

# Comprendre la qualité de la relation des couples et la pratique contraceptive à Kumasi, au Ghana

Par Carie Muntifering Cox, Michelle J. Hindin, Easmo Otupiri et Roderick Larsen-Reindorf

Carie Muntifering Cox est chercheuse scientifique, Department of Family Medicine, University of Washington, Seattle, WA, USA. Michelle J. Hindin est professeure adjointe, Department of Population, Family and Reproductive Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, USA. Easmon Otupiri est premier chargé de cours, Department of Community Health, et Roderick E. Larsen-Reindorf est chargé de cours, Department of Obstetrics and Gynecology—tous deux à la School of Medical Sciences, Kwame Nkrumah University of Science and Technology, Kumasi, Ghana.

**CONTEXTE:** La connaissance, les attitudes et les pratiques relatives à l'usage de la contraception sont abondamment documentées. Les aspects affectifs des relations susceptibles d'influencer la décision en matière de procréation sont cependant souvent omis.

**MÉTHODES:** Les données de l'enquête 2010 sur la santé et la richesse des familles ont servi à la réalisation d'analyses de régression logistique bivariées et multinomiales, afin d'identifier les associations entre la qualité de la relation et la pratique contraceptive courante de 698 couples mariés ou en concubinage à Kumasi (Ghana). Les indicateurs de qualité de la relation se mesurent sur quatre échelles — engagement, confiance, communication constructive et communication destructive —, avec aussi une question de satisfaction au sein de la relation. La pratique contraceptive courante est répartie en trois catégories: aucune, méthode discrète (injectable, pilule, stérilet, implant et diaphragme) et méthode évidente (abstinence périodique, retrait, préservatif et spermicide).

**RÉSULTATS:** La pratique contraceptive globale s'est révélée faible — avec 22% de femmes déclarant ne pratiquer aucune méthode au moment de l'enquête. En général, les répondants font état de hauts niveaux de qualité de la relation. Les cotes de satisfaction des femmes au sein de la relation présentent une association positive avec la pratique des méthodes évidentes plutôt que l'absence de pratique (rapport de risque relatif, 1,2). Côté masculin, les cotes de confiance sont associées positivement à la pratique des méthodes discrètes plutôt qu'à l'absence de pratique (1,1) et celles de communication constructive le sont aux deux types de méthodes plutôt qu'à l'absence de pratique (1,1 chacun).

**CONCLUSIONS:** La qualité de la relation des couples semble jouer un rôle important dans leur décision relative à la pratique contraceptive. Il convient d'en tenir compte dans les efforts de conception et de mise en œuvre des programmes et politiques de planification familiale.

*Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique, numéro spécial de 2014, pp. 24–33, doi: 10.1363/FR02414*

En 1994, la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) a fait évoluer la réflexion mondiale sur la santé reproductive d'une perspective démographique à une perspective de droits. Est alors née une conscience accrue de l'influence des relations de genre et de l'égalité des sexes sur les droits sexuels et reproductifs. Le Programme d'action de la CIPD déclare que «la sexualité et les relations entre les sexes sont interdépendantes et, ensemble, influent sur la capacité qu'ont les hommes et les femmes d'avoir une vie saine et de maîtriser leur destin en matière de procréation».<sup>1</sup> La promotion et l'établissement de relations de genre respectueuses et équitables à travers un partenariat harmonieux s'inscrivent parmi les éléments fondamentaux de plusieurs objectifs du programme. Pour assurer le respect des engagements de la CIPD, il importe de mieux comprendre la relation entre les partenaires, comment s'évalue la qualité de cette relation et la manière dont elle favorise ou inhibe les désirs et les décisions sexuels et reproductives. Ces questions n'ont guère bénéficié de l'attention de la recherche en Afrique subsaharienne.

Pour combler cette lacune, nous avons conçu la pré-

sente étude dans le but de mieux cerner le lien entre différentes dimensions de la qualité de la relation de partenaires mariés ou en concubinage à Kumasi (Ghana) et la pratique contraceptive. Nous nous concentrons ici sur cinq dimensions de la qualité de la relation: l'engagement, la confiance, la communication constructive, la communication destructive et la satisfaction.

## Qualité de la relation et pratique contraceptive

D'après le Guttmacher Institute et le Fonds des Nations Unies pour la population, 222 millions de femmes du monde en développement présentaient un besoin de planification familiale non satisfait en 2012: ces femmes désiraient espacer ou limiter leurs maternités, mais ne pratiquaient aucune méthode de contraception moderne.<sup>2</sup> Si les taux de pratique contraceptive augmentent dans certaines régions, l'Afrique occidentale enregistre principalement une pratique stagnante, parfois même en baisse. De nombreuses études ont cherché à identifier les caractéristiques associées à la pratique contraceptive, ou son absence, par des femmes dans le monde, y compris en

Afrique subsaharienne. Depuis une vingtaine d'années, la recherche se concentre de plus en plus sur le lien potentiel entre la pratique contraceptive, d'une part, et, d'autre part, les caractéristiques du couple et la dynamique de la relation.<sup>3-9</sup>

Presque toutes les décisions de nature sexuelle et reproductive prises au sein d'une relation intime affectent les deux partenaires, même si elles sont arrêtées par un seul d'entre eux. Le manque de pouvoir et d'autonomie des femmes dans les relations intimes n'est plus à documenter pour de nombreuses femmes d'Afrique subsaharienne et les effets préjudiciables sur leur santé et leur subsistance ont été évalués.<sup>6,10,11</sup> Plusieurs études ont examiné les dimensions de la dynamique du couple par rapport à la santé sexuelle et reproductive, en incluant la violence conjugale,<sup>4,5,12</sup> l'autorité décisionnelle du ménage<sup>6,7,10,13</sup> et la communication des partenaires au sujet de planification familiale.<sup>3,8-10,14</sup> Ces études documentent le rôle important et complexe de la dynamique de la relation dans la pratique contraceptive en Afrique subsaharienne. Malgré cette attention accrue portée à la dynamique de la relation, quelques études seulement se sont penchées spécifiquement sur les dimensions de la qualité de la relation et de la pratique contraceptive dans la région.<sup>15-18</sup>

Une grande partie de la recherche menée à cet égard en Afrique subsaharienne l'a été dans le contexte du VIH et l'accent y est mis sur l'usage du préservatif.<sup>16,18</sup> Dans une étude qualitative réalisée en Ouganda, les discussions relatives au préservatif et à son usage au sein des relations sérieuses sont qualifiées de difficiles, comme laissant entendre un manque de confiance à l'égard du partenaire.<sup>18</sup> La même étude observe que les méthodes barrières contrôlées par les femmes sont vues comme un moyen, pour celles qui n'ont pas confiance en leur partenaire, de se protéger. Les observations d'une autre étude africaine semblent indiquer que plus la confiance s'installe dans une relation, moins le préservatif est utilisé,<sup>16</sup> comme le constatent aussi les études effectuées dans les pays industrialisés.<sup>19,20</sup>

