

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI  
**Un peuple - Un But - Une Foi**

UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

N°.....

## **Thème de Mémoire :**

**Connaissances, attitudes et pratiques des femmes face à la prévention du cancer du col de l'utérus au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako/Mali**

Présenté et soutenu publiquement le 24/03/2023 devant la  
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

**Par Dr NAGNA GOITA**

**Pour obtenir le Diplôme d'Etudes Spéciales en Gynécologie Obstétrique  
(DIPLOME D'ETAT)**

**JURY**

**Président : Pr Niani MOUNKORO**

**Membres : Pr Soumana O TRAORE**

**Pr Mamadou SIMA**

**Pr Amadou BOCOUM**

## DEDICACES

Au seigneur e l'univers, Le tout Miséricordieux, Le très Miséricordieux, Celui qui par Lui-même subsiste : C'est par votre miséricorde que ce travail est ce qu'il est aujourd'hui. Ainsi, s'il devrait me conduire à soigner les humains, au succès et à la gloire un jour, faites-en sorte que je reste moi-même, humain, humble et compatissant avec les hommes ; que je sois protégé contre mon propre mal et le mal des autres.

### **Au Prophète Mohamed (Paix et Salut sur Lui) :**

Je souhaiterais mettre à profit vos enseignements pour pouvoir bénéficier des deux parts.

Je dédie ce travail.

**A mon beau pays le Mali :** dont la générosité m'a permis d'avoir une scolarité aussi poussée que je l'ai souhaitée. Que Dieu me donne la force, le courage et surtout le temps nécessaire pour pouvoir le servir avec loyauté et dévouement exemplaire.

### **A mon père feu N GO GOITA :**

Tu as été l'artisan de ce chemin parcouru ton courage, ta rigueur dans notre éducation ont fait de ton fils ce qu'il est aujourd'hui.

Tes peines, tes sacrifices n'ont de mesures à nos yeux.

Puisse le tout puissant miséricordieux vous accueille dans son paradis.

### **A ma mère feu KAKONO GOITA :**

Tu as tout sacrifié pour notre éducation et notre instruction, ta combativité, ton courage et ta générosité resteront pour nous un repère sur.

Qu'Allah le Miséricordieux bénisse votre âme dans son paradis.

### **A mon épouse Djeneba MARICO :**

Merci pour ton accompagnement total, tu as été un soutien à tous les niveaux pour mener à bien ce travail. Puisse Dieu nous donne longue vie.

## REMERCIEMENTS

**A mes frères :**

Kassim, Ladj, Yaya, Gaoussou, Sounkalo.

Ce travail est le vôtre, sentiment fraternel.

**A ma grande sœur Porcho GOITA :**

Merci pour l'attention que vous m'avez toujours accordée

Soyez assurée de mon affection, toutes mes reconnaissances.

**A mes enfants :** Merci pour les précieux conseils que Dieu vous donne longue vie, pour réaliser mes rêves.

**A mes logeuses feue Nièré DEMBELE, feue Balata MINTA, feue Assitan COULIBALY**

Merci pour l'accueil et les précieux conseils.

**A mes amis et collaborateurs :** Sidy COULIBALY, Adama GOITA, Boubacar KAMBO DJIGANDE, Recevez mes profondes gratitude.

**A mes maitres :** Professeur Soumana O TRAORE. Professeurs Seydou FANE, Professeur Amadou BOCOUM, Dr Siaka SANOGO, Dr TOGO A.

Merci pour la qualité de l'enseignement, et de la disponibilité constante tout au long de notre formation. Recevez ici mes vœux les plus sincères.

## **HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY**

A notre Maitre et Président de Jury,

Professeur Niani MOUNKORO

- Professeur Titulaire de Gynécologie Obstétrique à la FMOS ;
- Chef du département de gynécologie obstétrique du CHU-Gabriel Touré ;
- Point focal de l'initiative francophone de réduction de la mortalité maternelle par avortement à risque ;
- Chevalier de l'ordre du mérite de la santé ;

Cher maitre

L'étendue de votre savoir, vos qualités intellectuelles et personnelles font de vous un maitre accompli.

Soyez assuré cher maitre de l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre Maitre et Juge,

Professeur Soumana Oumar TRAORE

- Maitre de Conférences Agrégé en Gynécologie Obstétrique à la FMOS;
- Praticien Hospitalier au Centre de Santé de référence de la Commune V de Bamako ;
- Certifié en Programme GESTA International (PGI) de la société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGOC) ;
- Leaders d'Opinion local de la surveillance des décès maternels et Riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako ;

Cher Maître,

Nous ne cesserons de remercier le seigneur pour avoir mis sur notre chemin un homme aux qualités humaines, académiques et professionnelles rarissimes comme vous. Votre dynamisme, votre courage, votre modestie, votre abord facile et surtout votre grande culture scientifique font de vous un homme admirable et respectable. Veuillez recevoir ici cher maître, l'expression de nos sentiments les plus respectueux et pleins de reconnaissances. Puisse Allah le miséricordieux vous assister dans vos entreprises.

A notre Maitre et Juge,

Professeur Mamadou SIMA, Gynécologue Obstétricien ;

- Maitre de Conférences à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)
- Praticien Hospitalier au C.H.U. du Point "G".

Cher maître,

Homme de science, vous êtes le prototype d'homme cultivé de rang exceptionnel. Plus qu'un maître vous avez été pour nous une source intarissable de savoir. Vous m'avez particulièrement impressionné par votre technicité hors du commun. Croyez, cher maitre de notre reconnaissance et de toute notre gratitude.

A notre Maitre et Juge,

Professeur Amadou BOCOUM

- Maitre de Conférences Agrégé en gynécologie obstétrique à la FMOS
- Praticien hospitalier au service de Gynécologie obstétrique du CHU Gabriel TOURE,
- Titulaire d'un Diplôme Inter Universitaire d'Echographie en Gynécologie Obstétrique en France,
- Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire de Cœlioscopie en Gynécologie en France,
- Titulaire d'un Diplôme de Formation Médicale Spécialisée Approfondie de l'Université Paris Descartes
- Secrétaire Général Adjoint de la SOMA.G.O.

**Cher Maître,**

Vos qualités d'encadreur nous ont laissé sans mot. Votre simplicité, votre courtoisie, votre amour pour le travail bien fait nous ont profondément marqués.

Soyez rassuré cher Maitre de toute notre reconnaissance et notre gratitude.

## **SOMMAIRE**

<b>I. Introduction.....</b>	<b>1-2</b>
<b>II. Objectifs.....</b>	<b>3</b>
<b>III. Généralités.....</b>	<b>4-13</b>
<b>IV. Méthodologie.....</b>	<b>14-23</b>
<b>V. Résultats.....</b>	<b>24- 45</b>
<b>VI Discussion.....</b>	<b>46- 48</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>49</b>
<b>Suggestions.....</b>	<b>50-51</b>
<b>Références.....</b>	<b>52-54</b>
<b>Fiche signalétique.....</b>	<b>55</b>



## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I Répartition des femmes selon la gestité .....	24
Tableau II Répartition des femmes selon la parité .....	25
Tableau III Répartition des femmes selon le régime matrimonial .....	26
Tableau IV Répartition des femmes selon la notion d’instruction .....	26
Tableau V Répartition des femmes selon la provenance.....	27
Tableau VI: Répartition des femmes selon l’utilisation de contraceptifs .....	28
Tableau VII: Répartition des femmes selon le tabagisme passif.....	29
Tableau VIII: Répartition des femmes selon la ménopause .....	29
Tableau IX: Répartition des femmes selon qu’elles aient ou non entendu parler du cancer du col de l’utérus .....	31
Tableau X: Répartition des femmes selon leurs connaissances sur le cancer du col de l’utérus.....	36
Tableau XI : Répartition des femmes selon qu’elles aient ou non déjà fait la vaccination contre le cancer du col de l’utérus. ....	37
Tableau XII: Répartition des femmes selon qu’elles soient prêtes ou non à faire la vaccination maintenant contre le cancer du col de l’utérus.....	37
Tableau XIII : Répartition des femmes selon qu’elles soient prêtes ou non à faire la vaccination prochainement contre le cancer du col de l’utérus.....	38
Tableau XIV: Répartition des femmes selon qu’elles aient ou non déjà fait le dépistage du col de l’utérus au moins une fois .....	38
Tableau XV: Répartition des femmes selon qu’elles désirent faire ou non le dépistage du cancer du col de l’utérus maintenant.....	39
Tableau XVI: Répartition des femmes selon qu’elles désirent faire ou non le dépistage du cancer du col de l’utérus prochainement.....	39
Tableau XVII: Répartition des femmes qu’elles désirent ou non conseiller le dépistage à une proche .....	40
Tableau XVIII: Répartition des femmes selon qu’elles désirent ou non à faire la vaccination maintenant .....	41

Tableau XIX: Répartition des femmes selon qu'elles désirent ou non à faire la vaccination prochainement.....	41
Tableau XX: Répartition des femmes selon qu'elles désirent ou non à faire le dépistage maintenant .....	42
Tableau XXI: Répartition des femmes selon qu'elles désirent ou non à faire le dépistage prochainement .....	42
Tableau XXII: Relation entre l'âge au 1er rapport sexuel et la connaissance sur la possibilité de prévenir le cancer du col de l'utérus .....	43
Tableau XXIII: Relation entre le statut matrimonial et le fait d'avoir entendu parler du cancer du col de l'utérus .....	43
Tableau XXIV: Relation entre instruction et le fait d'avoir entendu parler du dépistage du cancer du col de l'utérus .....	44
Tableau XXV: Relation entre notion d'instruction et le fait de vouloir conseiller le dépistage à une proche.....	44
Tableau XXVI: Relation entre l'âge et le fait de vouloir conseiller le dépistage à une proche.....	45

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte sanitaire de la Commune V. ....	20
Figure 2: Répartition des femmes selon les tranches d'âge en années.....	24
Figure 3 : Répartition des femmes selon le statut matrimonial .....	25
Figure 4 : Répartition des femmes selon l'âge à la ménarche.....	27
Figure 5 : Répartition des femmes selon l'âge au 1er rapport sexuel .....	28
Figure 6: Répartition des femmes selon la raison de leur présence au CSRéf au moment du recrutement .....	30
Figure 7: Répartition des femmes selon leurs sources d'information sur le cancer du col de l'utérus.....	31
Figure 8: Répartition des femmes selon leur avis sur la fréquence du cancer du col .....	32
Figure 9: Répartition des femmes selon leur avis sur la gravité du cancer du col ...	32
Figure 10: Répartition des femmes selon le degré de létalité.....	33
Figure 11: Répartition des femmes selon leurs connaissances sur la possibilité de prévenir du cancer du col.....	33
Figure 12: Répartition des femmes selon leurs connaissances sur la cible de la vaccination.....	34
Figure 13: Répartition des femmes selon leur connaissance de l'existence d'un vaccin.....	.....
Figure 14 : Répartition des femmes selon la disponibilité d'un vaccin .....	35
Figure 15 : Répartition des femmes selon leurs avis sur le coût.....	35
Figure 16 : Répartition des femmes selon leur appréciation sur le dépistage du cancer du col.....	36

## **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

CCU : Cancer du col de l'utérus

OMS : Organisation mondiale de santé

HPV : *Human papiloma-virus*

JPC : Jonction pavimato –cylindrique

ZR : Zone de remaniement

IVA : Inspection visuelle à l'acide acétique

ADN : acide désoxyribonucleique

CIN : Néoplasies intra épithéliales cervicales

IVL : Inspection visuelle au lugol

CSREF CV : Centre de Santé de Référence de la commune V

CSCOM : Centre de santé communautaire

ASACORAK : Association de santé confessionnelle Rama de Kalaban coura

PDSC : Plan de développement socio -sanitaire des communes

USAC : Unité de soins d'accompagnement et de conseil

SLIS : Système local d'information sanitaire

ORL : Oto Rhino Laryngologique

SAA : Soins après avortement

PEV : Programme élargie de vaccination

CPN : Consultation prénatale

PF : Planification familiale

PTME : Prévention de la transmission Mère-enfant du VIH

PPTE : Pays pauvres très endettés

CICM : Institut Malien de Conseil en Management

CNTS : Centre national de transfusion sanguine

FFI : Faisant Fonction d'Interne

## I. INTRODUCTION

Le dépistage du cancer du col est une action de santé publique conduite sur une population à risque, appelée encore population cible. Le but du dépistage n'est pas de diagnostiquer la maladie, mais d'identifier les individus qui ont une forte probabilité de la contracter ou de la développer [1]. Le cancer du col de l'utérus par sa fréquence, se place au deuxième rang des cancers féminins dans le monde après le cancer du sein. C'est la quatrième cause la plus fréquente de décès par cancer (266 000 décès en 2012) chez les femmes dans le monde [2, 3]. On note 528 000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus chaque année. En Afrique, on observe des taux extrêmement élevés de cancer du col (plus de 50/100.000 femmes) [4]. Cette forte prévalence en Afrique est liée au niveau de développement dont certainement du niveau de connaissance des populations sur les moyens de prévention du cancer du col de l'utérus. 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 (13,8%) après celui du sein (18,5%) [5]. La population à risque de développer le Cancer du Col de l'Utérus (CCU), au Cameroun est de 6,74 millions de femmes âgées de 15 ans et plus. Selon les estimations actuelles, chaque année 1993 femmes sont diagnostiquées avec le cancer du col de l'utérus et 1.120 en meurent [6]. Selon les données récentes du registre des cancers du Mali, le cancer du col vient en première position des cancers féminins, avec une fréquence de 26,6% et une incidence de 35,1 pour 100000 habitants [7]. Dans nos pays, près de la moitié des cancers du col utérin ne sont pas diagnostiqués ou sont déjà incurables au moment de leur diagnostic [8]. Les facteurs de risques et les moyens de prévention sont connus, leur maîtrise par la population contribuerait à diminuer sa fréquence. En France les taux d'incidence et de mortalité par cancer du col de l'utérus sont en constante diminution à cause de la diffusion à large échelle du dépistage précoce [9]. La stratégie actuelle de l'OMS recommande quand c'est possible de débiter le dépistage par le test HPV et continuer par les inspections visuelle à l'acide acétique ou au lugol avant de pour-

suivre par les frottis et biopsie [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 et que 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]. Nous nous sommes proposés de décrire et d'analyser les connaissances, les attitudes et les pratiques des femmes en âge de procréer sur la prévention du cancer du col de l'utérus au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako au Mali.

## **II.OBJECTIFS**

### **1. Objectif général :**

Etudier les connaissances, attitudes et pratiques des femmes face au dépistage du cancer du col de l'utérus au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

### **2. Objectifs Spécifiques :**

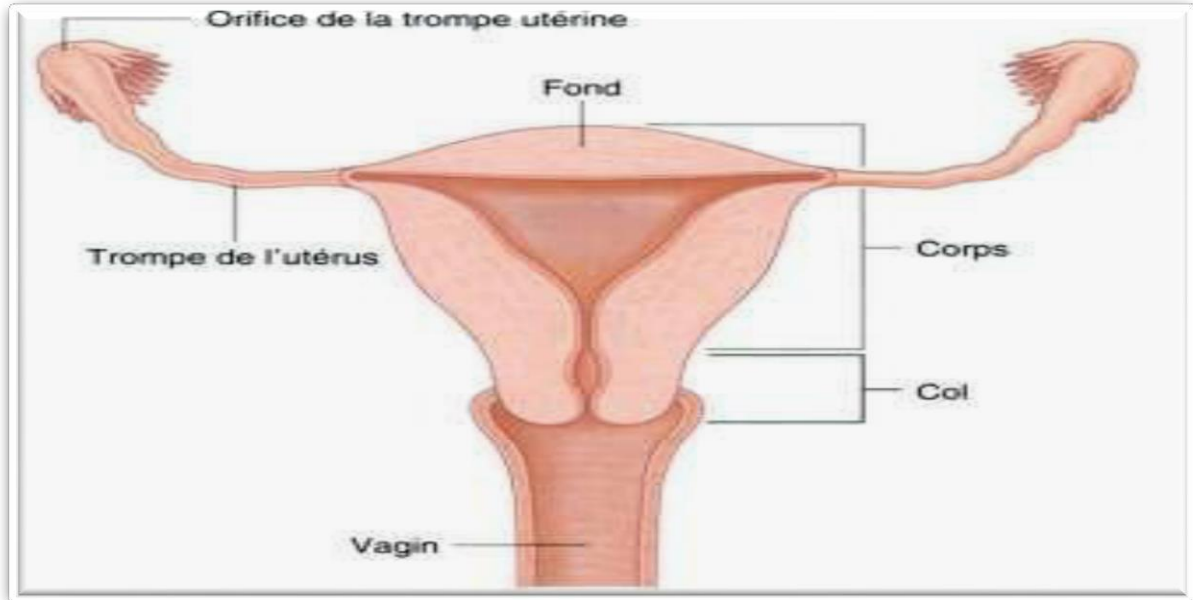
- Décrire le profil socio démographique des femmes ;
- Décrire les connaissances, les attitudes et les pratiques des femmes face à la prévention du cancer du col de l'utérus ;
- Analyser les connaissances, les attitudes et les pratiques des femmes face à la prévention du cancer du col de l'utérus.



