;
q = 1-p = 0,403 ;

De ce fait, la taille minimale de notre échantillon était de 370 femmes. Les variables étudiées ont portées sur le profil sociodémographique et la fécondité des femmes enquêtées. Une analyse multivariée a été utilisée afin de déterminer l'interaction entre les variables. La différence était significative pour $p < 0,05$ (probabilité d'erreur). Le risque relatif (OR) supérieur à 1 a été retenu comme mesure d'association entre les différentes variables pour un intervalle de confiance à 95%.

II. RESULTATS

Au total 426 femmes issues de milieux socioculturels divers de la ville de Bangui ont été interviewé. L'âge moyen des femmes enquêtées était de 39,2 ans avec des extrêmes de 23 et 45 ans. La tranche

d'âge la plus retrouvée était celle comprise entre 35 à 39 ans. Les femmes enquêtées avaient atteint le niveau supérieur dans 49,8% des cas. Elles vivaient principalement en couple (mariage et union). Dans 17% des cas, les femmes enquêtées n'avaient pas d'enfants. Les caractéristiques sociodémographiques sont résumées dans le tableau I.

Tableau I : Répartition des femmes selon les paramètres sociodémographiques

Items	Effectif (n=426)	Pourcentage (%)
Tranches d'âge		
≤ 24 ans	1	0,2
25 à 44 ans	328	77,0
45 ans et plus	97	28,2
Situation matrimoniale		
Mariée/ union libre	294	69,0
Divorcée	71	16,7
Célibataire/veuve	61	14,3
Niveau d'instruction		
Aucun	10	2,3
Primaire	78	18,3
Secondaire	126	29,6
Supérieur	212	49,8
Nombre d'enfant		
Aucun	72	16,9
Non	354	83,1

Sur les 423 femmes ayant déjà eu un rapport sexuel, l'âge moyen du premier rapport sexuel était de 17,3 ans avec des extrêmes de 12 et 36 ans. Sur les 401 femmes ayant été enceinte au moins une fois, l'âge moyen de la survenue de la première grossesse était de 19,6 ans avec des extrêmes de 13 et 35 ans. Nous avons noté que 20,7% des femmes enquêtées ont eu recours à une IVG au cours de la première grossesse. Parmi les femmes ayant été enceinte, 354 ont accouché au moins une fois et l'âge du premier accouchement était de 20,3 ans avec des extrêmes étant de 13 et 35 ans. L'âge moyen de la première union était de 21,6 ans avec des extrêmes de 13 et 40 ans. Les principaux résultats en rapport avec les paramètres sexuels sont résumés dans le tableau II.

Tableau II : Répartition des femmes selon les paramètres sexuels

Items	Effectif	%
Age du premier rapport sexuel	(n=423)	
< 18 ans	249	58,9
18 à 24 ans	166	39,2
25 ans et plus	8	1,9
Age de la première grossesse	(n=401)	
< 18 ans	123	30,7
18 à 24 ans	226	56,3
25 ans et plus	52	13,0
Issue de la première grossesse	(n=401)	
Accouchements à terme	269	67,1
Avortements provoqués	83	20,7
Avortements spontanés	35	8,7
Mort-nés	8	2,0
Accouchements prématurés	6	1,5
Age premier accouchement	(n=356)	
< 18 ans	89	25,0
18 à 24 ans	199	59,9
25 ans et plus	68	19,1
Age de la première union	(n=393)	
< 18 ans	92	23,4
18 à 24 ans	188	47,8
25 ans et plus	113	28,8

Les facteurs de risque de ne pas avoir d'enfant étaient en rapport avec un âge de première union à partir de 25 ans (OR = 9,08 [3,08-26,75]) (tableau III).

Tableau III : Facteurs de risque de l'absence d'enfant

Paramètres	Femme avec au moins un enfant		Femmes sans enfant		OR (IC95)	p
	Effectif	%	%	%		
Age de la première union (n=393)						
< 18 ans (n=92)	88	95,7	4	4,3	1	
18 à 24 ans (n=188)	168	89,4	20	10,6	2,62 [0,87-7,90]	0,057
≥ 25 ans (n=113)	80	70,8	33	29,2	9,08 [3,08-26,75]	< 0,001
Age de la première grossesse (n=401)						
< 18 ans (n=123)	111	90,2	12	9,8	1	
18 à 24 ans (n=226)	199	88,1	27	11,9	1,26 [0,61-2,57]	0,53
≥ 25 ans (n=52)	44	84,6	8	15,4	6,93 [3,28-14,64]	0,28

Les causes d'absence d'enfant sont résumées dans le tableau IV. Ce sont principalement l'infertilité du couple, l'utérus fibromateux et les complications des suites d'une interruption volontaire de grossesse (IVG). Dans la majorité des cas, les principales causes de l'absence d'enfant étaient plus retrouvées chez les femmes ayant atteint un niveau supérieur d'instruction.

Tableau IV : Répartition des femmes enquêtées selon les causes d'absence d'enfant et le niveau d'instruction

Causes de l'absence d'enfant	Faible niveau d'instruction		Niveau moyen d'instruction		Niveau d'instruction supérieur		Total
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Infertilité du couple	4	16	3	12	18	72	25
Fibrome utérin	1	5,3	8	42,1	10	52,6	19
Complications d'IVG	1	7,1	1	7,1	12	85,8	14
Attente du mariage	0	0	1	20	4	80	5
Avortements spontanés à répétition	0	0	0	0,0	4	100	4
Déception lors de la première union	0	0	2	66,7	1	33,3	3
Absence de conjoint	0	0	0	0,0	2	100	2

III. DISCUSSION

Nous avons effectué un travail sur des données recueillies auprès des femmes de divers milieux socioculturels dans la ville de Bangui. Notre étude avait ciblé les femmes pouvant avoir un passé plus ou moins riche dans le domaine sexuel. C'est ainsi que la moyenne d'âge des femmes enquêtées était de 39,2 ans. Ce recul nous a permis d'avoir des informations sur les antécédents gynécologiques et obstétricaux pouvant avoir des liens avec la fécondité. En observant le niveau d'instruction des femmes, nous avons remarqué que la plupart des femmes enquêtées (49,8%) avait atteint le niveau supérieur. Ceci semble être en rapport avec le biais de sélection qui n'a pas pris en compte que les femmes de la plus grande ville du pays où le niveau intellectuel est généralement plus élevé, contrairement aux villes provinciales. En effet, les études antérieures montrent que le taux de scolarisation des femmes ayant atteint le niveau supérieur est plus élevé à Bangui que dans les autres villes [10].

Les premières expériences sexuelles font parties des étapes de la transition vers l'âge adulte. Elles sont influencées par le milieu, le contexte, la culture dans lesquels les jeunes grandissent et la survenue de la ménarche [10]. Aussi, dans la culture Centrafricaine, la première expérience sexuelle débouche souvent sur la vie en couple. Dans 58,9 % des cas, les femmes retenues dans notre étude ont eu leurs premières expériences sexuelles avant 18 ans. L'âge moyen du premier rapport sexuel de 17,3 ans marque un recul par rapport à celui de 16,4 ans trouvé par Sépou et al. en 1998 [11]. Le recul de l'âge moyen pour le premier rapport sexuel pourrait être lié à la proportion élevée des femmes intellectuelles dans notre étude comme l'ont relevé Sépou et al. en milieu étudiant, les filles qui atteignent le niveau supérieur d'instruction semblent accorder plus de priorité à leur scolarité [12]. Le niveau élevé de la scolarisation est censé améliorer les connaissances et les pratiques des adolescentes et des jeunes dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. Cependant, même si la scolarisation est positivement associée à l'adoption de comportement sexuel responsable [13], le recul de l'âge du premier rapport sexuel entraîne un retard de la première naissance avec des conséquences sur la maternité. Or, l'âge de la première grossesse et celui du premier accouchement ont une influence sur la maternité de la femme. S'il est reconnu que les accouchements précoces peuvent avoir un effet néfaste sur la santé de la mère et de l'enfant [8], il n'en est pas de moins pour les premiers accouchements après 35 ans [14]. Nous avons remarqué que la moyenne d'âge de la survenue de la première grossesse était de 19,6 ans avec des extrêmes de 13 et 35 ans. Celle du premier accouchement était de 20,3 ans. Bien que

la moyenne d'âge de la première grossesse soit corrélée à celui du premier accouchement, nous avons noté une proportion de 20,7% d'avortements provoqués au cours de la première grossesse. Ces avortements provoqués exposent les femmes qui y ont recours à de graves complications pouvant comme l'ont démontré plusieurs études [15, 16].

En comparant l'âge de la première union et le profil de maternité des femmes, il ressort que le fait de retarder jusqu'à 25 ans l'entrée en union comporte un risque sur la fécondité des femmes enquêtées. En effet, le risque de ne pas avoir d'enfant était plus élevé chez les femmes qui ont eu leur première union à partir de 25 ans, avec une différence statistiquement significative (OR = 9,08 [3,08-26,75] ; $p < 0,001$). Il apparaît clairement que plus la femme retarde son entrée en union, plus elle court le risque de ne pas avoir d'enfant. Plusieurs raisons peuvent conduire les femmes à repousser leur première maternité. Pour notre part, nous avons relevé que parmi les 72 femmes enquêtées qui n'avaient pas d'enfant vivant, 70,8% avaient atteint le niveau supérieur d'instruction. Ainsi, le besoin de poursuivre les études afin d'avoir une meilleure insertion professionnelle peut pousser les femmes ayant un niveau d'instruction élevée à retarder leur maternité. Malheureusement pendant la vie sexuelle, elles peuvent contracter des infections sexuellement transmissibles (IST) dont l'infection au VIH/SIDA [17]. Les IST mal traitées entraînent souvent une stérilité tubaire [18]. Aussi, les raisons évoquées par les femmes qui n'avaient pas d'enfant, était surtout l'infertilité du couple, suivie de l'utérus fibromateux et les complications d'avortements provoqués. Notons que ces 3 principales causes d'absence d'enfant étaient plus retrouvées chez les femmes ayant atteint le niveau d'instruction supérieur. En plus de la stérilité tubaire citée ci-haut, l'hyperoestrogénie secondaire à un retard de la première maternité peut provoquer le développement du fibrome utérin source de difficulté de conception ultérieure [19]. D'autre part, l'envie de poursuivre les études sans une charge familiale peut pousser les jeunes filles à réaliser les avortements provoqués, avec toutes les conséquences que cela comporte. En tenant compte des difficultés d'accès aux techniques de procréation médicalement assistée en Afrique [20], le risque de ne pas avoir d'enfant est plus élevé chez les femmes présentant ces différentes pathologies.

CONCLUSION

Il ressort de cette étude qu'il existe une corrélation entre l'âge de la première union des femmes et leur maternité future. Ces résultats soulignent l'importance d'informer les femmes qui envisagent de retarder la parentalité des risques potentiels pour leur fertilité. Compte tenu de l'importance du fait d'être mère sur la

stabilité conjugale, il convient de mettre en place des initiatives de santé préventive basées sur l'importance à avoir des enfants au moment opportun.

Déclaration d'éventuels conflits d'intérêts :

Les auteurs déclarent sur l'honneur que la soumission et la publication de ce manuscrit ne présente aucun conflit d'intérêts.

Remerciements :

Nous remercions les autorités sanitaires de la ville Bangui pour avoir facilité, aux enquêteurs, la collecte des données.

REFERENCES

1. **Antoine P, Bégy D.** Le mariage en Afrique, pluralité des formes et des modèles matrimoniaux. Québec: Presses de l'Université du Québec; 2014 : 304p.
2. **Pison G.** Les maternités précoces en recul dans le monde. *Popul Sociétés* 2012;49(6):1-4.
3. **Walker JA.** Early marriage in Africa - trends, harmful effects and interventions. *Afr J Reprod Health* 2012;16(2):231-240.
4. **Delaunay V, Guillaume A.** Sexualité et mode de contrôle de la fécondité chez les jeunes en Afrique subsaharienne. In : Adjamagbo A, Msellati P, Vimard P. Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud : nouveaux contextes et nouveaux comportements. Marseille : Academia Bruylant; 2007:211-263.
5. **Liu KE, Case A.** No. 346-advanced reproductive age and fertility. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017;39(8):685-95.
6. **Schmidt L, Sobotka T, Bentzen JG, Nyboe AA.** Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. *Hum Reprod Update* 2012;18(1):29-43.
7. **Temmesen CG, Frandsen TF, Svarre Nielsen H, Petersen KB, Clemensen J, Andersen HL.** Women's reflections on timing of motherhood: a meta-synthesis of qualitative evidence. *Reproductive Health* 2023;20(30):1-13.
8. **Seince N, Pharisien I, Uzan M.** Grossesse et accouchement des adolescentes. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Gynécologie/Obstétrique, 5-016-D-10, 2008. Doi : 10.1016/S0246-0335(08)50201-8.
9. **Nguembi E, Yanza MC, Sépou A, Poussoumandji-Guezz MA, Nali MN, Zohoun T.** La grossesse chez les adolescentes dans la ville de Bouar (Centrafrique). *Med Afr Noire* 2005;52(12):691-85.
10. **Institut Centrafricain des Statistiques et des Etudes Economiques et Sociale.** MICS6-RCA Enquête par grappes à indicateurs multiples 2018-2019, Rapport final des résultats de l'enquête. Bangui: ICASEES; 2021:684p.
11. **Sépou A, Yanza MC, Domande-modanga Z, Nguembi E.** Paramètres sexuels chez les femmes centrafricaines en milieu urbain. *Med Afr Noire* 2002;49:87-91.
12. **Sépou A, Nguembi E, Yanza MC, Ngbale R, Nali MN.** Comportement sexuel des étudiants de l'Université de Bangui. *Med Trop* 2004 ;64(2):163-67.
13. **Rwenge Mburano JR.** Comportements Sexuels parmi les Adolescents et Jeunes en Afrique subsaharienne Francophone et Facteurs Associé. *Afr J Reprod Health* 2013;17(1):49-66.
14. **Mbano-Dédé Matiké-Ayamboka K, Bendot Gueguet Yacka Kongo HJ, Kossa-Ko-Ouakoua JD, Sabah J, Boudier E, Ngbale NR et al.** Accouchement chez les femmes de 35 ans et plus au Centre Hospitalier Universitaire Communautaire de Bangui en République Centrafricaine. *Méd Afr Noire* 2022;69(1):17-30.
15. **Pasquier E, Owolab OO, Fetters T, Ngbale RN, Adame Gbanzi MC, Williams T et al.** High severity of abortion complications in fragile and conflict-affected settings: a cross-sectional study in two referral hospitals in sub-Saharan Africa (AMoCo study). *BMC Pregnancy and Childbirth* 2023;143(23):1-15.
16. **Ngbale RN, Gaunefet CE, Itoua C, Foumsou L, Koïrokpi A, Matoulou-Mbala Wa-Ngogbe S et al.** Les pelvipéritonites après avortements provoqués clandestins: aspects épidémiologiques, pronostics à l'Hôpital Communautaire de Bangui. *Annales de l'Université de Bangui Série D* 2015;1(2):10-6.
17. **Kane H, Bi Vroh JB, Fond-Harmant L.** Quelle éducation à la sexualité pour la santé des jeunes en Afrique ? *Santé publique* 2018;30(3):295-96.
18. **Gandji S, Bankole Hs, Dougnon Tv, Da Silva J, Zannou C, Biau O.** Survenue des obstructions tubaires chez les femmes à Cotonou (Bénin) : rôle des bactéries. *Int J Biol Chem Sci* 2013;7(3):1338-43.
19. **Stewart EA, Cookson CL, Gandolfo RA, Schulze-Rath R.** Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. *BJOG* 2017;124:1501-12.
20. **Dia JM, I Yao I, Guié P, Bohoussou E, Nguessan E, Oyelade M, Allah F, Anongba S.** Aspects épidémiologiques et étiologiques des couples infertiles à Abidjan. *Rev int sc méd* 2016;18(1):22-26.