Peu d'études réalisées en Afrique subsaharienne examinent l'association entre la qualité de la relation et les méthodes contraceptives autres que le préservatif.<sup>15,17,18</sup> Deux indiquent notamment que certains hommes craignent que les femmes qui pratiquent la contraception risquent d'être infidèles ou d'abandonner leur mari. Cette peur, et méfiance, influence l'acceptation masculine de la pratique contraceptive de la partenaire.<sup>15,18</sup> Dans une étude effectuée dans le nord du Ghana, il apparaît que les femmes évitent parfois de parler de la contraception ou de la pratiquer parce qu'elles redoutent la réaction de leur mari. Beaucoup estiment que cette discussion pourrait aboutir sur une querelle ou sur un épisode de violence conjugale.<sup>15</sup> Parce qu'elles perçoivent une opposition masculine à la pratique contraceptive et un désir chez l'homme d'une famille nombreuse, les femmes redoutent que cette pratique à l'insu ou sans l'approbation de leur mari nuise à leur relation, réduise l'intimité et l'affection du couple et conduise même le mari à prendre une nouvelle épouse s'il

s'en apercevait. La seule étude liant la pratique contraceptive à la qualité de la relation observe une corrélation entre cette pratique et la satisfaction conjugale et sexuelle.<sup>17</sup> Dans les pays industrialisés, la recherche s'est principalement penchée sur la qualité de la relation et la pratique contraceptive parmi les adolescents non mariés;<sup>21,22</sup> elle se concentre aussi souvent sur l'usage du préservatif.<sup>20,23</sup> Peu d'études examinent la question parmi les adultes en relation régulière ou de longue durée; et plusieurs limitent leur échantillon aux jeunes adultes.<sup>19,24-26</sup>

La recherche donne à penser que la qualité de la relation joue bel et bien un rôle dans la décision contraceptive, mais la direction et la solidité de l'association varient suivant la dimension de la qualité de la relation et la méthode.<sup>19,24-26</sup> L'association, ou non, de la qualité de la relation avec une augmentation ou diminution de la probabilité que la femme pratique la contraception semble dépendre de circonstances spécifiques;<sup>19,26</sup> la recherche est cependant limitée. La compréhension des nuances d'influence des différentes dimensions de la qualité de la relation sur la pratique d'une méthode est indispensable à la mise au point d'interventions ciblées.

#### Contexte de l'étude

La présente analyse repose sur les données de couples mariés ou en concubinage résidant dans deux communautés périurbaines de Kumasi, au Ghana. Située dans la région d'Ashanti, Kumasi est la deuxième plus grande ville du pays.

• *Dynamique de la relation.* Le mariage est presque universel au Ghana. L'âge médian au mariage est de 20 ans chez les femmes de 25-49 ans et de 26 ans chez les hommes de 30-59 ans.<sup>27</sup> La dissolution du mariage n'est pas rare. Une étude basée sur des données nationalement représentatives de 2003 estime qu'environ un quart des femmes ayant été mariées ont vécu un divorce.<sup>28</sup> Dix-huit pour cent des femmes mariées déclarent vivre en union polygyne,<sup>27</sup> facteur particulièrement important en termes de qualité de la relation et de résultats de santé. Dans un examen de la littérature effectué en 2009 sur la polygynie et la santé des femmes,<sup>29</sup> Bove et Vaggia ont constaté que, par rapport aux unions monogames, les unions polygynes sont associées à une moindre communication conjugale et moindre fréquence des rapports sexuels, et que les hommes polygynes présentent de plus hauts taux de relations sexuelles extraconjugales que leurs homologues monogames. De plus, les femmes en union polygyne déclarent être moins satisfaites de leur vie que celles en union monogame.

Depuis le début des années 1960, le Ghana enregistre un éloignement progressif du mariage traditionnel arrangé, où les parents participent à la sélection des partenaires de leurs enfants, au profit du mariage romantique, où les hommes et les femmes choisissent eux-mêmes leur partenaire.<sup>30</sup> La Ghana Female Autonomy Micro Study (micro-étude sur l'autonomie féminine au Ghana) a révélé qu'en 1992, 76% des maris et 68% des femmes avaient choisi eux-mêmes leur partenaire sans l'aide ni le consentement

de leur famille.<sup>31</sup> Malgré cette évolution, les liens de parenté gardent une certaine influence sur la qualité et la stabilité du mariage.<sup>28,32</sup> Une hypothèse est que le profond respect de la parenté affaiblit le lien entre les partenaires mariés, surtout dans les parentés matrilinéaires.<sup>32</sup>

Peu d'études se sont penchées sur la qualité de la relation au Ghana.<sup>33,34</sup> Dans la région du Haut Ghana oriental, les hommes dont la relation se caractérise par un processus décisionnel moins traditionnel et par une communication plus ouverte sont plus susceptibles que les autres de déclarer une qualité supérieure de leur relation.<sup>33</sup> Dans la région du Centre (Cape Coast), une étude sur le conflit au sein du mariage a identifié les causes majeures de conflit: attributs des époux, vie familiale, caractéristiques socio-culturelles et socioéconomiques et inégalité.<sup>34</sup> Les conséquences du conflit matrimonial sont aussi qualifiées de psychologiques et physiques. Lors de l'Enquête démographique et de santé de 2008, 20% des femmes mariées ou l'ayant été ont déclaré avoir subi la violence physique ou sexuelle d'un mari ou partenaire au cours des 12 derniers mois; et 31% font état de violence psychologique.<sup>27</sup> Dix pour cent des hommes mariés ou l'ayant été avaient subi la violence physique d'une épouse ou partenaire durant les 12 derniers mois; et 23% avait souffert de violence psychologique.

• **Pratique contraceptive.** Le Ghana présente un faible taux de prévalence contraceptive et un niveau élevé de besoin non satisfait. En 2008, 24% des femmes mariées déclaraient pratiquer une méthode quelconque et 17% une méthode moderne, soit une baisse de deux points de pourcentage par rapport à 2003.<sup>27</sup> Selon les estimations, 35% des femmes auraient un besoin de planification familiale non satisfait; mais seulement 48% des non-utilisatrices actuelles entendent pratiquer une méthode de contraception moderne à l'avenir. Les raisons en sont les rapports sexuels peu fréquents,<sup>13</sup> l'opposition (personnelle ou d'autrui) à la pratique, l'ignorance et les raisons liées aux méthodes (effets secondaires, etc.).<sup>27,35</sup> Côté offre, des services de planification familiale sont proposés dans de nombreux types d'établissement (hôpitaux, cliniques du secteur public et privé et pharmacies), ainsi qu'à travers la filière de distribution communautaire organisée par les Services de santé du Ghana.<sup>27</sup> Malgré l'amélioration de la disponibilité de services de contraception au Ghana entre 1993 et 2002—avec 96% des établissements offrant des services au moins cinq jours par semaine—, la faiblesse de la demande et les ruptures de stocks<sup>36</sup> expliquent peut-être, en partie, pourquoi la pratique contraceptive reste faible.

### Cadre théorique

Nous avons retenu les principes de la théorie des systèmes familiaux comme cadre de notre étude.<sup>37</sup> Cette théorie reconnaît que le comportement individuel au sein d'un système ne peut être compris de manière isolée et que les interrelations entre les membres du système doivent être prises en compte dans l'examen du comportement individuel et de groupe. Selon les théoriciens des systèmes

familiaux, chaque famille ou, en l'occurrence, le couple, fonctionne par maintien et réglementation des relations entre les individus à travers leurs décisions et leurs actes. Ces décisions et actes, de même que la façon dont les actes de chacun modifient l'état de la relation, sont liés aux attributs de niveau individuel aussi bien que du couple, y compris la qualité de la relation.

En appliquant le cadre des systèmes familiaux à notre étude, nous présumons que la décision individuelle ou du couple de discuter, d'adopter ou de poursuivre la pratique d'une méthode de contraception est en partie influencée par la qualité actuelle de la relation, ainsi que par la manière dont l'acte maintiendra ou changera cette qualité. Comme le suggèrent d'autres chercheurs, le contexte peut modifier l'influence de la qualité de la relation sur la pratique contraceptive.<sup>26</sup> Par exemple, une femme dont la qualité de la relation est faible peut hésiter ou redouter davantage la discussion ou la pratique contraceptive avec son partenaire, par rapport à une femme qui jouit d'une relation de qualité supérieure. Cela dit, cette même femme pourrait être plus motivée à éviter d'avoir un enfant (ou d'en avoir un autre) avec son partenaire actuel en raison de la qualité de la relation; si la contraception lui est accessible (ouvertement ou en secret), elle pourrait être plus susceptible d'adopter une méthode que son homologue dont la qualité de la relation est meilleure.

Pour évaluer si, et dans quel sens, la qualité de la relation est associée à la pratique contraceptive dans la ville ghanéenne de Kumasi, nous avons examiné cinq dimensions. Ces mesures ont été sélectionnées dans le cadre d'une étude plus large déjà en cours sur la base d'échelles préalablement validées.<sup>38-42</sup>

## MÉTHODES

### Données et échantillon

Les données soumises à l'analyse proviennent de l'étude sur la santé et la richesse des familles (Family Health and Wealth Study—FHWS), une étude longitudinale sur les couples mariés et en concubinage de Kumasi effectuée par la Kwame Nkrumah University of Science and Technology en collaboration avec le Gates Institute for Population and Reproductive Health. Nous avons utilisé les données de base, collectées en août 2010. Il s'agissait là de la seule série de données disponible au moment de l'analyse. Au total, 800 couples en âge de procréer (18 à 44 ans pour les femmes et 18 à 59 ans pour les hommes) ont été sélectionnés aléatoirement et interviewés. Les intervieweurs ont défini un espace privé dans lequel les hommes et les femmes ont répondu séparément à l'enquête; aucun partenaire n'était présent ou présente à l'interview de l'autre.

Dans les ménages multifamiliaux, un seul couple a été sélectionné. Dans les unions polygynes, une seule épouse l'a été. Si plusieurs épouses étaient présentes au moment du recrutement, la première mariée a été présélectionnée puis, après confirmation de son admissibilité, sélectionnée. Au cas où elle se serait avérée non admissible, qu'elle aurait refusé de participer ou en son absence, la deuxième

femme a été présélectionnée, et ainsi de suite.

Quarante-huit couples ont été exclus de l'analyse parce que la femme était enceinte et n'avait pas présenté de besoin de contraception au moment de la grossesse. Deux couples dans lesquels la femme a déclaré avoir été stérilisée ont été exclus parce que la décision de cette stérilisation avait peut-être été prise longtemps avant l'enquête et donc avant la déclaration relative à la qualité de la relation. Cela, d'autant plus que la stérilisation est une méthode permanente qui ne nécessite pas de prise de décision continue de la part de l'individu ou du couple. Enfin, six femmes ayant sélectionné la réponse «autre» dans la liste de méthodes possibles de contraception actuelle ont été exclues faute de classification dans un groupe approprié.

L'information relative à la durée de la relation s'est avérée manquante pour 5% des couples. Afin de conserver cette variable importante sans perdre une proportion substantielle de notre échantillon, nous avons trié ces couples en fonction de leur âge et leur avons imputé des valeurs de durée selon la méthode d'imputation «hot deck». Dans l'ensemble de données trié en fonction de l'âge, la valeur du couple précédent immédiat a été attribuée à tous les couples pour lesquels cette valeur était manquante. Vingt-trois couples pour lesquels les valeurs d'autres covariables étaient manquantes ont été éliminés de l'analyse.

Nous avons évalué l'impact de l'exclusion de groupes de répondants sur la base de certaines caractéristiques. Nous avons initialement créé trois catégories de religion (chrétienne, musulmane et autre). Comme 23 femmes seulement classées dans la catégorie «autre» ont déclaré pratiquer actuellement une méthode de contraception, nous avons exclu les couples correspondants; l'analyse de sensibilité réalisée pour évaluer l'impact de leur exclusion n'a guère révélé de changement au niveau des résultats. Les femmes qui ne pratiquaient pas de contraception ont été invitées à répondre à cette question: «Quelle est la raison principale pour laquelle vous pensez que vous ne pratiquerez aucune méthode de contraception à l'avenir?» Dix-huit répondantes ont choisi la réponse «ménopause/hystérectomie»; l'analyse de sensibilité a révélé que leur inclusion n'avait guère d'impact sur les résultats. Comme les seules estimations de ces expériences ont été obtenues en réponse à une question sur la pratique contraceptive—et que les réponses ne sont donc peut-être pas fiables—, nous avons décidé de garder ces répondantes dans l'analyse. Au total, 698 couples sont inclus dans l'échantillon analytique.

## Variables

• *Variable dépendante.* Notre variable dépendante est la pratique contraceptive actuelle des femmes, répartie en trois catégories: aucune (groupe de référence), pratique d'une méthode discrète et pratique d'une méthode évidente. Les méthodes discrètes sont celles qui peuvent être pratiquées à l'insu du partenaire masculin: le contraceptif injectable, la pilule, le stérilet, l'implant et le diaphragme. Bien sûr, ces méthodes ne sont pas toujours utilisées en se-

cret. Les méthodes évidentes ne peuvent généralement pas être utilisées à l'insu du partenaire: il s'agit de l'abstinence périodique, du retrait, du préservatif et des spermicides.

Le raisonnement qui sous-tend ces catégories tient à l'objectif de l'analyse, soit l'identification des associations entre la qualité de la relation des couples et la pratique contraceptive. Notre hypothèse était que l'association entre la qualité de la relation et la pratique contraceptive dépendrait du degré de participation nécessaire du partenaire à la décision d'adopter ou de poursuivre la pratique de méthodes spécifiques.

• *Variables indépendantes.* Nos variables indépendantes clés évaluent cinq dimensions de qualité de la relation, telles que déclarées par les femmes et par les hommes: engagement, confiance, communication constructive, communication destructive et satisfaction au sein de la relation. Cette dernière dimension est mesurée sur la base d'une simple question invitant les répondants à évaluer leur bonheur au sein de leur relation. Les autres mesures sont des adaptations d'échelles validées. Pour toutes les questions de qualité de la relation, les répondants ont été invités à indiquer leur degré d'accord sur une échelle de Likert allant de 1 à une cote supérieure variable suivant l'échelle (de 6 à 10).