### III.GENERALITES

#### 1. Rappel anatomique et histologique

##### 1.1. Rappel anatomique :

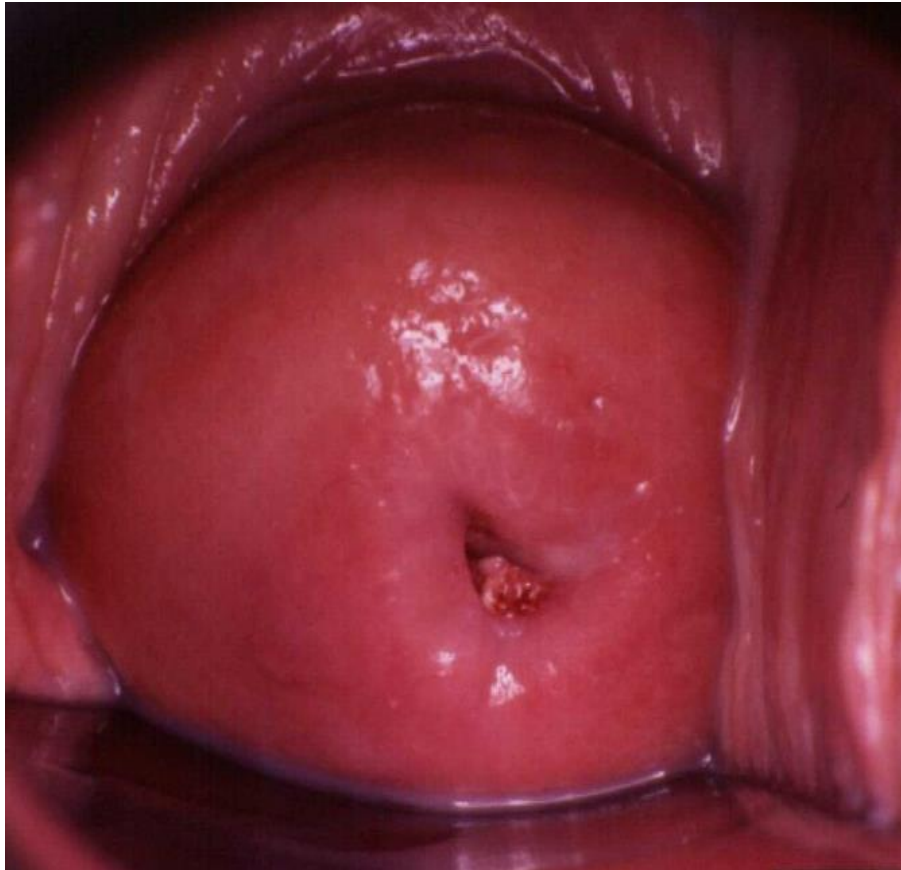


**Figure 1 : coupe frontale de l'appareil génital féminin**

[12]

Le col est la portion fibro musculaire basse de l'utérus. Il comprend une partie supérieure appelée partie 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.

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, 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 [12].**

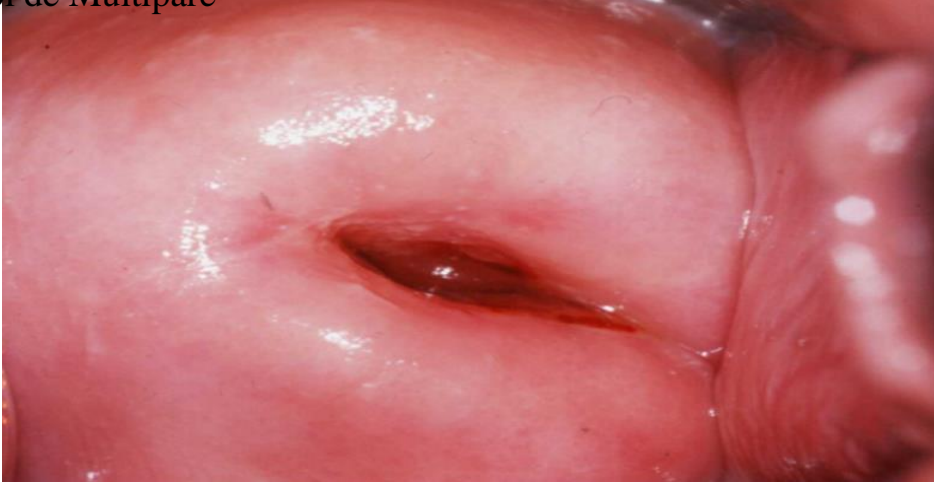
Chez la multipare, il est volumineux et l'orifice externe apparaît sous la forme d'une large fente transversale béante (Figure 3).

Lorsqu'on place le spéculum, la partie visible du col est appelée exocol. Il présente une ouverture appelée l'orifice externe et 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.

## 1.2. Rappel histologique

Il est indispensable pour comprendre les aspects physiologiques et pathologiques.

Col de Multipare



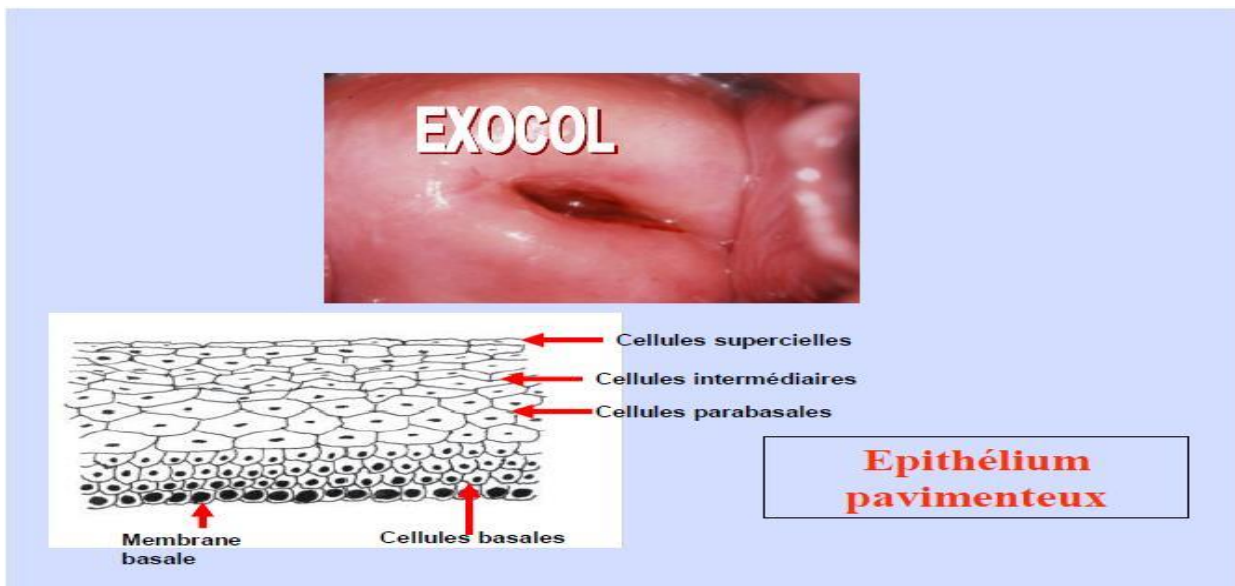
**Figure 3:** Col de multipare présentant un aspect en fente transversale [12].

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 petites tailles, 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 tra-

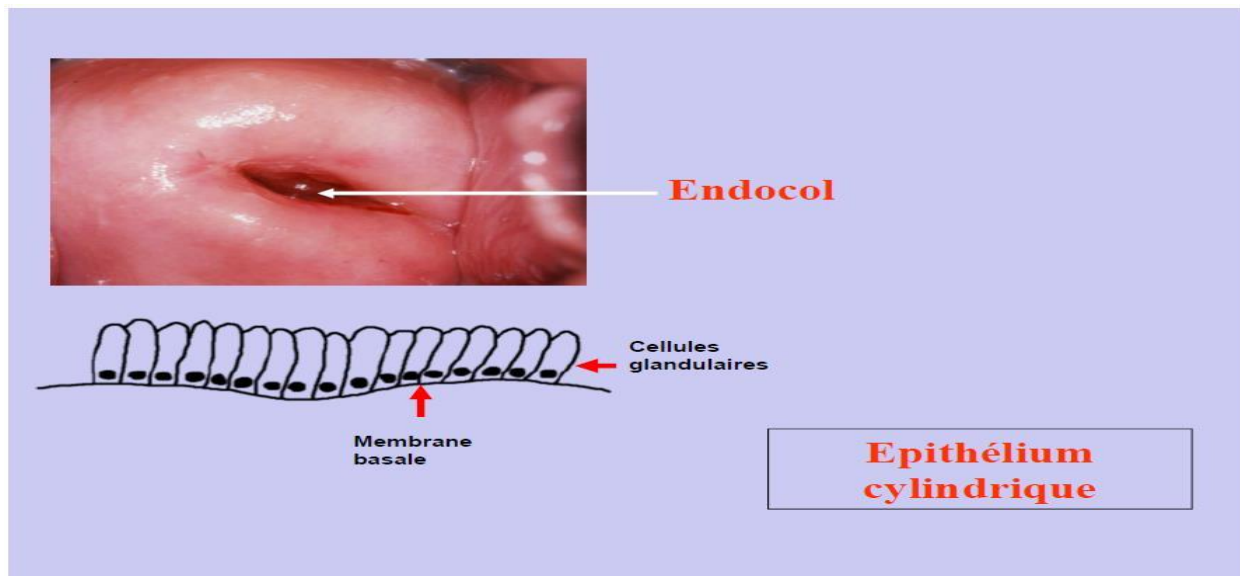
vers cet espace, les cellules sont reliées par des ponts intercellulaires. Ces cellules ont un cytoplasme abondant et clair riche en glycogène ;

- 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 cytoplasme est rempli de glycogène. En présence de lugol, ce glycogène est coloré en brun acajou ; leur noyau est petit et homogène ;
- 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 exo cervicaux.



□ **Figure 4:** Différentes couches d'un épithélium malpighien normal [12]:

Il est tapissé par un épithélium cylindrique uni stratifié, c'est-à-dire constitué d'une seule couche de cellules hautes cylindriques au noyau sombre et un cytoplasme muco sécrétant 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: La jonction pavimento-cylindrique (JPC) [12]:**

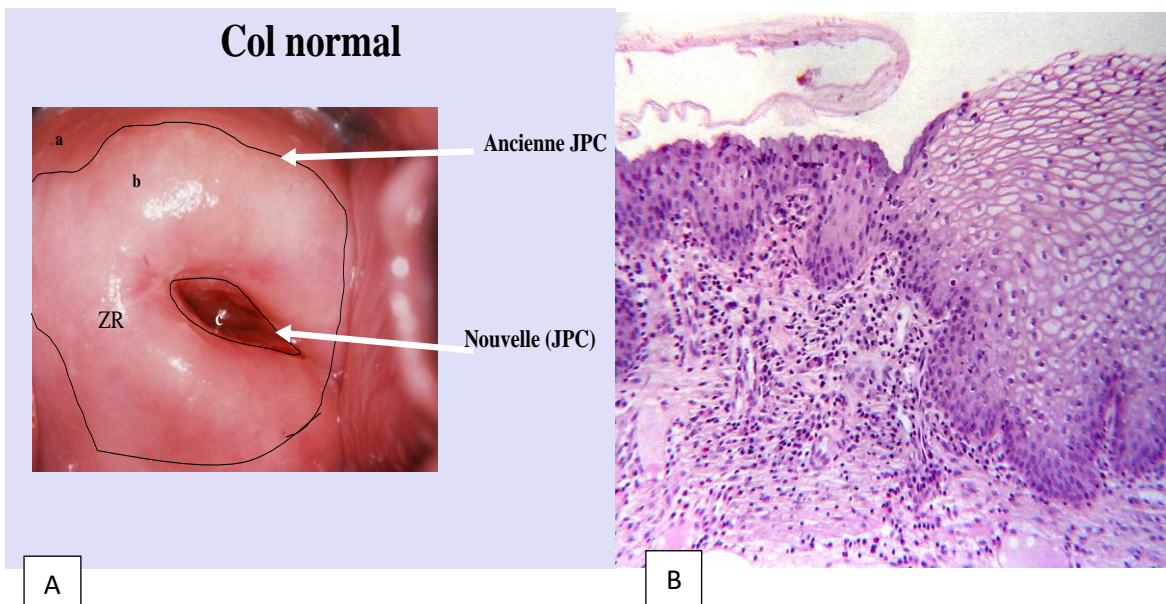
C'est la zone de jonction entre l'épithélium pavimenteux (malpighien) et l'épithélium cylindrique. Elle se présente sous l'aspect d'une ligne étroite. Sa topographie varie en fonction de l'âge, de la parité et du statut hormonal de la femme.

- Chez la fillette et la nullipare l'orifice externe est arrondie, souvent la zone de JPC correspond à l'orifice externe du col ou est très proche de l'orifice externe.
- Chez la jeune femme en début de la période de reproduction elle est éloignée de l'orifice externe suite à une éversion de l'épithélium cylindrique sur une large portion de l'exocol (ectropion).
- Chez la femme d'une trentaine d'année en période de reproduction, elle se rapproche de l'orifice externe. La JPC apparaît sous la forme d'une ligne blanche après l'application d'une solution d'acide acétique à 5%, à cause de la présence d'un épithélium pavimenteux métaphasique immature adjacent à la nouvelle JPC.
- A la pré-ménopause la nouvelle jonction pavimento-cylindrique se situe au niveau de l'orifice interne à cause de la diminution du taux d'œstrogène entraînant une diminution de la taille du col et par conséquent

un déplacement plus rapide de la jonction pavimento-cylindrique vers le canal endocervical.

- Après la ménopause, la nouvelle JPC n'est plus visible. Elle a disparu dans l'endocol. L'épithélium pavimenteux métaphasique mature s'étend sur presque tout l'exocol et se situe dans le canal endocervical donc n'est presque pas visible.

Entre ces 2 épithéliums, il se forme une zone où l'épithélium cylindrique est remplacé par un épithélium métaphasique pavimenteux : cette zone est fragile, ulcérable, subit des remaniements mécaniques et inflammatoires entraînant l'existence de lésions : elle est appelée *zone de remaniement (ZR)*. Cette zone de remaniement mesure d'après Fluhmann F. 6mm de long en moyenne (1 à 10mm) chez l'adulte. C'est dans cette zone que débute généralement les néoplasies cervicales à proximité de la jonction pavimento-cylindrique (Figure 6) [12, 13]



**Figure 6** : Aspects normaux macroscopique (A) et histologique (B) de la JPC [12]

## **Principes physiopathologiques des tests**

### **□ Le test à l'acide acétique ou inspection visuelle après application de l'acide acétique (IVA)**

L'acide acétique à 5% provoque une coagulation ou une précipitation réversible des protéines cellulaires. Il provoque également un gonflement du tissu épithélial au niveau de l'épithélium cylindrique et des régions présentant notamment des anomalies de l'épithélium pavimenteux. Par ailleurs, il entraîne une déshydratation des cellules et facilite la coagulation et l'élimination du mucus sur le col utérin.

Avant l'application de l'acide acétique, l'épithélium pavimenteux normal apparaît rose et l'épithélium cylindrique rouge, à cause de la réflexion de la lumière à partir du stroma sous-jacent richement vascularisé.

