

Connaissances, attitudes et pratiques concernant la contraception dans une population urbaine

R. Chebaro,¹ L. El Tayyara,¹ F. Ghazzawi¹ et B. Abi Saleh¹

المعارف والمواقف والممارسات المتعلقة بمنع الحمل لدى مجموعة سكانية حضرية
ريما شبارو، لبنى الطيارة، فادية غزّاوي، برناديت أبي صالح

الخلاصة: يعتمد الاستخدام الناجح لوسائل منع الحمل على تفاعل معقد بين معارف الشخص ومواقفه وممارساته. وقد قمنا في هذه الدراسة باستطلاع المعارف والمواقف والممارسات المتعلقة بمنع الحمل لدى 1003 من المتزوجات (في عمر 15 – 49 عاماً)، تم انتقاؤهن عشوائياً من بين مُرتادات العيادات الخاصة (490 امرأة) والعيادات المجتمعية (512 امرأة) في بيروت في عام 2000. وتم توزيع استبيان موحد حول المعارف والمواقف والممارسات على المجموعتين، وتحليل الفروق بينهما. وتبين من الاستبيان أن ثلثي النساء المدروسات يستخدمن وسائل منع الحمل. كما دلّ الاستبيان على أن مجموعة مُرتادات العيادات الخاصة تتمتع بمستوى اجتماعي اقتصادي وتعليمي أعلى بكثير من مجموعة العيادات المجتمعية. ورغم أن وسائل منع الحمل متاحة مجاناً في العيادات المجتمعية، إلا أن مستوى معرفة مُرتادات العيادات المجتمعية بوسائل منع الحمل ومواقفهن تجاهها واستعمالهن لها كان أقل بدرجة مهمة من مثيله لدى مُرتادات العيادات الخاصة. وخلصت الدراسة إلى أن المعارف والمواقف والممارسات المتعلقة بمنع الحمل لا تتوقف على التوافر المجاني للوسائل، وإنما على المستوى الاجتماعي الاقتصادي والتعليمي للمرأة.

RÉSUMÉ Nous avons étudié les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) concernant la contraception chez 1003 femmes mariées âgées de 15 à 49 ans recrutées de façon randomisée dans des cliniques privées (490 femmes) et dans des dispensaires (512 femmes) à Beyrouth durant l'année 2000. Un questionnaire CAP standardisé a été administré aux deux groupes et les différences entre ces deux groupes ont été analysées. La contraception était utilisée par les deux tiers des femmes. Le groupe des cliniques privées présentait un niveau socio-économique et éducationnel significativement plus élevé que celui des dispensaires. Malgré la disponibilité gratuite de la contraception pour le groupe des dispensaires, le niveau de connaissances, d'attitudes et de pratiques des femmes de ce groupe concernant la contraception était significativement inférieur à celui des femmes du groupe des cliniques privées. Les connaissances, attitudes et pratiques concernant la contraception ne dépendent pas essentiellement de la disponibilité gratuite des moyens contraceptifs, mais aussi des niveaux socio-économique et éducationnel des femmes.

Knowledge, attitudes and practices about contraception among an urban population

ABSTRACT We studied knowledge, attitudes and practices (KAP) regarding contraception of 1003 married women (aged 15–49 years) randomly recruited from private clinics (490 women) and community clinics (512 women) in Beirut in the year 2000. A standardized KAP questionnaire was administered to the 2 groups and differences between the groups were analysed. Contraceptive methods were used by two-thirds of the women. The private clinics group reported a significantly higher socioeconomic status and educational level than the community clinics group. Despite the free availability of contraceptive methods in the community clinics, the women's level of knowledge of, attitude towards and practice of contraception was significantly lower than those of women in the private clinics. Knowledge, attitudes and practices toward contraception did not depend on the free availability of contraceptive methods but rather on the socioeconomic and educational level of the women.

¹Faculté de Santé publique, Université Libanaise, Beyrouth (Liban) (Correspondance à adresser à R. Chebaro : drrima@lynx.net.lb).

Introduction

La contraception moderne, tels les contraceptifs oraux et les dispositifs intra-utérins, est devenue très répandue dans le monde [1]. L'utilisation efficace de la contraception dépend non seulement du coût de ces moyens mais aussi des connaissances, attitudes et pratiques des femmes utilisant ces moyens [2].

Beaucoup d'études ont détaillé les attitudes, les connaissances et les pratiques des femmes concernant la contraception moderne. Ces attitudes sont dominées par des mythes, des perceptions fausses et des fausses connaissances à propos des effets indésirables et des risques pour la santé [2,3].

Au Liban, en 1996, la prévalence de la contraception était de 60 %. Même si 95 % des femmes libanaises connaissent au moins deux méthodes contraceptives [4], ceci n'explique pas le taux de fécondité élevé : 3,4 naissances vivantes pour chaque femme [5].

L'un des obstacles à l'utilisation de la contraception est le coût de ces moyens ; c'est pour cela que le ministère de la santé, par le biais du programme de la santé reproductive lancé en 1998, et le planning familial procurent ces moyens à quelques dispensaires dans différentes régions du Liban d'une façon plus ou moins gratuite alors que dans les cliniques privées, les femmes payent pour pratiquer la contraception.

Donc les femmes libanaises sous contraception sont divisées en 2 groupes : celles qui fréquentent les cliniques privées et celles qui fréquentent les dispensaires.

Notre étude examine la possibilité que ces deux populations (celle qui fréquente les cliniques privées et celle qui fréquente les dispensaires) présentent le même niveau de connaissances, les mêmes attitudes et

pratiques concernant la contraception, et ceci dans un même secteur de la région de Beyrouth, en 1999. En plus, notre étude évalue si le fait de se procurer des moyens contraceptifs d'une façon plus ou moins gratuite peut modifier les connaissances, les attitudes et les pratiques des femmes concernant la contraception.

Bien que deux études aient été faites au Liban par le Planning familial libanais détaillant la santé reproductive [4,6], nous n'avons pas trouvé d'étude décrivant les connaissances, les attitudes et les pratiques des femmes libanaises concernant la contraception. C'est pourquoi nous avons mené une étude CAP concernant la contraception au Liban.

Méthodes

La population cible regroupe les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans vivant à Beyrouth et susceptibles d'utiliser la contraception.

La population étudiée était divisée en deux groupes : le premier groupe était formé de femmes mariées âgées de 15 à 49 ans et fréquentant les cliniques privées (celles qui payent pour se procurer des moyens contraceptifs). Le second groupe était formé de femmes mariées âgées de 15 à 49 ans et fréquentant les dispensaires où elles se procurent des moyens contraceptifs gratuitement. Ce sont des dispensaires qui ont une clinique gynéco-obstétrique, avec des médecins gynécologues chargés des consultations gynéco-obstétriques. Les moyens contraceptifs sont fournis d'une façon plus ou moins gratuite soit par le ministère de la santé, soit par le Planning familial libanais. Dans ces dispensaires, les femmes payent un frais symbolique pour les consultations et les moyens contraceptifs.

Les cliniques privées sont les cabinets privés des médecins gynécologues qui travaillent libéralement et sont attachés à un centre hospitalier. Dans ces cliniques, les femmes payent au médecin la consultation, de même qu'elles payent pour se procurer des moyens contraceptifs. Les cliniques sont choisies dans la même région que le dispensaire choisi. Toutes les femmes qui se présentent aux cliniques et dispensaires choisis obéissant aux critères d'inclusion constituaient notre population d'étude.

Type de l'étude

C'est une étude CAP (C : connaissances ; A : attitudes ; P : pratiques) concernant la contraception dans une population de femmes mariées en âge de procréer à Beyrouth [7].

C'est une étude transversale [8] consistant à questionner les participantes par contact direct « face à face » en utilisant un questionnaire standardisé modifié, rédigé en langue arabe, et ayant déjà été utilisé dans deux études faites par le Planning familial libanais (PFL) dans la banlieue sud de Beyrouth et la région de la Bekaa [4,6]. La partie modifiée comprend des questions sur les connaissances, attitudes et pratiques concernant la contraception, qui proviennent d'autres études internationales déjà publiées [4,6,9-16]. Un consentement oral était obtenu avant l'administration du questionnaire par des étudiantes sages-femmes.

Notre questionnaire comprend cinq volets essentiels. Le premier volet est formé de données socio-démographiques. Le deuxième volet regroupe des questions détaillant les antécédents obstétricaux et l'utilisation de la contraception. Le troisième volet est fait de questions sur les informations que possèdent les femmes à propos des effets indésirables, des contre-indications et des effets bénéfiques du moyen contraceptif actuellement utilisé,

leurs informations à propos d'autres moyens contraceptifs que celui utilisé, la connaissance ou non de méthodes contraceptives plus sophistiquées telles que Norplant, vasectomie, contraception injectable, ligature des trompes, contraception post-coïtale ; en plus, ce volet évalue les différentes sources d'information des participantes concernant les moyens contraceptifs, et la connaissance de la conduite en cas d'oubli d'une ou de plusieurs pilules. Le quatrième volet évalue les différentes attitudes des femmes vis-à-vis de la contraception ; il détaille la source du choix du moyen contraceptif utilisé, les différentes raisons du choix du moyen contraceptif utilisé, d'arrêt ou de refus d'utiliser la contraception et la satisfaction de la femme à l'égard du moyen contraceptif utilisé. Le cinquième volet se limite aux différentes « pratiques » adoptées par les femmes pour les moyens contraceptifs ; il évalue la soumission ou non de la participante à un examen médical préalable à l'utilisation du moyen contraceptif, son adhérence ou non à un suivi médical continu suivant le moyen contraceptif utilisé, la personne qui achète le moyen contraceptif pour elle.

La taille de l'échantillon a été calculée en se basant sur la prévalence de la connaissance des moyens contraceptifs au Liban, soit 95 % [4,6] avec un degré de précision ($1-\beta$ = poids de l'étude) de 98 % et une erreur de premier degré de 5 % (alpha). Ainsi la taille minimale requise de l'échantillon était de 865 femmes ; toutefois on a choisi d'arrondir ce chiffre et de recruter 1000 femmes pour être plus précis [17].

Les analyses statistiques sont calculées avec le logiciel SPSS 8. L'analyse statistique était divisée en deux parties.

La première partie comprenait l'analyse descriptive des données socio-démographiques, le nombre moyen de grossesses et

l'utilisation actuelle des moyens contraceptifs. La deuxième partie comportait la comparaison de toutes les parties du questionnaire, c'est-à-dire les données socio-démographiques, obstétricales et contraceptives, la connaissance, l'attitude et la pratique entre le groupe des cliniques privées (les femmes qui payent pour se procurer des moyens contraceptifs) et celui des dispensaires (les femmes qui se procurent des moyens contraceptifs d'une façon plus ou moins gratuite). Le test statistique utilisé est le χ^2 avec une erreur de premier degré de 5 % [17].

Résultats

Participation à l'étude

Dans notre étude, le taux de participation s'élève à 95,5 % (952 participantes). De plus, il n'y avait pas de différence significative entre les participantes et les non-participantes concernant les données socio-démographiques.

On a pu recruter 1003 femmes qui étaient réparties de la façon suivante : 48,9 % de la population était recrutée dans des cliniques privées et 51,1 % était recrutée dans des dispensaires. Les données socio-démographiques de notre population sont représentées au Tableau 1. L'âge moyen de la population était de 32,16 (E.T. 7,92) ans ; plus des deux tiers de la population étudiée avait un âge compris entre 20 et 30 ans. Presque toute la population étudiée ne travaillait pas, et le tiers de cette population avait un niveau d'instruction intermédiaire.

Les antécédents obstétricaux et l'utilisation de la contraception sont représentés au Tableau 2. Le nombre moyen de grossesses était de 3,34 (E.T. 2,26) grossesses. Plus du tiers de la population étudiée (39,2 %) utilisait un moyen contraceptif, et les moyens contraceptifs les plus

utilisés par ordre décroissant étaient la pilule, le dispositif intra-utérin, les méthodes

Tableau 1 **Données socio-démographiques, obstétricales et contraceptives de la population de l'étude, 2000**

Données socio-démographiques	%
<i>Groupe d'âge (ans)</i>	
20-30	40,4
31-40	38,2
41-49	15,3
< 20	6,0
<i>Travail</i>	
Ne travaille pas	81,8
Employée	8,8
Enseignante	4,8
Autre	4,6
<i>Éducation</i>	
Élémentaire	16,8
Intermédiaire	37,9
Secondaire	27,0
Universitaire	13,9
Illétrée	4,6

Tableau 2 **Données obstétricales et contraceptives de la population de l'étude, 2000**

Données obstétricales et contraceptives	%
<i>Utilisation de la contraception</i>	
Utilise	39,2
N'a jamais utilisé	31,3
A déjà utilisé	29,5
<i>Moyen contraceptif utilisé</i>	
Pilule	37
Stérilet	35,6
Méthodes traditionnelles	14,4
Préservatif	9,5
Ligature des trompes	2,3
Spermicides	0,8
Contraception injectable	0,5
<i>Nombre moyen de grossesses</i>	3,34 (E.T. 2,26)

traditionnelles, le préservatif et la ligature des trompes.

Statistiques comparatives

Les femmes recrutées dans les cliniques privées étaient plus jeunes, plus préoccupées par une profession et mieux éduquées que celles recrutées dans les dispensaires (Tableau 3) ; 32,5 % des femmes recrutées dans les cliniques privées contre 21,7 % des femmes recrutées dans les dispensaires avaient un niveau d'instruction secondaire.

Concernant les données obstétricales et l'utilisation de la contraception, les participantes du groupe des cliniques privées avaient en moyenne un nombre de grossesses inférieur à celles du groupe des dispensaires ; en plus, l'utilisation actuelle de la contraception était statistiquement différente entre les deux groupes de la population étudiée, et elle est en faveur des participantes recrutées dans les dispensaires (Tableau 4).

Connaissances

Les participantes des dispensaires connaissaient mieux les effets indésirables, les ef-

fets bénéfiques et les contre-indications des moyens contraceptifs utilisés que les participantes des cliniques privées ; de même, elles connaissaient mieux la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule. Les femmes recrutées des cliniques privées connaissaient mieux les moyens contraceptifs autres que celui utilisé. L'entourage, les parents et les amis représentaient la source majeure d'information en ce qui concerne les différents moyens contraceptifs dans notre population (Tableau 5).

Attitudes

Dans notre étude, la majorité des femmes avaient utilisé un moyen contraceptif selon l'avis du personnel médical ; la raison majeure d'arrêt de la contraception était le désir d'avoir un enfant, et la majorité des participantes recrutées dans les dispensaires avait choisi le moyen contraceptif pour raison de santé. En plus, ce groupe était plus satisfait de son moyen utilisé. Les participantes des deux groupes qui n'ont jamais utilisé la contraception ont cité la peur des effets néfastes sur la santé comme raison majeure de refus (Tableau 6).

Tableau 3 Données socio-démographiques - catégories les plus fréquentes dans les deux groupes de la population de l'étude, 2000

Données socio-démographiques	Groupe cliniques privées (%)	Groupe dispensaires (%)	p
<i>Groupe d'âge (ans)</i>			< 0,005
21-30	46,3		
31-40		41,2	
<i>Travail</i>			< 0,001
Ne travaille pas	77,2	86,3	
<i>Éducation</i>			< 0,001
Intermédiaire	34,7	41,0	
<i>Raison de visite</i>			< 0,001
Surveillance de la grossesse	46,4		
Maladie		37,1	

Tableau 4 **Données obstétricales et contraceptives - catégories les plus fréquentes dans les deux groupes de la population de l'étude, 2000**

Données obstétricales et contraceptives	Groupe cliniques privées	Groupe dispensaires	p
Nombre moyen de grossesses	2,85	3,76	< 0,001
Utilisation de la contraception	33,4 %	50,6 %	< 0,001
Moyen utilisé			0,107
Pilule/DIU	38,4 %		
Pilule		35,9 %	

DIU : dispositif intra-utérin

Pratiques

Parmi les participantes utilisant la contraception, la majorité des participantes des cliniques privées avaient subi un examen

clinique avant l'utilisation des moyens contraceptifs et continuaient à avoir un suivi médical chaque 6 mois, contrairement aux participantes recrutées dans les dispen-

Tableau 5 **Connaissance des moyens contraceptifs - catégories les plus fréquentes dans les deux groupes de la population de l'étude, 2000**

Connaissance des moyens contraceptifs	Groupe cliniques privées (%)	Groupe dispensaires (%)	p (khi ²)
<i>Moyen actuel</i>			
Ne connaît aucun effet indésirable	36,7	38,3	0,470
Ne connaît aucune contre-indication	5,5	81,8	< 0,001
Connaît un effet bénéfique	49,8	62,7	< 0,001
<i>Autres moyens/moyens sophistiqués^a</i>			
Cite 2 moyens	61,0	48,6	< 0,001
Connaît un moyen	36,4	36,3	0,247
<i>Conduite à tenir en cas d'oubli de pilule</i>			
	54,6	73,3	< 0,01
<i>Source majeure d'information</i>			
Entourage	45,7	43,2	< 0,001

^amoyens sophistiqués : Norplant, vasectomie, ligature des trompes, contraception postcoïtale, contraception injectable.

Tableau 6 Attitudes vis-à-vis des moyens contraceptifs - catégories les plus fréquentes dans les deux groupes de la population de l'étude, 2000

Attitudes	Groupe cliniques privées (%)	Groupe dispensaires (%)	p (khi ²)
<i>Source du choix du moyen contraceptif</i>			
Personnel médical	81,0	69,6	0,057
<i>Raison du choix du moyen contraceptif</i>			
Raison de santé	76,5	81,8	0,078
<i>Autoévaluation de la satisfaction</i>			
Satisfaite	71,5	78,0	0,157
<i>Raison d'arrêt du moyen</i>			
Désir d'avoir un enfant	76,8	76,2	< 0,005
<i>Raison du refus de la contraception</i>			
Peur des effets néfastes	86,3	70,4	< 0,01

saires qui avaient un suivi médical chaque 2 ans ou plus. Parmi les participantes utilisant la pilule, la majorité des femmes de la population étudiée apportaient elles-mêmes le moyen. Concernant les participantes utilisant le préservatif – 90,3 % du groupe des cliniques privées et plus de la moitié (58,1 %) du groupe des dispensaires – une autre personne leur apporte le préservatif ($p < 0,005$) (Tableau 7).

Discussion

Les enquêtes CAP portant sur la contraception ont fait l'objet de nombreuses études internationales [4,6,9-16].

Dans notre étude, 1003 femmes dont l'âge varie entre 15 et 49 ans, mariées et donc susceptibles d'utiliser la contraception, étaient recrutées dans plusieurs cli-

niques privées et dispensaires répartis dans une région de Beyrouth. L'utilisation, les connaissances, les attitudes ainsi que les différentes pratiques des moyens contraceptifs étaient évaluées de façon comparative entre les deux groupes de la population étudiée, les femmes qui payent pour se procurer des moyens contraceptifs (femmes recrutées dans les cliniques privées) et celles qui se procurent ces moyens d'une façon gratuite (les femmes recrutées dans des dispensaires choisis). Une pareille étude CAP (connaissances, attitudes et pratiques) comparative n'a pas été retrouvée dans la littérature internationale car, à priori, les moyens contraceptifs sont totalement remboursés dans les pays occidentaux par l'État (sécurité sociale) ou les compagnies d'assurance. D'autre part, sur le plan national, les deux études faites par le Planning

Tableau 7 Pratiques des moyens contraceptifs - catégories les plus fréquentes dans les deux groupes de la population de l'étude, 2000

Pratique	Groupe cliniques privées (%)	Groupe dispensaires (%)	p (khi ²)
<i>Examen médical préalable à l'utilisation du moyen contraceptif</i>			< 0,001
Oui	60,9		
Non		64,3	
<i>Suivi médical continu suivant le moyen</i>			< 0,05
Chaque 6 mois	47		
≥ 2 ans		43,2	
<i>Achat du moyen contraceptif</i>			
Elle-même (pilule)	64,8	80,7	< 0,005
Autre personne (préservatif)	90,3	58,1	< 0,005

familial libanais (PFL) n'étaient pas d'ordre comparatif, mais rejoignaient plutôt l'objectif principal de notre étude.

Le taux de participation dans notre étude était de 95,5 %, représentant ainsi un taux plus qu'acceptable d'après Sackett (taux de participation au moins égal à 80 %). De plus, les non-participantes n'étaient pas différentes des participantes du point de vue des caractéristiques socio-démographiques.

Concernant les données socio-démographiques, notre étude a montré que les participantes des cliniques privées, celles qui payent pour se procurer les moyens contraceptifs, étaient plus jeunes, plus éduquées que celles du groupe des dispensaires.

Alors qu'en ce qui concerne les données obstétricales et contraceptives, les moyens les plus utilisés par les deux groupes de la population étudiée étaient presque identiques sans différence statistiquement significative. En plus, les

femmes du groupe des cliniques privées présentait un nombre moyen de grossesses inférieur à celui du groupe des dispensaires (2,8 [E.T. 2,03] et 3,76 [E.T. 1,39] grossesses respectivement). Cette différence statistiquement significative peut être expliquée par le fait que le groupe des cliniques privées est plus éduqué car il présente un niveau socio-économique plus élevé que celui du groupe des dispensaires. Étant plus éduquées, les femmes des cliniques privées sont donc plus sensibles aux complications retrouvées en cas de grossesses rapprochées et leurs effets néfastes sur la santé de la mère et de l'enfant. Le résultat du groupe des dispensaires se rapprochait plus des résultats des études du PFL, vu le niveau socio-économique et éducationnel similaire (4,47 grossesses) [4,6], alors que celui du groupe des cliniques privées se rapprochait des résultats des études suédoises (2 grossesses) [12]. Bien que le taux d'utilisation de la contraception retrouvé dans notre étude fût simi-

laire aux résultats des études du PFL (68,7 % et 70 % respectivement), le moyen le plus utilisé dans notre étude était la pilule (37 %) alors que pour les études menées par le PFL, c'était le stérilet (55 %) (Tableau 8). Cette nette différence avec nos résultats est plutôt liée à des raisons financières, puisque le dispositif intra-utérin (DIU) peut être utilisé pour plus de trois ans, alors que la plaquette de pilule doit être achetée chaque mois ; ceci représente un avantage financier en faveur du DIU pour les femmes vivant dans des régions rurales plus ou moins défavorisées.

Connaissances

Dans notre étude, les femmes qui fréquentent les cliniques privées (niveau socio-économique supérieur) présentent un niveau de connaissance des moyens contraceptifs supérieur à celles qui se procurent des moyens contraceptifs de façon gratuite. La majorité des participantes à ce groupe connaissait une contre-indication de la méthode contraceptive utilisée. Il y a lieu de noter que nos résultats étaient de loin inférieurs à ceux retrouvés par une étude

faite par l'Association des Obstétriciens et Gynécologues (ACOG) aux États-Unis en 1993 (54 %) [3]. Cette mauvaise connaissance des contre-indications retrouvée dans notre étude met en évidence la lacune éducative entre les deux groupes de notre population, et une lacune qui est en plus très importante entre notre population et celle étudiée par l'ACOG. Les participantes pouvant citer d'autres moyens contraceptifs sans leur rappeler étaient majoritaires dans le groupe des cliniques privées ; les études du PFL ont retrouvé des résultats de loin supérieurs à notre étude, soit 95 % à 98 %, dus aux séances éducatives organisées dans leurs dispensaires [4]. En ce qui concerne le niveau de connaissance des moyens à utiliser en cas d'oubli de la pilule par les femmes utilisant ce type de moyen, la majorité des femmes connaissant la conduite à tenir en cas d'oubli d'une pilule appartenait au groupe des dispensaires (73,3 % contre 54,6 % du groupe des cliniques privées). Ce résultat reflète l'importance des informations diffusées dans les dispensaires en cas d'oubli de la pilule.

Tableau 8 Moyens contraceptifs utilisés par les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans dans la banlieue sud de Beyrouth⁴, la Bekaa⁵ et notre étude

Méthode contraceptive	Banlieue sud de Beyrouth 1996 (%)	Bekaa 1998 (%)	Notre étude (%)
Pilule	20	29	37
DIU	24	55	35,6
Méthodes traditionnelles	7	16	14,4
Préservatif	4,7	8	9,5
Contraception injectable	—	—	0,5
Ligature des trompes	4,4	—	2,3

Comme dans les résultats internationaux [12], la majorité des deux groupes de la population étudiée adoptait l'entourage, la famille et les voisins comme source majeure d'information avec des proportions presque égales (45,7 % du groupe des cliniques privées et 43,2 % du groupe des dispensaires, 67,6 % en Suède).

Attitudes

Dans notre étude, la majorité des deux groupes de la population étudiée avait choisi leur moyen selon l'avis du personnel médical avec une prédominance du groupe des cliniques privées (81 % contre 69,6 % du groupe des dispensaires). Cette différence peut être expliquée par le fait que le groupe des cliniques privées, étant plus éduqué et ayant un niveau socio-économique supérieur, est donc plus apte à adopter l'avis du personnel médical.

La majorité des femmes de ces deux groupes arrêtaient l'utilisation de leur moyen pour désir d'enfant avec des proportions presque égales (Tableau 4). En plus, la peur des effets néfastes pour la santé était la raison majeure de refus d'utilisation de la contraception dans les 2 groupes de la population étudiée. Nos résultats étaient de loin supérieur à ceux de l'étude faite par le PFL, (86,3 % du groupe des cliniques privées, 70,4 % du groupe des dispensaires, 21 % du PFL) [4,6] ; ceci est dû à l'efficacité des séances éducatives régulières organisées par le PFL. En plus, ces résultats peuvent être considérés logiques vu la publicité très forte faite dans les médias sur les effets secondaires possibles reprochés à la contraception par les médias (le cancer du sein et la pilule) [12].

Pratiques

La soumission à un examen médical avant l'utilisation des moyens contraceptifs était une pratique majoritaire dans le groupe des

cliniques privées de la population étudiée (60,9 %), alors que presque les deux tiers du groupe des dispensaires (64,3 %) ne subissaient pas cet examen, bien que les consultations médicales soient fournies gratuitement dans ces dispensaires. Ainsi, le niveau socio-économique et éducationnel supérieur influe positivement sur les pratiques des femmes concernant les moyens contraceptifs, et ceci de façon plus importante que la disponibilité gratuite de ces moyens, caractéristique du groupe des dispensaires. Le résultat du groupe des dispensaires était similaire à celui retrouvé par le PFL (48 %) [4]. Cette similarité entre ces deux populations peut être encore expliquée par la similarité de leurs niveaux socio-économique et éducationnel déjà mentionnés.

En ce qui concerne l'adhérence à un suivi médical continu suivant le moyen contraceptif utilisé, presque la moitié des femmes du groupe des cliniques privées (47 %) avaient un suivi médical de façon régulière et tous les 6 mois ; par contre, la majorité des femmes du groupe des dispensaires avaient un suivi médical tous les 2 ans ou plus (43,2 %), et ce malgré les sessions éducatives organisées dans ces dispensaires. Cette différence ne peut être expliquée que par le niveau éducationnel supérieur du groupe des cliniques privées, surtout que ces femmes payent pour la consultation médicale, contrairement à celles du groupe des dispensaires qui consultent gratuitement.

Nous avons trouvé que la majorité des utilisatrices de la pilule achetaient elles-mêmes la pilule (64,8 % du groupe des cliniques privées et 80,7 % du groupe des dispensaires). Cette différence statistiquement significative existant entre les deux groupes peut être expliquée par le fait que les femmes du groupe des dispensaires se procurent à des frais symboliques la pilule

des dispensaires, alors que les participantes du groupe des cliniques privées les achètent dans les pharmacies. En ce qui concerne le préservatif, pour 90,3 % des femmes du groupe des cliniques privées, une autre personne le leur apporte. Concernant cette variable, les résultats du groupe des dispensaires étaient presque identiques à ceux retrouvés en Suède (58,1 % et 52,8 % respectivement). Cette différence peut être expliquée par le fait que le préservatif reste un sujet « tabou » dans notre société, nécessitant donc une autre personne pour l'apporter des pharmacies alors que dans les dispensaires, c'est une femme qui leur procure les préservatifs.

Note

Comme nous avons utilisé plusieurs fois le test du khi² dans notre étude, et pour éviter que certains résultats soient secondaires à la chance, nous avons eu recours à la correction de Bonferroni [18] pour avoir un alpha prime de 0,002 (alpha étant égal à 0,05 et n égal à 25). Ainsi, avec cette nouvelle valeur de alpha, la majorité des résultats de comparaison utilisant le test du khi² sont restés statistiquement significatifs sauf pour quatre tests :

- Connaissance : la conduite en cas d'oubli de pilule ($p = 0,009$ pour alpha prime = 0,002) ;
- Attitude : la source de choix du moyen contraceptif ($p = 0,057$) ;
- Adhérence ou non à un suivi médical continu suivant le moyen contraceptif utilisé ($p = 0,013$) ;
- Pratique : la personne qui achète le moyen contraceptif ($p = 0,004$).

Limites de notre étude

Vu l'objectif principal de notre étude, nous avons été obligés de restreindre le recrute-

ment de la population étudiée à une région de Beyrouth où sont concentrés les dispensaires fournissant les moyens contraceptifs à des frais symboliques. Ainsi, nous avons recruté tous les dispensaires et les cliniques privées de cette même région, sans en éliminer aucun (ni clinique privée ni dispensaire) ; en plus, le recrutement était fait dans les cliniques privées et dispensaires durant les mêmes périodes de la journée pour fournir aux deux groupes de la population étudiée la même chance d'être recrutés. De plus, vu la présence d'une proportion de femmes illettrées dans la population libanaise, nous avons choisi d'administrer le questionnaire par des enquêteurs pour empêcher une auto-sélection involontaire dans le cas contraire (questionnaire auto-administré). Donc, les biais de sélection possibles ont été ainsi soigneusement évités dans notre étude [19].

Étant donné que le questionnaire a été administré par des étudiantes ne connaissant pas l'objectif de notre étude, le biais de l'enquêteur était de ce fait éliminé [20].

Vu que notre population étudiée était limitée à un secteur de Beyrouth, les résultats de notre étude ne peuvent donc être généralisés à tout Beyrouth ou même à tout le Liban, et ceci pour respecter la validité externe de notre étude [19].

Conclusion

La connaissance, l'attitude et la pratique concernant les moyens contraceptifs ne dépendent pas de la disponibilité gratuite de ces moyens, mais plutôt du niveau socio-économique et éducationnel des femmes. Ceci a été démontré d'une façon statistiquement significative dans notre étude. Ainsi, le groupe des femmes qui fréquentaient les cliniques privées a été trouvé meilleur du point de vue des paramètres CAP que le

groupe des femmes fréquentant les dispensaires, puisqu'il adoptait des attitudes et des pratiques considérées saines et adéquates concernant la contraception. Ainsi, en améliorant le niveau éducationnel et socio-économique des femmes, on peut

aboutir à une meilleure utilisation des moyens contraceptifs, ce qui veut dire une meilleure connaissance, attitude et pratique concernant ces moyens, et donc un meilleur « planning » familial.

Références

1. Harrison PF, Rosenfield A. The summary. In: *Contraceptive research and development, looking for the future*. Washington DC, National Academy Press, 1996:1–28.
2. *Reproductive health research the new directions. Biennial report 1996–1997*. Geneva, World Health Organization, 1998.
3. Harrison PF, Rosenfield A. The market for new contraceptives: translating unmet need into market demand. In: *Contraceptive research and development looking for the future*. Washington DC, National Academy Press, 1996:166–235.
4. *Le planning familial dans la banlieue sud de Beyrouth-étude pratique sur les recherches*. Beyrouth, Planning familial libanais, 1996.
5. *The reproductive health program, reproductive health services*. Lebanon, Ministry of Health, in collaboration with UNFPA & WHO, 1999.
6. *La femme dans la région de Bekaa, les problèmes de santé reproductive et ses besoins*. Beyrouth, Planning familial libanais, 1998.
7. Last MJ. *A dictionary of epidemiology*. New York, Oxford University Press, 1995: 93.
8. Last MJ. *A dictionary of epidemiology*. New York, Oxford University Press, 1995: 40.
9. Oddens B, Guis F. L'observance et l'oubli de pilule en France en 1995. *Contraception, fertilité, sexualité*, 1996, 24(4):290–6.
10. Nafu F et al. Ignorances et préjugés dans l'utilisation de méthodes contraceptives. *Revue médicale de Bruxelles*, 1993, 14:216–20.
11. Smith LFP, Whitfield MJ. Women's knowledge of taking oral contraceptive pills correctly and of emergency contraception: Effect of leaflets in general practice. *British journal of general practice*, 1995, 45:409–13.
12. Oddens BJ, Milsom I. Contraceptive practice and attitudes in Sweden 1994. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 1996, 75:932–40.
13. Parker RM et al. Literacy and contraception: exploring the link. *Obstetrics & gynecology*, 1996, 88(suppl. 3):S72–7.
14. Dondénaz M et al. Interruption de la grossesse en Suisse 1966-1996 Une baisse des chiffres liée à la contraception. *Médecine et Hygiène*, 1998, 56: 961–8.
15. Smith BH et al. Emergency contraception: a survey of women's knowledge and attitudes. *British journal of obstetrics and gynaecology*, 1996, 103:1109–16.
16. Little P, Griffin S, Kelly J. Effect of educational leaflets and questions on knowledge of contraception in women taking the combined: randomized controlled trial. *British medical journal*, 1998, 31(27):1948–52.

17. Colton T. Medical surveys. In: *Statistics in medicine*. Boston, Little, Brown and Company, 1974:271–88.
18. Greenland S, Rothman KJ. Fundamentals of epidemiologic data analysis. In: Rothman KJ, Greenland S, eds. *Modern epidemiology*. Philadelphia, Lippincott–Raven, 1998:201–31.
19. Rothman KJ, Greenland S. Precision and validity in epidemiologic study. In: Rothman KJ, Greenland S, eds. *Modern epidemiology*. Philadelphia: Lippincott–Raven, 1998:115–34.
20. Hennekens CH, Buring JE. Statistical association and cause–effect relationships. In: *Epidemiology in medicine*. Boston/Toronto, Little, Brown and Company, 1987:30–53.

Committee on Publication Ethics – Seminar 2006

The 2005 COPE seminar will be held on Friday 10 March 2006 from 09:30 to 1700 at BMA House, London, United Kingdom. This year's seminar takes an international perspective and addresses publication ethics and research in several European countries and beyond, with interactive workshops on common ethical and editorial dilemmas. The manipulation of impact factors, and whether it is unethical, will also be considered. The Seminar is for editors, authors, and all those interested in increasing the standard of publication ethics.

The seminar will include:

- Professor Michael Farthing – the Panel for Research Integrity (UK)
- Publication ethics and research in other countries, including those in Northern Europe, Turkey, and China
- Publication ethics in animal research
- Making the COPE website work for you – real time demonstration of how to use the website
- New indexing services
- Interactive workshops – common ethical and editorial dilemmas for editors
- Opportunities to network with other editors and share your experiences and challenges

The seminar is free for COPE members and £30.00+VAT for non-members. Numbers are limited and early booking is advisable. For registrations or more information please contact the COPE Secretary at cope@bmjgroup.com or call 020-7383-6602. For more information on COPE see www.publicationethics.org.uk