La sous-échelle d'Engagement, adaptée de l'échelle Sternberg Triangular Love Scale,<sup>38</sup> repose sur quatre énoncés relatifs à l'amour qu'éprouve actuellement une personne pour son ou sa partenaire et à son engagement à long terme envers leur relation (tableau 1, page 28). Basée sur cinq énoncés, l'échelle dyadique de Confiance est adaptée d'une échelle mise au point par Larzelere et Huston<sup>39</sup> pour mesurer la confiance interpersonnelle au sein d'une relation. La bienveillance et la franchise sont les deux attributs de confiance évalués par cette échelle. Les sous-échelles de Communication constructive et Communication destructive sont adaptées du questionnaire sur les tendances de communication<sup>40,41</sup> La première mesure la fréquence du comportement de communication constructive d'un couple lors d'un conflit. Elle repose sur trois énoncés évaluant la discussion, l'expression et la négociation mutuelles. La seconde mesure la fréquence du comportement de communication destructive du couple lors d'un conflit. Ses trois énoncés évaluent la menace et l'agression verbale entre les partenaires.\*

Toutes les échelles sont additives; certains éléments requièrent cependant une cote inversée. L'inversion a été effectuée avant l'addition de la cote totale de chacune. Pour toutes les échelles, à l'exception de celle de la com-

\*La sous-échelle de Communication constructive originale, définie par Heavey et al.<sup>40</sup> mesurait la communication constructive et destructive, que nous analysons pour notre part séparément pour pouvoir évaluer les deux concepts de manière indépendante. De plus, quand les deux sous-échelles sont combinées en une, la cote se calcule par soustraction de la cote de communication destructive de celle de communication constructive, de sorte que les individus dont les cotes sont similaires sur les deux sous-échelles ont aussi des cotes globales similaires, indépendamment du niveau élevé, faible ou intermédiaire des cotes individuelles. Nous avons estimé important de garder ces groupes d'individus distincts et avons donc analysé séparément les sous-échelles.

**TABLEAU 1. Énoncés des variables indépendantes mesurant cinq dimensions de qualité de la relation**

Variable	Énoncé	Étendue/ énoncé sur l'échelle de Likert
Sous-échelle d'Engagement	Je pense que mon amour pour mon(ma) partenaire actuel(le) durera jusqu'à la fin de ma vie. Je considère que ma relation avec mon(ma) partenaire actuel(le) est permanente. Je suis déterminé(e) à préserver ma relation avec mon(ma) partenaire actuel(le). J'ai confiance en la stabilité de ma relation avec mon(ma) partenaire actuel(le).	1-9
Échelle de Confiance	Mon(ma) partenaire est parfaitement honnête et franc(he) avec moi. J'estime pouvoir faire entièrement confiance à mon(ma) partenaire. Les promesses de mon(ma) partenaire sont vraiment sincères. Mon(ma) partenaire me traite équitablement et correctement. J'estime pouvoir compter sur l'aide de mon(ma) partenaire.	1-7
Sous-échelle de Communication constructive	Nous essayons de parler du problème. Nous exprimons nos sentiments l'un à l'autre. Nous proposons des solutions et des compromis possibles.	1-10
Sous-échelle de Communication destructive	Nous nous menaçons l'un l'autre de conséquences négatives. Je traite mon(ma) partenaire de tous les noms, je jure ou j'attaque son caractère. Mon(ma) partenaire me traite de tous les noms, jure et attaque mon caractère.	1-10
Satisfaction	Quelle est votre degré de satisfaction au sein de votre relation?	1-6

munication destructive, une cote élevée est plus désirable. Dans une étude antérieure, une analyse factorielle confirmatoire des échelles a été effectuée au moyen des données de l'étude FHWS et un bon ajustement a été obtenu après re-spécification des échelles par élimination des éléments à faible saturation factorielle.<sup>43</sup> (Le tableau 1 ne présente que les éléments retenus après cette analyse.) Toutes les échelles présentent une constance interne élevée, avec un alpha de Cronbach supérieur à 0,80.

Nous avons inclus d'autres variables indépendantes souvent considérées comme associées à la pratique contraceptive: pour les variables sociodémographiques, l'âge de la femme, son niveau d'études et sa religion; pour les caractéristiques du ménage et du couple, la richesse du ménage, le type de relation (monogame ou polygyne suivant la déclaration de la femme), l'état matrimonial (mariés ou en concubinage), la durée de la relation, la différence d'âge et de niveau d'études entre les partenaires et le nombre d'enfants. La propriété de biens et la présence de certaines caractéristiques de ménage ont servi à l'établissement d'une cote de richesse pour chaque ménage par analyse des composantes principales; les cotes ont été organisées par rang d'ordre et divisées en quintiles.\*

### Analyse

L'analyse exploratoire a servi à examiner les données aux fins d'identification des fréquences, des distributions et des variables manquantes. L'analyse bivariée a ensuite permis d'identifier les associations brutes entre la pratique contraceptive et les variables indépendantes, avant l'analyse multivariée. Étant donné la nature catégorielle de la variable de résultat, des modèles de régression logistique multinomiale ont été utilisés pour les analyses bi- et multivariées.

Pour identifier les associations indépendantes avec la pratique contraceptive, nous avons utilisé des modèles

multivariés distincts pour chacune des cinq dimensions de qualité de la relation. Pour chaque dimension, nous avons de plus effectué trois analyses au moyen des données de qualité de la relation issues des déclarations féminines (non illustré), des déclarations masculines (non illustré) et des deux. N'ayant observé qu'une légère atténuation des rapports de cotes relatifs lors de l'inclusion des cotes des deux partenaires plutôt que d'un seul, nous présentons les résultats des modèles combinés. Les modèles multivariés tiennent compte de toutes les caractéristiques sociales, démographiques, de ménage et de couple. La majorité de ces variables se sont révélées significatives dans l'analyse bivariée; quatre ne l'étaient cependant pas. Comme ces quatre dernières variables ont été associées à la pratique contraceptive dans la recherche antérieure, nous avons choisi de les conserver dans l'analyse multivariée.

Des équipes de deux intervieweurs, un de chaque sexe, ont été affectées à chacune de quatre zones géographiques (groupes de zones de recensement voisines) de façon à faire correspondre le sexe de l'intervieweur à celui du répondant. Les couples vivant dans les zones géographiques et donc interviewés par la même équipe sont probablement corrélés. Pour rendre compte de cette non-indépendance potentielle, nous avons groupé les couples par intervieweur.

L'étude FHWS a été approuvée par le Committee on Human Research Publication and Ethics at the School of Medical Sciences, Kwame Nkrumah University of Science

\*Les caractéristiques et biens du ménage suivants ont servi à la création de la cote de richesse: propriété terrienne, type de toilettes, source d'eau potable, lit, table, chaise, vaisselier, réfrigérateur, surgélateur séparé, micro-ondes, robot ménager, machine à laver, aspirateur, lecteur de cassettes, lecteur de CD, lecteur de DVD, télévision couleur, télévision noir et blanc, magnétoscope, enregistreur à bande magnétique, chaîne stéréo, appareil photographique, caméscope, téléphone fixe, téléphone cellulaire, machine à coudre, ordinateur personnel, motocyclette, bicyclette, voiture ou camion, cheval ou charrette, bateau à moteur ou voilier et génératrice.

and Technology, et par le comité d'éthique indépendant de la faculté Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

## RÉSULTATS

### Caractéristiques de l'échantillon

L'âge moyen des femmes était de 34 ans et leur partenaire avait en moyenne huit ans de plus (tableau 2). Les femmes avaient en moyenne six années de scolarisation et leurs partenaires, presque une année de plus. Environ la moitié des femmes étaient chrétiennes, et l'autre moitié musulmanes. Plus de neuf couples sur 10 vivaient en union monogame; la même proportion était mariée. La durée moyenne de la relation était de 12 ans et le nombre moyen d'enfants, trois.

Environ trois quarts des femmes ont déclaré ne pratiquer aucune méthode de contraception au moment de l'enquête. Onze pour cent ont déclaré pratiquer une méthode susceptible de l'être à l'insu du partenaire, et 12% une méthode nécessitant la connaissance des deux partenaires. La pilule s'est avérée la méthode discrète la plus courante, suivie du contraceptif injectable. Parmi les méthodes évidentes, l'abstinence périodique était de loin la plus courante, suivie du préservatif (non indiqué).

De manière générale, les cotes moyennes de qualité de la relation se sont révélées moyennes à élevées. En moyenne, les hommes ont évalué leur relation plus positivement que les femmes, sur toutes les dimensions. Pour la plupart des dimensions, les cotes moyennes sont supérieures pour les couples qui pratiquaient une méthode contraceptive, en particulier en ce qui concerne les évaluations masculines et les couples pratiquant une méthode évidente (non indiqué).

### Analyse bivariée

Les cotes de communication constructive et de satisfaction des femmes sont associées positivement à la pratique d'une méthode évidente par opposition à aucune (rapports de cotes relatifs, 1,1 et 1,2, respectivement, par point supérieur—tableau 3, page 30). Aucune des dimensions de qualité de la relation telle que déclarée par les hommes ou les femmes n'est associée à la pratique des méthodes discrètes. Les cotes d'engagement et de communication constructive des hommes sont associées positivement à la pratique d'une méthode évidente plutôt que d'aucune (1,1 et 1,2, respectivement).

Plusieurs autres variables indépendantes sont corrélées à la pratique contraceptive. Notamment, le niveau d'études des femmes est corrélé positivement à la pratique d'une méthode discrète, par opposition à aucune (rapport de cotes relatif, 1,1 par année supplémentaire), tandis que la différence de niveaux d'études des partenaires l'est négativement à la pratique d'une méthode discrète (0,96 par année de scolarisation supplémentaire de l'homme). L'âge de la femme, le fait d'être musulmane et celui d'être en union polygyne sont associés négativement à la pratique d'une méthode discrète par rapport à aucune (0,3–0,9)

**TABLEAU 2. Caractéristiques sélectionnées des couples en âge de procréer et déclarations des hommes et des femmes concernant cinq dimensions de la qualité de leur relation, Family Health and Wealth Survey (étude sur la santé et la richesse familiale, FHWS), Kumasi, Ghana, 2010**

Variable	Moyenne ou % (N=698)
<b>COMPORTEMENT CONTRACEPTIF</b>	
<b>Pratique de contraception (%)</b>	
Aucune méthode	77,5
Méthode discrète	10,9
Méthode évidente	11,6
<b>QUALITÉ DE LA RELATION</b>	
<b>Cote d'engagement (étendue, 4–36)</b>	
Femmes	29,9
Hommes	33,6
<b>Cote de confiance (étendue, 5–35)</b>	
Femmes	25,4
Hommes	28,7
<b>Cote de communication constructive (étendue, 3–30)</b>	
Femmes	21,8
Hommes	25,5
<b>Cote de communication destructive (étendue, 3–30)</b>	
Femmes	4,9
Hommes	4,5
<b>Cote de satisfaction (étendue, 1–6)</b>	
Femmes	4,5
Hommes	
<b>FEMMES</b>	
<b>Âge</b>	33,6
<b>Scolarisation (années)</b>	5,9
<b>Religion (%)</b>	
Chrétienne	53,0
Musulmane	47,0
<b>MÉNAGE/COUPLE</b>	
<b>Quintile de richesse du ménage (%)</b>	
Le plus faible	19,2
Faible	20,2
Intermédiaire	19,8
Élevé	20,5
Le plus élevé	20,3
<b>Type de relation (%)</b>	
Monogame	92,4
Polygyne	7,6
<b>État matrimonial (%)</b>	
Mariés	93,1
En concubinage	6,9
<b>Durée de la relation (années)</b>	
<b>Différence d'âge (années)</b>	7,5
<b>Différence de niveaux d'études (années)</b>	0,7
<b>Nbre d'enfants</b>	3,2

*N.B.:* Sauf indication contraire, tous les chiffres sont des moyennes. Les hommes étaient âgés de 18 à 59 ans; les femmes de 18 à 44 ans.

et la durée de la relation est corrélée négativement à celle d'une méthode évidente par rapport à aucune (0,97 par année supplémentaire).

### Analyse multivariée

Dans l'analyse corrigée, le rapport entre les cotes de communication constructive des femmes et la pratique d'une méthode évidente plutôt que d'aucune n'est plus signifi-

**TABLEAU 3. Rapports de cotes relatifs non corrigés (et intervalles de confiance à 95%) de l'analyse de régression logistique multinomiale identifiant les associations entre la pratique d'une méthode de contraception et les caractéristiques sélectionnées**

Caractéristique	Méthode discrète/ aucune	Méthode évidente/ aucune
<b>QUALITÉ DE LA RELATION</b>		
<b>Cote d'engagement</b>		
Femmes	1,00 (0,96–1,05)	1,02 (0,97–1,07)
Hommes	1,07 (0,95–1,22)	1,08 (1,03–1,12)***
<b>Cote de confiance</b>		
Femmes	0,99 (0,95–1,04)	1,02 (0,94–1,10)
Hommes	1,05 (0,99–1,12)	1,04 (0,97–1,11)
<b>Cote de communication constructive</b>		
Femmes	1,00 (0,97–1,03)	1,05 (1,03–1,06)***
Hommes	1,05 (0,98–1,12)	1,16 (1,13–1,18)***
<b>Cote de communication destructive</b>		
Femmes	1,06 (0,98–1,15)	1,05 (0,99–1,12)
Hommes	0,93 (0,84–1,02)	0,97 (0,87–1,09)
<b>Cote de satisfaction</b>		
Femmes	0,96 (0,85–1,09)	1,17 (1,01–1,34)*
Hommes	1,35 (0,94–1,95)	1,31 (0,83–2,07)
<b>FEMMES</b>		
<b>Âge</b>		
	0,94 (0,91–0,98)***	0,95 (0,90–1,00)
<b>Scolarisation (années)</b>		
	1,07 (1,04–1,11)***	1,09 (0,91–1,31)
<b>Religion</b>		
Chrétienne (réf.)	1,00	1,00
Musulmane	0,46 (0,26–0,83)**	0,68 (0,30–1,58)
<b>MÉNAGE/COUPLE</b>		
<b>Quintile de richesse du ménage</b>		
Le plus faible (réf.)	1,00	1,00
Faible	1,17 (0,59–2,31)	1,24 (0,28–5,44)
Intermédiaire	0,86 (0,45–1,63)	1,22 (0,90–1,64)
Élevé	0,59 (0,21–1,64)	1,29 (0,51–3,29)
Le plus élevé	0,75 (0,40–1,41)	1,80 (0,59–5,44)
<b>Type de relation</b>		
Monogame (réf.)	1,00	1,00
Polygyne	0,27 (0,15–0,48)***	0,12 (0,01–2,41)
<b>État matrimonial (%)</b>		
Mariés (réf.)	1,00	1,00
En concubinage	1,17 (0,31–4,45)	0,90 (0,21–3,80)
<b>Durée de la relation (années)</b>		
	0,98 (0,95–1,01)	0,97 (0,94–0,99)*
<b>Différence d'âge (années)</b>		
	0,96 (0,92–1,01)	0,98 (0,95–1,02)
<b>Différence de niveaux d'études (années)</b>		
	0,96 (0,94–0,98)***	1,03 (0,96–1,10)
<b>Nbre d'enfants</b>		
	1,01 (0,87–1,17)	0,93 (0,74–1,16)

\*p≤0,05, \*\*p≤0,01, \*\*\*p≤0,001. N.B.: Les méthodes discrètes comprennent le contraceptif injectable, la pilule, le stérilet, les implants et le diaphragme. Les méthodes évidentes comprennent l'abstinence périodique, le retrait, le préservatif et les spermicides. réf.=groupe de référence.

tif (tableau 4). L'association positive entre les cotes de satisfaction des femmes et la pratique d'une méthode évidente augmente en termes de rapport de cotes relatif (1,2 par point supérieur) et de niveau de signification. L'association positive entre les cotes de communication constructive des hommes et la pratique d'une méthode évidente plutôt que d'aucune demeure significative (1,1), tandis que celle entre leurs cotes d'engagement et la pratique des méthodes évidentes ne le reste pas. Dans les modèles multivariés, les cotes masculines de confiance et de communication constructive sont associées positivement à la pratique d'une méthode discrète plutôt que d'aucune (1,1 par point supérieur).

Pour les autres variables indépendantes, la plupart des associations observées dans l'analyse brute restent significatives après correction (non indiqué). Notamment, l'association entre la différence de niveaux d'études des partenaires et la pratique d'une méthode discrète par rapport à aucune reste hautement significative (rapport de cotes relatif, 0,95; p<0,001). Le nombre d'enfants, non associé à la pratique des méthodes discrètes dans l'analyse brute, y est associé positivement après correction (1,3; p<0,01). Enfin, deux associations positives dans l'analyse bivariable—entre le niveau d'études des femmes et la pratique des méthodes discrètes et entre la durée de la relation et les méthodes évidentes—ne sont plus significatives dans l'analyse multivariée.

## DISCUSSION

À notre connaissance, la présente étude est l'une des premières à se pencher sur l'association entre la qualité de la relation et la pratique contraceptive en Afrique subsaharienne. De manière générale, les hommes et les femmes ont évalué positivement leur relation, bien que de façon un peu plus généreuse côté masculin. Il n'y a là rien d'étonnant quand on sait que le Ghana reste à ce jour une société patriarcale et que les femmes jouissent généralement de moins de pouvoir et d'autonomie que les hommes au sein du mariage. Les conséquences préjudiciables possibles de l'inégalité sur la santé des femmes pourraient néanmoins être considérables. D'après un examen de la littérature relative à la recherche sur la famille et la santé, certaines études voient le mariage associé à de meilleurs avantages de santé pour les hommes que pour les femmes; d'autres n'observent aucune différence.<sup>44</sup> Les différences de genre dans la perception ou le vécu du mariage affectent peut-être la santé sexuelle et reproductive des individus et des couples; la question mérite d'être approfondie.

Dans l'ensemble, les associations entre la qualité de la relation et la pratique des méthodes évidentes sont plus fortes que celles entre cette qualité et les méthodes discrètes. Cela tout spécialement pour les mesures de la satisfaction des femmes et de la communication constructive des hommes. Ces constatations ne sont pas surprenantes: les méthodes évidentes requièrent généralement l'acceptation et la coopération des deux partenaires, vraisemblablement plus faciles à obtenir dans les relations de haute qualité. L'aptitude à communiquer de manière constructive et positive peut aider les couples à engager la discussion et la pratique de la contraception, indépendamment du type de méthode. Elle peut aussi être utile à la continuité de la contraception, surtout dans les couples qui pratiquent une méthode évidente.

Nous avons constaté l'importance d'attributs de relation autres que la qualité dans la pratique des méthodes discrètes. En particulier, une forte association négative entre la différence de niveaux d'études des partenaires et la pratique d'une méthode discrète est observée dans les deux analyses, avant et après correction: plus l'écart de niveaux d'études entre les partenaires est grand, moins ils sont sus-

ceptibles de pratiquer une méthode discrète par rapport à aucune. Il est possible que les différences de scolarisation influencent indirectement la pratique des méthodes discrètes en ce qu'elles modifient la dynamique de la relation (en rompant l'équilibre du pouvoir ou en affaiblissant la communication, par exemple). Il sera important dans les analyses futures de mieux cerner comment et pourquoi les différences de niveaux d'études sont associées à la pratique contraceptive ainsi qu'à la qualité de la relation.

La communication constructive est la seule dimension corrélée à la pratique des méthodes évidentes et discrètes. La recherche antérieure a révélé l'association entre la communication des couples sur la planification familiale et la pratique contraceptive,<sup>3,8,9,14</sup> mais la présente étude est l'une des premières menées en Afrique subsaharienne sur la qualité et les caractéristiques de la communication entre les partenaires. Nos observations commencent à combler cette lacune de la littérature. La recherche doit cependant être approfondie pour comprendre pleinement les liens entre la communication entre les partenaires et la pratique contraceptive.

Les mesures de confiance et de communication constructive des hommes sont les deux seules dimensions de la qualité de la relation associées à la pratique des méthodes discrètes. Comme indiqué plus haut, les études qualitatives révèlent que certains hommes s'opposent à la pratique des méthodes contrôlées par les femmes faute de confiance en leurs partenaires.<sup>15,18</sup> Ils y perçoivent en effet un risque d'infidélité. Nos résultats donnent à penser que les femmes dont le partenaire est confiant sont plus susceptibles que celles dont le partenaire l'est moins de pratiquer une méthode discrète plutôt qu'aucune. Ni la cote de confiance des femmes, ni celle des hommes, n'est associée à la pratique d'une méthode évidente par rapport à aucune.

Nos observations indiquent aussi que pour certaines dimensions de la qualité de la relation, l'évaluation masculine de la relation semble avoir plus d'influence sur la pratique contraceptive des femmes que cette évaluation côté féminin. Si le partenaire d'une femme est satisfait de sa relation et qu'elle est consciente de ce sentiment, elle se sent peut-être plus confiante et disposée à prendre le risque de lui parler de la contraception (un sujet souvent tabou dans les pays tels que le Ghana) ou à pratiquer la contraception avec ou sans son approbation. Par contre, la perception qu'aurait une femme de l'insatisfaction de son mari au sein de leur relation pourrait l'inciter davantage à la prudence et la rendre moins susceptible de prendre le risque de causer un problème, en ouvrant par exemple la discussion sur la contraception ou en la pratiquant. Autre hypothèse, les femmes dont la relation est de moindre qualité sont peut-être moins susceptibles de pratiquer la contraception parce qu'elles ont moins de rapports sexuels et que leur besoin de contraception est donc moindre aussi.

Il est possible aussi que les femmes dont la relation se caractérise par des attributs négatifs soient plus motivées à éviter une grossesse, car elles ne peuvent pas garantir la survie de la relation ou sont incertaines de l'effet qu'aurait

**TABEAU 4. Rapports de cotes relatifs corrigés (et intervalles de confiance à 95%) de l'analyse de régression logistique multinomiale identifiant les associations entre la pratique d'une méthode de contraception et les variables de qualité de la relation**

Variable	Méthode discrète/ aucune	Méthode évidente/ aucune
<b>Cote d'engagement</b>		
Femmes	1,00 (0,97–1,04)	1,02 (0,98–1,07)
Hommes	1,08 (0,97–1,20)	1,06 (0,99–1,13)
<b>Cote de confiance</b>		
Femmes	1,00 (0,96–1,04)	1,00 (0,93–1,08)
Hommes	1,05 (1,00–1,09)*	1,01 (0,92–1,10)
<b>Cote de communication constructive</b>		
Femmes	0,98 (0,95–1,00)	1,01 (0,96–1,06)
Hommes	1,08 (1,01–1,17)*	1,14 (1,07–1,22)***
<b>Cote de communication destructive</b>		
Femmes	1,05 (1,00–1,11)	1,05 (0,98–1,12)
Hommes	0,93 (0,81–1,06)	0,98 (0,89–1,08)
<b>Cote de satisfaction</b>		
Femmes	1,02 (0,97–1,07)	1,22 (1,10–1,34)***
Hommes	1,28 (0,83–1,98)	1,07 (0,77–1,49)

\*p≤0,05. \*\*\*p≤0,001. N.B.: Les méthodes discrètes comprennent le contraceptif injectable, la pilule, le stérilet, les implants et le diaphragme. Les méthodes évidentes comprennent l'abstinence périodique, le retrait, le préservatif et les spermicides. Les modèles tiennent compte des cotes de qualité de la relation du(de la) partenaire et de toutes les variables indépendantes.

un enfant sur cette relation. Ces femmes sont peut-être inquiètes aussi à l'idée d'élever un enfant dans un environnement négatif. Nous n'avons pas observé de corrélation entre les faibles cotes des mesures de la relation et un type de pratique contraceptive particulier. Toutefois, si la qualité de la relation peut avoir des effets opposés sur la pratique contraceptive selon les circonstances, la solidité des associations observées dans notre analyse pourrait être moindre et les rapports existants pourraient être masqués. Wilson et Koo ont posé l'hypothèse et ensuite confirmé que la qualité de la relation présente une corrélation positive et négative avec la pratique contraceptive des femmes.<sup>26</sup> Et de suggérer que les relations de haute qualité sont associées à l'absence contraceptive faute de motivation aiguë à éviter la grossesse, mais qu'elles peuvent aussi faciliter la pratique contraceptive grâce, par exemple, à une meilleure communication ou à un plus grand soutien. Il importera d'aborder la question dans la recherche future sur la qualité de la relation et les résultats reproductifs.

Notre décision de répartir la pratique contraceptive dans trois catégories—aucune méthode, méthode évidente ou méthode discrète—est unique. Elle repose sur notre hypothèse que la manière dont la qualité de la relation d'un couple influence la pratique contraceptive peut dépendre du degré d'implication requis du partenaire dans la décision et la pratique effective d'une méthode spécifique. Une catégorisation similaire se retrouve dans d'autres études, concernant notamment l'autonomisation et le choix de méthode de contraception des femmes.<sup>7</sup> Idéalement, nous aurions préféré examiner chaque méthode séparément; le faible taux de prévalence de la contraception au sein de notre échantillon ne nous l'a pas permis. Les études à venir devront en outre envisager l'examen de la qualité de



la relation et de la pratique contraceptive secrète dans les contextes où elle est particulièrement élevée.

### Limites

Notre étude n'est pas sans limites. La qualité d'une relation se mesure sur de nombreuses dimensions et nous n'en avons inclus que cinq dans notre analyse. Comme les échelles ont été construites dans le monde industrialisé et qu'elles n'ont pas été largement utilisées dans les contextes africains, certains participants et intervieweurs ont peut-être éprouvé un certain embarras concernant les questions posées et les échelles de Likert. De plus, les mesures de la qualité de la relation et de la pratique contraceptive reposent sur l'autodéclaration, sujette au biais de désirabilité sociale. En ce qui concerne la qualité de la relation, les participants ont peut-être eu peur ou honte d'exprimer des sentiments négatifs, surtout s'ils pensaient que leur partenaire risquerait de l'apprendre. De plus, la pratique contraceptive réputée faible dans notre échantillon a peut-être influencé la disposition des femmes à reconnaître leur pratique.

Autre limite encore, le plan transversal de l'étude rend impossible la détermination de causalité ou de chronologie. Nous n'avons par exemple pas pu déterminer si la qualité de la relation affecte la pratique contraceptive ou vice-versa, ou les deux. Des études longitudinales devront être réalisées pour explorer davantage les associations identifiées ici.

### Conclusions

En dépit de ces limites, certaines implications programmatiques peuvent être prises en compte et incorporées dans les programmes. Par exemple, les campagnes de planification familiale devraient considérer la manière dont les femmes, les hommes et les couples sont ciblés et inclus dans leurs activités. Les campagnes médiatiques visant à promouvoir la pratique contraceptive pourraient intégrer à leur stratégie des messages favorables aux relations et prises de décisions saines. Les directives et formations à l'intention des prestataires de la planification familiale doivent par ailleurs être élargies, au-delà des soins cliniques, pour inclure les composantes sociales et comportementales de la pratique contraceptive. Les prestataires doivent être préparés à conseiller les individus et les couples, en relation saine ou non, et les aider à atteindre leurs objectifs reproductifs. S'il importe de promouvoir les relations de qualité supérieure comme moyen d'améliorer la planification familiale, y compris l'accès à la contraception et sa pratique, il est tout aussi indispensable d'identifier et de mettre en œuvre des stratégies aptes à améliorer l'accès aux contraceptifs des femmes dont la qualité de la relation est faible et qui se trouvent peut-être confrontées à de grandes difficultés dans l'exercice de leurs droits sexuels et reproductifs.

Certains pays d'Afrique subsaharienne n'ont pas connu la hausse du taux de prévalence de la contraception enregistrée dans les autres régions du monde. Au Ghana, la pratique contraceptive moderne semble stagner tandis que

le besoin non satisfait de planification familiale demeure élevé. Il est essentiel de regarder au-delà des corrélats courants de la pratique contraceptive pour comprendre pleinement comment et pourquoi les individus et les couples prennent certaines décisions sexuelles et reproductives. La présente étude offre une perspective sur le lien entre la qualité de la relation des couples et la pratique contraceptive—un aspect sous-étudié de la planification familiale. Elle enrichit notre compréhension de la décision relative à la contraception dans un contexte d'Afrique occidentale.

### RÉFÉRENCES

1. Nations Unies, *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement*, Le Caire, Égypte: Nations Unies, 1994.
2. Singh S et Darroch JE, *Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services—Estimates for 2012*, New York: Guttmacher Institute et Fonds des Nations Unies pour la population, 2012, <<http://www.guttmacher.org/pubs/AIU-2012-estimates.pdf>>, site consulté le 24 septembre 2013.
3. Salway S, How attitudes toward family planning and discussion between wives and husbands affect contraceptive use in Ghana, *International Family Planning Perspectives*, 1994, 20(2):44-47 & 74.
4. Alio AP et al., Intimate partner violence and contraception use among women in Sub-Saharan Africa, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2009, 107(1):35-38.
5. Oyedokun AO, Domestic violence and constrained contraceptive choices in selected areas of Osun State, Nigeria, *Sexual and Relationship Therapy*, 2008, 23(4):305-323.
6. Bogale B et al., Married women's decision making power on modern contraceptive use in urban and rural southern Ethiopia, *BMC Public Health*, 2011, Vol. 11, Art. 342, <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/342>>, site consulté le 5 septembre 2013.
7. Do M et Kurimoto N, Women's empowerment and choice of contraceptive methods in selected African countries, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2012, 38(1):23-33.
8. Bawah AA, Spousal communication and family planning behavior in Navrongo: a longitudinal assessment, *Studies in Family Planning*, 2002, 33(2):185-194.
9. Klomegah R, Spousal communication, power, and contraceptive use in Burkina Faso, West Africa, *Marriage & Family Review*, 2006, 40(2-3):89-105.
10. Woldemicael G, Women's autonomy and reproductive preferences in Eritrea, *Journal of Biosocial Science*, 2009, 41(2):161-181.
11. Upadhyay UD et Hindin MJ, Do higher status and more autonomous women have longer birth intervals? Results from Cebu, Philippines, *Social Science & Medicine*, 2005, 60(11):2641-2655.
12. Diop-Sidibé N, Campbell JC et Becker S, Domestic violence against women in Egypt—wife beating and health outcomes, *Social Science & Medicine*, 2006, 62(5):1260-1277.
13. Hindin MJ et Muntifering CJ, Women's autonomy and timing of most recent sexual intercourse in Sub-Saharan Africa: a multi-country analysis, *Journal of Sex Research*, 2011, 48(6):511-519.
14. Izugbara C et al., Gendered interests and poor spousal contraceptive communication in Islamic northern Nigeria, *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2010, 36(4):219-224.
15. Bawah AA et al., Women's fears and men's anxieties: the impact of family planning on gender relations in northern Ghana, *Studies in Family Planning*, 1999, 30(1):54-66.
16. Montgomery CM et al., The role of partnership dynamics in determining the acceptability of condoms and microbicides, *AIDS Care*, 2008, 20(6):733-740.
17. Akinleye GA et Alade FA, Relationships among family planning, sexual fulfillment and marital satisfaction of married people in Lagos

State, Nigeria, *Social Sciences*, 2008, 3(5):343–346.

18. Pool R et al., Men's attitudes to condoms and female controlled means of protection against HIV and STDs in south-western Uganda, *Culture, Health & Sexuality*, 2000, 2(2):197–211.

19. Manlove J et al., Relationship characteristics and contraceptive use among young adults, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2011, 43(2):119–128.

20. Ku L, Sonenstein FL and Pleck JH, The dynamics of young men's condom use during and across relationships, *Family Planning Perspectives*, 1994, 26(6):246–251.

21. Manlove J, Ryan S et Franzetta K, Contraceptive use patterns across teens' sexual relationships: the role of relationships, partners, and sexual histories, *Demography*, 2007, 44(3):603–621.

22. Sayegh MA et al., The developmental association of relationship quality, hormonal contraceptive choice and condom non-use among adolescent women, *Journal of Adolescent Health*, 2006, 39(3):388–395.

23. Manning WD et al., Relationship dynamics and consistency of condom use among adolescents, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2009, 41(3):181–190.

24. Harvey SM et al., A conceptual model of women's condom use intentions: integrating intrapersonal and relationship factors, *AIDS Care*, 2006, 18(7):698–709.

25. Bianchi-Demicheli F et al., Contraceptive practice before and after termination of pregnancy: a prospective study, *Contraception*, 2003, 67(2):107–113.

26. Wilson EK et Koo HP, Associations between low-income women's relationship characteristics and their contraceptive use, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2008, 40(3):171–179.

27. Ghana Statistical Service (GSS), Ghana Health Service (GHS) et ICF Macro, *Ghana Demographic and Health Survey, 2008*, Accra, Ghana: GSS, GHS et ICF Macro, 2009.

28. Takyi BK et Gyimah SO, Matrilineal family ties and marital dissolution in Ghana, *Journal of Family Issues*, 2007, 28(5):682–705.

29. Bove R et Valeggia C, Polygyny and women's health in sub-Saharan Africa, *Social Science & Medicine*, 2009, 68(1):21–29.

30. Omari TP, Changing attitudes of students in West African society toward marriage and family relationships, *British Journal of Sociology*, 1960, 11(3):197–210.

31. Oheneba-Sakyi Y, *Female Autonomy, Family Decision Making, and*

*Demographic Behavior in Africa*, Lewiston, NY, USA: Edwin Mellen Press, 1999.

32. Takyi BK et Broughton CL, Marital stability in sub-Saharan Africa: Do women's autonomy and socioeconomic situation matter? *Journal of Family and Economic Issues*, 2006, 27(1):113–132.

33. Miller NB et Kannae LA, Predicting marital quality in Ghana, *Journal of Comparative Family Studies*, 1999, 30(4):599–615.

34. Abane H, For better, for worse: social dimensions of marital conflict in Ghana—the case of Cape Coast, *Gender & Behaviour*, 2003, 1(1):34–54.

35. Hindin MJ, McGough LJ et Adanu RM, Misperceptions, misinformation and myths about modern contraceptive use in Ghana, *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2013, doi:10.1136/jfprhc-2012-100464, site consulté le 5 septembre 2013.

36. Hong R et al., *Ghana Trend Analysis for Family Planning Services, 1993, 1996, and 2002*, Calverton, MD, USA: ORC Macro, 2005.

37. Broderick CB, *Understanding Family Process: Basics of Family Systems Theory*, Newbury Park, CA, USA: Sage, 1993.

38. Sternberg RJ, Construct validation of a triangular love scale, *European Journal of Social Psychology*, 1997, 27(3):313–335.

39. Larzelere RE et Huston TL, The Dyadic Trust Scale: toward understanding interpersonal trust in close relationships, *Journal of Marriage and the Family*, 1980, 42(3):595–604.

40. Heavey CL et al., The Communication Patterns Questionnaire: the reliability and validity of a constructive communication subscale, *Journal of Marriage and the Family*, 1996, 58(3):796–800.

41. Christensen A et Sullaway M, Communication Patterns Questionnaire, manuscrit inédit, Los Angeles, CA, USA: University of California, Los Angeles, 1984.

42. Spanier GB, Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads, *Journal of Marriage and the Family*, 1976, 38(1):15–28.

43. Muntifering C, *Couple Relationship Quality and Contraceptive Decision-Making in Kumasi, Ghana*, Baltimore, MD, USA: Johns Hopkins University, 2011.

44. Carr D et Springer KW, Advances in families and health research in the 21st century, *Journal of Marriage and Family*, 2010, 72(3):743–761.

**Coordonnées de l'auteur:** [cariecox@uw.edu](mailto:cariecox@uw.edu)