Lorsqu'on applique de l'acide acétique sur un épithélium contenant de fortes quantités de protéines cellulaires, la coagulation sera maximale et masquera la couleur rouge du stroma. Cette réaction acidophile se traduit par un blanchissement notable de l'épithélium malpighien comparé à la couleur rosâtre habituelle de l'épithélium cervical pavimenteux normal environnant. Cet effet, généralement visible à l'œil nu, dépend donc des taux de protéines cellulaires présentes dans l'épithélium malpighien. Les modifications de coloration les plus perceptibles s'observent dans les zones qui sont le siège d'une intense activité nucléaire et dont les taux d'ADN sont élevés. Ainsi, quand on badigeonne d'acide acétique un épithélium pavimenteux normal, l'acide ne provoque qu'une légère coagulation dans la couche cellulaire superficielle, car l'activité nucléaire y est faible. Malgré qu'en profondeur, les cellules contiennent plus de protéines nucléaires, l'acide acétique ne peut y pénétrer suffisamment et la précipitation qui en résulte ne suffit pas à masquer la couleur rose du stroma sous-jacent.

Au contraire, les dysplasies et les cancers invasifs présentent de fortes quantités de protéines nucléaires (étant donné le grand nombre de cellules indifférenciées), si bien que la coagulation est maximale et empêche la lumière de passer à travers l'épithélium malpighien. Par conséquent, le réseau vasculaire sous épithélial est masqué et l'épithélium malpighien apparaît nettement blanc. Dans le cas d'une CIN, la réaction acidophile est limitée à la zone de remaniement, près de la jonction pavimento-cylindrique, tandis que dans le cas d'un cancer, cette réaction affecte souvent la totalité du col.

L'apparition d'une réaction acidophile ne se limite pas aux néoplasies cervicales intra épithéliales (CIN) et au cancer débutant, elle est aussi observée dans la métaplasie pavimenteuse immature, l'épithélium en cours de cicatrisation et de régénération (associé à une inflammation), la leucoplasie (hyperkératose) et le condylome.

L'aspect de la CIN et du cancer invasif infra-clinique, apparaît dense, épais et opaque, avec des bords bien délimités par rapport à l'épithélium malpighien normal environnant. L'épithélium acidophile dans la métaplasie immature, l'inflammation, l'épithélium en cours de régénération, apparaît moins blanc, opalescent, plus mince et souvent translucide, aux contours mal définis, avec une distribution inégale.

En présence d'une inflammation ou d'une cicatrisation, la réaction acidophile est largement répandue sur tout le col utérin et ne se limite pas à la zone de remaniement. D'autre part, l'effet de l'acide acétique se dissipe rapidement dans le cas de la métaplasie immature et de l'inflammation (en moins d'une minute), tandis que les modifications acidophiles associées aux lésions de CIN et aux stades précoces du cancer invasif infra-clinique, apparaissent rapidement et persistent quelques minutes : entre 3 et 5 minutes dans le cas des CIN de haut grade (2 et 3) et du cancer invasif.

Sous l'effet de l'acide acétique, la leucoplasie et le condylome se manifestent par l'apparition d'une zone blanc-grisâtre bien nette.

□ **Le test au lugol ou Inspection visuelle après application au lugol**

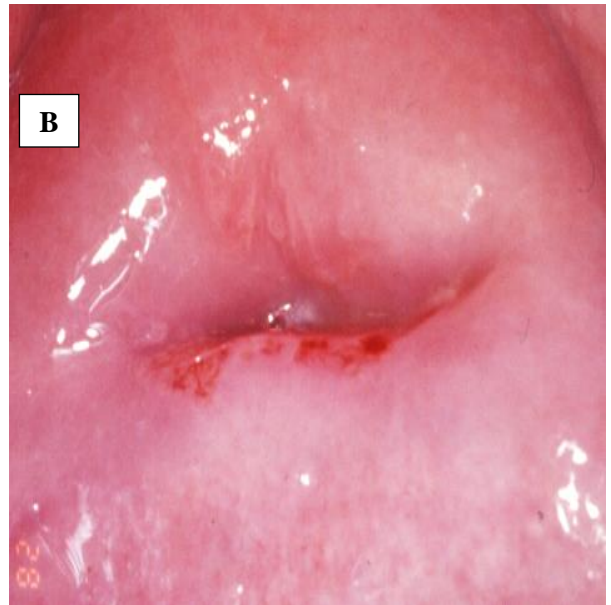
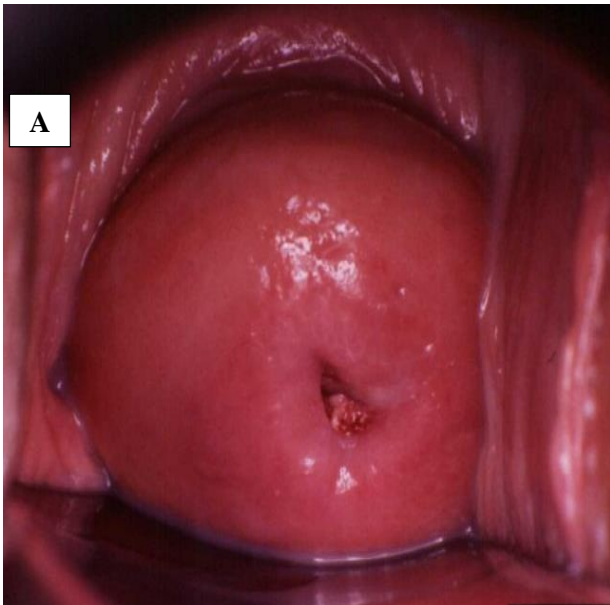


### **(IVL) ou test de Schiller**

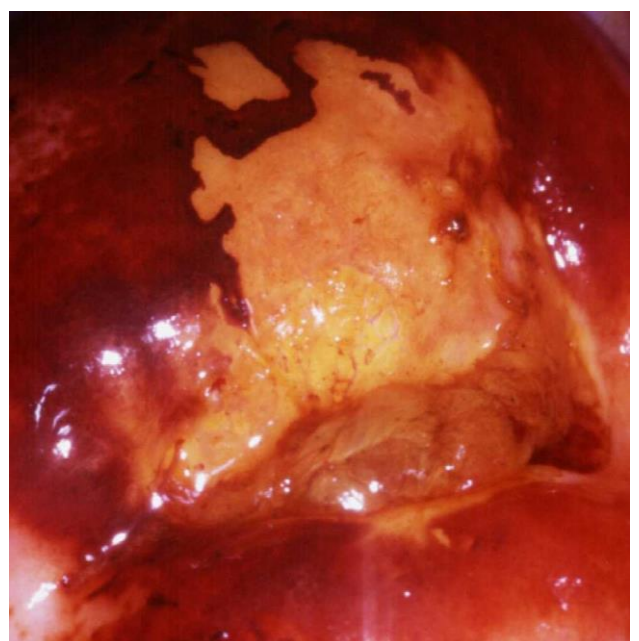
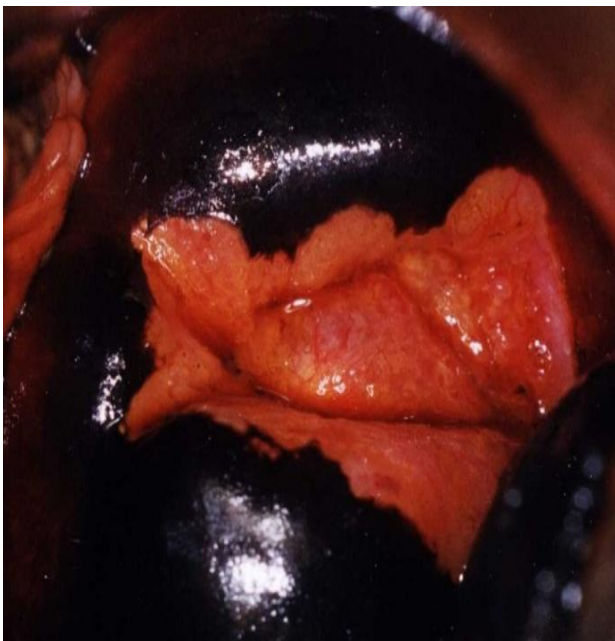
L'épithélium métaphasique normal pavimenteux est riche en glycogène, tandis que les lésions de CIN ou le cancer invasif ne contiennent pas de glycogène ou très peu. L'épithélium cylindrique, lui aussi, ne contient pas de glycogène, de même que l'épithélium pavimenteux métaphasique immature qui n'est que rarement ou partiellement glycogéné.

L'iode étant lyophile, une solution iodée sera donc absorbée par un épithélium riche en glycogène. C'est la raison pour laquelle, l'épithélium pavimenteux normal riche en glycogène prend une coloration noire ou brun-acajou après application d'iode. L'épithélium cylindrique qui ne contient pas de glycogène, ne prend pas la coloration à l'iode, et peut même paraître légèrement décoloré à cause de la fine pellicule déposée par la solution iodée. De même, les zones tapissées par un épithélium pavimenteux métaphasique immature restent iodo-négatives ou ne prennent que partiellement la coloration à l'iode. En cas d'érosion des couches cellulaires superficielles et intermédiaires associée à une inflammation de l'épithélium pavimenteux, ces zones ne prennent pas la coloration à l'iode et apparaissent nettement décolorées sur un fond brun ou noir. Les zones affectées par une CIN ou un cancer invasif sont également iodo- négatives (puisqu'elles sont déficientes en glycogène) et apparaissent sous l'aspect de régions jaune-moutarde ou jaune safran, épaisses. Les zones leucoplasies (hyperkératose) sont elles aussi iodo-négatives.

Quant aux condylomes, ils peuvent occasionnellement prendre la coloration à l'iode de façon partielle.



**Figure 7** : Col négatif (A) et positif (B) à l'acide acétique [12].



**Figure 8** : Col négatif (A) et positif (B) au soluté de Lugol [12].

**A**

**B**

## **IV. METHODOLOGIE**

### **1. Cadre d'étude**

Notre étude s'est déroulée dans le centre de santé de référence de la commune V (CS Réf CV) de Bamako. Un hôpital de niveau II de référence selon la pyramide sanitaire du Mali appelé centre de santé de référence de la commune V (CS Réf CV) de Bamako.

#### **1.1. Présentation de la Commune V**

Le Centre de Santé de Référence de la Commune V est situé au Quartier- Mali. Le quartier mali est l'un des huit quartiers qui constitue la Commune V du District de Bamako. Elle couvre une superficie de 41km<sup>2</sup>. Elle est limitée au Nord par le fleuve Niger, au Sud par la zone aéroportuaire de la Commune de Kalabancoura (Kati), à l'Est par la Commune VI et le fleuve Niger. Les huit quartiers qui composent la commune V sont : Sema I, Badalabougou, Torokorobougou, Quartier Mali, Bacodjicoroni, Sabalibougou, Kalabancoura et Daoudabougou. Le Centre de Santé de Référence de la Commune V fut créé en 1982 avec comme appellation Service Socio Sanitaire de la Commune V (en regroupement avec le service Social de la Commune V). Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé dans chaque commune du district de Bamako, le CS Réf de la commune V fut créé pour assurer les activités courantes avec un plateau minimal. Il fut créé aussi dans le cadre de la Politique Sectorielle de Santé et de Population ; et conformément au Plan de Développement Socio Sanitaire des Communes (PDSC). C'est ainsi que la carte sanitaire de la Commune V a été élaborée en plusieurs aires de Santé c'est-à-dire la création de 12 CSCom (Centre de Santé Communautaire) et 1 Centre de Santé Confessionnel. Sur les 13 Aires de Santé, 12 CSCom sont fonctionnels. A ces différentes aires de santé s'ajoute le Centre de Santé de référence. Il faut noter que 2 CSCom sont en voie d'ouverture.

Toujours dans le cadre de la Politique Sectorielle ; en 1993 le Centre de Santé de Référence de la Commune V a été choisi pour tester le système de référence décen-

tralisé. Ceci a été couronné de succès grâce à l'équipement du Bloc Opérateur. C'est ainsi que le CS Réf de la commune V fut nommé Centre Pilote du District de Bamako.

C'est à partir de ce succès que le système de référence a été instauré dans les autres communes du district de Bamako. De nos jours, le Centre de Santé de Référence de la Commune V (CS Réf CV) est composé d'unités et de sections qui sont :

### **1.2. Description du service de gynécologie obstétrique du CS Réf CV :**

Il comporte :

Unité hospitalisation bloc opératoire, Un hangar d'attente,

Unité de Consultation Périnatale (CPN), Unité de grossesse pathologique.

Une unité de PTME (Prévention de la Transmission Mère Enfant)

Une salle de travail avec deux lits,

Une salle d'accouchement avec 4 tables,

Une unité des suites de couche avec 5 lits,

Une salle de garde pour sages-femmes,

Une salle de garde pour les Internes

Une salle de garde pour les DES (Diplôme d'Etudes Spéciales)

Une salle de garde pour les infirmières et les aides-soignantes,

Un bureau pour la sage-femme maitresse,

Sept salles d'hospitalisations de 5 lits chacune et 3 salles VIP (Very important person) ou salle unique d'un lit avec commodité

Unité de Consultation Postnatale (CPON),

Unité de Gynécologie,

Unité de Soins Après Avortement (SAA),

Unité de Planification Familiale (PF),

Unité de dépistage du cancer du col de l'utérus,

Un laboratoire de compétence, Unité de One Stop Center

## **1.2. Le Personnel du service de gynécologie obstétrique :**

Il comporte : Six (6) médecins spécialisés en Gynécologie Obstétrique dont un Gynécologue Obstétricien qui est le chef du service de Gynécologie et d'Obstétrique:

Trois médecins spécialisés en chirurgie générale,

Un médecin anesthésiste réanimateur

Six techniciens supérieurs en anesthésie réanimation,

Une sage-femme maîtresse

Quarante-quatre sages-femmes,

Quatre infirmiers d'état,

Treize infirmières obstétriciennes,

Cinq instrumentistes,

Un agent technique de santé

Trois aides-soignantes,

Six chauffeurs d'ambulances,

Quatre manoeuvres,

Trois gardiens.

Dans le cadre de la formation, le service reçoit des étudiants dans tous les ordres d'enseignement socio sanitaire dont ceux de la Faculté de Médecine en année de thèse.

## **1.4. Fonctionnement**

Les consultations prénatales sont effectuées par les sages-femmes tous les jours ouvrables. Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les jours ouvrables et les samedis dans le cadre du projet weekend 70.

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au vendredi par les Gynécologues Obstétriciens.

Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynécologiques et obstétricales y compris les cas de violences basées sur le genre (Unité de One Stop Center).

Le bloc opératoire fonctionne tous les jours et vingt-quatre heures sur vingt-quatre dans le cadre de la prise en charge des interventions chirurgicales gynéco obstétricales (urgences et programmées).

Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours à partir de huit heures et quinze minutes pour discuter des évènements qui se sont déroulés pendant la garde.

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par un médecin Gynécologue Obstétricien. Une visite générale dirigée par le chef de service a lieu tous les mercredis. Les ambulances assurent la liaison entre le centre et les CSCom, les CHU Gabriel Touré, Point G et le CNTS (Centre National de Transfusion Sanguine).

Au moins une séance d'audit de décès maternel à lieu une fois par mois.

Une permanence est assurée par une équipe de garde composée de : Un Gynécologue Obstétricien, chef de garde

Cinq étudiants en médecine Faisant Fonction d'Internes (FFI) ;

Deux sages-femmes remplaçables par deux autres toutes les 12 heures et une infirmière obstétricienne / aide-soignante par 24 heures ;

Un assistant médical en anesthésie, le médecin anesthésiste étant en astreinte ;

Un technicien de laboratoire ;

Un instrumentiste ;

Un chauffeur d'ambulance ;

Deux techniciens de surface qui assurent la propreté permanente du service.

Cette équipe dispose de 4 tables d'accouchements, 2 blocs opératoires fonctionnels, d'un stock de sang et d'un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales et chirurgicales.

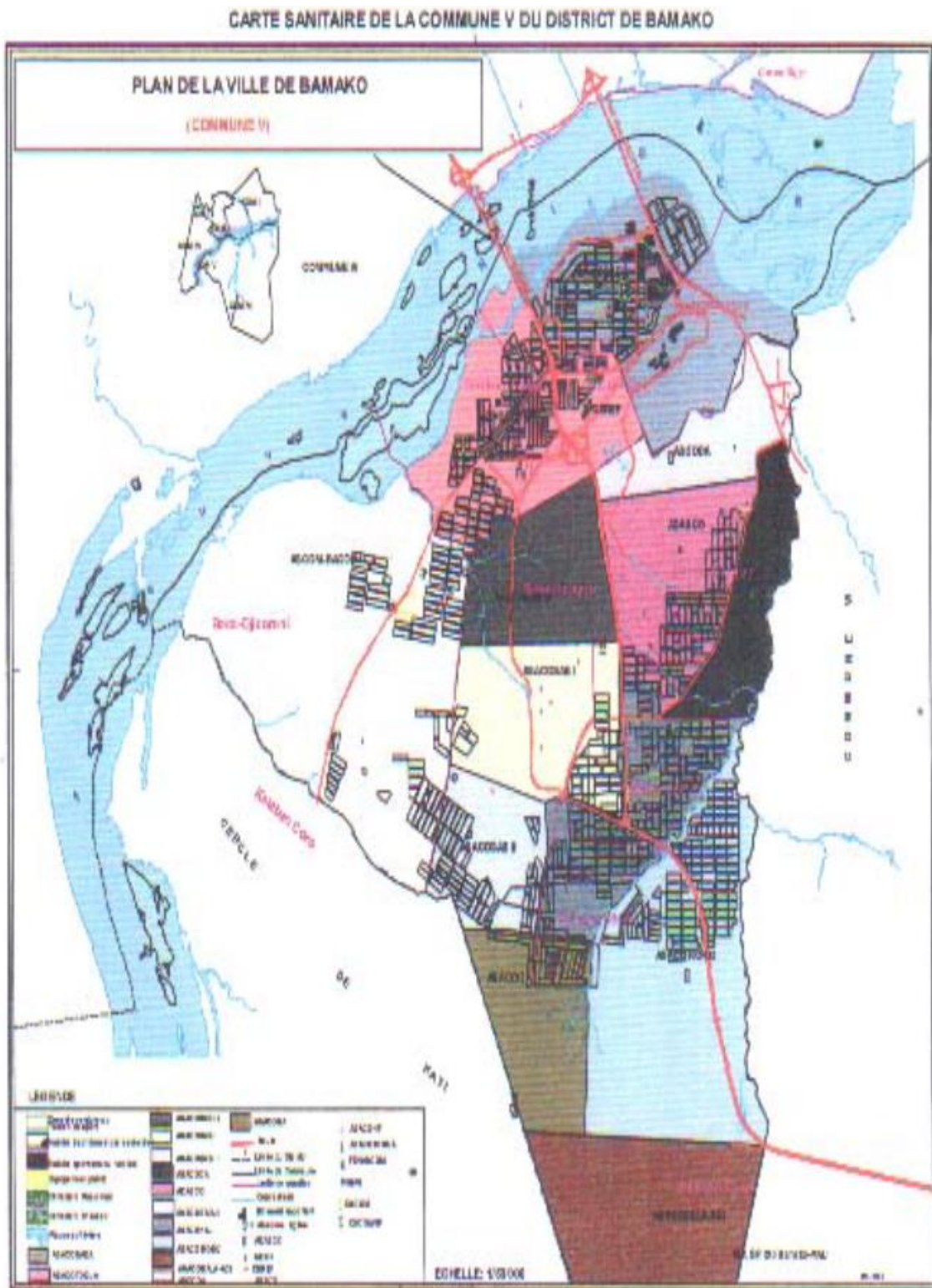


Figure 1: Carte sanitaire de la Commune V.





## **2. Type de d'étude**

Nous avons réalisé une étude transversale, descriptive et analytique au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

## **3. Population**

### **3.1. Période d'étude**

L'étude s'est étendue sur la période allant du 04 Avril au 20 Juillet 2022

### **3.2. Population d'étude**

L'étude a porté sur les femmes ayant sollicité notre service, quelque soit le motif évoqué, durant la période d'étude.

## **4. Echantillonnage**

### **4.1. Taille de l'échantillonnage :**

Nous avons calculé l'échantillon à partir de la formule applique aux études transversales

$$n = \frac{Z^2 \alpha p q i^2}{\alpha}$$

n= taille de l'échantillon

Z=écart réduit de la loi normale=1,96 pour  $\alpha=5\%$

$\alpha$ =seuil de significativité

P=Fréquence relative d'un évènement mesurable sur la question

q=complémentaire de la probabilité avec  $p=1-q$

i=précision varie entre 2% et 8% en général dans les études médicales.

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 5\% \times 14\% \times 2\%}{5\%} = 219$$

### **4.2. Critères d'inclusion**

Ont été incluses dans cette étude, toutes les femmes venues en consultations tout venant et ou les accompagnatrices des autres femmes, âgées de 15ans à 49ans, cela après consentement éclairé.

### **4.3. Critères de non inclusion**

N'ont pas été incluses dans notre étude, les agents de santé, les femmes en situation d'urgence, celles n'appartenant pas à la tranche d'âge de 15ans à 49ans et celles ayant refusé de participer à l'étude.

## **5. Déroulement de l'enquête**

Après explications détaillées du but de l'étude et aussi dans le but de rassurer les femmes, nous leur avons administré un questionnaire préétabli portant sur leurs Connaissances, leurs attitudes et leurs pratiques en matière de prévention du cancer du col de l'utérus.

## **6. Collecte des données**

### **6.1. Source des données**

La source des données était essentiellement basée sur les informations recueillies auprès des femmes répondant à nos critères d'inclusion.

### **6.2. Technique de collecte des données**

Les données ont été collectées à partir d'un questionnaire semi directif interview des femmes après consentement éclairé. Toutes les données ont été recueillies sur la fiche d'enquête sous forme de variable quantitatives (expliquées) ou de variable qualitatives (explicatives). Nous avons établi les corrélations entre les variables à partir des tests statistiques.

## **7. Analyse et traitement des données**

L'analyse statistique seront réalisés avec le logiciel SPSS.

Pour les variables catégorielles (explicatives) ont été comparées par le test de chi<sup>2</sup> (X<sup>2</sup>) ou le test de Fischer.

Les différences entre les variables continues (expliquées) ont été analysées par Test de student.

Une valeur de  $p \leq 0,05$  a été considérée comme statistiquement significative

## **8. Les variables étudiées**

Nous avons étudié les variables suivantes : profil sociodémographique, les connaissances, les attitudes et les pratiques des femmes.

## **9. Aspects éthiques**

L'anonymat et la confidentialité ont été respectés pendant toute la période de l'étude.

## **10. Définitions opérationnelles**

Nulligeste : jamais de grossesse

Primigeste : une seule grossesse

Paucigeste : entre 2 et 3 grossesses

Multigeste : supérieur ou égal 4 grossesses

Nullipare : jamais accouché ;

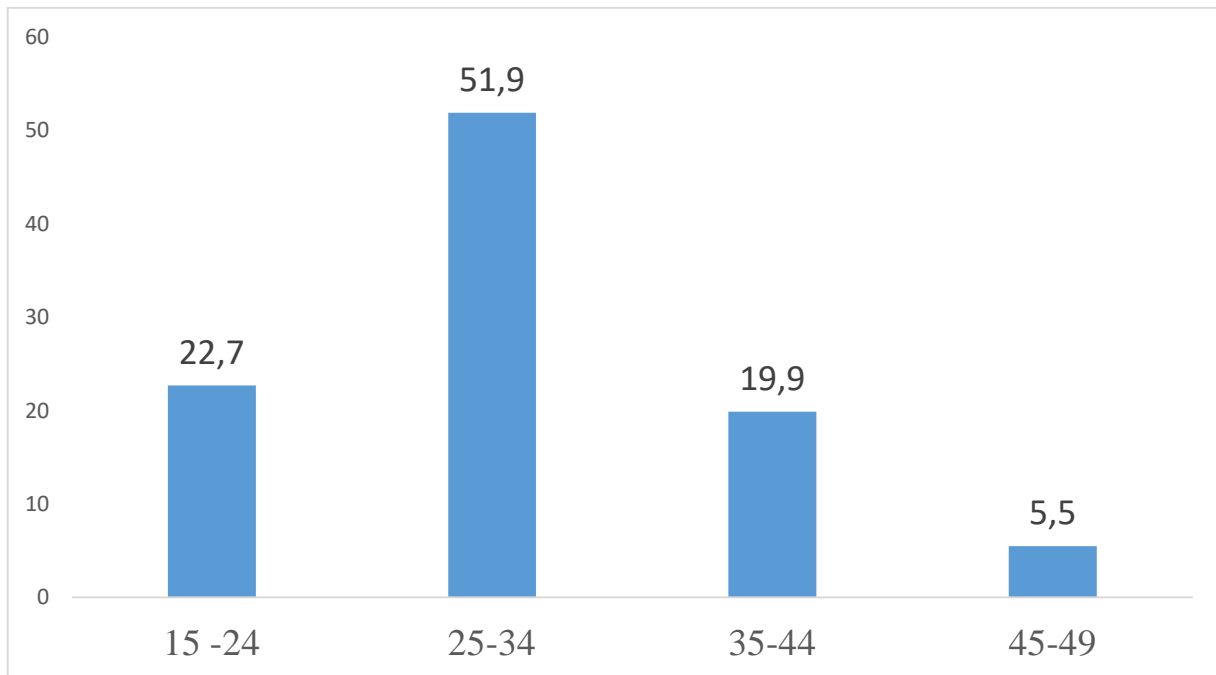
Primipare : accouchée une seule fois ;

Paucipares : entre 2 et 3 accouchements

Multipare : supérieur ou égal 4 accouchements

## V.RESULTATS

### 1.Description générale de l'échantillon



**Figure 2 :** Répartition des femmes selon les tranches d'âge en années

L'âge moyen des femmes étaient de 30 ans avec des extrêmes de 15 ans et 49ans

**Tableau I :** Répartition des femmes selon la tranche la gestité

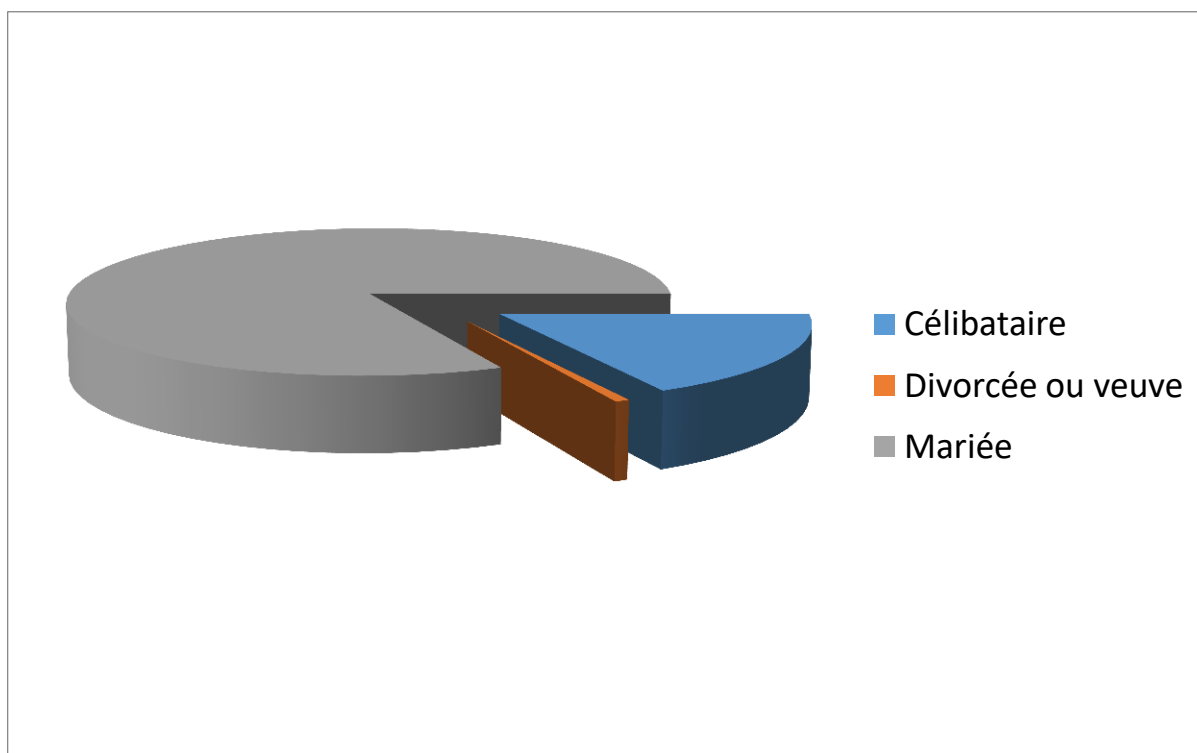
Gestité	Effectif	Pourcentage
Nulligeste	35	12,00
<b>Primigeste</b>	<b>146</b>	<b>50,17</b>
Paucigeste	60	20,60
Paucigeste	60	20,62
Multigeste	50	17,23
Total	291	100

Dans un peu plus d'un cas sur deux, il s'agissait de primigeste

**Tableau II : Répartition des femmes selon la parité**

<b>Parité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Nullipare</b>	<b>171</b>	<b>58,76</b>
Primipare	32	10,99
Paucipare	43	14,77
Multipare	45	15,48
Total	291	100

Un peu moins du tiers de l'échantillon était nullipare



**Figure 3 : Répartition des femmes selon le statut matrimonial**

La majeure partie des femmes étaient mariées soit 82%

**Tableau III : Répartition des femmes selon le régime matrimonial**

<b>Polygamie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>190</b>	<b>65,29</b>
Non	101	34,71
Total	291	100

Plus d'une femme sur 3 vivait dans un régime polygamique

**Tableau IV Répartition des femmes selon la notion d'instruction**

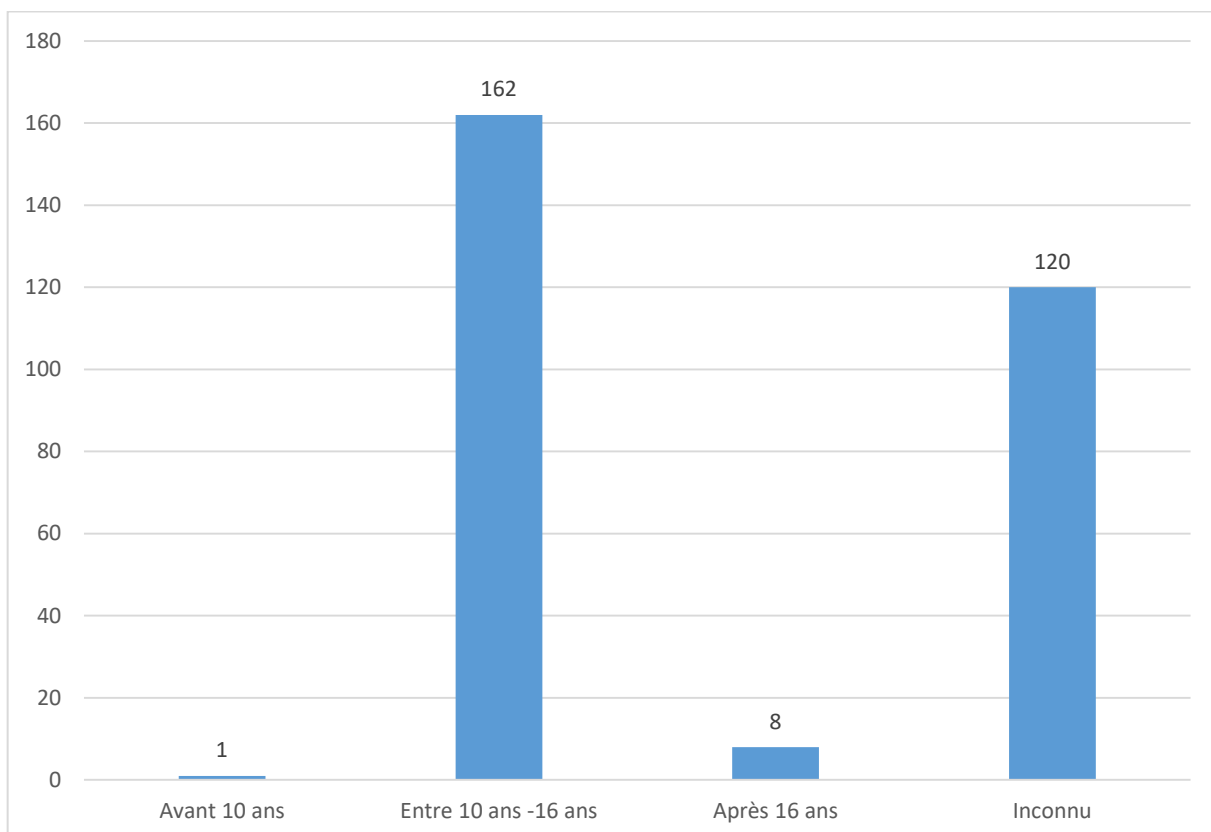
<b>Notion d'instruction</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Scolarisée	135	46,39
<b>Non scolarisée</b>	<b>156</b>	<b>53,61</b>
<b>Total</b>	<b>291</b>	<b>100</b>

Plus de la moitié des femmes n'étaient pas instruites

**Tableau V** Répartition des femmes selon la provenance

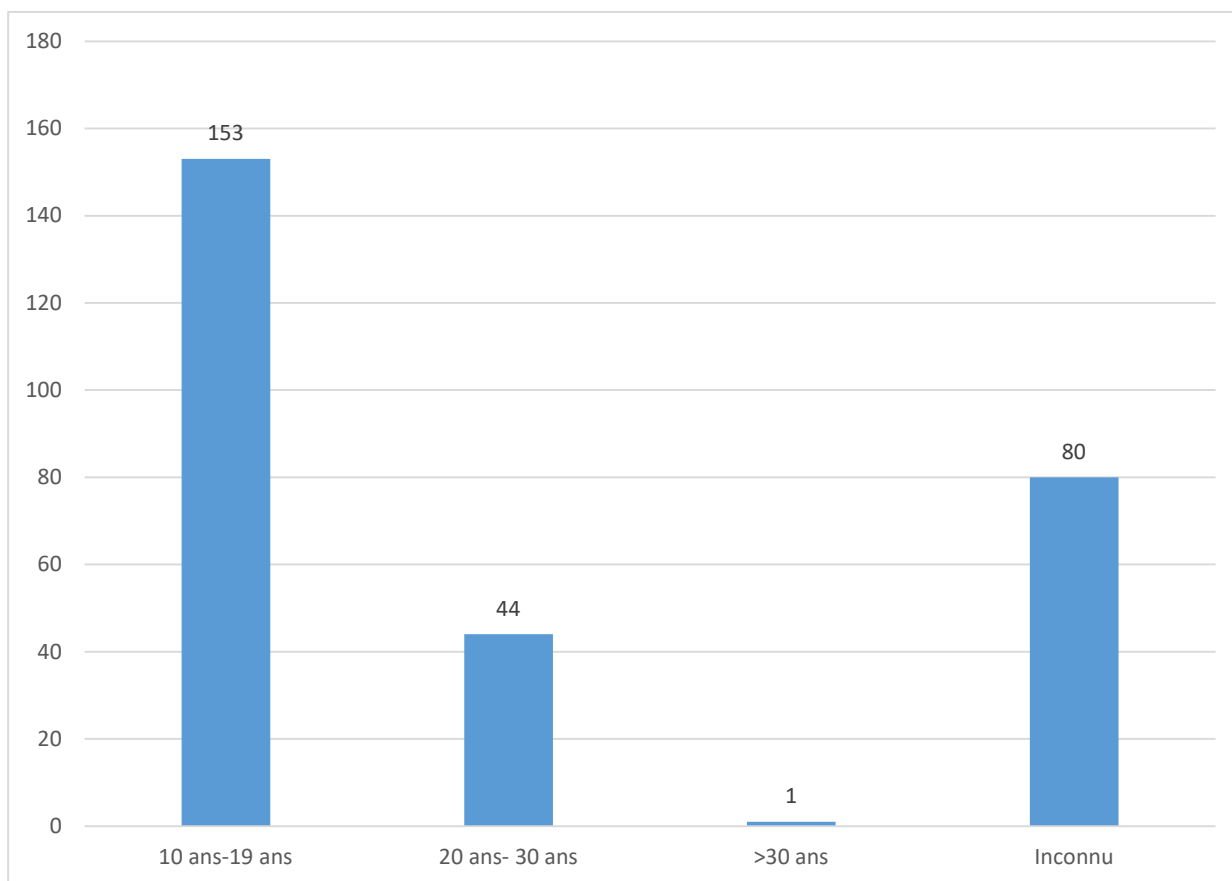
Provenance	Effectif	Pourcentage
Urbain	183	62,89
Rural	108	37,11
Total	291	100

Plus du tiers des femmes provenaient d'un milieu urbain, soit 62,89%



**Figure 4 :** Répartition des femmes selon l'âge à la ménarche





**Figure 5 :** Répartition des femmes selon l'âge au 1er rapport sexuel

**Tableau VI :** Répartition des femmes selon l'utilisation de contraceptifs

Contraception	Effectif	Pourcentage
Non	182	62,54
<b>Oui</b>	<b>109</b>	<b>37,46</b>
<b>Total</b>	291	100

Moins de la moitié de nos femmes utilisaient un contraceptif

**Tableau VII : Répartition des femmes selon le tabagisme passif**

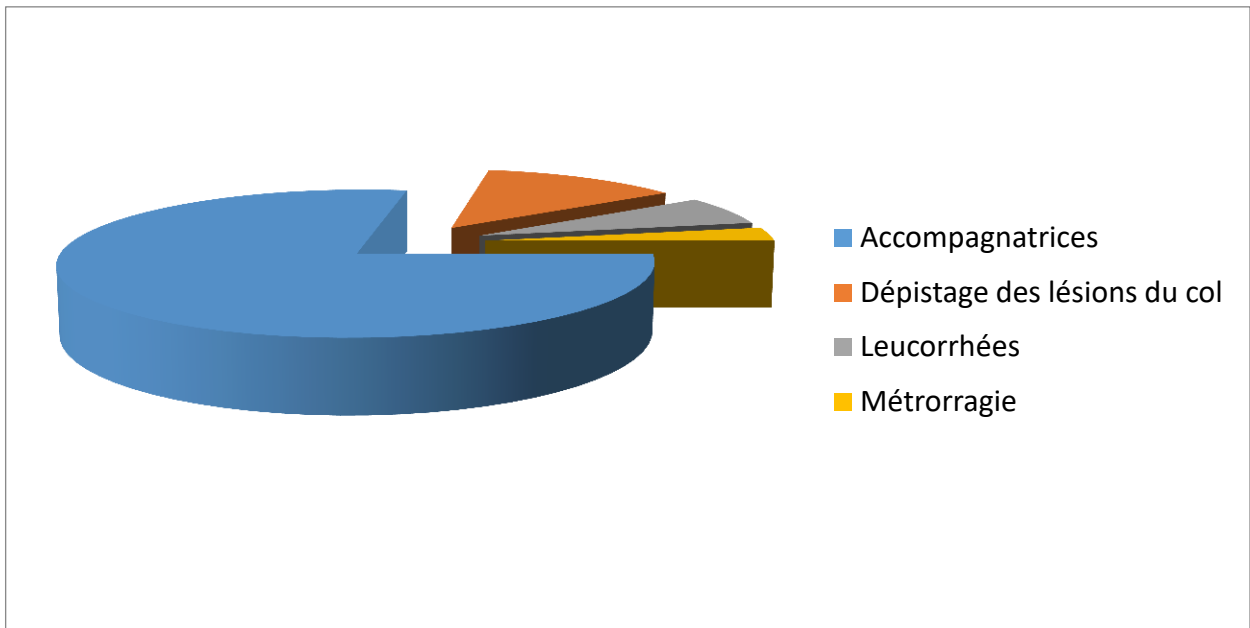
<b>Tabagisme passif</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Non	236	81,10%
<b>Oui</b>	<b>55</b>	<b>18,90%</b>
<b>Total</b>	<b>291</b>	<b>100,00%</b>

Plus du quart de nos femmes étaient des tabagiques passifs

**Tableau VIII : Répartition des femmes selon la ménopause**

<b>Ménopause</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Non	288	98,97%
<b>Oui</b>	<b>3</b>	<b>1,03%</b>
<b>Total</b>	<b>291</b>	<b>100,00%</b>

Seul 1% des femmes étaient ménopausées



**Figure 6 :** Répartition des femmes selon la raison de leur présence au CSRéf au moment du recrutement

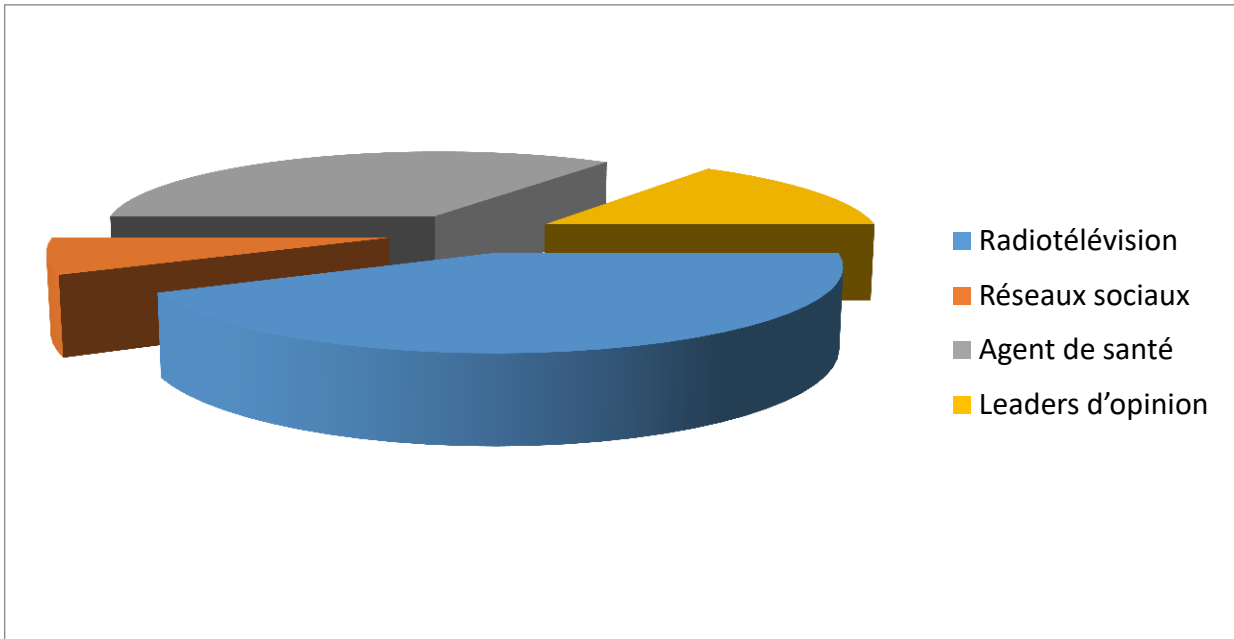
## 2. Etude descriptive et analytique

### 2.1. Connaissance

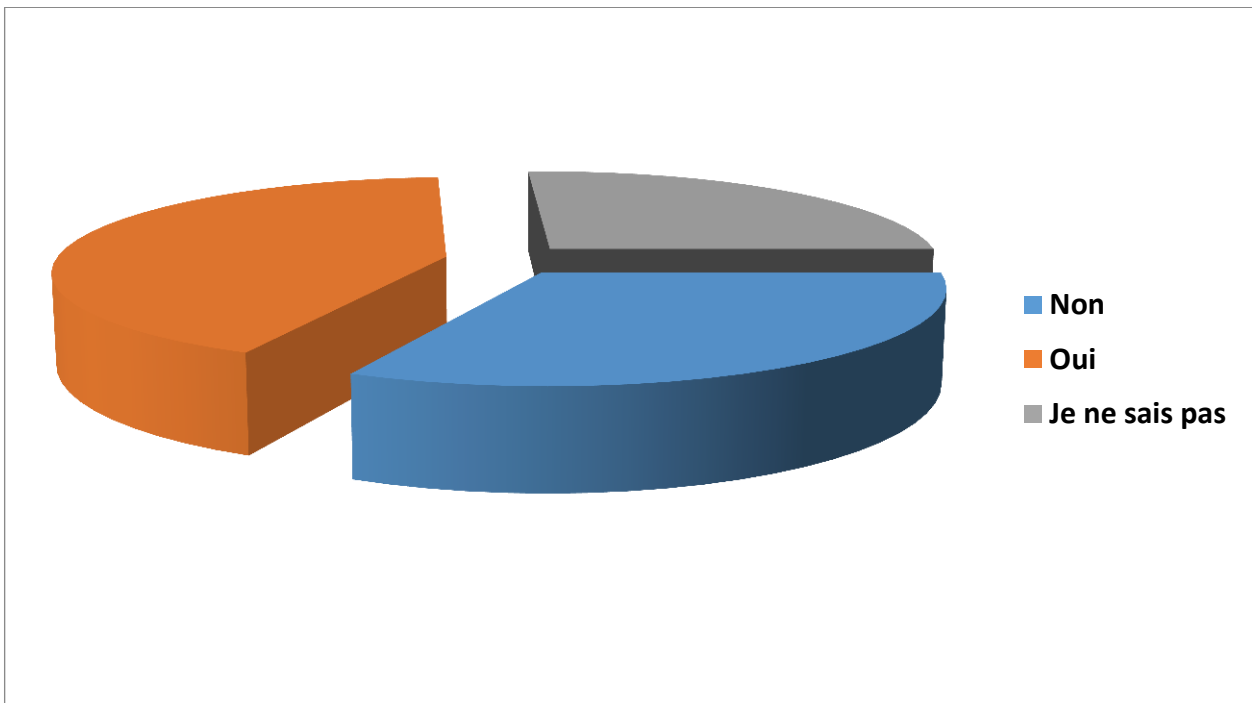
**Tableau IX :** Répartition des femmes selon qu'elles aient ou non entendu parler du cancer du col de l'utérus

Avoir entendu parler du cancer du col de l'utérus	Effectif	Pourcentage
Non	73	25,09
<b>Oui</b>	<b>218</b>	<b>74,91</b>
<b>Total</b>	291	100

Presque les 3/4 de nos femmes ont entendu parler du cancer du col de l'utérus

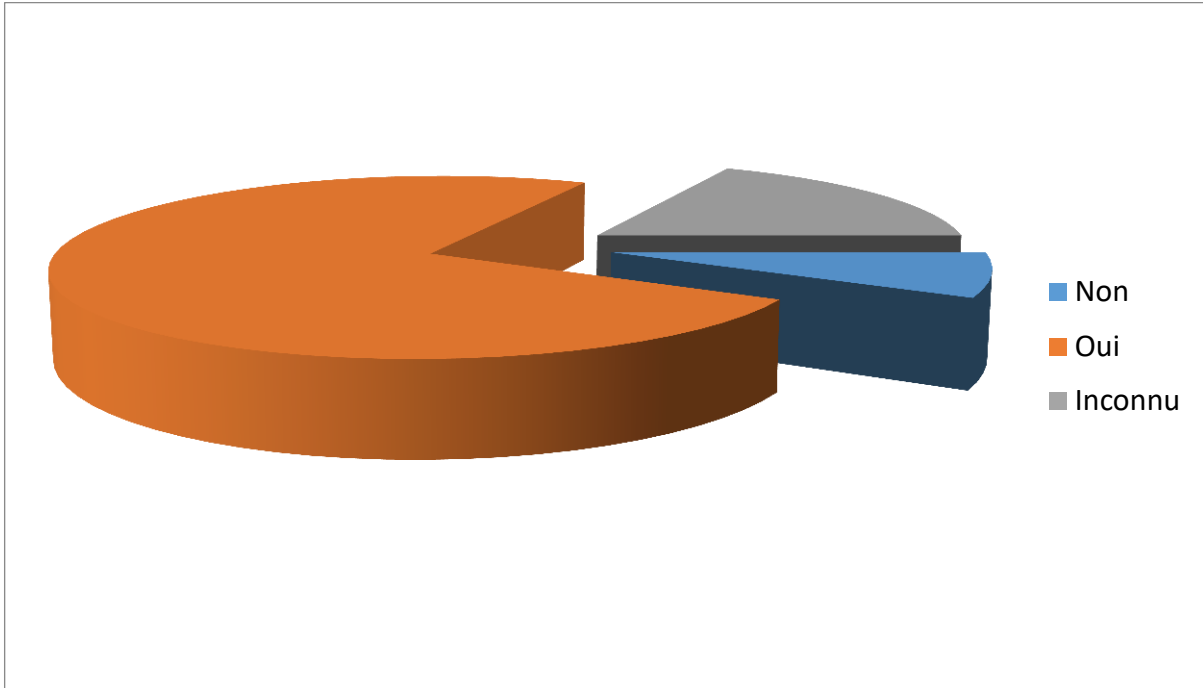


**Figure 7 :** Répartition des femmes selon leurs sources d'information sur le cancer du col de l'utérus

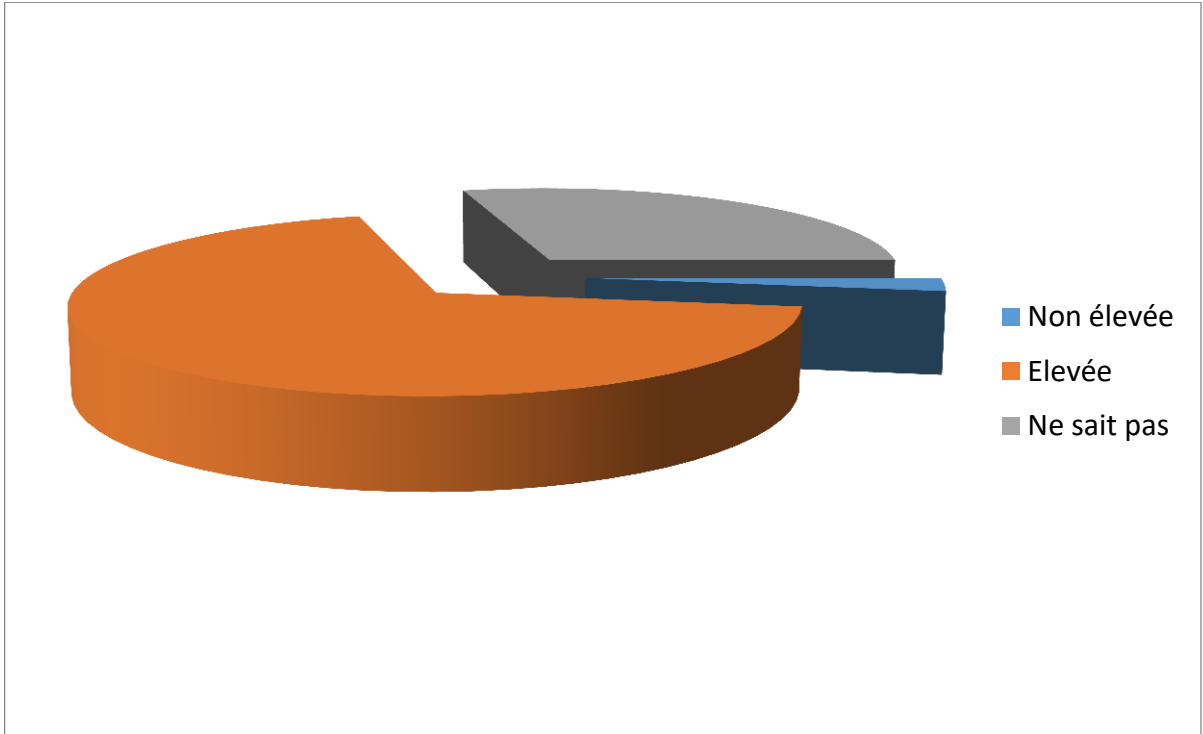


**Figure 8 :** Répartition des femmes selon leur avis sur la fréquence du cancer du col

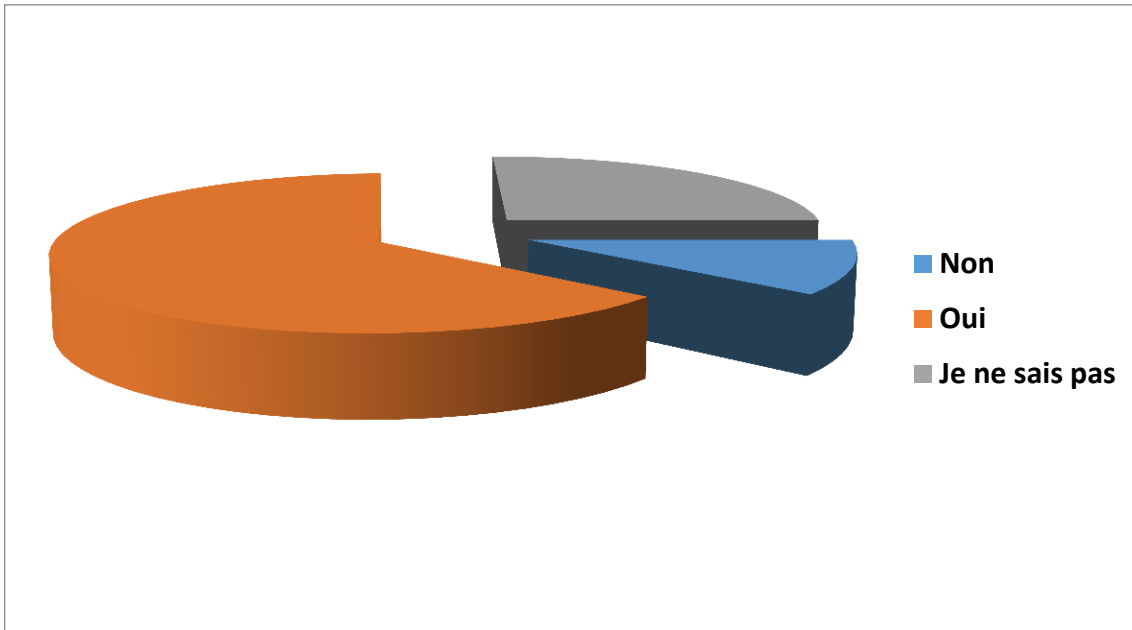
Plus de 40% des femmes trouvaient que le cancer du col est fréquent



**Figure 9 :** Répartition des femmes selon leur avis sur la gravité du cancer du col  
 Environ  $\frac{3}{4}$  des femmes trouvaient que le cancer du col de l'utérus est grave

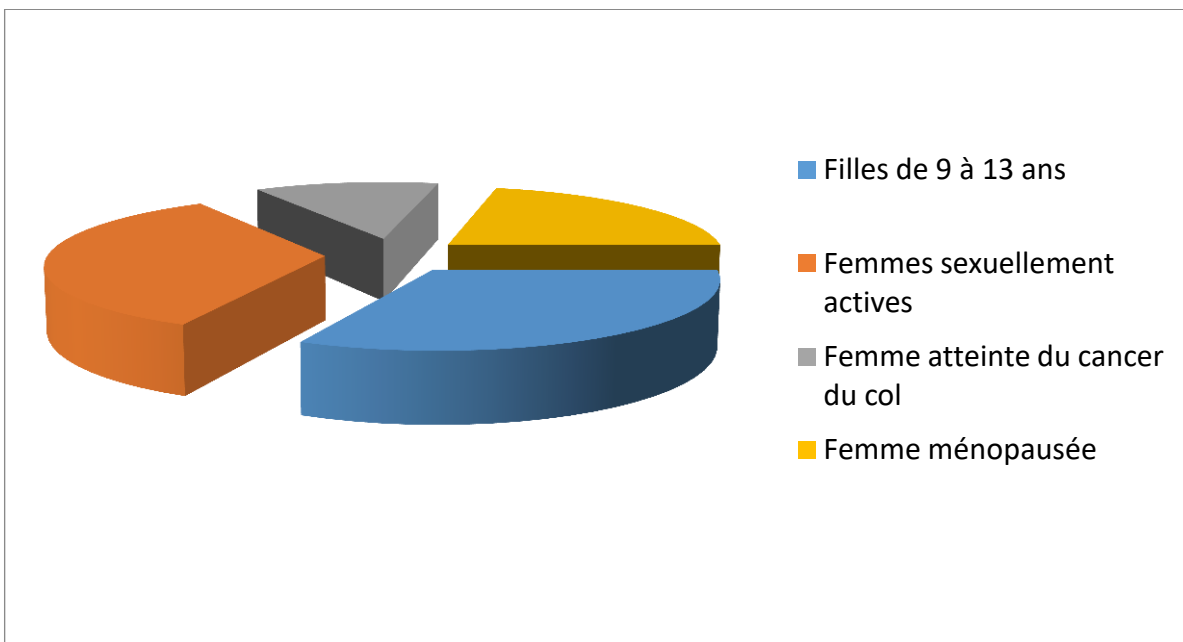


**Figure 10 :** Répartition des femmes selon le degré de létalité  
 Près de 7/10 des femmes trouvaient le cancer du col létal.



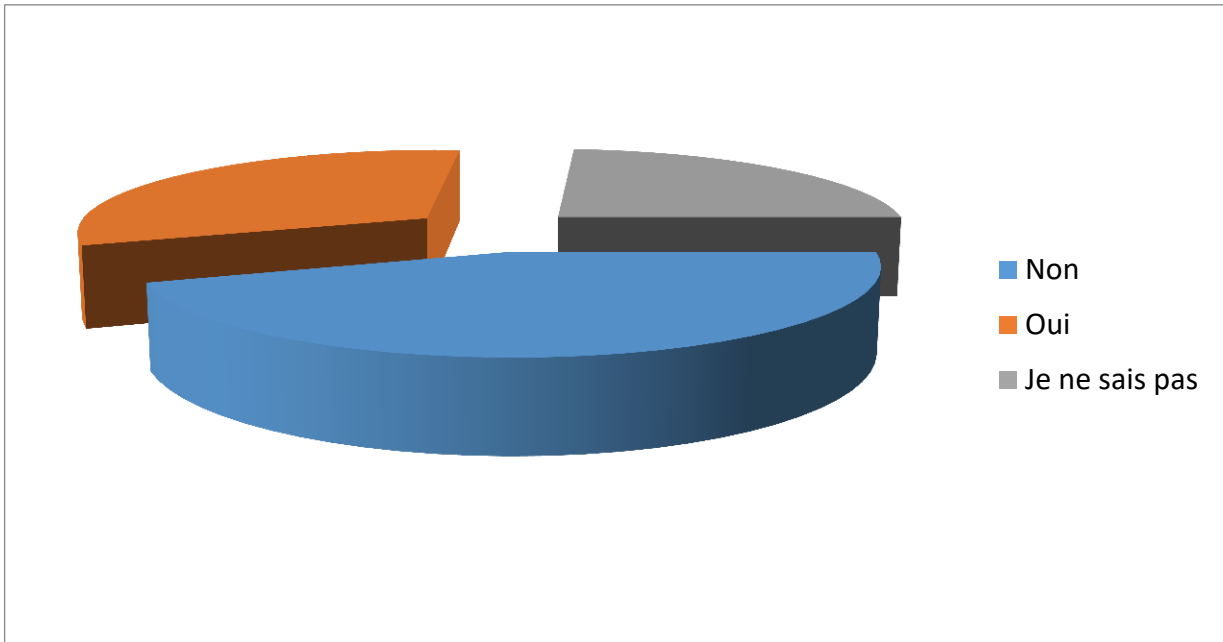
**Figure 11 :** Répartition des femmes selon leurs connaissances sur la possibilité de prévenir du cancer du col

Plus du 1/3 des femmes savaient qu'il était possible de prévenir le cancer du col de l'utérus



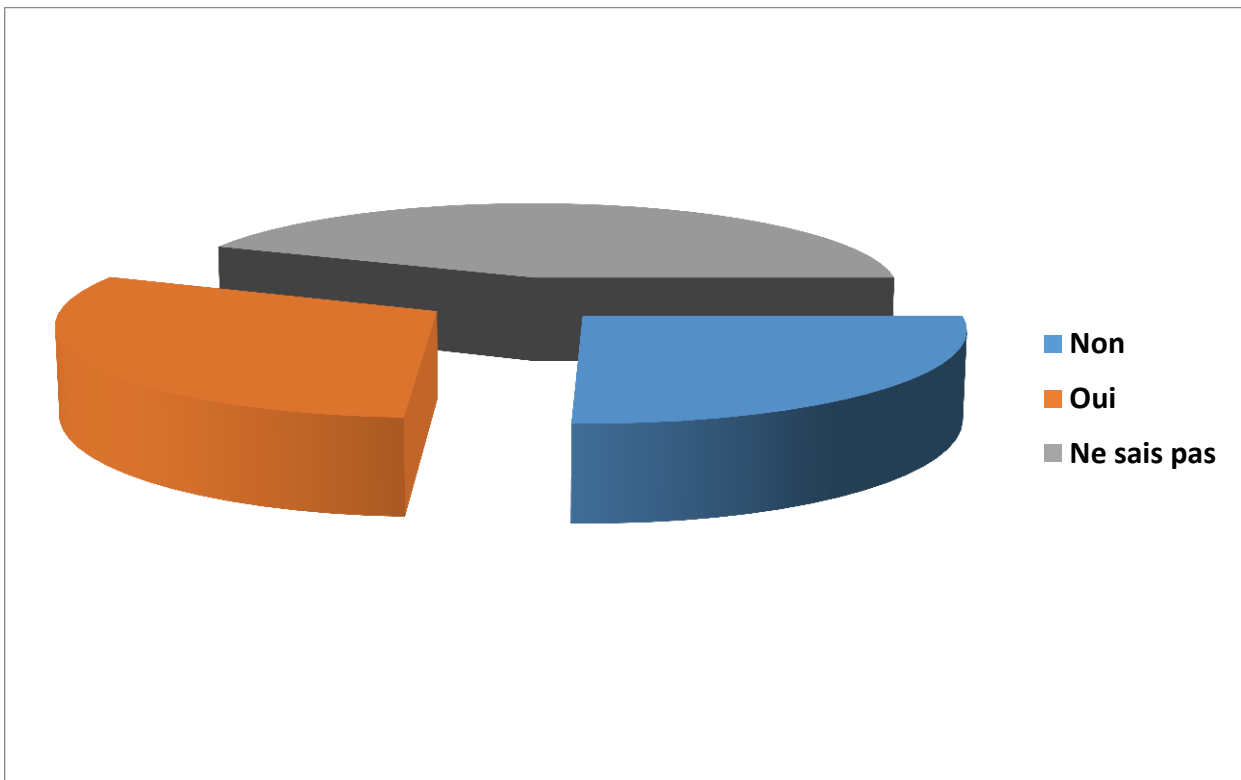
**Figure 12 :** Répartition des femmes selon leurs connaissances sur la cible de la vaccination

Environ 40% des femmes connaissaient la cible principale de la vaccination contre l'HPV



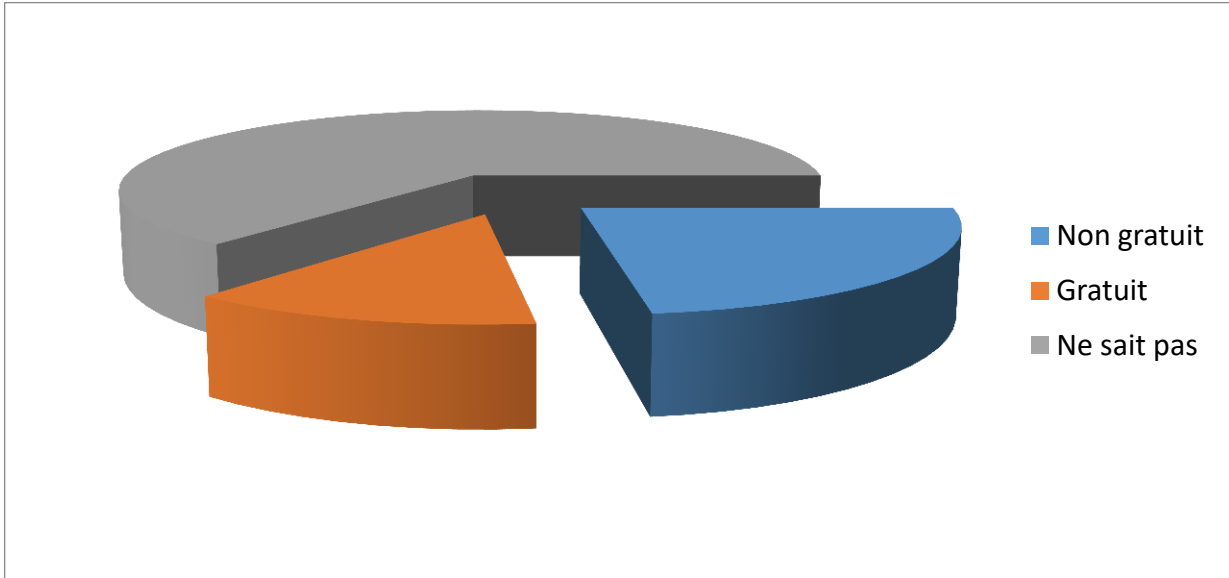
**Figure 13 :** Répartition des femmes selon leur connaissance de l'existence d'un vaccin

Près de 45% des femmes ignoraient l'existence de vaccin anti HPV



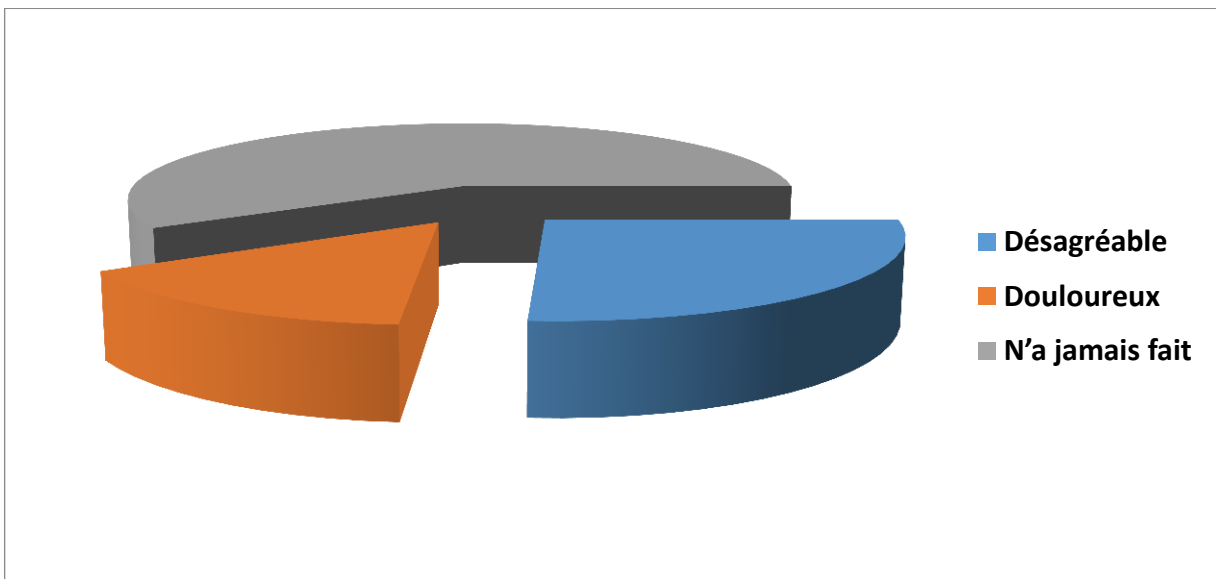
**Figure 14 :** Répartition des femmes selon la disponibilité d'un vaccin

Plus 1/4 des femmes ignoraient la disponibilité du vaccin au Mali



**Figure 15 :** Répartition des femmes selon leurs avis sur le coût

Plus 64% des femmes ne se sont pas prononcées sur le coût du vaccin anti HPV



**Figure 16 :** Répartition des femmes selon leur appréciation sur le dépistage du cancer du col

Un peu plus du quart des femmes trouvaient le dépistage désagréable



**Tableau X** : Répartition des femmes selon leurs connaissances des facteurs risque du cancer du col de l'utérus

<b>Connaissances des facteurs de risque du col</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Tabac	2	0,68
IST	25	8,59
Hérédité	4	1,37
Multiparité	2	0,68
Partenaire sexuel multiple	9	3,09
Rapport sexuel	17	5,84
Prise de pullule	1	0,34
<b>Ne sait pas</b>	<b>231</b>	<b>79,41</b>
<b>Total</b>	<b>291</b>	<b>100</b>

Près de 8 femmes sur 10 ne connaissaient aucun facteur de risque du cancer de col de l'utérus

**Tableau XI** : Relation entre l'âge et le fait de vouloir conseiller le dépistage à une proche

Age	vouloir conseiller le dépistage à une proche		Total
	Non	Oui	
<b>15-24</b>	56	10	66
<b>25-34</b>	114	37	151
<b>35-44</b>	46	12	58
<b>45-49</b>	11	5	16
<b>Total</b>	227	64	291

Khi= 3,2119 ; P value= 0,3601

Il n'existe pas de relation significative entre l'âge et le fait de vouloir conseiller le dépistage à une proche

**Tableau XII** : Relation entre instruction et le fait d'avoir entendu parler du dépistage du cancer du col de l'utérus

Notion d'instruction	Entendre parler du dépistage		Total
	Non	Oui	
<b>Non instruite</b>	87	69	156
<b>Instruite</b>	38	97	135
<b>Total</b>	125	166	291

Khi=22,5328 ; p value = 0,000

Il existe un lien statistiquement significatif entre la notion d'instruction et le fait d'avoir entendu parler le cancer du col (p = 0,000).

**Tableau XIII** : Relation entre l'âge au 1<sup>er</sup> rapport sexuel et la connaissance sur la possibilité de prévenir le cancer du col de l'utérus

Age 1 <sup>er</sup> rapport sexuel	Possibilité de prévenir le cancer du col			Total
	Non	Oui	Je ne sais pas	
15 à 24	13	94	36	153
25 à 34	5	33	6	44
35-44	0	1	0	1
45-49	4	57	32	93
<b>Total</b>	32	185	74	291

Khi= 22,9296 ; p value = 0,0283

Il existe une relation statistiquement significative entre l'âge au 1<sup>er</sup> rapport sexuel et la connaissance sur la possibilité de prévenir le cancer du col de l'utérus (p = 0,0283).

**Tableau XIV** : Relation entre le statut matrimonial et le fait d'avoir entendu parler du cancer du col de l'utérus

Statut matrimonial	Avoir entendu parler du cancer du col de l'utérus		Total
	Non	Oui	
Célibataire	6	45	51
Mariée	66	172	238
Divorcée ou veuve	1	1	2
<b>Total</b>	73	218	291

Khi= 6,3625 ; p value = 0,0415

Il existe un lien statistiquement significatif entre le statut matrimonial et le fait d'avoir entendu parler du cancer du col de l'utérus (p=0,0415)

## 2.2. Attitudes

**Tableau XV** : Répartition des femmes selon qu'elles aient ou non déjà fait la vaccination contre le cancer du col de l'utérus.

<b>Avez-vous déjà fait la vaccination</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Non	291	100
Total	291	100

Aucune femme n'avait fait la vaccination

**Tableau XVI** : Répartition des femmes selon qu'elles soient prêtes ou non à faire la vaccination maintenant contre le cancer du col de l'utérus

<b>Etes-vous prêtes à faire la vaccination maintenant</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>15</b>	<b>5,16</b>
Non	276	94,84
Total	291	100

Seulement 5,16% des femmes étaient prêtes à faire la vaccination maintenant

**Tableau XVII** : Répartition des femmes selon qu'elles soient prêtes ou non à faire la Vaccination prochainement contre le cancer du col de l'utérus.

<b>Etes-vous prêtes à faire la vaccination prochainement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>105</b>	<b>36,10</b>
Non	185	63,90
Total	291	100

36,10% des femmes étaient prêtes à faire la vaccination prochainement.

**Tableau XVIII** : Répartition des femmes selon qu'elles aient ou non déjà fait le dépistage du col de l'utérus au moins une fois

<b>Dépistage fait au moins une fois</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	120	41,20
<b>Non</b>	<b>171</b>	<b>58,80</b>
Total	291	100

Près de 60% des femmes n'avaient pas encore fait le dépistage du cancer du col de l'utérus. 41,20% des femmes avaient déjà fait la vaccination.

**Tableau XIX** : Répartition des femmes selon qu'elles désirent faire ou non le dépistage du cancer du col de l'utérus maintenant

<b>Voulez- vous faire le dépistage maintenant</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>106</b>	<b>36,40</b>
Non	185	63,60
Total	291	100

36,4% des femmes désiraient faire le dépistage maintenant.

**Tableau XX** : Répartition des femmes selon qu'elles désirent faire ou non le dépistage du cancer du col de l'utérus prochainement

<b>Voulez- vous faire le dépistage prochainement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>206</b>	<b>70,80</b>
Non	85	29,20
Total	291	100

70,80% des femmes désiraient faire le dépistage prochainement.

**Tableau XXI** : Répartition des femmes qu'elles désirent ou non conseiller le dépistage à une proche

<b>A Conseillé le dépistage à un proche</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Non	227	78
<b>Oui</b>	<b>64</b>	<b>22</b>
Total	291	100

Seulement 22% des femmes désiraient conseiller le dépistage à une proche

**Tableau XXII** : Relation entre l'âge et le fait que la femme ait déjà fait ou non le dépistage

<b>Age</b>	<b>A déjà fait le dépistage</b>		<b>Total</b>
	Oui	Non	
15-24	14	47	
25-34	49	97	
35-44	31	22	
45-49	26	5	
Total	120	171	

Khi= 11,850 ; p value = 0,0126

Il y a une relation statistiquement significative entre l'âge et le fait que la femme ait déjà fait ou non le dépistage (p=0,0126)

### 2.3.Pratiques

**Tableau XXIII** : Répartition des femmes selon qu'elles désirent ou non à faire la vaccination maintenant

---

<b>Désirez-vous faire la vaccination maintenant</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>25</b>	<b>8,59</b>
Non	266	91,41
Total	291	100

---

8,59% des femmes désiraient faire la vaccination maintenant

**Tableau XXIV** : Répartition des femmes selon qu'elles désirent ou non à faire la vaccination prochainement

---

<b>Désirez-vous faire la vaccination prochainement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>45</b>	<b>15,46</b>
Non	246	84,54
Total	291	100

---

15,46% des femmes désiraient faire la vaccination prochainement.



**Tableau XXV** : Répartition des femmes selon qu'elles désirent ou non à faire le dépistage maintenant

<b>Voulez-vous faire le dépistage maintenant</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>49</b>	<b>16,84</b>
Non	242	83,16
Total	291	100

16,84% des femmes désiraient faire le dépistage maintenant.

**Tableau XXVI** : Répartition des femmes selon qu'elles désirent ou non à faire le dépistage prochainement

<b>Désirez-vous faire le dépistage prochainement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>180</b>	<b>61,86</b>
Non	111	38,14
Total	291	100

61.86% des femmes désiraient faire le dépistage prochainement.

**Tableau XXVII :** Relation entre notion d’instruction et le fait de vouloir conseiller le dépistage à une proche

<b>Notion d’instruction</b>	<b>vouloir conseiller dépistage une proche</b>		<b>Total</b>
	Non	Oui	
<b>Non instruite</b>	141	15	156
<b>Instruite</b>	86	49	135
<b>Total</b>	227	64	291

Khi= 30,0294 ; p value= 0,000

Il existe un lien statistiquement significatif entre la notion d’instruction et le fait de vouloir conseiller le dépistage à une proche (p = 0,000)

## **VI.DISCUSSION :**

### **1. Profil socio démographique de l'échantillon :**

Dans notre étude, l'âge moyen était de 30ans avec des extrêmes 10ans et 50ans. Un âge moyen de 32,8ans ont été rapporté successivement par Rama DD [14] au Cameroun et Mbongo JA [1] au Congo Brazzaville. L'essentiel de notre échantillon était constitué de primigeste (50,17%), de nullipare (58,76%), venant des zones urbaines (62,8%), mariées (81,79%) vivant dans un régime polygamique non instruites (53,61%). Rama DD [14] a rapporté que son échantillon était constitué de célibataires et de mariées. Dans la même étude il rapporte que 58,92% des femmes provenaient de la zone urbaine et que 61,28% avaient un niveau d'étude secondaire. Dans 55% des femmes de notre échantillon avaient en leur premier rapport sexuel entre 10ans et 19ans, 37,46% seulement avaient utilisé une méthode contraceptive et 18,90% étaient soumise à un tabagisme passif. Dans notre échantillon ; 77,66% étaient des accompagnantes.

### **2.Etude descriptive et analytique**

#### **2.1. Connaissances**

Parmi les femmes interrogées ; 74,90% déclaraient avoir entendu parler du cancer du col de l'utérus. Rama DD [14] et Mbongo JA [1] ont rapporté respectivement 78,11 % et 78,6% des femmes connaissaient l'existence du cancer du col de l'utérus. Cette similitude peut s'expliquer par le fait que les caractéristiques socio-démographiques étaient presque les mêmes que celle de notre étude. Dans notre étude 32,99% comme dans celle de Mbongo JA [1] 46,6% la première source d'information a été les médias (radiotélévision) contrairement à l'étude de Rama DD [14] ou la première source d'information était la formation sanitaire. Nous avons relevé que les réseaux sociaux, les agents de santé, les leaders d'opinion ont servi respectivement des sources d'information dans 5,5%, 26,80% et 11,78%. Dans notre étude 79,40 des femmes déclaraient ne connaître facteur, Rama DD [14] a rapporté que 58,59 % ne connaissaient aucun facteur de risque.

Dans notre étude (8,59%) comme celle de Rama DD [14] (44,72%), le facteur de risque le plus connu était les infections sexuellement transmissibles (IST). Cette faible fréquence dans notre étude pourrait être en rapport avec un nombre élevé de femmes non instruite dans notre échantillon. Assoumou SZ [15] a rapporté dans son étude que parmi les femmes connaissant au moins un facteur de risque du cancer du col 7,72% ont cité le HPV, ce résultat est presque similaire à celui des recherches de Assoumou SZ [15] au Gabon où 8,8% des femmes connaissant le HPV. Dans une étude faite en Australie où la vaccination nationale au HPV et le programme d'information au HPV étaient disponibles, cette étude a montré que 88,9% de femmes avaient des connaissances sur le HPV [16]. La prévention primaire du cancer du col de l'utérus par la vaccination a débuté dans notre pays et il devient intéressant déjà de sensibiliser la population en leur faisant savoir que le premier facteur de risque du cancer du col de l'utérus est le HPV. Cette information est nécessaire pour la réussite d'une campagne de vaccination. Dans notre étude ; 44,70% des femmes savaient l'existence des moyens de prévention du cancer du col de l'utérus contre 39,73% dans l'étude Rama DD [14]. La connaissance de l'existence du vaccin a été retrouvée chez 6,19% de nos femmes contre 7,63% [14]. Dans notre échantillon 30,58% des femmes connaissaient la disponibilité au Mali et 43,64% autres n'avaient aucune opinion sur la disponibilité du vaccin au Mali, 12,71% affirmaient que le vaccin était gratuit et 23,02% le trouvaient non gratuit.

Dans notre étude 28,86% de nos femmes connaissaient que le dépistage était un moyen de prévention 75,95% trouvaient sa réalisation importante mais le trouvaient désagréable 26,10% et douloureux 15,12%. Dans l'étude de Mbongo JA [1] 90,3% ont trouvé le dépistage douloureux. Les éléments essentiels du dépistage que sont le calendrier du dépistage du cancer du col, le coût du dépistage ont été méconnue par les femmes M Bongo JA [1]. Nous n'avons pas trouvé un lien statistiquement significatif entre l'âge et le fait de vouloir conseiller le dépistage à une proche ( $p=0,3601$ ).

Par contre, nous avons retrouvé un lien statistiquement significatif entre l'âge au 1<sup>er</sup> rapport sexuel et la connaissance sur la possibilité de prévenir le cancer du col de l'utérus ( $p=0,0283$ ). Il en est de même que pour le statut matrimonial et le fait d'entendre parler du cancer du col de l'utérus ( $p=0,0415$ ), la notion d'instruction et le fait d'entendre parler du dépistage ( $p=0,000$ ), la notion d'instruction et le fait de vouloir conseiller le dépistage à une proche( $p=0,000$ ).

## **2.2. Attitudes**

Parmi les femmes enquêtées, aucune n'avait fait la vaccination contre le cancer du col de l'utérus, seules 5,16% sont prêtes à faire cette vaccination maintenant et 36,10% ultérieurement. Dans notre travail, près de 60% des femmes n'avaient jamais de dépistage ; 36,40% désiraient le faire maintenant et 70,80% ultérieurement. Ainsi, 78% d'entre elles désiraient conseiller le dépistage à une proche. Dans l'étude de Mbongo JA [1] ; 95,1% des femmes n'avaient jamais fait le dépistage et 43,7% avaient l'intention de le faire. Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre l'âge et le fait que la femme ait déjà fait ou non le dépistage du cancer du col de l'utérus ( $p=0,0126$ ).

## **2.3. Pratiques**

Dans notre effectif 15,46% des femmes désirent faire prochainement la vaccination contre le cancer du col de l'utérus et seulement 8,59% maintenant

Dans notre travail 36,42% des femmes avaient déjà désiré avoir des informations sur la prévention du cancer du col de l'utérus contre 31,31% rapporté par Rama DD [14]. Dans une étude faite au Cameroun 26,94% des femmes ont affirmé avoir déjà eu l'initiative de faire le dépistage du cancer du col de l'utérus, la principale motivation était le personnel de santé 75% [14]. Mbongo JA [1] a rapporté que 56,3% femmes désiraient faire le dépistage maintenant contre 59,2% désirant le faire prochainement. Dans notre étude 41,20% avaient déjà fait un dépistage du cancer du col, 36,40% des femmes souhaitaient le faire maintenant et 78% prochainement. Il

existait un lien statistiquement significatif entre la notion d'instruction et le fait de vouloir conseiller le dépistage à une proche ( $p = 0,000$ ).

## **CONCLUSION :**

Le cancer du col de l'utérus est un problème majeur de santé publique au Mali. La plupart des femmes ont une connaissance sur son existence mais leur connaissance sur les facteurs de risque et les moyens de prévention est faible. Leurs attitudes et pratique sont également faibles. Le programme de sensibilisation sur le Cancer du col de l'utérus, devait être axé 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 :**

A l'issue de cette étude ayant mis en évidence de nombreuses insuffisances, des suggestions sont nécessaires en vue de combler ces différents manquements.

Ces suggestions seront formulées à l'adresse de :

### **❖ Au Ministère de la santé et du développement social :**

- Renforcer la sensibilisation des populations cible à travers les différents canaux de communication en vue d'améliorer l'adhésion de ces populations à la politique nationale en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus.
- Etendre les activités de weekend 70 à l'ensemble du pays.
- Intégrer le dépistage du cancer de col dans le paquet minimum d'activités.
- Intégrer le vaccin contre le *Human papilloma* Virus dans le programme élargi de vaccination.
- Intégrer dans le curriculum de formation des agents de santé, un volet de communication afin de faciliter la transmission des messages de santé public
- Réorienter les fonctions de la Sage-Femme vers la communauté en vue de la sensibilisation des populations pour une meilleure adhésion à la politique de dépistage

### **❖ Au personnels de santé :**

- Relayer les différents messages de santé public notamment en matière de dépistage de cancer du col de l'utérus auprès des populations.

- Profiter de l'administration des différents soins pour parler du dépistage du cancer du col de l'utérus en insistant sur ses avantages.
- Saisir l'opportunité des différents regroupements féminins (tontines, mariage, baptême) pour parler du cancer de col de l'utérus dans son ensemble (fréquence, gravité, facteur de risque, possibilité de prévention et de guérison)

❖ **A la population :**

- Adhérer aux différents messages de politique nationale visant à prévenir et à dépister le cancer du col de l'utérus.



## REFERENCES

**1. Mbongo JA, Mahoungou F, Nguesso NI, Gombet Koulimaya CE and Iloki LH.** Connaissances, attitudes et pratiques des femmes en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus. International Journal of Current Research Vol. 9, Issue, 02, pp.46153-46156, February, 2017.

**2. Badet-Phan A, Moreau A, Colin C, Canoui-Poitrine F, Schott-Pethelaz, Flori M.** Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus rencontrés par les médecins.

**3. Bouslah S, Soltani MS, Ben Salah A, Sriha A. 2014.** Connaissances, attitudes et pratiques des femmes Tunisiennes en matière de dépistage du cancer du sein et celui du col de l'utérus. Psycho-Oncologie 8(2) :123-32. col. Carcinol Prat Afrique 2005 ; 6 (N0 spécial) : 24-30.

**4. Contanduopoulos AP, Champagne F, Deis JL, Pineault R. 1993.** L'évaluation dans le domaine de la santé. Concepts et méthodes. Bulletin 33 (1) :12-7. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. Actualisation du référentiel de pratique de l'examen périodique de santé (EPS). Haute autorité de Santé 2013.

**5. Dunnigan L. 1995.** " Certains comportements de santé propres aux femmes ». Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. CAIRN – Info.

**6. Mbongo JA, Peko JF, Iloki LH.** Lésions précancéreuses du col utérin : concordance colpo-histologique au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. Med Afr Noire 2015 ; 62 (11) :516-20.

**7. Traoré C B, Coulibaly B, Kamaté B et al.** Le cancer à Bamako de 2006 à 2010 ; données du registre des cancers. Rev. Afr. de pathol. 2012 6M ; 11(1) : 3-8.

- 8. Chirenje Z M, Chipato T, Kasule J, Rusakaniko S, Gaffikin, Blumenthal P, Sanghv1.** Visual inspection of the cervix as a primary means of cervical cancer screening :results of a pilot study. *Central African journal of medicine*;1999; 2 (45): 30-33.
- 9.Mousonego.** Prévention du cancer du col utérin : Apport du dépistage, récents progrès et perspectives .Presse Med 2007 ; 36 :92-111.
- 10. Nsondé Malanda J, Buambo SF,Thouassa A,et coll.**Le traitement des états précancéreux du O’Hair, H.D., Kreps, G.L., Spark, L. 2007. Editors Handbook communication and cancer care, Gresskill NJ Hampton Press.
- 11 Agence de la santé publique du Canada (2009).** Surveillance du rendement des programmes de dépistage du cancer du col utérin au Canada,WWW.phac-aspc.org.ca
- 12 Sankarknarayanan R, Ramani M D S, Wesley, MD.** Guide pratique pour le dépistage visuel des Néoplasies cervicales. Rapport technique 41 du CIRC, Lyon, France.2003.
- 13 Traoré S.** Le Dépistage des Néoplasies Intra-Epithéliales du col de l’utérus par l’inspection visuelle à l’acide acétique et au lugol. (A propos de 4632 femmes dépistées dans le district de Bamako). *Thèse de Med. Bamako 05-M-13.*
- 14. Rama Djouedjon Dakenyo, Bruno Kenfack, Noel Vogue, Eva Fomo Tsakoue, Maurice Ela Ebode, Samuel Nambile Cumber.** Connaissance 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. *International Journal of Current Research* vol,9, Issue, 02. pp.46153, Fébruary,2017.
- 15. Assoumou SZ,Mabika BM ,Mbiguino AN,Mouallif M ,khattabi A, Ennaji MM.** Awareness and knowledge regarding of cervical cancer,pap smear screen-

ing and human papillomavirus infection in gabonese women. BMC women's health 2015 Apr .19 ;15:37. Pub Med/google scholar

**16. Giles M, Garland S.A.** Study of women's knowledge regarding human papillomavirus infections, cervical cancer and human papillomavirus vaccines.

Aust New Zeal J Obstet Gynecol. 2006 ;46(4) :311-5. Pub Med/Google Scholar

**17. Kéita D.** Connaissances attitudes et pratiques des femmes face au dépistage du cancer du col de l'utérus au Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako Mali. Thèse De Médecine 2018 USTTB.

## **FICHE SIGNALÉTIQUE**

**Nom :** GOITA

**Prénom :** Nagna

**Thème de mémoire :** Connaissances, attitudes et pratiques des femmes face à la prévention du cancer du col de l'utérus au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako

**Année :** 2021-2022

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali.

**Secteur d'intérêt :** Gynécologie-Obstétrique, Santé Publique

**Résumé :** Nous avons mené une étude descriptive et analytique au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako. L'âge moyen des femmes était de 30 ans. Elles étaient pour l'essentiel des mariées (81,79), des primigestes (50,17%), des nullipares (58,76%), non instruites (53,61%) et vivant en zone urbaine (62,80%). La majeure partie des femmes avaient déjà entendu parler du cancer du col de l'utérus (79,90%). Seulement (8,59%) des femmes reconnaissent l'IST comme un facteur de risque du cancer du col de l'utérus et 44,70% savaient qu'il était possible de prévenir le cancer du col de l'utérus. Parmi les femmes interrogées, aucune n'avait déjà fait le vaccin et environ 60% n'avaient jamais fait le dépistage. 15,46% des femmes désiraient faire prochainement le vaccin contre seulement 8,59% maintenant. 41,20% des femmes avaient déjà fait le dépistage, 36,40% d'entre elles souhaitaient le faire maintenant contre 70,80% prochainement. 78% des femmes déclaraient vouloir conseiller le dépistage à une proche.

**Mots clés :** cancer, vaccination, dépistage

## FICHE D'ENQUETE

### Questionnaires :

1. Nom .....Nom de jeune fille.....
2. Prénoms :  
.....  
.....
3. ID Individuel                    Centre [   ] [   ] - Année ..... - Individu.....
4. Date de naissance .....Age au dernier anniversaire :.....
5. ADRESSE : Com-  
mune.....Quartier :  
.....
6. Autres détails.....Téléphon  
e : .....
7. Age : .....ans
8. Ethnie :.....
9. Centre de dépistage :
10. Date de visite :
11. Référence du dossier du patient :  
.....  
.....
12. Type de visite (1= visite de dépistage 2= Orienté par un CSCOM, 3= visite pour effets secondaire)
  1. ....*Visite de dépis-  
tage*.....
13. Lieu de provenance (1= urbain ; 2= rural)
14. A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ?

15. L'âge de votre première menstruation
16. Date des dernières menstruation (1 : <1 mois 2 : 1-3mois, 3 : 3-12mois, 4 : sup 12 mois)
17. Statut de ménopause ( 1= oui , 2= non )
18. Situation matrimoniale ( 1= mariée 2= divorcée ou veuve ; 3= célibataire)
19. Niveau d'éducation ( 1= pas scolarisée ; 2= primaire ; 3= secondaire ; 4= supérieur ; 5= école coranique)
20. Utilisation d'une méthode de contraception : ( 1= Oui , 2= Non)
21. Durée d'utilisation de la méthode contraceptive
22. Nombre de grossesse (parité ; nombre d'enfants accouché)
23. Partenaire polygame : ( 1 : Oui ; 2 : Non)
24. Nombre total de partenaire au cour de la vie
25. Tabagisme passif ( 1 : Oui ; 2 : Non)
26. JSC visible ( 1 : complètement, 2 : partiellement, 3 : pas du tout)
27. Motif de consultation ( 1= Métrorragie ; 2= Dépistage simple ; 3= saignement post coïtal ; 4= Leucorrhée ; 5= Hydrorrhée fétide ; 6= infection urinaire ; 7= autres)
28. Statut du dépistage : ( 1 : Ancienne , 2 : Nouvelle)
29. Si ancienne, Année du 1<sup>er</sup> dépistage  
.....  
....
30. Si ancienne, Nombre de dépistage  
.....  
....
31. Avez-vous connaissance d'un parent proche (sœur , mère , tante ou cousine) qui ait souffert d'un cancer du col ? ( 1 : Oui , 2 : Non)
32. S'agissant de vous-même : avez-vous souffert d'un cancer du col ( 1 : Oui , 2 : Non)
33. Résultat d'IVA : ( 0 : Non effectué , 1 : Négatif , 2 : positif, 3 : suspicion de cancer)
34. Résultat d'IVL : ( 0 : Non effectué, 2 : Négatif, 2 : Positif, 3 :suspicion de cancer)
35. Au cours des six derniers mois, avez-vous reçu des soins en lien avec une infection sexuellement transmissible (IST) ( 1 : Oui, 2 : Non)

36. Cervico-vaginite à visite actuelle : ( 1 : OUI , 2 : Non)
37. Si cervico-vaginite (1 : Candida, 2 : Trichomonas)
38. Nom du personnel ayant effectué l'IV :
- 2.
- Femmes positives*.....
- 3.
39. Résultat de colposcopie : ( 0 : Non effectué, 1 : Normal, 2 : Inflammatoire,
40. 3: Atypie/CIN1/Condylome/verruer/Leucoplasie/changement à VPH, 4:CIN2-3, 5:Carcinome invasif, 8 :Non concluant)
41. Prise de biopsie : ( 1 : Oui , 2 : Non)
42. Diagnostic histologique (reçu du laboratoire) : Référence du labo :
- .....
4. (0 : Non disponible ; 1 :Normal, 2 :Inflammatoire/cervicite, 3 :Atypie /CIN1/infection à HPV, 4 :CIN2, 5:CIN3, 6: cancer invasif à cellules squameuses ,7: Adénocarcinome,8 : Non concluant )
43. Action effectuée :( 1 : Rassuré et conseil d'un nouveau test après 10 ans, 2 : cryothérapie, 3 : PAD , 4 : Electrocautérisation, 5 : Orienté vers l'hôpital Gabriel TOURE)
44. Palpation des seins ( 1 : Oui, 2 : Non)
45. Anomalies des seins ( 1 : Oui, 2 : Non)
46. Nom du gynécologue :
- .....
47. Avez-vous entendu parler du cancer du col de l'utérus ? ( 1 : Oui, 2 : Non)
48. Quelle a été votre source d'information.....
- .....
49. (1=Agent de santé ; 2=Radiotélévision ; 3=Réseau sociaux 4=A l'école ; 5=Leaders d'opinions (religieux, communale ou regroupement de jeuneuse))
50. Connaissez-vous un signe du cancer du col ? ( 1 : Oui, 2 : Non)
51. Le cancer du col de l'utérus est –elle une maladie grave ? ( 1 : Oui, 2 : Non)
52. Si oui est ce que le cancer de l'utérus peut tuer ?
5. ....
- .....
53. Le cancer du col de l'utérus est-il fréquent ? ( 1 : Oui, 2 : Non)

54. Comment peut-on contracter le cancer du col de l'utérus ?.....
55. Connaissez-vous la cause du cancer du col de l'utérus ? ( 1 : Oui, 2 : Non)
56. L'évolution du cancer du col de l'utérus est-il beaucoup plus rapide chez les femmes HIV positifs ? ( 1 : Oui, 2 : Non)
57. Le saignement génital en dehors des règles peut –il être un signe du cancer du col de l'utérus ? ( 1 : Oui, 2 : Non)
58. Si oui connaissez-vous autres signes ?  
.....  
.....
59. Peut-on prévenir du cancer du col de l'utérus ? ( 1 : Oui, 2 : Non)
60. Si oui comment ?  
.....  
.....
61. Saviez-vous qu'il existe un vaccin contre le cancer du col de l'utérus ? ( 1 : Oui, 2 : Non)
62. Si oui qui doit faire le vaccin ?  
.....  
.....
63. Adolescente : ( 1 : Oui, 2 : Non)
64. Femme en période d'activité génitale : ( 1 : Oui, 2 : Non)
65. Femme ménopausée : ( 1 : Oui, 2 : Non)
66. Femme souffrante déjà du cancer du col de l'utérus : ( 1 : Oui, 2 : Non)
67. Selon-vous le vaccin du cancer du col de l'utérus est-il disponible au Mali ? ( 1 : Oui, 2 : Non)
68. Est-il gratuit ? ( 1 : Oui, 2 : Non)
69. Si non le trouvez cher ?  
.....  
.....
70. Antécédent d'IST ou IGB (infection génitale basse).
71. Si oui l'avez-vous suit : (1=A l'hôpital ; 2=Sur avis d'un ami(es))
72. Savez-vous que les IST peuvent être prévenues traiter de façon efficace ? ( 1 : Oui, 2 : Non)
73. Avez-vous déjà entendu parler de dépistage du cancer du col de l'utérus ? ( 1 : Oui, 2 : Non)



74. Si oui : 1=Est –il douloureux, 2=Est-il désagréable
75. Avez-vous déjà conseillé à une de vos proches ? ( 1 : Oui, 2 : Non)
76. Si non pourquoi ? .....
77. Est-il important de faire le dépistage du cancer du col de l’utérus ? ( 1 : Oui, 2 : Non)
78. Si oui pourquoi ? .....
79. Savez-vous que les lésions précancéreuses du cancer du col de l’utérus peuvent être traitées avec efficacité ? ( 1 : Oui, 2 : Non)
80. Avez-vous bénéficié de traitement des lésions précancéreuses du cancer du col de l’utérus ? ( 1 : Oui, 2 : Non)
81. Connaissez-vous quelqu’un qui bénéficier du traitement des lésions précancéreuses du cancer du col de l’utérus ? ( 1 : Oui, 2 : