REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

----**

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

----**

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

----**

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE

------**

ANNEE : 2022 **N° : 2481**

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES FEMMES VUES A LA CUGO DU CNHU-HKM DE COTONOU SUR LE DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS EN 2022

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

Par

Larissa Rolanda Nassimath Modukpè De SOUZA

Née le 15 /09/1994 à Cotonou (Rép. du BENIN)

Directrice de Thèse

Pr Christiane TSHABU AGUEMON

Co-directeur de thèse

MCA O. Mathieu OGOUDJOBI

Présidente du jury

Pr Christiane TSHABU AGUEMON

Membres du jury

MCA O. Mathieu OGOUDJOBI

MCA Freddy GNANGNON

MCA Falilatou SEIDOU

Année académique 2021-2022

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

N°1200 /2022/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/CSRH/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

NOVEMBRE 2022

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur AVAKOUDJO Josué Dejinnin Georges

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Maître de Conférences Agrégé VODOUHE Ulrich Bidossèssi

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé GANFON Medessou Yowel Habib

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur AZON KOUANOU Angèle

Année : 2022-2023 (version novembre 2022)

PROFESSEURS TITULAIRES

1. Dr.HOUINATO Dismand Stéphan.....	Neurologie
2. Dr ADJIBABI Wassi.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr MEHINTO Delphin Kuassi.....	Chirurgie Viscérale
4. Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
5. Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
6. Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi.	Biophysique, Médecine Nucléaire
7. Dr FIOGBE Michel Armand.....	Chirurgie Pédiatrique
8. Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
9. Dr KPADONOU Toussaint Godonou.....	Médecine Physique – Réadaptation
10. Dr SOUNOUVOU Ignace.....	Ophtalmologie
11. Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
12. Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette.....	Ophtalmologie
13. Dr ZOUMENOU Eugène.....	Anesthésie-Réanimation
14. Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
15. Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
16. Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
17. Dr AFFOLABI Dissou.....	Bactériologie-Virologie
18. Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
19. Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix.....	Dermatologie- Vénérologie
20. Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin.....	Physiologie
21. Dr FIOSSI KPADONOU Emilie.....	Pédopsychiatrie
22. Dr TONATO BAGNAN Josiane Angéline A.	Gynécologie-Obstétrique
23. Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
24. Dr OGOUYEMI HOUNTO Aurore Bertille.	Parasitologie
25. Dr SAGBO Gratien.....	Pédiatrie
26. Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
27. Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
28. ALAMOU Soulé.....	Ophtalmologie
29. Dr ALLABI Aurel Constant Eustache.....	Pharmacologie Clinique
30. Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
31. Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
32. Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
33. Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin.....	Gynécologie Obstétrique
34. Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique

Université d'Abomey Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

35. Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
36. Dr YEKPE AHOUANSOU Hermione Patricia Frida..	Imagerie Médicale
37. Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
38. Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
39. Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
40. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
41. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
42. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
43. Dr LALYA Francis Honorat.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
44. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
2. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
4. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande.....	Parasitologie-Mycologie
5. Dr YEMOA Loconon Y. Achille.	Chimie Analytique-Bromatologie
6. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
7. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
8. Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
9. Dr GANFON M. Yowel Habib	Pharmacognosie
10. Dr KEREKOU Annelie Célestine.....	Endocrinologie
11. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
12. Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne
13. Dr CODJO Houétondji Léopold.....	Cardiologie
14. Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
15. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê.....	Ophtalmologie
16. Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys....	Radiologie, Radiodiagnostic et Imagerie médicale
17. Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
18. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
19. Dr ALIHONOU Florence Nathalie Yacoba.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
20. Dr ANAGONOU Lary Lucrèce.....	Pédopsychiatrie
21. Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles.....	Chirurgie Générale
22. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
23. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale

LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
Bénin Bohmey Cabral

24. Dr BOGNON Gilles Modeste Alain.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
25. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
26. Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
27. Dr GNANGNON Freddy Houehanou R.....	Cancérologie Chirurgicale
28. Dr HODONOU Dètondji Fred Jean-Martin...	Urologie-Andrologie
29. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
30. Dr KLIKPO Elvire	Psychiatrie Adulte
31. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
32. Dr LAWANI Ismaïla.....	Chirurgie Viscérale
33. Dr MIKPONHOUE OLOU Rose Christelle	Médecine du Travail
34. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
35. Dr PADONOU Abiodoun Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
36. Dr PADONOU Caroline Sourou Clémence.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
37. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo.....	Santé Publique
38. Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie et Cytologie Pathologique
39. Dr SONOU Djidjòho Joël Arnaud.....	Cardiologie
40. Dr TOGNIFODE Medesse Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
41. Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
42. Dr YEVI Dodji Magloire Inès.....	Urologie Andrologie
43. Dr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A.....	Cardiologie

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

MAITRES ASSISTANTS

1. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2. Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3. Dr DJOSSOU Médéssè David.....	Odontologie Pédiatrique
4. Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou	Pédiatrie et Génétique Médicale
5. Dr AMOSSOU Labissi François.....	Traumatologie-Orthopédie
6. Dr BADOU Agnès Oladun Sylvie.....	Sociologie et Anthropologie sociale
7. Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
8. Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose...	Gynécologie-Obstétrique
9. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis.....	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
10. Dr ADJOBIMEY Mênonli.....	Santé au Travail
11. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A.....	Chirurgie Buccale
12. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
13. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane.....	Anesthésie-Réanimation

14. Dr AÏGBE Nestor.....	Ophtalmologie
15. Dr DANGBEMEY Djima Patrice.....	Gynécologie-Odstrétique
16. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis.....	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
17. Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle	Cardiologie
18. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
19. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle.....	Nutrition
20. AGBOKPONTO Janvier Engelbert.....	Chimie Analytique
21. Dr ASSANHOU Assogba Gabin.....	Pharmacie Galénique
22. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard.....	Psychiatrie
23. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana.....	Hématologie Biologie
24. Dr GOUKODADJA Oswald.....	Traumatologie Orthopédie
25. Dr SOSSA Jean	Urologie

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

ASSISTANTS

1. Dr VIGNON Cyprien Kossi.....	Chirurgie Générale
2. Dr LANKPEKO AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
4. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
5. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
6. Dr HOUESSOU ENIANLOKO TCHIAKPE Nicole Zinhoué	Pédiatrie
7. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles.....	Biophysique
8. Dr DADJO Kinski Aumar.....	Traumatologie Orthopédie
9. Dr HOUEZE Richard Ghislain Constantin.....	Neurologie

Le Doyen,

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Professeur Josué Dejinnin Georges AVAKOUDJO

DEDICACES

A DIEU LE TOUT PUISSANT

Merci de m'avoir créée et assistée malgré mes manquements. La certitude de présence constante m'a donné la volonté et la joie de vivre. Merci d'avoir répondu présent chaque fois et toutes les fois que je t'ai invoqué au cours de ce parcours long et éprouvant. Il n'y a point de mots pour exprimer l'immense gratitude que j'ai à Ton égard. Puisse Ta grâce rejaillir encore et toujours sur nous tous.

AMEN !!!!

♣ ***A mon père de-SOUZA Fernand.***

Cher père, les mots me manquent terriblement pour exprimer mes sentiments aujourd'hui. Tu as toujours été à nos côtés, mes frères et moi. Tu nous as appris le sens de la dignité, de l'honneur, du respect et de la probité. Tu as toujours été et reste un exemple pour toute la famille car tu es un travailleur acharné, rigoureux, honnête et exigeant envers toi-même et envers les autres. Tes conseils et tes bénédictions ne m'ont jamais fait défaut, ainsi que ton soutien sur les plans financier, moral, affectif et matériel. Je veux te dire merci pour toute la confiance que tu as placée en moi depuis le début de mon cycle. Malgré les hauts et les bas, tu t'es toujours tenu prêt à me porter jusqu'à la fin. Merci pour ce que tu as fait et pour tout ce que tu feras encore pour moi. C'est ton souhait qui se réalise. Dieu te bénisse et te donne une longue vie pleine de bonheur et de prospérité.

Amour filial.

♣ ***A ma maman AGBANGLANON Hortense.***

Merci de m'avoir donné la vie. Il n'y aura jamais assez de mots ni de présents pour te remercier pour ce cadeau inestimable. Sans cela, je n'aurais pu prétendre ni aspirer à quoique ce soit. Autant de phrases aussi expressives soient-elles ne sauraient montrer le degré d'amour et d'affection que j'éprouve pour toi. Tu m'as comblée avec ta tendresse et ton affection tout au long de mon parcours. Tu n'as cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes les années de mes études. Tu as toujours été présente à mes côtés pour me consoler quand il fallait. En ce jour mémorable, pour moi ainsi que pour toi, reçois ce travail en signe de ma vive reconnaissance et ma profonde estime. Puisse le tout puissant te donner santé, bonheur et longue vie afin que je puisse te combler à mon tour.

Amour filial.

♣ ***A ma maman ADJANOHOUN Dorothée.***

La vie a bien voulu me donner une autre mère et elle a été représentée en vous. Je ne me considère pas comme votre belle fille mais bien comme votre fille. A chaque étape de ce travail, vous avez été là aussi bien par votre présence que par vos prières et vos encouragements surtout quand je voulais baisser les bras. Merci d'avoir été et d'être toujours là pour moi. Merci pour les conseils, les prières, les encouragements, la confiance, tout l'amour et tout le temps consacré à votre petit fils pour me permettre d'atteindre au plus tôt les objectifs. Ce travail est aussi votre accomplissement. Puisse Dieu vous bénir abondamment et vous donner longue vie.

Amour filial.

♣ ***A mes frères chéris de-SOUZA Herberto et Tatiana.***

Mes premiers amours, merci à vous d'être là depuis le début. Vous m'avez supporté dans les bons comme les mauvais moments. Toujours ensemble contre le monde entier. Merci pour votre soutien indéfectible, la confiance, la force insufflée, votre optimisme. Ce travail est l'expression de mon amour inconditionnel. Que Dieu vous donne longue vie et exauce vos vœux les plus chers.

Amour fraternel.

♣ ***A ma tendre moitié ALLADE Ruddy.***

Les mots ne seront jamais assez pour t'exprimer ma gratitude. Tes conseils, tes encouragements, ta foi inébranlable en moi, ton optimisme à toute épreuve et ton soutien inconditionnel m'ont été très bénéfiques. Tu as été plus déterminé à achever ce travail que moi-même. Tu as donné de ton temps et de ta personne pour le bon déroulement et l'achèvement de ce travail. Ce travail est l'expression de ma gratitude envers toi. Puisse Dieu te bénir abondamment et nous garder ensemble jusqu'à la fin de nos jours.

Amour et reconnaissance infinis.

♣ ***A mon bébé chéri ALLADE Cameron Ifè.***

Ma plus grande réussite. Merci de toujours m'insuffler la force pour aller de l'avant envers et contre tout. Maman t'aime mon ange. Que Dieu te bénisse et te donne longue vie.

Je t'aime mon ange.

♣ ***A mes amis de longue date : GBEKE Prince, ANDRE Hillary, MAHINOU Esperancia, BANKOLE Mary-Ange, DOSSOU-YOVO Lenaick, LIGAN Maurel, AKLE Fannick, AMINOU Chaid, ADELOU Oladele, DJIDONOU Juvenal, CODO Ella.***

Vous avez été présents tout au long du parcours avec un soutien indéfectible et une disponibilité sans faille, des encouragements dans les meilleurs mais aussi dans les pires moments. Merci pour tout. La route a été longue mais l'arrivée n'en est que plus belle. Que ce travail soit l'expression de notre amitié et que celle-ci perdure dans le temps. Dieu vous bénisse.

Profond attachement.

REMERCIEMENTS

♣ ***A la famille de-SOUZA.***

Merci pour le soutien.

Bénédictions abondantes.

♣ ***A toute la famille ADJANOHOUN François.***

Merci de m'avoir acceptée comme une des vôtres. Merci pour le soutien indéfectible, pour la confiance, les conseils, la prière et l'accompagnement dont vous avez fait preuve tout au long de ce parcours. Ce travail est aussi le vôtre. Dieu vous bénisse encore et toujours.

Profond attachement.

♣ ***A ADJIBABI Amira.***

Il est bon de dire que le nombre d'années en amitié ne détermine pas forcément la force de celle-ci. Tel est ton cas. Merci pour ton soutien, ta force de caractère, ta foi en moi. Ton encouragement et toute ta contribution au cours de ce travail. Tu as donné de ta personne pour l'achèvement de ce travail. Il est aussi le tien. Puisse notre amitié perdurer dans le temps. Dieu te bénisse.

Profonde gratitude.

♣ ***A mes cadets CARRENA Georgio, ASSOGBA Virgile, SOUMANOU Moutiou, LISSANON Destin.***

Merci pour la collaboration et l'abnégation dont vous avez fait preuve pour m'aider dans l'élaboration de ce travail. Sans vous, le travail n'aurait pu avancer. Puisse Dieu vous accompagner jusqu'à la fin du cursus et faire de vous de bons médecins.

Sincères reconnaissances.

- ***A mon groupe de stage d'internat :***

  ANITCHEOU Rodrigue, DAGA Karen, TECHEME Esther, FAGNON Murielle, DOSSA Marie-Flora, FAGNON Gloria, FANDOHAN Vilishka, FAVI Godwill, AYIMANDE Florentin, AZON Antoine, ADJIBABI Amira, AKLE Fannick, DOSSOU-YOVO Lenaick, LIGAN Maurel, AMINOU Chaid, M'BOKO Justie, SOGBOSSI Sylvia, AGBOTON OKE Alek.

  Merci pour la collaboration et le temps de travail au cours de l'internat, moment de grands échanges pour nous tous. Pour moi, vous êtes désormais une autre famille importante que j'ai gagnée. Merci pour l'expérience. Dieu vous bénisse.

  Merci et brillante carrière.

- ***A Mme AGAI BANIDJE Sylvie, Mr Parfait et tout le personnel de la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique du CNHU-HKM.***

  Merci pour votre accueil et toute l'aide apportée. Dieu vous bénisse.

  Sincères reconnaissances.

- ***A tous ceux qui m'aiment et m'estiment, tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer, tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.***

  Je vous remercie chaleureusement tous pour votre soutien, votre collaboration et votre confiance. Que Dieu vous bénisse et consolide nos relations. Loin d'avoir oublié les autres personnes, au risque de ne pouvoir finir, l'éthique de la rédaction m'oblige à demander à tous de bien vouloir accepter recevoir sans être cités mes sincères remerciements.

  Merci infiniment.

- ***Aux 43 et 44ème promotions de médecine de la FSS de Cotonou.***

  Brillante carrière.

HOMMAGES

♣ ***A notre maître et Directrice de thèse,***

Le Professeur Titulaire TSHABU AGUEMON Christiane

Cher Maître, vous nous avez honorée par votre confiance en nous donnant ce sujet de recherche. Vous avez fait preuve de beaucoup de patience et de compréhension à notre égard. Nous ne pouvons nous empêcher de vous appeler « maman» car c'est ce que vous avez été pour nous. Les fructueux conseils que vous nous avez prodigués ont été très précieux et déterminants dans l'aboutissement de ce travail. Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et que Dieu vous bénisse.

Hommages respectueux.

♣ ***A notre maître et co-directeur de thèse,***

Le Maître de Conférences Agrégé OGOUDJOBI Mathieu

Vous avoir eu comme co-directeur fut un immense honneur pour nous. Par votre sérénité, votre simplicité et votre sens de la rigueur scientifique et du travail bien fait, vous avez forcé notre admiration.

Hommages respectueux.

♣ ***A notre Présidente de Jury,***

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos lourdes responsabilités. Vos critiques et observations contribueront sans aucun doute à l'amélioration de ce travail. Permettez-nous de vous exprimer ici, Mme la Présidente du jury, le témoignage de notre profond respect.

Hommages respectueux.

♣ ***A nos maîtres les honorables membres du Jury,***

Chers Maîtres, malgré vos calendriers chargés vous avez accepté avec spontanéité de juger notre travail. Vos précieuses recommandations seront prises en compte pour améliorer la qualité de celui-ci. Veuillez recevoir l'expression de notre profond respect.

Hommages respectueux.

♣ ***A tous les Maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou,***

Il vous revient le mérite de nous avoir prodigué un enseignement profitable et une formation complète. Veuillez accepter nos remerciements les plus sincères.

Hommages respectueux.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ADN:	**:**	Acide désoxyribonucléique
ARNm	**:**	Acide ribonucléique messager
ASCUS	**:**	Atypical Squamous Cells of Undeterminated Signifiance / anomalies des cellules malpighiennes de signification inconnue
CUGO	**:**	Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique
CIN	**:**	Néoplasie Intra-épithéliale Cervicale
CIRC:	**:**	Centre International de la Recherche sur le Cancer
CNHU-HKM	**:**	Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga
DES	**:**	Diéthylstilbestrol
FCU	**:**	Frottis Cervico Utérin
HSIL	**:**	High grade Squamous Intraepithelial lesion / lésion
	:	malpighienne intra-épithéliale de haut grade
HPV	**:**	Human Papilloma Virus
IST	**:**	Infections Sexuellement Transmissibles
IVA	**:**	Inspection Visuelle après application d'Acide acétique
IVL	**:**	Inspection Visuelle après application du Lugol
JPC	**:**	Jonction Pavimento-Cylindrique
LSIL	**:**	Low grade squamous intraepithelial lesion / Lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade
LED	**:**	Lupus Erythémateux Disséminé
PAP	**:**	Papanicolaou
PED	**:**	Pays En Développement
PTME	**:**	Prévention de la transmission mère-enfant
PVVIH	**:**	Personne vivant avec le VIH
SIDA	**:**	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
USA	**:**	United States of America

VIH	**:**	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VPN	**:**	Valeur Prédictive Négative
VPP	**:**	Valeur Prédictive Positive
ZR	**:**	Zone de Remaniement

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Liste des tableaux

Tableau Ⅰ	**:**	Répartition des femmes selon l'âge à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022.	42
Tableau Ⅱ	**:**	Répartition des femmes selon le département de provenance (hors Cotonou) à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022.	43
Tableau Ⅲ	**:**	Répartition des femmes selon la gestité et la parité à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022	44
Tableau Ⅳ	**:**	Répartition des femmes selon les moyens d'information sur le cancer du col de l'utérus à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022.	46
Tableau Ⅴ	**:**	Répartition des femmes selon les moyens de dépistage du cancer du col de l'utérus à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022.	47
Tableau Ⅵ	**:**	Répartition des femmes selon la connaissance des facteurs de risque du cancer du col de l'utérus à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022	48
Tableau Ⅶ	**:**	Répartition des patientes selon la méthode thérapeutique connue à Cotonou pour le traitement du cancer du col de l'utérus à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022.	50
Tableau Ⅷ	**:**	Répartition des patientes selon les conditions de guérison du cancer du col de l'utérus, d'après les femmes, à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022.	52
Tableau Ⅸ	**:**	Répartition des femmes selon les raisons de refus de dépistage du cancer du col de l'utérus en consultation par les femmes à la CUGO au CNHU-HKM de Cotonou en 2022.	54

Tableau X : Répartition des femmes selon le nombre de personnes souffrant de cancer de col de l'utérus dans leur entourage à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022. 54

Tableau XI : Répartition des femmes selon les méthodes utilisées pour le dépistage systématique du cancer du col de l'utérus à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022. 55

Tableau XII : Répartition des femmes selon les raison de la non pratique du dépistage systématique du cancer du col de l'utérus à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022. 56

Tableau XIII : Répartition des femmes selon les personnes impliquées dans le dépistage à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022. 57

Tableau XIV : Répartition des femmes selon le moment de réalisation du dépistage à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022. 59

Tableau XVa : Facteurs associés au dépistage systématique du CCU à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022. 60

Tableau XVb : Facteurs associés au dépistage systématique du CCU à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022. 61

Tableau XVI : Facteurs associés à la connaissance des signes cliniques du CCU à la CUGO du CNHU-HKM en 2022. 63

Liste des figures

Figure 1	**:**	Appareil génital féminin	11
Figure 2	**:**	Col de nullipare avec un orifice punctiforme	12
Figure 3	**:**	Col de multipare présentant un aspect en fente transversale	13
Figure 4	**:**	Différentes couches d'un épithélium malpighien normal	15
Figure 5	**:**	Cellules cylindriques d'un épithélium endocervical normal	16
Figure 6	**:**	Coupe histologique normale de la jonction pavimento-cylindrique	17
Figure 7	**:**	Col négatif (A) et positif (B) à l'acide acétique	22
Figure 8	**:**	Col négatif (A) et positif (B) au soluté de lugol	22
Figure 9	**:**	Frottis cervico-utérin : prélèvement par cervixbrush	24
Figure 10	**:**	Matériels pour la colposcopie	27
Figure 11	**:**	Colposcope	28
Figure 12	**:**	Répartition des femmes selon le niveau d'étude à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022	45
Figure 13	**:**	Répartition des femmes selon les signes cliniques connus, du CCU, à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022	49
Figure 14	**:**	Répartition des femmes selon la perception de la gravité du cancer du col de l'utérus à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022.	51
Figure 15	**:**	Répartition des femmes selon la perception de la fréquence du cancer du col de l'utérus à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022.	51
Figure 16	**:**	Répartition des femmes selon la réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus au bénin, à la CUGO du CNHU de Cotonou en 2022	53

Figure 17 : Répartition des femmes selon le lieu de réalisation du dépistage, à la CUGO du CNHU de Cotonou en 2022 58

Par délibération, la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou a arrêté que les opinions émises dans cette thèse n'engagent que son auteur.

Sommaire

INTRODUCTION 1

1. GENERALITES 6

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE 33

3. RESULTATS 42

4 DISCUSSION 65

CONCLUSION 76

SUGGESTIONS 76

REFERENCES 78

ANNEXES ..... A

TABLE DES MATIERES ..... F

INTRODUCTION

Les cancers gynécologiques constituent les cancers les plus fréquents et les plus graves parmi la population féminine mondiale[1].

À l'échelle mondiale, le cancer du col de l'utérus (CCU) est en termes de fréquence, le quatrième cancer le plus répandu à travers le monde. Il occupe la deuxième place chez les femmes dans les pays en voie de développement. En 2020, le nombre de nouveaux cas dans le monde a été estimé à six-cent quatre mille cent vingt-sept (604.127) et plus de trois-cent quarante-et-un mille huit-cent trente-et-un (341.831) décès ont été enregistrés[2]. En 2015, son taux d'incidence était estimé à 5,9 pour 100 000 femmes avec un taux de mortalité estimé à 1,7 pour 100 000 femmes [3].

Les pays où on retrouve les taux d'incidence les plus élevés sont principalement situés en Afrique subsaharienne mais aussi en Amérique latine, aux Antilles et en Asie du Sud-est [4].

En Afrique subsaharienne, 34,8 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus sont diagnostiqués sur 100 000 femmes par an et 22,5 femmes sur 100 000 en meurent chaque année. Ces chiffres sont élevés lorsqu'ils sont comparés à ceux relevés en Amérique du Nord : 6,6 nouveaux cas et 2,5 décès pour 100 000 femmes[5].

Au Cameroun en 2012, le registre du cancer de Yaoundé avait estimé l'incidence ajustée selon l'âge à 107 nouveaux cas pour 100.000 habitants. Le cancer du col de l'utérus occupait le deuxième rang après celui du sein[6].

Au Mali, les études récentes réalisées ont montré qu'il vient au premier rang des cancers féminins et au 3ème rang de tous les cancers avec une incidence de 31 pour 100 000 habitants[7].

Au Bénin, selon **Egue M. et coll**, en 2019 le cancer du col avait une incidence de 14,9 sur 100 000 derrière le cancer du sein qui avait une incidence de 22,6 pour 100 000. Cette tendance s'inverse lorsqu'il s'agit de la mortalité par cancer du col de l'utérus[8].

Le cancer du col utérin est généralement précédé par une longue phase de lésions pré cancéreuses qui peuvent être détectées lors du dépistage, ceci avant la progression de la maladie vers le cancer invasif. Le dépistage permet ainsi un traitement précoce des lésions précancéreuses. En France, comme dans les pays industrialisés, l'incidence et la mortalité du CCU ont considérablement diminué au cours des dernières décennies grâce au dépistage cytologique par frottis cervico-utérin (FCU)[9].

Bien qu'il existe plusieurs moyens de dépistage des lésions précancéreuses du col utérin tels que le Frottis Cervico Utérin , l'Inspection Visuelle à l'Acide acétique et au Lugol (IVA/IVL), et que leur pratique contribue à la diminution du taux d'incidence et de mortalité des femmes par ce cancer, le taux de couverture en matière de dépistage dans les pays en développement reste faible[10].

Par ailleurs, d'autres études ont montré que l'efficacité d'un programme de dépistage dépend largement du taux de participation et du degré d'adhésion des femmes cibles. Cette adhésion dépendait des connaissances, attitudes et pratiques de ces dernières vis-à-vis du cancer du col de l'utérus et de son dépistage [11].

C'est donc ce qui motive la réalisation de cette étude qui porte sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des femmes sur le dépistage du cancer du col de l'utérus dans notre contexte.

Problématique

Énoncé du problème

Le cancer du col de l'utérus constitue un problème de santé publique[12]. Il est le quatrième cancer le plus courant chez la femme à travers le monde derrière les cancers du sein, des poumons et colorectal[2]. Dans le monde selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), environ 530 000 nouveaux cas de CCU sont diagnostiqués chaque année avec 275 000 décès dont 85% dans les pays à revenu faible ou intermédiaire[12].

En Afrique de l'Ouest, l'incidence standardisée du CCU est de 23 nouveaux cas pour 100000 femmes avec une mortalité de 16,6 pour 100 000 femmes[2] . Au Bénin, l'incidence standardisée du CCU est de 23,7 nouveaux cas pour 100 000 femmes avec une mortalité de 20,2 pour 100 000 femmes[13].

L'OMS, dans sa stratégie mondiale 2019-2023 du contrôle et de l'élimination du CCU, propose les objectifs 90%,70%, 90%. Selon cette stratégie, 90 % des enfants de moins de 15 ans doivent être vaccinées contre le HPV, 70% des femmes de 30 à 45 ans doivent être dépistées et 90% des lésions précancéreuses issues de ces dépistages doivent être traitées[14]. Selon l'OMS, l'utilisation des méthodes de dépistage réduirait de 70% la mortalité liée au CCU[15].

Cependant, en Afrique surtout subsaharienne, il existe très peu de programmes de dépistage organisés du cancer du col de l'utérus à grande échelle. Un programme national de dépistage et de traitement ciblant la population générale existe dans 34 États membres. L'un des tests de dépistage de haute performance recommandés est le test de détection du papillomavirus humain (HPV). Toutefois, la plupart de ces interventions axées sur le dépistage reposent sur des tests de dépistage peu performants, tels que l'IVA et IVL. Plus de 70 % des États membres de la région font état de taux de participation au dépistage inférieurs à 50 %, certains allant même jusqu'à 10 % ou moins. Ceci est dû à l'inefficacité des campagnes de sensibilisation de la population, à la fragmentation de la prestation de services, à l'indisponibilité des infrastructures et au manque de ressources financières.

En outre, le faible niveau de culture de la santé empêche les femmes de se faire dépister[16]. Il en est de même pour les mythes, la désinformation et les pratiques culturelles néfastes. Cette situation est exacerbée par le fait que les groupes et communautés de femmes ne participent pas au processus de prise de décisions concernant l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de dépistage et de traitement du CCU.

Au Bénin, le dépistage du CCU est confronté à de nombreux problèmes qui empêchent sa pratique effective. Nous avons entre autre :

- le défaut de consultation gynécologique systématique
- le défaut de dépistage systématique
- l'attente des campagnes de dépistage pour des recherches ponctuelles
- la faible éducation de la population sur le dépistage du CCU.

Hypothèse

Les femmes auraient une faible connaissance sur le CCU et une mauvaise pratique du dépistage systématique du CCU.

Objectifs

Objectif général :

Il consiste à étudier les connaissances, attitudes et pratiques des femmes vues à la CUGO sur le dépistage du cancer du col de l'utérus au CNHU- HKM de Cotonou.

Objectifs spécifiques :

Pour atteindre cet objectif, nous nous sommes fixée comme objectifs spécifiques de :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées.
- Déterminer le niveau de perception des femmes sur le cancer du col de l'utérus.
- Décrire l'attitude des femmes face au dépistage du cancer du col de l'utérus
- Déterminer le taux de pratique du dépistage du CCU par les femmes enquêtées
- Répertorier les facteurs associés au dépistage du cancer du col de l'utérus chez ces femmes

1. GENERALITES

1.1. Définition

1.1.1. Connaissances

Les connaissances, en promotion de la santé, sont définies comme un ensemble d'informations acquises par des personnes sur une question de santé donnée. Elles permettent à chaque personne de cerner son niveau de vulnérabilité face à cette question. Elles portent tant sur la capacité pour une personne à définir le concept étudié, mais aussi à énoncer les différents éléments qui le constituent tels la prévention, la transmission, le traitement. Les connaissances sont toujours mesurées avec précision de manière à pouvoir comparer les données (avant/après, expert/profane, ici/ailleurs). L'enquête CAP évalue la connaissance complète, ainsi que les sources de cette connaissance. La connaissance complète est définie comme la possession à la fois, des informations exactes sur les moyens de prévenir les risques et des principales idées fausses concernant ces risques. La juste évaluation de la connaissance complète permet d'identifier le besoin éducationnel exact tandis que celles des sources d'information permet d'identifier les canaux de communication[17].

Ici, il s'agit des informations médicales que les femmes vues à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou possèdent sur le cancer du col de l'utérus et son dépistage.

1.1.2. Attitudes

Déterminer les attitudes d'une cible, c'est mettre en œuvre un dispositif d'observation anthropologique des perceptions, des croyances, des représentations face à un phénomène : épidémie, service de santé, prestataire, etc. Ceci permet de prendre en compte les spécificités socioculturelles qui influencent l'adoption des bonnes pratiques. L'identification des attitudes permet de contextualiser les actions de prévention et de spécifier les activités de promotion

de santé. Ce qu'une personne perçoit d'un risque est souvent diffus. C'est donc à travers un discours orienté que l'enquête CAP l'amène à verbaliser ses intentions, ses difficultés, à appréhender le phénomène, ses obstacles à modifier les pratiques. Les attitudes sont l'écart entre les connaissances et les pratiques et résultent des contraintes diverses pesant sur la personne[17].

Il s'agira ici, d'analyser les attitudes des femmes enquêtées face au dépistage systématique du cancer du col de l'utérus.

1.1.3. Pratiques

Les pratiques sont des actes réels accomplis par la personne en situation dans son contexte. Ce sont elles qui exposent ou préservent face au problème de santé étudié. Elles sont objectives ou subjectives mais constituent le principal indicateur de promotion de la santé. Dans ce processus d'autonomisation des populations, la compétence de santé est donc du domaine de l'observation directe des faits. Cette démarche est plus souvent employée en anthropologie qu'en épidémiologie. Les indicateurs mesurables de résultats en sont un reflet[17].

Dans ce cas-ci, il s'agit de l'ensemble des actes et des actions médicales ou non faits par les femmes de la CUGO du CNHU-HKM dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus.

1.1.4. Cancer du col

Le cancer du col de l'utérus est une néoformation tissulaire due à une prolifération cellulaire excessive, anormale, anarchique et autonome, détruisant le col avec envahissement local et à distance. Il est dû dans plus de 95% des cas au virus HPV. En effet il existe des lésions précurseurs qui évoluent pendant 10 à 15 ans avant de donner le cancer.

Plusieurs appellations ont été consacrées par les différentes classifications : dysplasies, néoplasies intra épithéliales, lésions précancéreuses de bas et de haut

grade. La survenue d'un CCU pourrait donc être assimilée à une longue période de négligence de la part des femmes et des agents de santé [18].

1.1.5. Dépistage

Plusieurs définitions du dépistage sont utilisées. Nous proposons celle d'Alan S. Morrison dans la seconde édition de son ouvrage «Screening in chronic disease» : le dépistage est «l'examen d'individus asymptomatiques pour déterminer leur probabilité d'avoir la condition qui fait l'objet du dépistage. Les individus dont la probabilité d'être atteints est suffisamment élevée sont ensuite soumis à des investigations diagnostiques complètes. Les individus avec la condition sont alors traités».

Il ressort de cette définition que le dépistage est un triple processus. Le premier a pour but de déterminer la probabilité qu'un individu présente une condition (le plus souvent, une maladie, mais aussi une condition prémorbide ou un facteur de risque). Le second processus vise à établir un diagnostic, et le troisième consiste à intervenir en cas de diagnostic positif. Cette intervention est le plus souvent curative (médicale ou chirurgicale), mais elle peut également viser une surveillance (par exemple : en répétant régulièrement le dosage d'un biomarqueur)[19].

Pour faire l'objet d'un programme de dépistage, une maladie doit remplir les critères suivants :

- Elle doit toucher un grand nombre de la population et avoir de graves répercussions sur la santé publique ;
- Elle doit présenter un stade infraclinique (asymptomatique) décelable, l'organe atteint doit être accessible cliniquement ;
- Le test de dépistage doit être simple, sensible, spécifique et facilement accepté par la population cible ;

- Le traitement du stade infraclinique doit favorablement influencer le cours et le pronostic de la maladie à long terme ;
- Il faut que toutes les personnes dont le test de dépistage est positif aient accès aux examens complémentaires et aux traitements nécessaires.

Le cancer du col utérin remplit ces différents critères.

L'objectif du dépistage du CCU est d'examiner la plus grande proportion possible de femmes à risque pour ce cancer et de garantir un suivi approprié à toutes celles dont le test de dépistage est positif ou anormal. Ces femmes auront en effet besoin d'un test diagnostic et d'un suivi ou d'un traitement. On utilise souvent la colposcopie et la biopsie pour établir le diagnostic précis de l'étendue de la lésion cervicale.

- **Les différents types de dépistage** [20]

Les termes attribués aux modalités de dépistage n'ont pas toujours la même signification dans la littérature. Une recherche de définitions a été effectuée. Elle n'a identifié aucune autre source officielle plus récente que celle de l'OMS publiée en 1970. Ainsi nous avons le dépistage :

- systématique dit de « masse » : la population recrutée est non sélectionnée
- ciblé ou sélectif : la population recrutée est sélectionnée sur des critères préalablement définis ;
- organisé ou communautaire : la population est recrutée dans la communauté. Le dépistage est proposé dans le cadre des campagnes de dépistage et s'appuie sur la participation volontaire des sujets ;
- opportuniste : la population est recrutée pour le dépistage lors d'un recours aux soins : consultation, hospitalisation, visite médicale, médecine du travail ;
- multiple : il consiste en la recherche simultanée de plusieurs affections par l'utilisation simultanée de plusieurs tests de dépistage ;
- volontaire.

1.2. Rappel anatomique et histologique

1.2 1. Rappel anatomique :

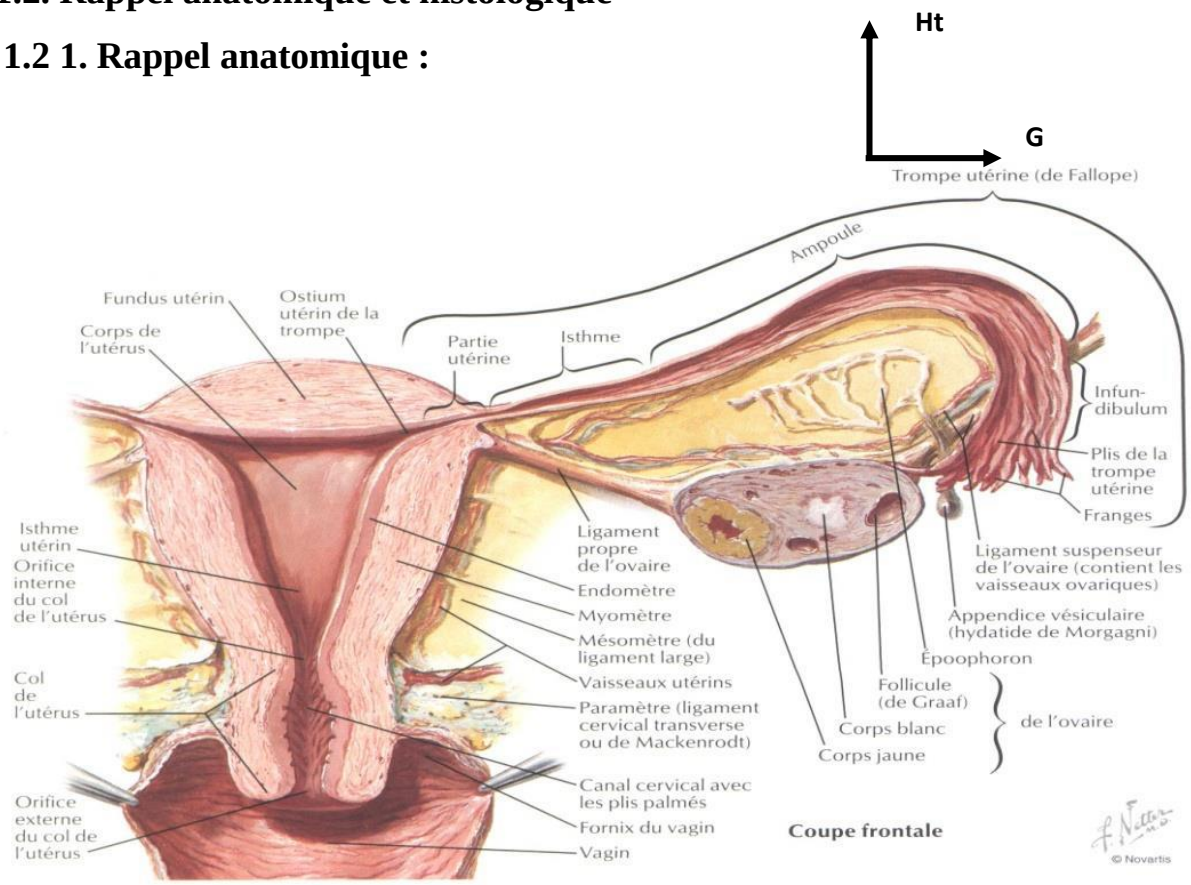


Figure 1: Appareil génital féminin [21]

Le col est la portion fibromusculaire basse de l'utérus. Il comprend :

- une partie supérieure appelée supra-vaginale, située au-dessus du vagin
- une partie inférieure appelée portion vaginale qui s'ouvre dans le vagin par l'orifice cervical externe et communique avec le corps utérin au niveau de l'orifice cervical interne. (Figure1)

Le col mesure 3 à 4 cm de longueur et 2,5 à 3,5 cm de diamètre. Il est de forme conique ou cylindrique. Il évolue au cours de la vie. Ses dimensions et sa forme varient en fonction de l'âge, de la parité et du statut hormonal de la femme.

Chez la nullipare, il est arrondi et l'orifice externe apparaît sous l'aspect d'une petite ouverture circulaire (Figure 2).

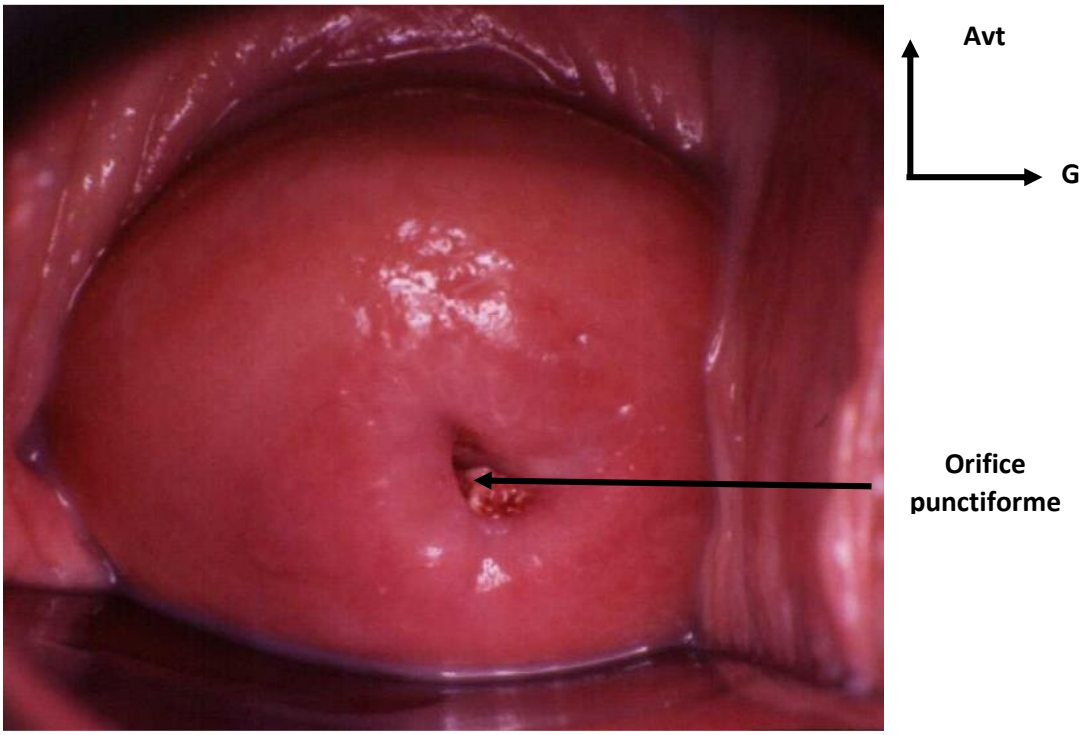
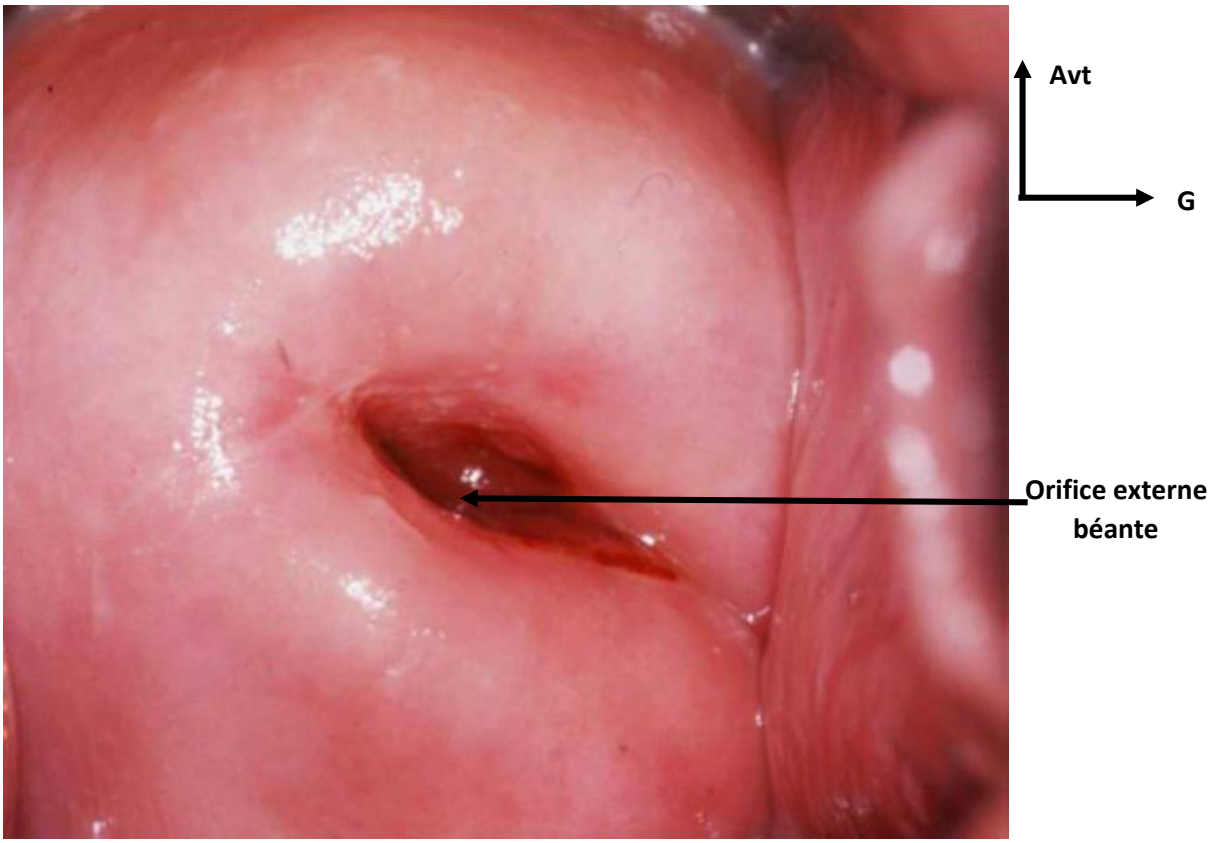


Figure 2: Col de nullipare avec un orifice punctiforme [22]**.**

Chez la multipare, il est volumineux et l'orifice externe apparaît sous la forme d'une large fente transversale béante (Figure 3).

Lorsqu'on place le spéculum, la partie visible du col est appelée exocol. Il présente une ouverture appelée l'orifice externe ; la partie qui s'étend à l'intérieur de l'orifice externe est appelée endocol.

Le canal qui traverse l'endocol et qui met en relation l'utérus et le vagin est appelé canal endocervical**,** il s'étend de l'orifice interne à l'orifice externe.



<u>Figure 3</u>: Col de multipare présentant un aspect en fente transversale [22]**.**

1.2.2. Rappel histologique

La nature de l'épithélium varie en fonction de la partie du col où on se retrouve.

1.2.2.1. L'exocol [22]

Il est tapissé d'un épithélium malpighien ou pavimenteux pluristratifié riche en glycogène. A l'examen visuel, il a une couleur rose pâle. Son architecture histologique révèle 5 couches qui vont de la profondeur vers la périphérie (Figure 4) :

- Une couche germinatrice ou basale profonde : elle est faite d'une seule assise de cellules de petite taille, de forme cylindrique, tassées les unes contre les autres en palissade le long de la membrane basale.
- Une couche basale externe formée par 3 ou 4 assises de cellules analogues mais un peu plus volumineuses. On retrouve des mitoses dans les cellules les plus profondes.
- Une couche intermédiaire formée de 5 ou 6 couches de cellules plus volumineuses, polyédriques et séparées par un espace intercellulaire. A travers cet espace, les cellules sont reliées par des ponts intercellulaires. Ces cellules ont un cytoplasme abondant et clair riche en glycogène.
- Une couche superficielle ou zone de kératinisation intra-épithéliale de DIERKS : elle est formée par 6 à 8 couches de cellules qui s'aplatissent progressivement vers la surface. Leur membrane est épaisse, leur noyau est petit et homogène, leur cytoplasme est rempli de glycogène. En présence de lugol, ce glycogène est coloré en brun acajou.
- La zone de desquamation est constituée de cellules qui se détachent facilement de la surface de la muqueuse. Elles se desquament isolément et gardent leurs noyaux. Elles constituent les étalements des frottis exocervicaux.

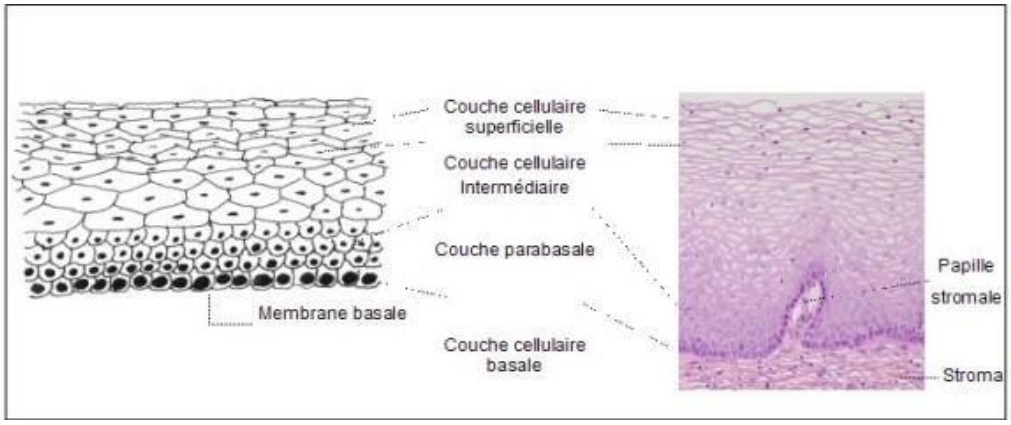


Figure 4: Différentes couches d'un épithélium malpighien normal [22]

1.2.2.2. L'endocol [22]

Il est tapissé par un épithélium cylindrique unistratifié c'est-à-dire constitué d'une seule couche de cellules hautes cylindriques au noyau sombre et au cytoplasme mucosécrétant lubrifiant le col et le vagin. Il s'invagine dans le stroma cervical provoquant la formation de cryptes endocervicales. On observe parfois une prolifération localisée de l'épithélium cylindrique appelée polype qui est une excroissance rougeâtre faisant saillie à partir de l'orifice externe. Les cellules cylindriques ne produisent pas de glycogène, et ne changent pas de couleur après application de soluté de lugol (Figure 5).

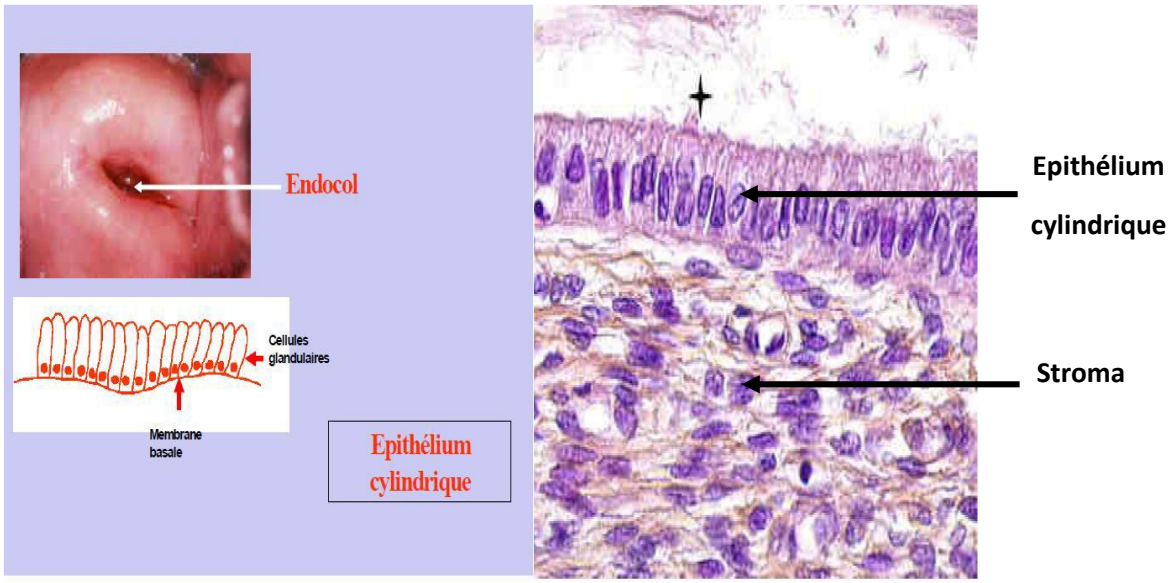


Figure 5: Cellules cylindriques d'un épithélium endocervical normal [24]

1.2.2.3. La jonction pavimento-cylindrique (JPC) [22]

Normalement, elle correspond à l'orifice cervical externe c'est-à- dire la réunion de deux épithéliums de hauteur différente : l'un malpighien pluristratifié et l'autre cylindrique unistratifié. Mais en pratique sa structure et sa topographie varient avec l'âge.

Chez la fillette et la nullipare, la jonction est un cercle parfait et l'on passe le plus souvent sans transition d'un épithélium à l'autre.

Chez la multipare, la béance de l'orifice cervical, ses déchirures lors de l'accouchement rendent la jonction imprécise et sa localisation variable d'un point à un autre par suite de l'éversion de la muqueuse cylindrique endocanalaire déportée vers l'exocol **(ectropion)**.

Il se constitue alors entre les deux épithéliums une zone transitionnelle d'origine métaplasique appelée zone de transformation ou de remaniement (ZR) qui mesure d'après Flush Mann F 6 mm de long en moyenne (1-10 mm) chez l'adulte.

La zone de transformation est une zone particulièrement fragile, ulcérable qui subit des remaniements mécaniques et inflammatoires incessants rendant précaire

sa consolidation d'où l'existence d'une variable pathologie de la jonction qui constitue en fait le point de départ des cancers.

Chez la femme ménopausée, cette jonction est aspirée dans le canal endocervical. L'orifice du col apparaît tapissé d'un épithélium malpighien normalement stratifié souvent même épais, hypermature, plus ou moins kératinisé, en continuité directe avec les franges cylindriques intra canalaires par le truchement d'un épithélium.

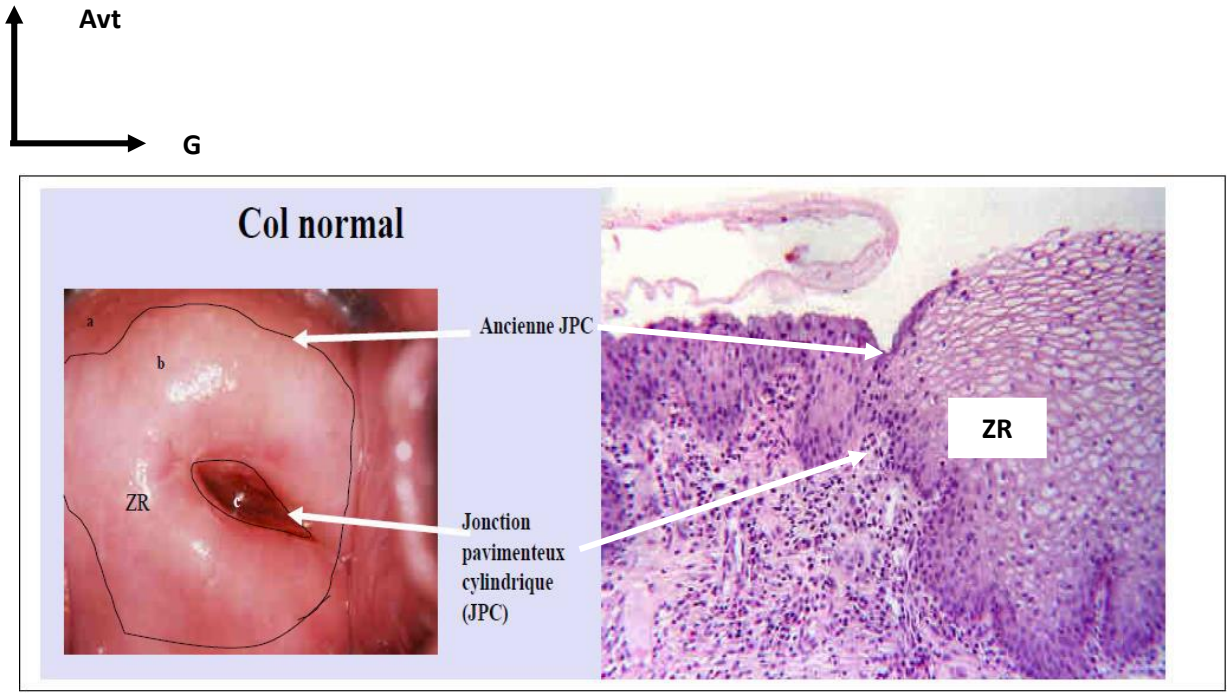


Figure 6: Coupe histologique normale de la jonction pavimento-cylindrique

1.3. Histoire naturelle du cancer

Le cancer naît de la transformation de cellules normales en cellules tumorales, un processus en plusieurs étapes qui a généralement pour point de départ une lésion précancéreuse, laquelle devient ensuite une tumeur maligne. Ces mutations sont la conséquence d'interactions entre des facteurs génétiques propres au sujet et des agents extérieurs classés en trois catégories, à savoir :

- les cancérogènes physique, comme les rayons ultraviolets et les radiations ionisantes,
- les cancérogènes chimique, comme l'amiante, les composants de la fumée du tabac, l'alcool, l'aflatoxine (contaminant alimentaire) ou l'arsenic (polluant de l'eau potable),
- les cancérogènes biologique, comme les infections dues à certains virus, bactéries ou parasites.

Par le biais de son institution spécialisée le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC), l'OMS tient à jour cette classification des agents cancérogènes. L'incidence du cancer croît considérablement avec l'âge, très vraisemblablement en raison de l'accumulation croissante de facteurs de risque de cancers spécifiques, et du fait que les mécanismes de régénération cellulaire tendent généralement à perdre en efficacité au fur et à mesure du vieillissement[23].

Le cancer malpighien in situ est constitué par l'atteinte de toute la hauteur de l'épithélium malpighien sans rupture de la membrane basale.

Ces anomalies histologiques associent des anomalies architecturales (hyperplasie des couches cellulaires, maturation cellulaire absente) à des anomalies cytonucléaires (noyaux volumineux et mitoses nombreuses et anormales). L'invasion débute de façon punctiforme, les cellules parabasales envahissant le tissu conjonctif sous-jacent. La profondeur de cette invasion conditionne l'envahissement lymphatique et vasculaire. L'extension ganglionnaire, précoce, intéresse tout d'abord les ganglions para cervicaux puis les chaînes iliaques externes et celles de la bifurcation iliaque primitive.

Localement, l'extension s'effectue tout d'abord au vagin, la vessie, l'urètre et aux paramètres. L'invasion des paramètres menace rapidement l'uretère qui peut être envahit et retentir sur le rein sus-jacent. L'invasion par voie sanguine est tardive et provoque des métastases hépatiques et pulmonaires[24].

1.4. Facteurs de risque et facteurs étiologiques

Ce qui est unanimement retenu aujourd'hui, c'est la liaison avec l'activité sexuelle.

- Infection au papilloma virus : Le HPV est un virus nu à ADN, résistant dans le milieu extérieur. Il en existe plus de 200 génotypes différents. Ils ont un tropisme ultra-préférentiel pour les épithéliums malpighiens soit cutané soit comme le col muqueux. Ceux qui ont un tropisme muqueux cervical sont classés en 2 grandes familles en fonction du risque de développer un cancer: les HPV à haut risque, regroupant les génotypes 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 et 59; les HPV à bas risque, avec les génotypes 6 et 11. Concernant le col utérin, la transmission se fait par contact sexuel et constitue la principale Infection Sexuellement Transmissible (IST) d'origine virale dans le monde. La primo-infection est souvent inapparente, et on estime qu'environ 80% des personnes seront infectées au cours de leur vie. Le pic de fréquence du portage se situe vers 20-30 ans (19%) et diminue lentement au cours de la vie. Les génotypes 16 (55%) et 18 (15%) sont incriminés dans environ 70% des cas de cancers, les génotypes 45, 31, 52, 33, 58, 35 et 59 dans 1 à 5%. En Afrique subsaharienne, les plus fréquents sont les génotypes 32 et 33 qui sont à l'origine du développement du cancer. Les autres génotypes étant impliqués dans moins de 1% des cas de cancers du col de l'utérus. [25]
- Précocité des premiers rapports sexuels généralement avant 17ans,
- Multiplicité des partenaires sexuels,
- Mariage précoce avant 20 ans,
- Multiparité plus de 5 enfants dont le 1er avant 20 ans,
- Accumulation d'IST,
- Bas niveau socio-économique,
- Herpes virus type 2 (plutôt en tant que facteur de risque associé),

- Tabac
- Refus du dépistage ou absence de dépistage
- État d'immunodépression : Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH) transplantation rénale, Lupus Erythémateux Disséminé (LED)
- Exposition in utéro au diéthylstilbestrol (DES) surtout pour le type adénocarcinome.

NB : les facteurs de risque sont dominés par l'activité sexuelle, car le risque relatif s'aggrave lorsque l'âge du 1er rapport s'abaisse et que le nombre de partenaires sexuels du conjoint s'accroit. Les méthodes barrières de contraception (préservatifs, diaphragmes) ont un rôle protecteur, et les oestroprogestatifs semblent augmenter le risque tout au moins s'ils sont pris pendant cinq ans[26].

1.5. Méthodes de dépistage

1.5.1. Le test à l'acide acétique ou inspection visuelle après application de l'acide acétique (IVA) / test au Lugol ou inspection visuelle au Lugol (IVL) [27].

1.5.1.1. Principe

Il consiste à inspecter le col, avec ou sans grossissement optique, après l'avoir badigeonné d'acide acétique dilué de 3 à 5% (IVA) puis de solution de lugol (IVL). Préconisées par l'OMS pour les pays en développement (PED), elles permettent de dépister les lésions précancéreuses. La pratique de l'IVA et de l'IVL nécessite un apprentissage afin de garantir leur sensibilité et spécificité. La sensibilité de l'IVA pour détecter les lésions de haut grade et le cancer invasif du col varie de 31 à 95%, la spécificité varie de 49 à 97% selon les études avec une valeur prédictive positive (VPP) de 5 à 20% et une valeur prédictive négative (VPN) de 92 à 99%. La sensibilité de l'IVL pour détecter les lésions de haut grade et le cancer invasif du col varie de 44 à 92%, la spécificité varie de 75 à 85%.

1.5.1.2. Matériel

1- Spéculum

2- Gants stériles

3- Tampon

4- Ecouvillons

5- Seringue de 5cc

6- Solution d'acide acétique 3-5%

7- Solution de lugol

8- Source lumineuse

1.5.1.3. Technique

- Patiente en position gynécologique
- Mettre les gants stériles
- Poser le spéculum pour exposer le col
- Nettoyer le col
- Identifier la jonction pavimento-cylindrique
- Badigeonner le col à l'acide acétique
- Attendre une minute
- Observer la coloration du col
- Badigeonner le col au lugol
- Attendre une minute
- Observer la coloration du col
- Retirer le spéculum

1.5.1.4. Résultats

- L'acide acétique permet de faire réagir les cellules anormales qui changent de couleur. Il les colore en blanc (coagulation des protéines, riches dans ces tissus). Il s'agit d'une étape essentielle pour explorer la limite interne de la lésion et la jonction endocol-exocol.

- Le lugol colore en brun les cellules normales, riches en glycogène.

- **Col normal :**

IVA négative : pas de modification cervicale (col rosé)

IVL négative : coloration brun-acajou

- **Col pathologique**

IVA positive : coloration blanchâtre (cellules acidophiles)

IVL positive : coloration jaune orangée (absence d'imprégnation des cellules à l'iode)

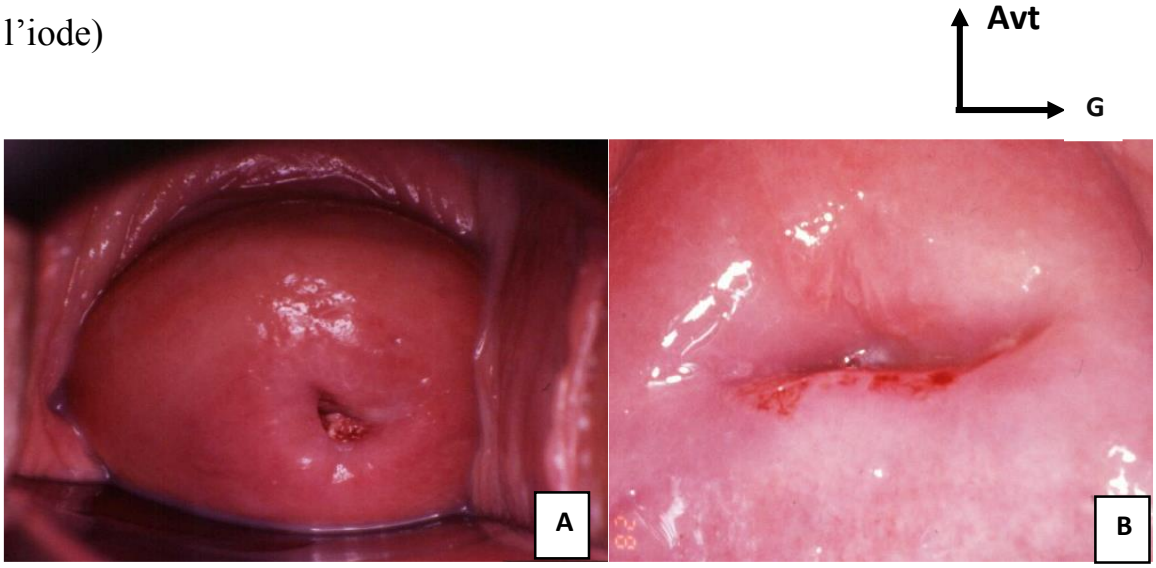


Figure 7: Col négatif (A) et positif (B) à l'acide acétique[22]

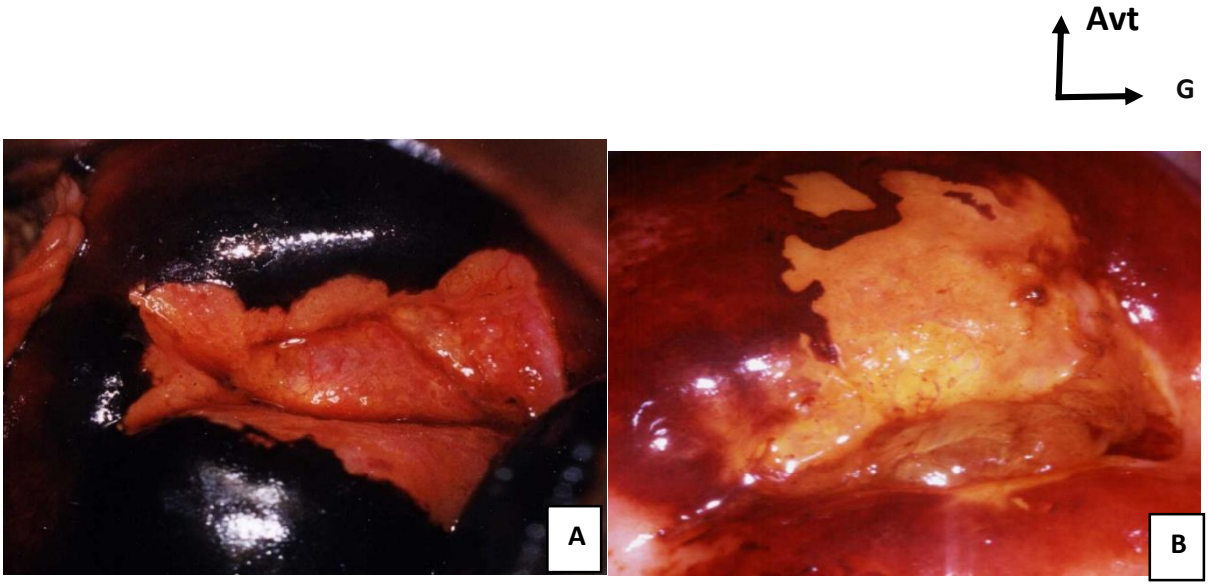


Figure 8: Col négatif (A) et positif (B) au soluté de lugol[22]

1.5.2. Frottis Cervico-Utérin [27]

1.5.2.1. Principe

Le dépistage par FCU des dysplasies a permis une réduction importante de l'incidence et de la mortalité par cancer du col de l'utérus. Le frottis a pour but de détecter les cellules anormales pouvant correspondre à la présence d'une lésion précancéreuse par prélèvement des cellules au niveau de la jonction pavimento-cylindrique et ainsi de savoir si la patiente a besoin ou non d'un suivi particulier.

- Conditions du dépistage

L'amélioration de la qualité du dépistage implique le respect d'un certain nombre de recommandations. En ce qui concerne le dépistage par frottis cervico-utérin, il doit être effectué :

- à distance des rapports sexuels (48 heures),
- en dehors des périodes menstruelles,
- en dehors de toute thérapeutique locale ou d'infection,
- et si nécessaire après traitement oestrogénique (surtout chez la femme ménopausée).

- **Précautions du dépistage**

- Expliquer la technique à la patiente et la rassurer (consentement éclairé),
- Eviter de faire le toucher vaginal avant le test de dépistage,
- Ne pas utiliser un lubrifiant,
- Exposer correctement le col à l'aide d'un spéculum.

1.5.2.2. Matériel

1- Spéculum
2- Cytobrosse
3- Spatule d'Ayre
4- Lames et porte lame
5- Fixateur
6- Flacon pour cytologie en couche mince
7- Balayette

1.5.2.3 Technique

La patiente est mise en position gynécologique puis on introduit le spéculum.

Deux techniques de frottis cervico-utérin de dépistage coexistent depuis 2012 : le frottis avec cytologie conventionnelle sur lame et le frottis avec cytologie en milieu liquide.

- **Technique conventionnelle de Papanicolaou (PAP)**

❖ **Prélèvement des frottis et fixation** : Le frottis correspond à un prélèvement de cellules par grattage au niveau du col et à l'examen microscopique de celles-ci après coloration. Le prélèvement est simple. Les instruments utilisés sont les spatules d'Ayre et les cytobrosses. Les brosses sont actuellement les meilleurs instruments et certains modèles permettent le prélèvement au niveau de l'endocol et le prélèvement de cellules endo- et exocervicales. Elles doivent remplacer la spatule d'Ayre qui, maniée avec trop de vigueur, peut faire saigner.

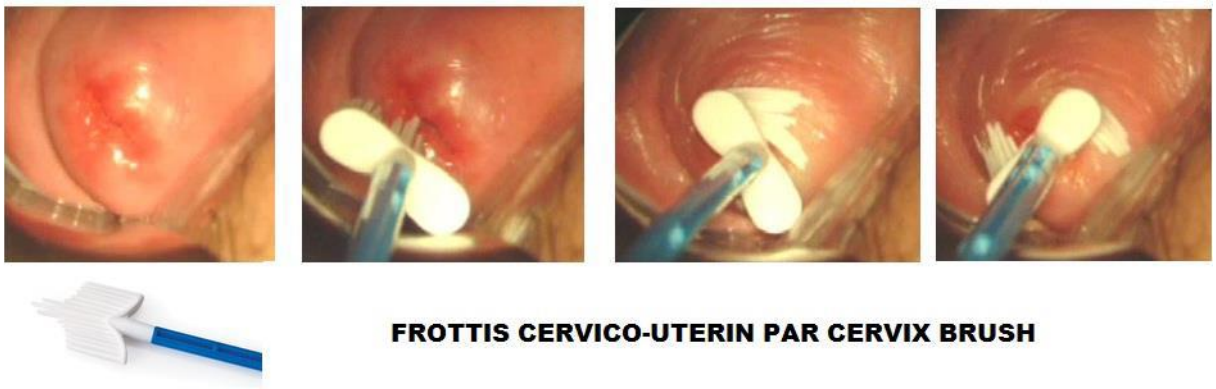


Figure 9: Frottis cervico-utérin : prélèvement par cervixbrush

Le prélèvement est ensuite étalé sur une lame porte-objet et est rapidement fixé soit par un spray fixateur destiné à cet usage, soit en étant plongé dans l'alcool pendant 30 minutes. Puis, la lame est envoyée au laboratoire.

Il faut éviter un étalement trop épais qui rend la lecture plus difficile, voire impossible. L'étalement normo couche est le plus souvent préconisé. L'étalement est la manœuvre la plus délicate de la confection des frottis.

- **Coloration des frottis conventionnels** : Elle est faite au laboratoire par la méthode de Papanicolaou, c'est-à-dire avec de l'hématoxyline et deux colorants cytoplasmiques Orange G-6 et Eosine Azur.
- **Performances des frottis conventionnels** : Celles-ci ont été analysées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé (ANAES) en 1998. La sensibilité varie de 32 % à 73 % si le seuil de détection est une LSIL (lésion de bas grade) et de 32 à 98 % s'il s'agit d'une HSIL (lésion de haut grade). La spécificité varie de 40 % à 83 % dans le premier cas et de 57 à 82 % dans le deuxième. Les méta-analyses citées dans le rapport HAS 2010 révèlent une spécificité du frottis cervico-utérin avec cytologie conventionnelle comprise entre 0,62 et 0,77 et une sensibilité comprise entre 0,49 et 0,67 quel que soit le diagnostic cytologique.

- **Technique en milieu liquide (LBP :Liquid-Based Cytology)**

- **Prélèvement des frottis en milieu liquide** : Dans le cas d'un frottis en milieu liquide, les cellules sont placées en suspension dans un liquide de conservation. Le prélèvement au niveau du col utérin se fait de la même manière que pour un frottis conventionnel. La brosse est agitée ensuite dans un liquide fixateur afin de recueillir le maximum de cellules et le prélèvement est transmis au laboratoire. Le médecin n'a donc plus à prendre en charge l'étalement des cellules sur la lame. Celui-ci est fait au laboratoire**.**
- **Fixation et étalement des frottis en milieu liquide** : A l'heure actuelle, différents systèmes sont disponibles. Deux techniques utilisant des

automates ont été validées par la Food and Drug Administration (FDA) et sont les plus utilisées : PrepStain® et ThinPrep®.

- **Coloration des frottis** : Après traitement du liquide suivant la technique utilisée (sédimentation, filtration ou centrifugation), la coloration des lames se fait de façon semi-automatique ou manuelle selon la coloration de Papanicolaou le plus souvent.
- **Les performances des frottis en milieu liquide** : La cytologie en milieu liquide permet une meilleure collecte des cellules et une préparation plus uniforme des lames, réduisant le nombre de frottis cervico-utérins de dépistage ininterprétables.

1.5.2.4. Résultats

Les résultats du FCU peuvent être exprimés selon :

- **Les recommandations de Bethesda**
  - **FCU ininterprétable** : La raison principale qui empêche l'interprétation de ces frottis est la paucicellularité. Les autres raisons sont la présence d'hématies, d'inflammation, le défaut d'étalement ou les artéfacts de fixation. Si un FCU est de « mauvaise » qualité => le refaire.
  - **FCU normal** : Les FCU inflammatoires sont à classer parmi les FCU normaux
  - **FCU anormal** : présence de cellules anormales (anomalies nucléocytoplasmiques) évoquant une lésion intraépithéliale de bas grade ou de haut grade. Dans certains cas, le FCU est équivoque, et le cytologiste ne peut se prononcer. Le FCU est alors classé ASCUS (Atypical Squamous Cells of Undetermined Signifiance). L'infection virale à HPV peut être affirmée par la présence de koïlocytes (volumineuses cellules vacuolisées).

1.5.3. Colposcopie [27,28]

1.5.3.1. Principe

Un colposcope est un microscope binoculaire stéréoscopique de faible grossissement, doté d'une puissante source de lumière. Il permet le grossissement du col de l'utérus lors de l'examen visuel afin de faciliter le diagnostic des néoplasies cervicales. La colposcopie est le plus souvent indiquée lorsqu'un test de dépistage s'est avéré positif (par exemple, cytologie positive, réaction positive à l'acide acétique lors de l'IVA). Les éléments clés de l'examen colposcopique consistent en l'observation des caractéristiques de l'épithélium du col utérin après l'application en trois étapes successives de sérum physiologique, d'acide acétique dilué à 3-5%, et enfin du soluté de lugol. Pour que la colposcopie soit de qualité "satisfaisante", la zone de jonction endocol-exocol doit être visible dans sa totalité, le but étant d'identifier la zone de transformation et d'y repérer une lésion éventuelle. L'examen peut être réalisé à n'importe quel moment du cycle mais il est préférable de le faire en dehors de la période des règles, de préférence quelques jours après leur fin, pour une meilleure vision de l'endocol. Celui-ci est totalement indolore. Son inconfort est lié au stress et à la présence du spéculum dans le vagin pendant toute la durée de l'examen.

1.5.3.1.2. Matériel

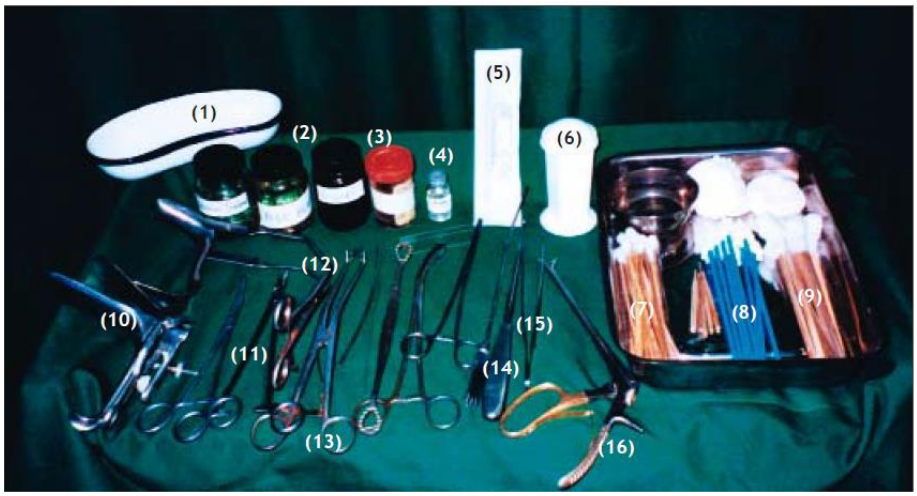


Figure 10: Matériel pour la colposcopie

1 : Haricot
2 : Sérum physiologique, acide acétique à 5% , soluté de Lugol
3 : Solution de Monsel
4 : Formol
5 : Seringue pour l'anesthésique local
6 : Alcool pour la fixation des frottis cervicaux
7 : Ecouvillons de coton
8 : Cytobrosses
9 : Ecouvillons de coton plus larges
10 : Spéculum vaginal
11 : Pince Longuette
12 : Rétracteur latéral des parois vaginales
13 : Spéculum endocervical
14 : Curette endocervicale
15 : Pince à dissequer
16 : Pince à biopsie



Figure 11: Colposcope

1.5.3.3. Technique

Elle comporte trois étapes :

Un examen sans préparation : Il s'agit d'une procédure au cours de laquelle la patiente est allongée sur la table d'examen, comme pour l'examen gynécologique. Le médecin insère un spéculum dans le vagin pour visualiser le col utérin puis le nettoie au coton avec ou sans sérum physiologique. Il utilise ensuite un colposcope pour examiner le col utérin. Il s'agit d'un instrument doté de verres grossissants similaires à ceux des jumelles.

Il a pour but d'observer la couleur de l'épithélium, de regarder la surface épithéliale et d'étudier son angio-architecture (recherche de la présence de vaisseaux, d'ulcérations ou d'érosions).

- Un examen à l'acide acétique (IVA)
- Un examen au lugol (IVL) pour faire apparaître les zones anormales. S'il observe une zone anormale sur le col utérin, il effectue une biopsie.

La sensibilité de la colposcopie est bonne, de l'ordre de 95 %. En revanche, sa spécificité est inférieure à 50 %. Elle permet donc de différencier un col normal d'un col anormal mais ne permet pas un diagnostic lésionnel précis.

1.5.2.3. Résultats

• Le diagnostic colposcopique des néoplasies cervicales repose sur quatre principales caractéristiques :

- l'intensité de la réaction acidophile (intensité du blanchiment),
- les marges et aspect de surface des régions acidophiles
- les caractéristiques vasculaires
- les changements de couleur après l'application d'iode.

• La présence de caractéristiques anormales dans une région localisée de la zone de remaniement accroît la probabilité d'un diagnostic de lésion néoplasique.

• Faire la distinction entre les Néoplasies Intra-épithéliales Cervicales (CIN) de bas grade, la métaplasie pavimenteuse immature et les lésions inflammatoires, exige un grand savoir-faire.

• Il faut faire une biopsie dirigée au moindre doute. L'observation dans la zone de remaniement d'une (de) région(s) acidophile(s), opaque(s) et dense(s), bien délimitée(s), proche(s) ou accolée(s) à la jonction pavimento-cylindrique, est le signe colposcopique d'une CIN.

• La CIN de bas grade apparaît souvent sous forme de lésions acidophiles lisses et peu épaisses, aux bords bien nets, mais cependant irréguliers, duveteux, déchiquetés ou digitiformes.

• La CIN de haut grade correspond à des régions acidophiles épaisses, denses, ternes, opaques ou d'un blanc grisâtre, aux bords bien nets et réguliers un peu surélevés et s'enroulent sur eux-mêmes. Il peut exister des lésions plus hétérogènes et plus étendues qui s'étendent parfois jusque dans le canal endocervical. La surface des régions acidophiles associées à une CIN de haut grade tend généralement à être moins lisse, voire irrégulière et nodulaire. Lorsqu'on distingue un ou plusieurs bords surélevés à l'intérieur d'une même lésion acidophile ou lorsqu'on observe une lésion acidophile présentant différentes intensités de coloration, il s'agit très probablement d'une lésion de haut grade.

• Des caractéristiques vasculaires anormales comme les ponctuations ou les mosaïques présentent une réelle importance surtout si elles sont observées dans des régions acidophiles.

• Dans les régions acidophiles, des caractéristiques vasculaires telles que les ponctuations et/ou mosaïques fines sont parfois associées à une CIN de bas grade.

• Des ponctuations et/ou mosaïques larges dans les régions acidophiles tendent à être associées aux lésions de haut grade.

• Les lésions CIN ne contiennent pas de glycogène et ne prennent donc pas la coloration à l'iode lorsqu'elles sont exposées au soluté de Lugol elles apparaissent jaune moutarde ou safran.

1.5.3. Test HPV[25,29,30]

1.5.4.1. Principe

La corrélation entre l'infection persistante à HPV oncogène et les lésions intraépithéliales de haut grade de même que le cancer invasif du col utérin est clairement établie. La présence du HPV augmente de 50 fois le risque de CIN2+, tandis qu'elle augmente de 10 fois le risque de cytologie anormale. Le test de dépistage du HPV consiste à examiner un petit échantillon de cellules qui ont été prélevées et à vérifier la présence d'ADN ou d'ARNm d'un type de HPV à risque élevé. L'ADN à HPV peut être détecté dans les échantillons cervico-vaginaux par des techniques d'amplification telles que le test Hybrid Capture II HPV-DNA (Digene) ou par amplification d'acide nucléique avec une réaction en chaîne de la polymérase (PCR)

1.5.4.2. Matériel

1- Spéculum

2- Gants stériles

3- Tampon

4- Cytobrosse

5- Lames et porte lame

6- Fixateur

7- Source lumineuse

1.5.4.3. Technique

La technique est la même que pour le test Pap. À la différence de l'examen cytologique qui s'intéresse à la morphologie des cellules, le test HPV cherche la présence d'ADN du virus HPV à haut risque chez les femmes.

1.5.4.4. Résultats

Le résultat du test de dépistage du HPV sera négatif ou positif.

- **Un résultat négatif du test de dépistage du HPV** indique l'absence d'un type de HPV à risque élevé lié à un changement précancéreux ou à un cancer du col de l'utérus.
- **Un résultat positif du test de dépistage du HPV** indique la présence d'un ou de plusieurs type (s) de HPV à risque élevé qui augmente (nt) le risque de changements précancéreux ou de cancer du col de l'utérus. Cela ne veut pas dire qu'il y a un changement précancéreux ou un cancer, mais il faudra peut-être passer d'autres tests et faire l'objet d'un suivi plus rapproché.

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE

2.1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le Centre Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou.

2.1.1. Les infrastructures

Implantée dans l'enceinte du CNHU-HKM, la CUGO a ouvert ses portes le 1er Juin 1978.Elles comportent 3 secteurs : le secteur ou bloc technique, le secteur de consultation et le secteur d'hospitalisation.

2.1.1.1. Le bloc technique

- une salle d'accueil pour les urgences ;
- trois (3) blocs opératoires dont un réservé aux interventions septiques
- une salle de réveil
- une salle pour les aspirations manuelles intra utérines
- une salle de dilatation disposant 6 lits
- une salle de dystocie disposant 5 lits
- une salle d'accouchement avec 5 tables
- ce secteur comprend un bureau pour les surveillantes (bloc opératoire de la salle d'accouchement), des salles de garde des sages- femmes, des infirmiers du bloc, des anesthésistes et des aides-soignants

2.1.1.2. Le secteur de consultation

Il comprend :

- Des bureaux dont celui du chez service, le secrétariat, le bureau de la surveillante et celui de la consultation des sages-femmes
- une salle abritant le service d'accueil, la caisse où se fait également la vaccination
- six (6) cabines de consultations (prénatales, postnatales, gynécologiques et autres) ;

- une salle de PTME (Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH/SIDA) ;
- un couloir servant de hall d'attente
- deux (2) salles d'échographie
- une salle de colposcopie
- une salle de planning familial
- une salle de cours et de réunion

2.1.1.3. Le secteur d'hospitalisation

Il comprend :

- une unité de soins intensifs avec 14 lits ;
- des salles d'hospitalisation correspondant à 4 catégories regroupant au total 52 lits
- une salle de pansement ;
- un bureau pour les médecins en spécialisation de gynécologie obstétrique

2.1.2. Les ressources humaines

Le personnel de la CUGO est composé de :

- Deux Professeurs Titulaires de gynécologie et d'obstétrique
- Un maître-assistant de gynécologie et d'obstétrique
- Cinq praticiens hospitaliers gynécologues-obstétriciens
- Quarante-sept sages-femmes, dont une maitresse sage-femme
- Vingt-cinq infirmiers et infirmières diplômés d'état
- Seize aides-soignants

Selon les secteurs nous avons :

- **Pour le bloc technique** :
  - ❖ quatre (4) équipes de trois (3) sages-femmes pour les gardes
  - ❖ quatre (4) sages-femmes pour la permanence les jours ouvrables
  - ❖ quatre (4) équipes de (2) aides-soignants pour les gardes

- ❖ Pour le bloc opératoire :
  - quatre (4) équipes d'un (1) infirmier par garde
  - quatre (4) équipes d'un (1) aide-soignant par garde
  - trois (03) infirmiers pour les permanences.

- **Pour la consultation** : treize sages-femmes réparties dans les secteurs de la consultation prénatale, l'accueil, la vaccination, le planning familial, la salle d'échographie.
- **Pour l'hospitalisation :**
  - ❖ trois équipes de deux (2) sages-femmes pour la garde en hospitalisation
  - ❖ trois (3) aides-soignants pour la permanence en hospitalisation
  - ❖ huit (8) sages-femmes pour la permanence en hospitalisation
  - ❖ un infirmier au pansement
  - ❖ un infirmier aux soins continus
  - ❖ quatre (4) infirmiers en hospitalisation
  - ❖ deux (2) surveillantes : une sage- femme et une infirmière
- Pour les soins intensifs :
  - ❖ quatre équipes de trois (3) infirmiers pour les gardes
  - ❖ quatre équipes d'un aide-soignant
  - ❖ deux (2) sages-femmes pour les visites

2.1.3. Les activités

La CUGO assure les activités suivantes :

- Les consultations prénatales, postnatales et gynécologiques,
- Les accouchements,
- Les interventions chirurgicales,
- Les vaccinations,
- La planification familiale,
- Le dépistage du cancer du col,

- Les activités de recherche et d'enseignement,
- Les activités de la PTME chez les Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH)

2.2. Méthode d'étude

2.2.1. Nature de l'étude

Il s'est agi d'une étude descriptive et analytique, à collecte de données prospectives portant sur les femmes vues à la CUGO.

2.2.2. Période de collecte

Notre collecte s'est étendue de juillet à septembre 2022.

2.2.3. Population d'étude

Toutes les femmes vues à la CUGO durant la période d'étude.

2.2.3.1. Critères d'inclusion

Ont été incluses dans notre étude, toutes les femmes vues à la CUGO répondant aux critères suivants :

-celles âgées de plus de 18ans,

-venues pour la consultation ou vues en hospitalisation ainsi que leurs accompagnantes,

-dont nous avons reçu le consentement éclairé,

2.2.3.2. Critères d'exclusion

- Les femmes admises pour une urgence gynécologique ou obstétricale.
- Les femmes adressées pour suspicion du cancer du col
- Les femmes ayant eu un désistement secondaire

2.2.4 Échantillonnage

- Type : sondage volontaire
- Méthode d'échantillonnage : Il s'agissait d'un échantillonnage probabiliste. Nous avons procédé à un recensement systématique de toutes les femmes répondant aux critères d'inclusion de notre étude au

cours de la période d'étude. Il s'agissait des femmes vues en consultation et en hospitalisation ainsi que leurs accompagnantes.

- Taille de l'échantillon : nous avons procédé à un recrutement exhaustif.

2.3. Collecte de données

2.3.1. Outils de collecte

Une fiche de collecte a été élaborée, testée, validée puis a été utilisée pour chaque femme pour renseigner sur les différentes variables. Cette fiche a été digitalisée sur smartphones grâce à l'application kobocollect.

2.3.2. Technique de collecte

- La collecte des données a consisté en un entretien avec les patientes.
- Après avoir reçu l'accord du chef service de la CUGO et du directeur du CNHU-HKM nous avons débuté la collecte avec quatre (04) enquêteurs et nous même en tant que superviseur.
- Trois des enquêteurs étaient dans le secteur de la consultation et le dernier en hospitalisation
- La collecte s'est faite dans un premier temps en consultation puisque celles-ci avaient des horaires définis. Dans un second temps nous sommes passés en hospitalisation pour interroger d'abord les patientes présentes et par la suite les nouvelles patientes admises. Pour éviter les doublons, nous avons recensé le nom des femmes afin d'éliminer leurs fiches quand nous les réinterrogions.
- En ce qui concerne la consultation pendant l'attente de celles-ci, nous nous sommes rapprochés des patientes, leur avons expliqué le but de notre étude et demandé leur consentement pour l'enquête. Pour raison de fiabilité, nous avons laissé les patientes instruites remplir elles-mêmes la fiche. Pour celles qui ne comprennent pas la langue française un traducteur leur a été attribué et elles ont répondu par un jeu de questions-réponses, puis les

réponses ont été lues pour les confirmer. Les patientes ont été prises pendant l'attente de la consultation.

- En hospitalisation, nous avons expliqué le but de notre étude autant aux malades qu'aux garde-malades. Après avoir eu leur consentement éclairé, nous avons procédé comme pour la consultation selon le niveau d'instruction des femmes. La collecte a été faite après les visites pour être sûre de la présence des gardes malades.
- Notre rôle principal à part la collecte a été la supervision de celle-ci au fur et à mesure afin que si données manquantes sur la fiche, de pouvoir rattraper les femmes avant leur départ pour obtenir des informations complètes.
- Après vérification, nous avons introduit au fur et à mesure les informations obtenues dans une base de données conçue à cet effet.

2.3.3. Variables étudiées

2.3.3.1. Variables dépendantes

- **Connaissances**

Nous avons évalué cette partie à travers 5 questions principales que sont :

- la définition,

- les signes cliniques,

- les facteurs de risques,

- les moyens de dépistage,

- les moyens de traitement.

- **Attitudes**

Nous avons évalué cette partie à travers les questions suivantes :

- la gravité du CCU,

- le caractère curable,

- l'acceptation du dépistage systématique.

- **Pratiques**

Nous avons évalué cette partie par :

- la pratique effective et systématique du dépistage,
- les raisons de la non pratique,
- le lieu de dépistage,
- les personnes impliquées dans le dépistage,
- le moment du dépistage.

2.3.3.2. Variables indépendantes

Il s'agissait des données sociodémographiques

- Âge
- Gestité
- Parité
- Résidence
- Niveau d'étude
- Utilisation antérieure ou actuelle de Contraception

2.4. Dépouillement et analyse des données

La collecte des données a été faite avec l'outil kobocollect.

Les données collectées ont été traitées et analysées avec les logiciels épi info version 7.2.1.0 et SPSS version 25.

Les tableaux et graphes ont été conçus à base d'Excel 2016 et les textes rédigés dans Word 2016.

Les variables quantitatives ont été présentées sous formes de moyenne et écart type et les variables qualitatives sous forme de fréquence.

Les tests de Chi2 de Pearson ont été utilisés pour déterminer les facteurs associés au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes avec un seuil de significativité fixé à 5%.

2.5. Dispositions éthiques

À l'étape de la collecte, les patientes ont été rassurées de la confidentialité des informations qu'elles donneront. Il leur a été expliqué que ce travail est réalisé dans le cadre d'une étude dont le but est d'améliorer la prise en charge les patientes. Leur consentement verbal et éclairé a été pris avant tout acte. Nous avons avant tout eu l'autorisation des autorités administratives du CNHU et de la CUGO.

2.6. Limites et difficultés

Les principales difficultés auxquelles nous avons été confrontée au cours de cette étude étaient essentiellement la réticence et le refus de participer de certaines patientes. Nous avons eu aussi les problèmes de connexion internet ayant ralenti le travail.

3. RESULTATS

3.1. Etude descriptive

Nous avons inclus au total 348 femmes à la fin de notre collecte.

3.1.1. Données sociodémographiques

3.1.1.1. Age

L'âge moyen des patientes était de ***32 ± 1,06 ans***. L'âge médian était de 30 ans et les extrêmes de 18 et 69 ans.

Tableau I:Répartition des femmes selon l'âge à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022.

	Effectifs	Pourcentages (%)
Age (en années)		
≤ 20	21	06,0
] 20 - 30]	168	48,2
] 30 - 40]	97	27,8
] 40 - 50]	39	11,2
] 50 - 60]	15	04,3
> 60	08	02,3
Total	348	100

La majorité des patientes (soit 76,14%) étaient âgées de 20 à 40 ans.

3.1.1.2. Résidence

Cent-quatre-vingt-dix-sept femmes (soit 56,6%) résidaient à Cotonou (département du Littoral) alors que 151 (soit 43,4%) résidaient en dehors de Cotonou.

Tableau II: **Répartition des femmes selon le département de provenance (hors Cotonou) à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022.**

	Effectifs	Pourcentages (%)
Départements		
Atlantique	96	63,6
Ouémé	20	13,3
Mono	6	3,9
Zou	5	3,3
Autres	24	15,9
Total	151	100

La majorité des femmes qui venaient d'ailleurs résidaient dans le département de l'Atlantique.

3.1.1.3. Niveau d'instruction

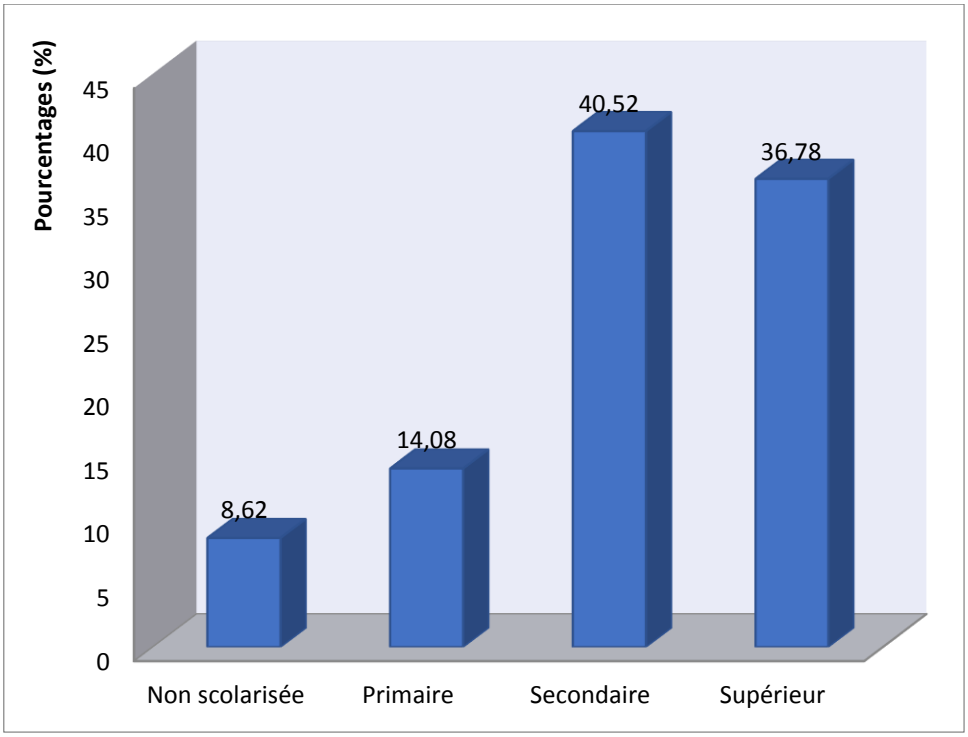


Figure 12: Répartition des femmes selon le niveau d'étude à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022.

Les femmes des niveaux d'étude secondaire et supérieure (respectivement 40,52% et 36,78%) étaient les plus représentées.

3.1.1.4. Gestité et Parité

<u>Tableau III</u>: Répartition des femmes selon la gestité et la parité à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022.

	Effectifs	Pourcentages (%)
Gestité		
Nulligeste (0)	57	16,4
Primigeste (1)	72	20,7
Paucigeste (2-3)	129	37,1
Multigeste (4-5)	69	19,8
Grande multigeste (≥ 6)	21	6,0
Parité		
Nullipare (0)	122	35,1
Primipare(1)	73	21,0
Paucipare (2-3)	110	31,6
Multipare (4-5)	38	10,9
Grande multipare (≥ 6)	05	01,4

Les paucigestes et les nullipares étaient les plus représentées.

3.1.1.5. Contraception

Cent sept femmes interrogées (soit 31%) étaient sous contraception.

3.1.2. Connaissance

Deux cent soixante-cinq femmes (soit 76,14%) avaient entendu parler du cancer du col de l'utérus.

Tableau IV: **Répartition des femmes selon les moyens d'information sur le cancer du col de l'utérus à la CUGO du CNHU de Cotonou en 2022.**

	Effectifs	Pourcentages (%)
Moyens d'informations		
Médias	170	64,2
Agent de santé	83	31,3
Amis ou membres de famille	67	25,3
Ecole	04	01,5
ONG	02	00,8

Les médias étaient le moyen le plus connu par lequel les femmes avaient entendu parler du CCU.

3.1.2.1. Moyen de dépistage

Soixante-onze femmes (soit 20,4%) connaissaient un ou plusieurs moyens de dépistage du cancer de col de l'utérus.

Tableau V: Répartition des femmes selon les moyens de dépistage du cancer du col de l'utérus à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022.

	Effectifs	Pourcentages (%)
Test au lugol	07	09,9
Test à l'acide acétique	06	08,4
Test à lugol et à l'acide acétique	32	45,1
Frottis cervico-utérin	46	64,8
Colposcopie	03	04,2
Toucher vaginal	02	02,8

Le frottis cervico-utérin était le moyen de dépistage du cancer du col de l'utérus le plus connu par les femmes.

3.1.2.2. Facteurs de risque

Quatre-vingt-quinze femmes (27,3%) ont affirmé connaitre les facteurs de risque du cancer du col de l'utérus.

<u>Tableau VI</u>: Répartition des femmes selon la connaissance des facteurs de risque du cancer du col de l'utérus à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022.

	Effectifs	Pourcentages (%)
Partenaire sexuel multiple	57	60,0
Rapports sexuels précoce	56	58,9
Infection au HPV	53	55,8
Contraception	24	25,3
Multiparité	21	22,1
Bas niveau socio-économique	07	07,4
Avortement provoqué	01	01,0
Mauvais hygiène	02	02,1

Le partenariat sexuel multiple a été évoqué comme le principal facteur de risque connu des femmes.

3.1.2.3. Signes cliniques

Quatre-vingt femmes (soit 23 %) affirmaient connaitre les signes cliniques du cancer du col de l'utérus.

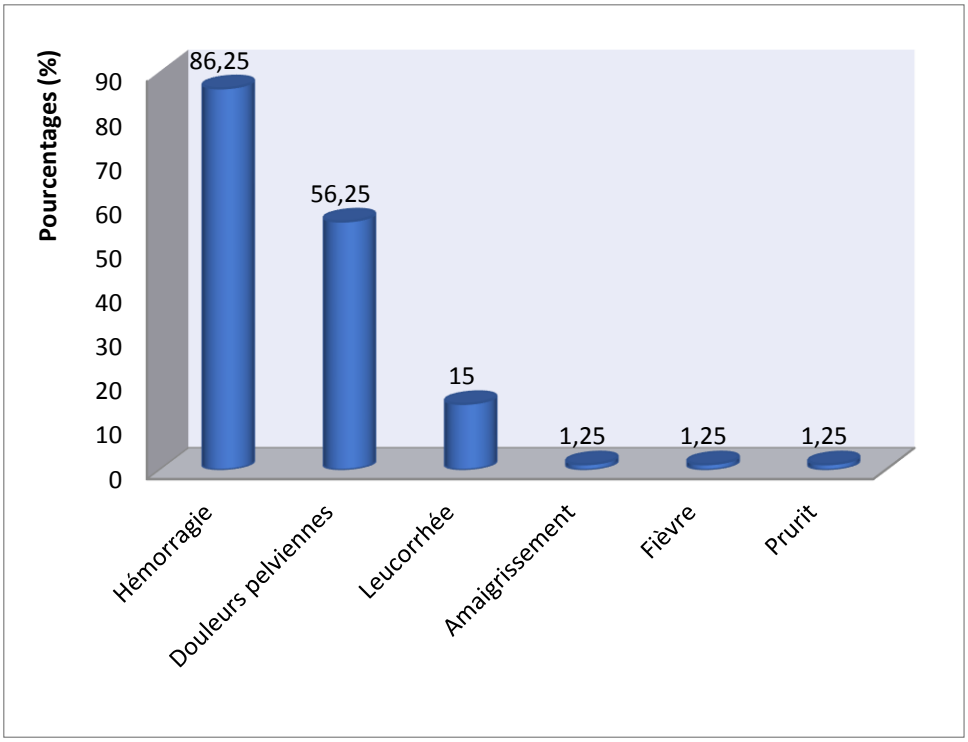


Figure 13: Répartition des femmes selon les signes cliniques connus du CCU à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022.

L'hémorragie génitale (saignement provenant du col) représentait le signe clinique le plus connu du CCU par les femmes interrogées.

3.1.2.4. Méthodes thérapeutiques

Cent trente-deux femmes (soit 37,93%) connaissaient les méthodes thérapeutiques à Cotonou pour le traitement du CCU.

Le tableau suivant présente les détails sur les méthodes connus.

Tableau VII: **Répartition des patientes selon la méthode thérapeutique connu à Cotonou pour le traitement du cancer du col de l'utérus à la CUGO du CNHU de Cotonou en 2022.**

	Effectifs	Pourcentages (%)
Aucun	216	62,1
Chirurgie	109	31,3
Chimiothérapie	77	22,1
Radiothérapie	13	03,7
Conisation	06	01,7
Cryothérapie	04	01,2

La chirurgie et la chimiothérapie étaient les traitements les plus cités à Cotonou selon les femmes, pour le traitement du cancer du col de l'utérus.

3.1.3. Attitudes

3.1.3.1. Perception de la gravité de la maladie

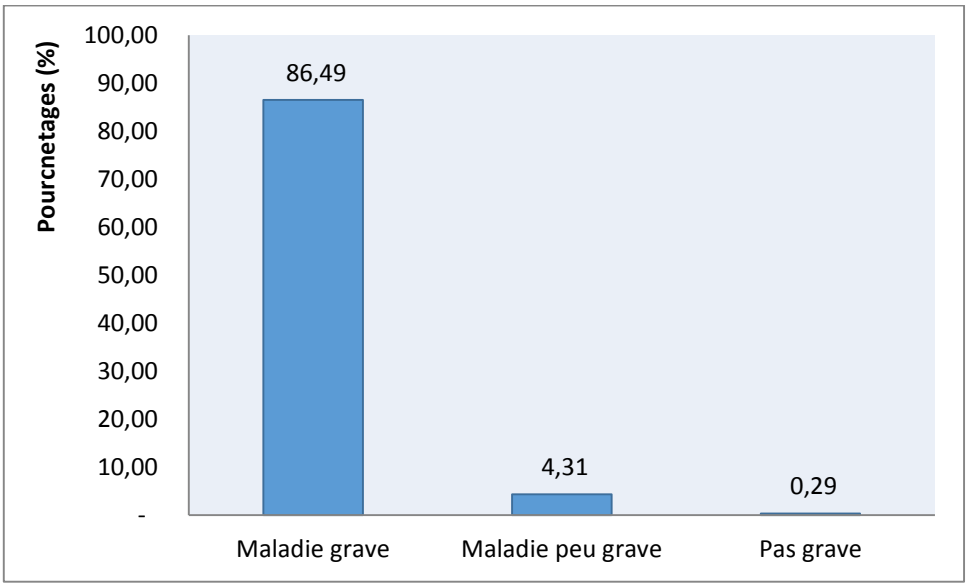


Figure 14: Répartition des femmes selon la perception de la gravité du cancer du col de l'utérus à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022.

Pour la grande majorité des femmes interrogées, le cancer du col de l'utérus est une maladie grave.

3.1.3.2. Perception de la fréquence de la maladie

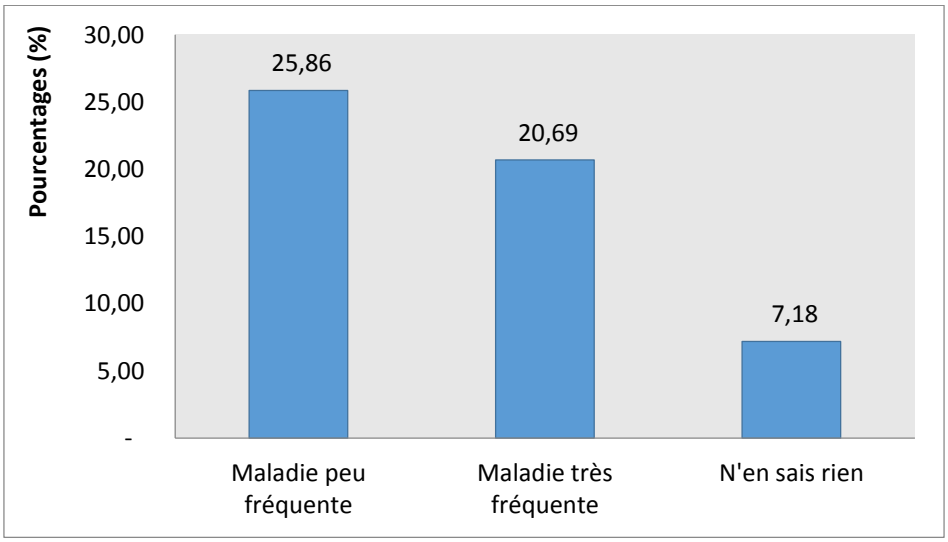


Figure 15 : Répartition des femmes selon la perception de la fréquence du cancer du col de l'utérus à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022.

Pour 25,82% des femmes interrogées le CCU est une maladie très fréquente.

3.1.3.3. Traitement de la maladie

Deux cent trente-neuf femmes (soit 68,67%) estimaient que le cancer du col de l'utérus est une maladie curable.

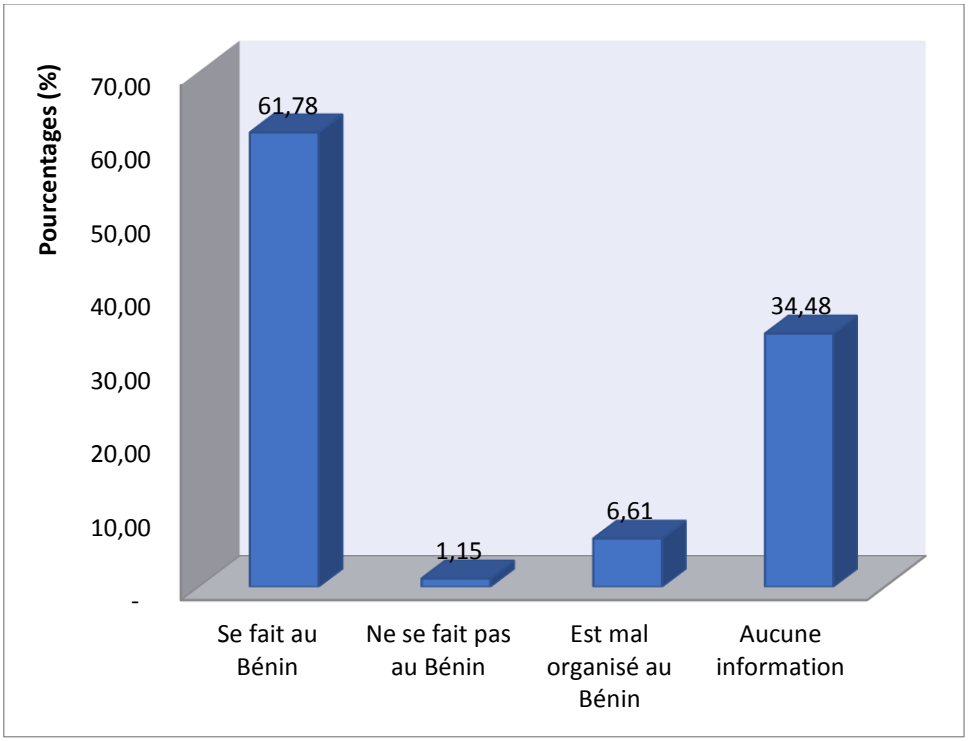
Les conditions de guérison de cette maladie sont évoquées dans le tableau ci-après.

Tableau VIII: **Répartition des patientes selon les conditions de guérison du CCU selon les femmes à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022.**

	Effectifs	Pourcentages (%)
Diagnostic précoce et traitement adapté	170	71,1
Diagnostic précoce	57	23,9
N'importe quel stade de la maladie	01	00,4
Prière et phytothérapie	01	00,4
Aucune idée	11	04,6

Pour la majorité, le CCU était curable si le diagnostic est précoce et le traitement adapté.

3.1.3.4. Réalisation du dépistage au Bénin



<u>Figure 16</u>: Répartition des femmes selon la réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus au Bénin à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022.

3.1.3.5. Attitude face au dépistage systématique

Deux cent quatre-vingt-trois femmes (soit 81,3%) étaient favorables à la réalisation systématique du dépistage du cancer du col lorsqu'elles viennent en consultation.

Les raisons de refus sont indiquées dans le tableau ci-après.

Tableau IX: **Répartition des femmes selon les raisons de refus de dépistage systématique du cancer du col de l'utérus par les femmes, à la CUGO au CNHU de Cotonou en 2022.**

	Effectifs	Pourcentages (%)
On n'en voit pas l'utilité	24	36,9
Peur de l'inconnu	20	30,8
Ignorance de l'existence du dépistage	15	23,1
Insuffisance de nombre de personnel	06	09,2
Inutilité du test au lugol en absence de signes évocateurs	02	3,1

3.1.3.6. Nombre de patientes connues dans l'entourage

Tableau X: **Répartition des femmes selon le nombre de personnes souffrant de cancer de col de l'utérus dans leur entourage à la CUGO du CNHU de Cotonou en 2022.**

	Effectifs	Pourcentages (%)
Aucun	274	78,7
un	35	10,1
deux	22	06,3
trois	09	02,6
quatre	05	01,4
cinq	03	00,9
Total	348	100

78,7% des femmes avaient affirmé n'avoir jamais connu de personne souffrant du cancer du col de l'utérus dans leur entourage.

3.1.4. Pratique

3.1.4.1. Dépistage systématique

Sur les trois cent quarante-huit femmes (348) interrogées, trente-quatre femmes (34) soit 09,77% pratiquaient le dépistage systématique du cancer du col de l'utérus.

<u>Tableau XI</u>: Répartition des femmes selon les méthodes utilisées pour le dépistage systématique du cancer du col de l'utérus à la CUGO du CNHU de Cotonou en 2022.

	Effectifs	Pourcentages (%)
Frottis cervico-vaginal	11	32,3
IVL et IVA	19	47,1
IVL	03	08,8
IVA + IVL+ FCV	02	05,9
Colposcopie	02	05,9
Total	34	100,00

L'IVA+IVL était la méthode la plus utilisée par les femmes enquêtées pour leur dépistage.

<u>Tableau XII</u>: Répartition des femmes selon les raisons de la non pratique du dépistage systématique du CCU à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022.

	Effectifs	Pourcentages (%)
Manque d'information	216	68,8
Négligence	84	26,7
Peur du résultat	30	09,6
Pas de signe évocateur	04	01,3
Non croyance en l'existence de la maladie	03	01,0

Le manque d'information était la principale raison de non réalisation du dépistage systématique par les femmes.

3.1.4.2. Personnes impliquées dans la réalisation du dépistage

Tableau XIII: Répartition des femmes selon les personnes impliquées dans le dépistage à la CUGO du CNHU de Cotonou en 2022.

	Effectifs	Pourcentages (%)
Gynécologue	282	81,0
Sage-femme	143	41,1
Médecin généraliste	67	19,3
Infirmier/Infirmière	28	08,1
Tout agent de santé	13	03,7
Cancérologue	01	00,3
Aucun	18	05,2

Les gynécologues et les sages-femmes étaient les personnes les impliquées dans la réalisation du dépistage.

3.1.4.3. Lieu de dépistage

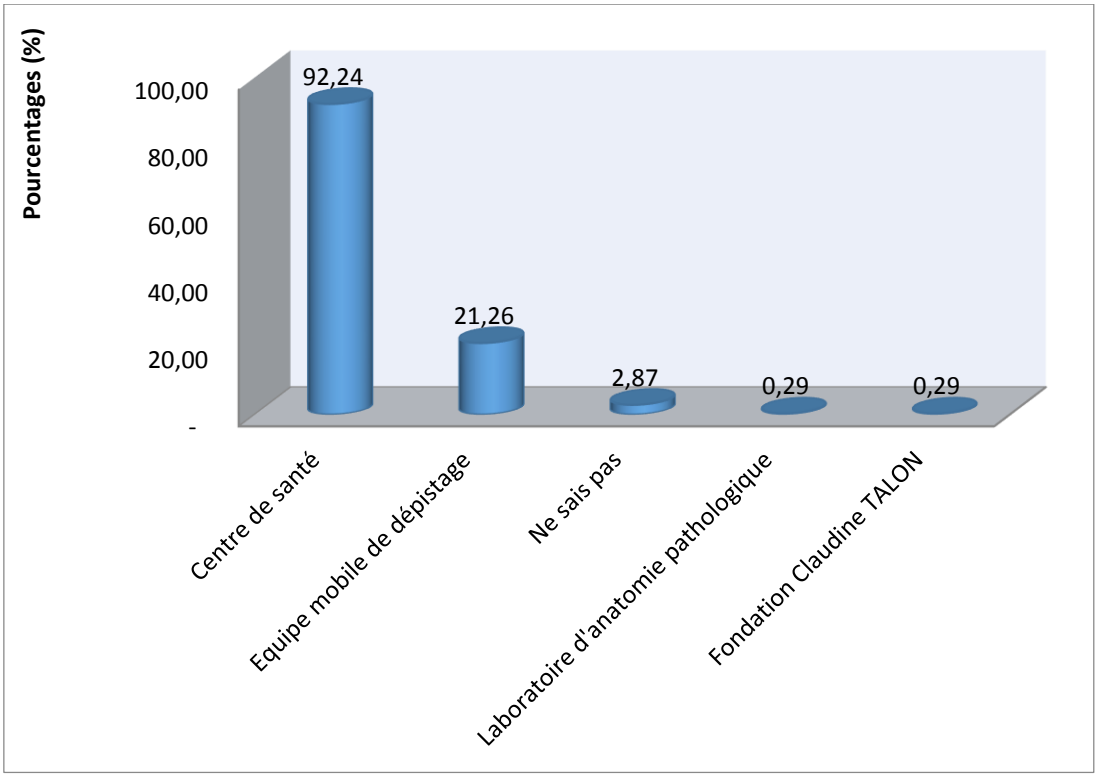


Figure 17: Répartition des femmes selon le lieu de réalisation du dépistage à la CUGO du CNHU de Cotonou en 2022.

La majorité des femmes ont indiqué le centre de santé comme le lieu où il fallait faire le dépistage du cancer du col de l'utérus.

3.1.4.4. Moment du dépistage

Tableau XIV: Répartition des femmes selon le moment de réalisation du dépistage à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022.

	Effectifs	Pourcentages (%)
A tout moment	224	64,4
Pendant la campagne de dépistage	137	39,4
Seulement si signe d'appel	80	23,0

Pour la plupart (64,4%), le dépistage du cancer de col de l'utérus devrait se faire de façon systématique.

3.2. Etude analytique

3.2.1. Recherche de facteurs associés à la pratique de dépistage systématique du CCU par les femmes à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022.

Tableau XV a: Facteurs associés au dépistage systématique du CCU à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022.

	Dépistage systématique CCU		P-value	OR	IC95% [OR]
	Oui	Non			
Age (années)					
≤ 20	0	21		1	
] 20 - 30]	10	158		2,3	0,22 - 4,3
] 30 - 40]	11	86	0,03	1,3	0,1 - 2,8
] 40 - 50]	7	32		3,2	0,2 - 9,6
] 50 - 60]	5	10		4,5	2,3 - 11,2
> 60	1	7		5,6	0,23 - 8,6
Résidence					
Cotonou	16	181	0,22	1	
Hors de Cotonou	18	132		0,64	0,31 - 1,31
Gestité					
Non	2	55	0,08	1	
Oui	32	259		3,39	0,79 - 14,59
Parité					
Non	6	116	0,02	1	
Oui	28	198		2,73	1,09 - 6,79
Contraception					
Non	17	221	0,01	1	
Oui	17	90		2,45	1,2 - 5,02

<u>Tableau XV-b</u> : Facteurs associés au dépistage systématique du CCU à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022

	Dépistage systématique CCU		P-value	OR	IC95% [OR]
	Oui	Non			
Niveau d'étude					
Non scolarisé	0	30		1	
Primaire	3	46	0,17	0,23	0,12 - 4,6
Secondaire	16	125		1,33	0,2 - 3,1
Supérieur	15	113		2,3	0,5 - 4,11
Entendu parler du CCU					
Non	0	81	0,0006	1	
Oui	34	231		5,1	2,3 - 14,2
Connaissance de facteurs de risque					
Non	10	241	< 0,0001	1	
Oui	24	71		8,1	3,72 - 17,83
Connaissance signes cliniques					
Non	14	253	<0,0001	1	
Oui	20	60		6,02	2,87 - 12,6
Connaissance de personne atteinte de CCU					
Non	18	254	0,0004	1	
Oui	15	59		3,58	1,7 - 7,5
Connaissance moyen dépistage					
Non	04	270	<0,0001	1	
Oui	30	41		49,39	16,54 - 147
Curabilité du CCU					
Incurable	03	59	0,08	1	
Curable	30	209		2,82	0.83 – 9,57

Les femmes non nullipares, celles pratiquant la contraception, celles âgées de 50 à 60 ans, celles qui ont entendu parler du CCU, celles qui connaissaient les facteurs de risque, les signes cliniques et au moins une personne atteinte de CCU avaient plus de chance de faire le dépistage du CCU de façon systématique.

Les patientes qui connaissaient les moyens de dépistage réalisaient significativement, le dépistage systématique.

3.2.2. Recherche de facteurs associés à la connaissance des signes cliniques du CCU par les femmes à la CUGO du CNHU-HKM en 2022.

Tableau XVI: **Facteurs associés à la connaissance des signes cliniques du CCU à la CUGO du CNHU-HKM en 2022.**

	Connaissance signes cliniques		P-value	OR	IC95% [OR]
	Oui	Non			
Age (années)					
≤ 20	3	18		1	
] 20 - 30]	36	131		1,64	0,46 - 5,91
] 30 - 40]	22	75	0,5	1,76	0,47 - 6,53
] 40 - 50]	8	31		1,54	0,36 - 6,59
] 50 - 60]	6	9		4	0,8 - 19,81
> 60	5	3		10	1,52 - 65,68
Résidence					
Cotonou	43	154	0,6	1	
Hors de Cotonou	36	113		0,87	0,52 - 1,45
Gestité					
Non	17	40	0,18	1	
Oui	63	227		0,65	0,34 - 1,22
Parité					
Non	32	89	0,27	1	
Oui	48	178		0,75	0,44 - 1,25
Contraception					
Non	52	186	0,46	1	
Oui	27	79		1,22	0,71 - 2,08
Niveau d'étude					
Non scolarisé	1	29		1	
Primaire	2	46	< 0,00001	1,26	0,1 - 14,53
Secondaire	30	111		7,83	1,02 - 59
Supérieur	47	81		16,82	2,21 - 127

Les femmes ayant un niveau d'étude supérieur ou universitaire avaient une meilleure connaissance des signes cliniques du CCU.

4. DISCUSSION

La discussion des résultats de notre étude est organisée comme suit :

- La qualité et la validité des résultats de l'étude
- L'atteinte des objectifs de l'étude
- Les commentaires des résultats de l'étude et la comparaison avec ceux d'autres études

4.1. Qualité et validité des résultats

La méthodologie utilisée, était justifiée car elle nous a permis d'atteindre nos objectifs. Il s'agissait d'une étude transversale prospective à visée descriptive et analytique. Le choix de notre cadre d'étude s'est porté sur la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou et nous avons fait notre collecte en consultation et en hospitalisation. Toutes les femmes répondant aux critères d'inclusion ont été sélectionnées. Les outils et technique de collecte des données étaient en adéquation avec le type d'étude.

Le questionnaire rédigé en français a été remis aux femmes instruites afin qu'elles le remplissent elles-mêmes, pour leur laisser le confort dans leur choix de réponses avec la possibilité de poser des questions pour les étayer. Pour celles qui ne comprenaient pas le français, une traduction en langue locale fon a été faite. Il existe une possibilité de biais liée à la traduction, mais nous avons pu assurer une bonne corrélation.

4.2. Atteinte des objectifs de l'étude

Au terme de ce travail, l'objectif général qui était d'étudier les connaissances attitudes et pratiques des femmes sur le dépistage du cancer du col de l'utérus à la CUGO du CNHU HKM de Cotonou en 2022, a été globalement atteint.

-Le premier objectif spécifique était de décrire les caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées. Ainsi l'âge moyen des patientes était de ***32 ±1,06 ans***. La majorité des femmes soit 56,6% vivaient à Cotonou. Les paucigestes (37,07%) et les nullipares (35,06%) étaient prédominantes. Les femmes instruites étaient les plus représentées 91,38% contre 8,62% d'illettrées.

Dans le groupe des femmes lettrées, celles ayant un niveau d'étude secondaire étaient les plus représentées avec 40,52% suivi du niveau d'étude supérieur 36,78%.

-Le second objectif était de déterminer le niveau de perception des femmes enquêtées sur le cancer du col de l'utérus. 76,14% de femmes avaient entendu parler du cancer du col. La source d'information sur le CCU, la plus citée était les médias (64,15%). 22,99% des femmes connaissaient les symptômes de la maladie et 27,29% des femmes les facteurs de risque de la maladie. Les moyens de dépistage étaient connus par 20,40% des femmes. 78,74% des femmes ne connaissaient personne souffrant du cancer du col de l'utérus dans leur entourage.

-Le troisième objectif était de décrire l'attitude des femmes face au dépistage du cancer du col de l'utérus. Deux cent quatre-vingt-trois femmes (soit 81,32%) étaient favorables à la réalisation systématique du dépistage du cancer du col lors des consultations. Pour 86,46% des femmes, le CCU est une maladie grave. Elle est curable si diagnostiquée précocement et traitée convenablement selon 71,11% des femmes.

-Le quatrième objectif était de répertorier les facteurs associés à la pratique du dépistage systématique du cancer du col chez les femmes enquêtées. En analyse multivariée, les femmes paucipare et multipare (0,02 IC95% 1,09-6,79) ; celles pratiquant la contraception (p=0,01 IC95% 1,2-5,02) ; celles âgées de 50 à 60 ans (p=0,03 IC95% 2,3-11, 2) ; celles qui ont entendu parler du CCU (p=0,0006 IC95% 2,3 - 14,2) ; celles qui connaissaient les facteurs de risque (p<0,0001 IC 95% 3,72 - 17,83) , les signes cliniques (p<0,0001 IC95% 2,87 - 12,6) , au moins une personne atteinte de CCU (p=0,0004 IC95%1,7 - 7,5) , et les moyens de

dépistage (p<0,0001 IC95%16,54 – 147) étaient plus enclines à réaliser le dépistage du cancer du col de l'utérus .

4.3. Commentaire des résultats

4.3.1. Données socio- démographiques

4.3.1.1. Age

L'âge moyen des patientes était de ***32 ±1,06 ans*** avec des extrêmes de 18 et 69 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 20 à 30 ans. Dans les études consultées, les âges moyens des personnes enquêtées étaient disparates, même si dans la majorité il se situait avant 40 ans. Nos résultats étaient similaires à ceux retrouvés en 2018 respectivement par **AGBO S et coll** (31,7± 10,7 et des extrêmes de 18 et 60 ans) au Togo[31], et **THAPA N et coll** au Népal (30,13±10,4 ans et des extrêmes de 20 et 60 ans)[32].Par contre, ils étaient plus élevés dans une étude faite par **AGUEMON B et coll** en 2018 à Dantokpa (40,21±10,66 ans ; avec des extrêmes de 25 et 60 ans)[33]. Au Maroc en 2019, pour **LAMTALI S ET LOUKID M,** l'âge moyen des participantes à l'enquête était relativement élevé (43,8± 8,3 ans)[34]. Il en est de même pour **DEGUARA et coll** aux îles Maltes (42.49 ± 11.85 ans) en 2018[35].

L'âge moyen dans notre étude et dans la plupart des autres études s'explique par la tranche d'âge des femmes visées. Il ne s'agit pas ici d'une étude portant sur des adolescentes ou des lycéennes. L'étude vise les femmes adultes surtout ou en période pré ou ménopausique. Il s'agit d'une période de la vie de la femme où elles devraient avoir une bonne connaissance des cancers du col. L'OMS recommande en effet le début du dépistage du cancer du col dès l'âge de 20-25 ans dès qu'elle n'est plus vierge.[14]

4.3.1.2 Gestité et parité

Dans notre étude, les paucigestes (37,1%) et les nullipares (35,1%) sont les plus représentées. Il en était de même dans l'étude faite par **DIWARRA M** au Mali en 2018 où les paucigestes étaient les plus représentées (37%)[22]. Ces résultats

diffèrent de ceux faits au Bénin, la même année par **AGUEMON B et coll**, où les multipares étaient les plus représentées[33], comme c'était le cas dans les études consultées en Afrique et en Europe[31,34,35].

Nos données peuvent s'expliquer par notre cadre d'étude qui est limité à la CUGO. Notre cadre d'étude aurait été la ville de Cotonou ou plusieurs centres associés que nos résultats auraient corroboré ceux du **Pr AGUEMON B**. De plus, la mondialisation et l'effort du secteur sanitaire pour une meilleure santé sexuelle et celle de reproduction ont fait que les femmes peuvent mieux contrôler les naissances. Il est à noter aussi que le niveau socio-éducatif y est pour beaucoup. En effet, les femmes sont plus instruites et moins enclines à avoir une progéniture nombreuse car comprenant les inconvénients de la grande multiparité.

4.3.1.3 Niveau d'instruction

Les femmes instruites prédominaient (91,4% contre 8,6% d'illettrées). Dans le groupe des femmes lettrées, celles ayant un niveau d'étude secondaire étaient les plus représentées (40,52%) suivi de celui supérieur (36,78%). Ces résultats sont similaires à ceux de **DAYENKO et coll** au Cameroun en 2018 (61,28% et 18,20%)[36]. Dans les travaux d'**AGUEMON et coll** les femmes ayant un niveau secondaire (60%) étaient certes les plus représentées mais avec une très faible proportion de femmes (7,20%) ayant un niveau supérieur[33]. Cette différence peut s'expliquer par le cadre d'étude choisi.

Par contre, au Nigeria dans une étude réalisée par **ABUGU L et NWAGU E** en 2021, les femmes ayant un niveau supérieur étaient les plus représentées (47,20%)[37]. Et au Maroc, les femmes les plus représentés étaient celles illettrées[34]. Ces chiffres disparates s'expliquent du fait que les profils sociaux, culturels, économiques des femmes varient d'une région à une autre. Par ailleurs, avec l'effort fait par le gouvernement rendant gratuit le secteur de l'éducation primaire, les femmes de plus en plus atteignent au moins le niveau secondaire dans notre pays.

4.3.2. Connaissances sur le CCU

Cette étude porte sur les connaissances, attitudes et pratiques des femmes de la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou sur le dépistage du CCU.

76,14% de femmes avaient entendu parler du cancer du col comme retrouvé par **DIALLO M. et coll** en Guinée Conakry(76%) en 2021[38]. Ces résultats étaient proches de ceux trouvés au Nigeria (70,80%), au Cameroun (78,11%) et au Mali par **SAMAKE A et coll** en 2021[39]. Une étude réalisée dans une zone rurale d'Afrique du Sud en 2021 par **OMOYENI O et coll** a révélé que 93,3% des femmes avaient entendu parler du CCU[40]. Force est de constater que malgré notre cadre d'étude situé en zone urbaine, le taux est largement inférieur à celui en Afrique du Sud. Un effort reste donc à fournir dans le cadre de la sensibilisation sur le CCU au Bénin.

En Asie, des taux plus bas ont été retrouvés. En effet, une étude réalisée au Pakistan en 2021 par **HIRANI S et coll**, a révélé un taux de 61,2%[41]. Un taux plus bas a été enregistré au Népal (24,4%) dans une étude similaire[32].

Au Bénin en 2018, seulement 59,9% des femmes avaient entendu parler du CCU[33]. Cette augmentation au bout de 4 ans dénote sans aucun doute de l'effort fait par le gouvernement et le secteur médical par rapport à la sensibilisation.

Dans cette étude, la source d'information sur le CCU la plus citée était les médias (64,2%) comme retrouvé en Guinée Conakry (61,39%) et au Mali (42%) [38,39].

Par contre, en Afrique du Sud, au Nigéria, au Cameroun et au Pakistan, la principale source d'informations était représentée par les agents de santé (respectivement 65,5%, 64,7%, 61,42% et 28%)[36,37,40,41]. Au Maroc, les amis et la famille étaient la principale source d'information (44,2%), suivi de près par les médias (41,2%)[34].

Les médias étant la source d'information la plus citée dans notre étude, il est normal que nous ayons une proportion assez importante de femmes qui ont

entendu parler du CCU puisque la plupart des ménages à Cotonou possèdent ou moins une radio ou une télévision. Or lors des campagnes de sensibilisation, les médias constituent le premier vecteur de transmission d'information utilisé par les autorités.

Quatre-vingt-quinze femmes (27,3%) ont affirmé connaitre les facteurs de risque du CCU. Ces résultats sont proches de ceux trouvés au Bénin et au Mali (respectivement 28,10% et 29%)[33,39]. Ces résultats sont relativement faibles par rapport aux études dans d'autres pays. En effet, des taux un peu plus élevés ont été retrouvé au Cameroun, en Guinée Conakry, aux iles Maltes (respectivement 41,41% ; 47,47% ; 53,60%)[35,36,38] et par **ISSA T et coll** au Kazakhstan (59,90%)[42]. Les principaux facteurs cités étaient le partenariat sexuel multiple (60%) et les rapports sexuels précoces (58,94%). Ces résultats sont proches de ceux trouvés au Nigéria où 58,60% des participantes ont cité le partenariat sexuel multiple comme principal facteur[37]. Il en est de même aux iles Maltes[35].

L'infection au HPV a été citée par 55,8% des femmes enquêtées ; ce qui est une très bonne chose sachant que l'infection persistante au HPV est la cause principale de plus de 70% des CCU. Ce taux est très élevé comparé à ceux trouvés au Cameroun, en Guinée Conakry et au Népal (respectivement 7,72%, 6% et 16,9%)[32, 36,38]. Aux USA où la vaccination nationale au HPV et le programme d'information sur le HPV étaient disponibles, environ 64% des femmes noires et 81% des femmes blanches savaient que le HPV est le principal facteur de risque du CCU[43]. Ceci montre le fossé qui existe entre les pays développées et ceux en développement en matière de prévention sur le CCU. Dans les pays développés, la vaccination contre le HPV a débuté et est devenu l'un des principaux piliers de la prévention primaire. Ce qui signifie qu'au niveau des femmes, la sensibilisation doit être axée entre autres sur la connaissance du HPV.

4.3.3. Attitude des femmes par rapport au CCU et son dépistage

Pour 68,67% des femmes, le CCU est une maladie curable. Ce résultat est superposable à celui trouvé au Mali (66%)[39]. **AGUEMON B et coll** ont retrouvé un taux plus bas (32,50%) en 2018.Cela montre une amélioration de la perception des femmes par rapport à la maladie dans le temps. En Afrique du Sud, un taux plus élevé a été observé (89%)[40]. Au Maroc, le CCU est curable pour seulement 18% des femmes[34]. Cette grande différence peut s'expliquer par le fait que la principale source d'information chez nous était les médias alors qu'au Maroc il s'agissait plutôt de la famille et des amis. Les informations sont parfois biaisées par les proches avec beaucoup d'à priori.

Selon 61,78% des femmes enquêtées, le dépistage du CCU se fait au Bénin. Mais seulement 20,40% des femmes connaissent les moyens de dépistage. Ce taux est plus bas qu'au Mali où 40% des femmes connaissaient les moyens de dépistage. Deux cent quatre-vingt-trois femmes (81,32%) étaient favorables à la réalisation systématique du dépistage du cancer du col lors des consultations. La principale raison de refus était le fait qu'elles n'en voyaient pas l'utilité (36,92%). Cela pourrait s'expliquer par la croyance populaire selon laquelle il faut forcément présenter un symptôme pour se rendre à l'hôpital. En effet, dans notre pays la prévention primaire est très peu appliquée du fait de la réticence de la population à se rendre en consultation systématique. Malgré les efforts du secteur sanitaire et du gouvernement en matière de promotion de santé en général et du cancer en particulier, on note le plus souvent un retard diagnostic. Ce retard qui s'explique surtout par le fait que la majorité des cas sont vus tard. Le traitement dès lors est plus palliatif que curatif.

4.3.4. Pratique du dépistage du CCU

Seulement 9,77% des participantes de notre étude ont déjà fait le dépistage systématique du CCU. Ce résultat est proche de celui trouvé au Nigéria et au Cameroun (8,3% et 7,41%)[36,37]. Au Népal une proportion un peu plus élevée de femmes (13,6%) avait déjà fait le dépistage[32]. Par contre, en Guinée Conakry très peu de femmes (2,8%) avaient déjà fait le dépistage[38]. Comme raison principale évoquée de la non pratique du dépistage, en tête de file nous avions le manque d'information (68,8%). Il en est de même dans la plupart des études réalisées en Afrique Noire, notamment au Togo, au Cameroun, au Nigeria, au Mali et en Guinée Conakry[31,36–39]. Même au Maroc et au Kazakhstan où la pratique du dépistage était meilleure (54,2% et 45,7%) , le manque d'information demeurait la principale raison de la non pratique du dépistage[34,42].

Une des femmes enquêtées a dit : « Je viens à l'hôpital tout le temps mais jamais personne ne m'a expliqué la maladie ni l'importance du dépistage ». Ceci prouve que si les femmes étaient mieux informées et rassurées par le personnel soignant, elles seraient plus enclines à faire le dépistage.

Cela montre aussi les difficultés pour les pouvoirs publics et le secteur sanitaire à assurer une couverture optimale de la population au dépistage et à responsabiliser les femmes pour une pratique régulière. Il donc est indispensable dans l'organisation du dépistage qu'il y ait des campagnes d'information et de sensibilisation.

4.3.5. Facteurs associés au dépistage systématique du CCU

Dans notre étude, les femmes paucipares et multipares (0,02 IC95% 1,09-6,79) ; celles pratiquant la contraception (0,01 IC95% 1,2-5,02) , celles âgées de 50 à 60 ans (0,03 IC95% 2,3-11, 2) ; celles qui ont entendu parler du CCU (0,0006 IC95% 2,3 - 14,2) , celles qui connaissent les facteurs de risque (<0,0001 IC 95% 3,72 - 17,83) ,les signes cliniques (<0,0001 IC95% 2,87 - 12,6) , au moins une personne atteinte de CCU (0,0004 IC95%1,7 - 7,5) , et qui connaissent les moyens

de dépistage (<0,0001 IC95%16,54 – 147), ont plus de chance de réaliser le dépistage. Globalement, les femmes ayant un meilleur niveau de connaissance de la maladie et des moyens de dépistage ont une pratique plus significative du dépistage. Ces résultats corroborent ceux d'**AGUEMON B et coll** qui ont trouvé que le niveau de connaissance du CCU et la connaissance du dépistage étaient les principaux facteurs associés à la pratique du dépistage[33]. Il en est de même au Sénégal (p=0,003)[44], au Congo Brazzaville (p=0,0001)[45], au Kazakhstan (p<0,0001)[42]. Les femmes qui avaient entendu parler du CCU étaient plus susceptibles de pratiquer le dépistage. Cela pourrait s´expliquer par l´accessibilité à l´information qui réduisait la méconnaissance, principale raison de la non pratique du dépistage. La connaissance des facteurs de risque avait influencé la pratique du dépistage comme l´ont montrée les études consultées. En effet la connaissance du cancer peut augmenter la perception du risque. De même, le fait de savoir que le CCU était curable influençait significativement la pratique du dépistage. L´existence de traitement efficace pouvait diminuer la peur du diagnostic, rassurer les femmes et les rendre plus conciliantes au dépistage. Ce résultat justifie la nécessité de mettre un accent particulier sur la sensibilisation qui doit être intra-hospitalière et extrahospitalière afin de permettre aux femmes de bénéficier du dépistage du CCU. Il est connu que les connaissances des individus face à une maladie constituent un vecteur irréfutable d'adhésion aux stratégies de lutte contre les problèmes de santé publique.

CONCLUSION ET SUGGESTIONS

CONCLUSION

Le cancer du col représente un véritable problème de santé publique vu le nombre de cas qui ne cesse d'augmenter surtout dans les pays en développement comme le nôtre. La prévention primaire par le dépistage précoce revêt alors une importance capitale. Les objectifs visés en faisant cette étude sur les connaissances, attitudes et pratiques des femmes vues à la CUGO ont été atteints. Il en ressort que l'âge moyen des femmes était de 32± 1,09 ans ; elles résidaient majoritairement à Cotonou. Elles étaient principalement paucigestes et nullipares et avaient pour la plupart un niveau d'étude secondaire. Le niveau de connaissance des facteurs de risque et des moyens de dépistage de la maladie était faible bien que la majorité ait entendu parler du CCU. Elles étaient favorables au dépistage systématique du CCU mais très peu le pratiquaient effectivement. Le niveau de connaissance des signes cliniques, des facteurs de risque et des moyens de dépistage du CCU était significativement associé à la pratique du dépistage. Les programmes de sensibilisation sur le CCU, devraient être axés sur les facteurs de risque, les moyens de prévention et l'organisation des campagnes de dépistage. Ces informations peuvent permettre d'améliorer la planification et l'élaboration des interventions de prévention.

SUGGESTIONS

- **Au ministère de la santé**

- Organiser des séances de sensibilisation de la population sur le dépistage du cancer du col de l'utérus,
- Recrutement et formation de plus de biologistes moléculaires et de médecins anatomopathologistes
- Construction et équipement de plus de laboratoires d'anatomie cytologie pathologiques respectant les recommandations internationales.

- Organiser et ce à plus grande échelle des séances d'information sur le cancer du col de l'utérus au niveau des femmes de toutes les couches socio-économiques à travers les médias ainsi que du personnel de santé,
- Rendre accessible et effective la vaccination au HPV pour les adolescentes.

- **Au personnel de santé**

- Conseiller aux patientes chaque fois que c'est possible le dépistage régulier du CCU,
- Mettre l'accent sur le bien-fondé du dépistage précoce même en absence de signes cliniques,
- Rassurer chaque fois les patientes sur la procédure et la prise en charge ultérieure qui leur sera fait en cas de signes suspects.

- **A la population**

- Participer chaque fois que c'est possible aux séances de sensibilisation sur le cancer du col de l'utérus et son dépistage,
- Se faire dépister régulièrement du cancer du col de l'utérus et ce de manière systématique, même hors campagne de dépistage de masse,
- Avoir une meilleure hygiène de vie, dans tous les domaines surtout en matière de sexualité et de santé de reproduction.

REFERENCES

1. **Bouslah S, Soltani M, Ben S, Sriha A**. Connaissances, attitudes et pratiques des femmes tunisiennes en matière de dépistage du cancer du sein et de celui du col de l'utérus. Psycho-oncol. 2014;8(2):123‑32.

2. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A and al**. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA cancer j clin. mai 2021;71(3):209‑49.

3. **Institut national du cancer**. Les cancers en France les données INCA. édt 2015. Boulogne-Billancourt; 2016. 236 p.

4. **de Martel C, Plummer M, Vignat J, Franceschi S**. Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type. Int J cancer. 15 août 2017;141(4):664‑70.

5. **Organisation Mondiale de la Santé Bureau régional de l'Afrique**. Plaidoyer pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus en Afrique. [Internet]. OMS. 2018 [cité 9 sept 2022]. Disponible sur: https://www.google.com/search?q=Bureau+R%C3%A9gional+de+l%E2%80%99Afrique.

6. **Ge EO, Ndom P, Doh S**. Current cancer incidence and trends in Yaounde, Cameroon. OGH Reports. 2012;(1):61‑2.

7. **Traoré CB, Coulibaly B, Mallé B, Keita M.** Le cancer à Bamako. Données du registre des cancers au Mali. Rev afr pathol. 2012;11(1):3‑8.

8. **Egue M, Gnangnon F, Akele-Akpo M, Parkin D**. Cancer incidence in Cotonou (Benin), 2014-2016: First results from the cancer Registry of Cotonou. Cancer epidemiology. 2019;59:40‑50.

9. **Hamers F, Woronoff A, Réseau français des registres de cancers Francim**. Cancer du col de l'utérus en France : tendances de l'incidence et de la mortalité jusqu'en 2018. Bulletin épidémiologique herbdomadaire. 2019;410(22‑23):6.

10. **Beiruthy IW, Kazan RS**. Étude corrélationnelle sur les facteurs prédictifs de la pratique du test de dépistage du cancer du col utérin chez les femmes fréquentant les centres médico-sociaux à Zahlé (Liban). Revue francophone internationale de recherche infirmière. 2016;2(1):31‑40.

11. **Agence de la santé Publique**. Surveillance du rendement des programmes de dépistage du cancer du col utérin au Canada [Internet]. 2009 [cité 19 sept 2022]. Disponible sur: https://publications.gc.ca/site/fra/9.636361/publication.html

12. **Organisation Mondiale de la Santé**. Approche globale de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus : vers une meilleure santé pour les femmes et les jeunes filles [Internet]. 2013. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85342/9789242505146_fre.pdf;jsessionid=6CA574EA66C880DAA7A57CEDD9EEA166?sequence=18

13. **Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Forman D, Brey F**. Cancer incidence and mortality worlwide : sources, methods and major pattens in GLOBOCAN 2012. International journal of cancer. 2015;136(5):359‑86.

14. **Organisation Mondiale de la Santé.** Projet de stratégie mondiale visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.who.int/docs/default-source/cervical-cancer/cervical-cancer-elimination-strategy-fr.pdf?sfvrsn=b8690d1a_22

15. **Organisation Mondiale de la Santé**. Manuel de formation sur la planification stratégique de la prévention et de la lutte contre le cancer du col de l'utérus en Afrique : manuel du participant [Internet]. 2017 [cité 31 oct 2022]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/handle/10665/260511?show=full

16. **Comité régional de l'Afrique**. Cadre pour la mise en oeuvre de la stratégie mondiale visant à éliminer le cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique dans la région africaine de l'OMS. Organisation mondiale de la santé; 2021 p. 1‑2.

17. **Essi MJ, Njoya O**. L'enquête CAP (Connaissance Attitude et Pratiques) en recherche medicale. Health science. 2013;14(2):1‑2.

18. **Kamogne I**. Profil épidémio-histopathologique et thérapeutique du cancer du col de l'utérus dans le service d'hemato-oncologie du CHU point G [Thèse]. [Bamako Mali]: Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie; 2022.

19. **Guessous I, Gaspoz J, Paccaud F, Cornuz J**. Dépistage : principes et méthodes. Revue médicale Suisse [Internet]. 2010 [cité 19 sept 2022];256.

Disponible sur: https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2010/revue-medicale-suisse-256/depistage-principes-et-methodes

20. **Corbillon E, Xeri B, Poullie A, Rumeau-Pichon C, Blondet E, Bazi R**. Guide méthodologique : comment évaluer à priori un programme de dépistage? France: ANAES; 2004. 68 p.

21. **Netter F**. Atlas d'anatomie humaine : Pelvis et périné. 2è edt. France: MALOINE; 1999. 346 p.

22. **Diwarra M**. Connaissances attitudes et pratiques des femmes face au dépistage du cancer du col de l'utérus [Thèse]. [Bamako Mali]: Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie; 2018.

23. **Organisation Mondiale de la Santé.** Cancer [Internet]. 2022 [cité 07 sept 2022]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer

24. **Godeau P, Herson S, Piette JC**. Traité de medécine. 4è édition. France: Flammarion medécine; 2004. 3300 p.

25. **Eide ML, Debaque H**. Méthodes de détection des HPVs et techniques de génotypage dans le dépistage du cancer du col utérin. Annales de pathologie. 1 déc 2012;32(6):401‑9.

26. **Kamissoko MJ**. Cancer du col de l'utérus à Bamako: À propos d'un suivi de 37 cas [Thèse]. [Bamako Mali]: Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie; 2018.

27. **Tamegnon M**. Lésions précancereuses du col de l'utérus : diagnostic, traitement et résultats selon l'approche « see and treat » a Cotonou (2019 - 2020) [Thèse]. [Bénin]: Unité de recherche et de formation en médecine; 2019.

28. **Sellors JW, Sankaranarayanan R**. Colposcopie et Traitement des Néoplasies Cervicales Intraépithéliales : Manuel à l'usage des débutants [Internet]. [cité 1 sept 2022]. Disponible sur: https://screening.iarc.fr/colpochap.php?chap=4&lang=2

29. **Lee S**. Test de dépistage du virus du papillome humain (VPH) [Internet]. Société canadienne du cancer. [cité 8 sept 2022]. Disponible sur: https://cancer.ca/fr/treatments/tests-and-procedures/human-papillomavirus-hpv-test

30. **Santé publique de France**. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV recommandé chez les femmes de plus de 30 ans [Internet]. 2020 [cité 8 sept 2022]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2020/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans

31. **Agbo S, Bemanana HS, Aziagbenyo KS, Lahaye FM**. Connaissance et pratique des femmes togolaises vis-à-vis du cancer du col de l'utérus. Médecine et santé tropicales. 2018;28:82‑5.

32. **Thapa N, Maharjan M, Petrini MA, Shah R, Shah S, Maharjan N and al**. Knowledge, attitude, practice and barriers of cervical cancer screening among women living in mid-western rural, Nepal. J gynecol oncol. juill 2018;29(4):e57.

33. **Aguemon B, Damien G, Sossa CJ, Padonou R, Olofindji MJ**. Cervical cancer screening: knowledge, participation and associated Factors among women in the Dantokpa market in Benin. Universal journal of public health. 2021;9(4):163‑72.

34. **Lamtali S, Loukid M**. Knowledge of cervical cancer and uptake of screening test among women in the region of Marrakesh, Morocco. SN Comprehensive clinical medicine. 2019;1:1023‑8.

35. **Deguara M, Calleja N, England K**. Cervical cancer and screening: knowledge, awareness and attitudes of women in Malta. J prev med hyg. janv 2021;61(4):E584‑92.

36. **Dayenko R, Kenfack B, Vogue N, Tsakoue E, Ebode M, Cumber S**. Connaissances, attitudes et pratiques des femmes en âge de procréer du district de santé de la Mifi sur la prévention du cancer du col de l'utérus, Cameroun. Pan african medical journal. 2018;31:172.

37. **Abugu L, Nwagu E**. Awareness, knowledge and screening for cervical cancer among women of a faith-based organization in Nigeria. Pan african medical journal. 2021;39(200):3‑5.

38. **Diallo MH, Balde IS, Magassouba M, Koivogui G, Barry AB, Sylla I et al**. Connaissances, attitudes et pratiques des femmes en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU) au Centre Médical Communal de Coronthie Conakry- Guinée. Journal de la SAGO. 2021;22(1):42‑7.

39. **Samaké A, Sylla C, Keita M, Haidara M, Diallo M, Konaté M and al**. Cervical Cancer Screening in Bamako Urban Commune (Commune VI)

Mali: Knowledge, Attitudes and Practices of Women. Scholars international journal of obstetrics and gynecology. 2021;4(6):263‑8.

40. **Omoyeni O, Tsoka-Gwegweni J**. Knowledge, attitudes and practices of cervical cancer screening among rural women in KwaZulu-Natal, South Africa. Pan african medical journal. 2022;42:188.

41. **Hirani S, Khan S, Akram S, Virji S, Shaikh P, Naeem E and al**.Knowledge, awareness, and practices of cervical cancer, its risk factors, screening, and prevention among women in Karachi, Pakistan. European journal of cancer prevention. 2021;30(1):97‑102.

42. **Issa T, Babi A, Azizan A, Alibekova R, Khan SA, Issanov A and al**. Factors associated with cervical cancer screening behaviour of women attending gynaecological clinics in Kazakhstan: A cross-sectional study. Womens health (Lond Engl). 1 janv 2021;17:1‑9.

43. **Ojeaga A, Alema-Mensah E, Rivers D, Azonobi I, Rivers B**. Racial disparities in HPV-related knowledge, attitudes, and beliefs among african american and white women in the U.S. J cancer educ. 2019;34(1):66‑72.

44. **Guèye I, Diallo A, Sangho O, Sawadogo B, Tine J**. Facteurs associés à la pratique du dépistage du cancer du col utérin dans le district sanitaire de Joal, Sénégal, 2018: enquête ménage. J interval epidemiol public health. 2021;3:11.

45. **Antaon JSS, Abinwe Suh S, Essi MJ, Nemy JH, Tebeu PM, Malanda J.** Facteurs associés aux barrières d'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus à Brazzaville. Health science and disease. 2021;22(6):6.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

FICHE DE QUESTIONNAIRE N*

I- IDENTITE

1. NOM ET PRENOM

2. AGE

3. RESIDENCE

1. Cotonou 2. Hors de Cotonou, précisez ……

4. GESTITE (Nombre de Grossesses)

5. PARITE (Nombre d'Accouchement)

6. CONTRACEPTION

1. OUI 2. Non

7. NIVEAU D'ETUDE

1. AUCUN 2. PRIMAIRE 3. SECONDAIRE 4. SUPERIEUR

II- CONNAISSANCE

8. AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DU CANCER DU COL DE L'UTERUS ?

1. Oui 2. Non

9. SI OUI COMMENT ?

1. À TRAVERS LES MEDIAS 2. PAR UN AGENT DE SANTE
3.PAR DES AMIS OU UN MEMBRE DE LA FAMILLE 4. AUTRES, PRECISEZ

10. CONNAISSEZ-VOUS LES MOYENS DE DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS ?

1. Oui 2. Non (Sinon passez à la Q12)

11. SI OUI LESQUELS ?

1. Test au lugol 2. Test à l'acide acétique 3. Test au lugol et à l'acide acétique

4. Frottis cervico vaginal 5. Colposcopie 6. Autres, précisez…….

12. CONNAISSEZ-VOUS LES FACTEURS DE RISQUE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS ?

1. Oui 2. Non (si non, passez à la Q14)

13. SI OUI, ENCERCLEZ LES FACTEURS CONNUS

1. Rapports sexuels précoces 2. Multiparité (Plus de 5 accouchements)

3. Partenaires sexuels multiples 4. Bas niveau socio-économique 5. Contraception 6. Infection au papilloma virus 7. Autres……

1 4. CONNAISSEZ-VOUS LES SIGNES CLINIQUES DU CANCER DU COL DE L'UTERUS ?

1. Oui 2. Non

15. SI OUI LESQUELS ?

1. Hémorragie (saignement en dehors des règles ou au cours des rapports sexuels) 2. Leucorrhée (pertes blanches) 3. Douleur pelviennes 4. Autres

16. SELON VOUS LE CANCER DU COL DE L'UTERUS PEUT ETRE CONSIDERE COMME

1. Une maladie grave 2. Une maladie peu grave

3. Une maladie peu fréquente 4. Une maladie très fréquente

5.1+3 6.2+4 7.2+3 8. 1+4 9. Autres, précisez……

17. LE CANCER DU COL DE L'UTERUS EST SELON VOUS

1. Curable 2. Incurable

18. SI CURABLE, DANS QUELLES CONDITIONS ?

1. Si le diagnostic est précoce 2. si le diagnostic est précoce et le traitement adapte 3. Autre

19. QUELLES METHODES THERAPEUTIQUES CONNAISSEZ-VOUS À COTONOU POUR LE TRAITEMENT DU CANCER DU COL DE L'UTERUS ?

1. Chirurgie 2. Chimiothérapie 3. Radiothérapie
4. Cryothérapie 5. Conisation 6. Autres, précisez……

20. SELON VOUS LE DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS

1. Se fait au Benin 2. Ne se fait pas au Benin 3. Est mal organisé au Benin 4. Aucune information

21. ETES VOUS FAVORABLE À LA RECHERCHE SYSTEMATIQUE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS AU COURS DES CONSULTATIONS ?

1. Oui 2. Non

22. SI NON POURQUOI ?

1. Par insuffisance en nombre de personnel

2. Par inutilité du test au lugol en absence de signes évocateurs

3. Par peur de l'inconnu 4. Parce que vous n'en voyez pas l'utilité 5. Par l'ignorance de l'existence du dépistage 6.Autres

23. COMBIEN DE PERSONNES ATTEINTES DE CANCER DU COL DE L'UTERUS CONNAISSEZ-VOUS DANS VOTRE ENTOURAGE ?

……..

III- PRATIQUE

24. FAITES-VOUS LE DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS DE MANIÈRE SYSTEMATIQUE ?

1. Oui 2. Non

25. SI OUI, Par quelle méthode le faites-vous ?

26. SI NON POURQUOI ?

1. Par manque d'information 2. Par négligence 3. Par peur du résultat 3. Non croyance en l'existence de la maladie 4. Autre, précisez….

27. Qui peut faire le dépistage ?

1. Infirmier 2. Sage-femme 3. Médecin généraliste 4. Médecin gynécologique 5. Autres, précisez….

28. Où peut-on faire le dépistage ?

1. Au centre de santé 2. Pharmacie 3. Équipe mobile de dépistage et PEC 4. Autres, précisez……

29. Quand faire le dépistage du CCU ?

1. Pendant les campagnes de dépistage 2- A tout moment 3. Seulement si signes d'appel 4. Autres, précisez….

TABLE DES MATIERES

Table des matières

DEDICACES vi

REMERCIEMENTS vi

HOMMAGES ix

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS xii

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES xv

Liste des tableaux xvi

Liste des figures xviii

Sommaire xxi

INTRODUCTION 1

Les cancers gynécologiques constituent les cancers les plus fréquents et les plus graves parmi la population féminine mondiale[1]. 2

Objectifs 5

1. GENERALITES 6

1.1. Définition 7

1.1.1. Connaissances 7

1.1.2. Attitudes 7

1.1.3. Pratiques 8

1.1.4. Cancer du col 8

1.1.5. Dépistage 9

1.2. Rappel anatomique et histologique 11

1.2 1. Rappel anatomique : 11

..... 11

1.2.2. Rappel histologique 14

La nature de l'épithélium varie en fonction de la partie du col où on se retrouve. 14

1.2.2.1. L'exocol [22] 14

1.2.2.2. L'endocol [22] 15

1.2.2.3. La jonction pavimento-cylindrique (JPC) [22] 16

1.3. Histoire naturelle du cancer 17

1.4. Facteurs de risque et facteurs étiologiques 19

1.5. Méthodes de dépistage 20

1.5.1. Le test à l'acide acétique ou inspection visuelle après application de l'acide acétique (IVA) / test au Lugol ou inspection visuelle au Lugol (IVL) [27]. 20

1.5.1.1. Principe 20

1.5.1.2. Matériel 21

1.5.1.3. Technique 21

1.5.1.4. Résultats 21

1.5.2. Frottis Cervico-Utérin [27] 23

1.5.2.1. Principe 23

1.5.2.2. Matériel 23

1.5.2.3 Technique 24

1.5.2.4. Résultats 26

1.5.3. Colposcopie [27,28] 27

1.5.3.1. Principe 27

1.5.3.1.2. Matériel 28

1.5.3.3. Technique 29

1.5.2.3. Résultats 29

1.5.3. Test HPV[25,29,30] 31

1.5.4.1. Principe 31

1.5.4.2. Matériel 31

1.5.4.3. Technique 31

1.5.4.4. Résultats 32

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE 33

2.1. Cadre d'étude 34

2.1.1. Les infrastructures 34

2.1.1.1. Le bloc technique 34

2.1.1.2. Le secteur de consultation 34

2.1.2. Les ressources humaines 35

2.1.3. Les activités 36

2.2. Méthode d'étude 37

2.2.1. Nature de l'étude 37

2.2.2. Période de collecte 37

2.2.3. Population d'étude 37

2.2.3.1. Critères d'inclusion 37

2.2.3.2. Critères d'exclusion 37

2.2.4 Échantillonnage 37

2.3. Collecte de données 38

2.3.1. Outils de collecte 38

2.3.2. Technique de collecte 38
2.3.3. Variables étudiées 39
2.3.3.1. Variables dépendantes 39
2.3.3.2. Variables indépendantes 40
2.4. Dépouillement et analyse des données 40
2.5. Dispositions éthiques 41
2.6. Limites et difficultés 41
3. RESULTATS 42
3.1. Etude descriptive 43
3.1.1. Données sociodémographiques 43
3.1.1.1. Age 43
3.1.1.2. Résidence 44
3.1.1.3. Niveau d'instruction 45
3.1.1.4. Gestité et Parité 46
3.1.1.5. Contraception 46
3.1.2. Connaissance 47
3.1.2.1. Moyen de dépistage 47
3.1.2.2. Facteurs de risque 48
3.1.2.3. Signes cliniques 49
3.1.2.4. Méthodes thérapeutiques 51
3.1.3. Attitudes 52
3.1.3.1. Perception de la gravité de la maladie 52
3.1.3.3. Traitement de la maladie 53

3.1.3.4. Réalisation du dépistage au Bénin 54
3.1.3.5. Attitude face au dépistage systématique 54
3.1.3.6. Nombre de patientes connues dans l'entourage 55
3.1.4. Pratique 56
3.1.4.1. Dépistage systématique 56
3.1.4.2. Personnes impliquées dans la réalisation du dépistage 58
3.1.4.3. Lieu de dépistage 59
3.1.4.4. Moment du dépistage 60
3.2. Etude analytique 61
3.2.1. Recherche de facteurs associés à la pratique de dépistage systématique du CCU par les femmes à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou en 2022. 61
3.2.2. Recherche de facteurs associés à la connaissance des signes cliniques du CCU par les femmes à la CUGO du CNHU-HKM en 2022. 64
4. DISCUSSION 65
4.1. Qualité et validité des résultats 66
4.2. Atteinte des objectifs de l'étude 66
4.3. Commentaire des résultats 68
4.3.1. Données socio- démographiques 68
4.3.1.1. Age 68
4.3.1.2 Gestité et parité 68
4.3.1.3 Niveau d'instruction 69
4.3.2. Connaissances sur le CCU 70
4.3.3. Attitude des femmes par rapport au CCU et son dépistage 72
4.3.4. Pratique du dépistage du CCU 73

4.3.5. Facteurs associés au dépistage systématique du CCU 73

CONCLUSION ET SUGGESTIONS 75

CONCLUSION 76

SUGGESTIONS 76

REFERENCES 78

ANNEXES ..... A

TABLE DES MATIERES ..... F

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la médecine.
Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.
Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.
Admis dans l'intérieur des maisons,
mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,
ma langue taira les secrets qui lui sont confiés
et mon état ne servira ni à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.
Je ne permettrai pas que des considérations
de religion, de sexe, de nation, de race, de parti ou de classe sociale
viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.
Je garderai le respect absolu de la vie humaine.
Même sous menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes
connaissances médicales contre les lois de l'humanité.
Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai aux générations futures l'instruction que j'ai reçue d'eux.
Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !

Vu le Président du Jury

Vu le Doyen

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Université d'Abomey-Calavi

Résumé

Introduction : Le cancer du col de l'utérus est un important problème de santé publique dans le monde dont le nombre de cas est en augmentation au Bénin. L'étude avait pour objectif d'étudier les connaissances attitudes et pratiques des femmes sur le dépistage du cancer du col de l'utérus.
Méthode : Il s'agissait d'une étude transversale prospective à visée descriptive et analytique s'étendant de la période de juillet à septembre 2022 à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou. Les données ont été collectées face à face à l'aide d'un questionnaire puis traitées avec le logiciel épi info version 7.2.1.0.L'analyse a été faite avec le test Chi2 de Pearson avec un seuil de significativité fixé à 5%.
Résultats : Nous avons eu au total 348 femmes. Il ressort de notre étude que l'âge moyen des femmes était ***32 ±1,06 ans*** avec les extrêmes de 18 et 63 ans. La majorité des femmes (56,6%) vivait à Cotonou. Les paucigestes (37,07%) et les nullipares (35,06%) étaient prédominantes. Les femmes ayant un niveau d'étude secondaire étaient les plus représentées (40,52%) suivi du niveau étude supérieur (36,78%).76, 14% de femmes avaient entendu parler du cancer du col. 27,29% et 20,40% des femmes connaissaient respectivement les facteurs de risque de la maladie et les moyens de dépistage. Concernant l'attitude, 81,32% étaient favorables à la réalisation systématique du dépistage du cancer du col mais seulement 09,77% d'entre elles, pratiquaient le dépistage. Le niveau de connaissance du CCU et des moyens de dépistage était significativement associé (p<0,0001) à la pratique du dépistage.
Conclusion: Malgré que les femmes soient au courant de l'existence du cancer du col de l'utérus, le niveau d'information sur les facteurs de risque et les moyens de dépistage reste faible. Les programmes de sensibilisation devraient être axés sur les facteurs de risque, les moyens de dépistage et l'organisation des campagnes de dépistage.

Mots clés : connaissance, attitude, pratique, dépistage, cancer du col

---

Abstract

Introduction: Cervical cancer is an important public health problem in the world and the number of cases is increasing in Benin. The objective of the study was to investigate women's knowledge, attitudes and practices regarding cervical cancer screening.
Method: This was a prospective cross-sectional study with descriptive and analytical aims from July to September 2022 at the CUGO of the CNHU-HKM of Cotonou. The data were collected face to face using a questionnaire and then processed with the epi info software version 7.2.1.0. The analysis was done with Pearson's Chi2 test with a significance threshold set at 5%.
Results: We had a total of 348 women. The mean age of the women was 32 ±1.06 years with extremes of 18 and 63 years. The majority of the women (56.6%) lived in Cotonou. Paucigravida (37.07%) and nulliparous women (35.06%) were predominant. Women with secondary education were the most represented (40.52%), followed by those with higher education (36.78%). 76.14% of the women had heard of cervical cancer. 27.29% and 20.40% of the women were aware of the risk factors of the disease and the means of screening, respectively. Regarding attitude, 81.32% were in favor of routine cervical cancer screening, but only 09.77% of them practiced screening. The level of knowledge of UCC and screening methods was significantly associated (p<0.0001) with the practice of screening.
Conclusion: Although women are aware of cervical cancer, the level of information about risk factors and screening methods remains low. The awareness program should focus on risk factors, means of screening and organization of screening campaigns.

Key words: knowledge, attitude, practice, screening, cervical cancer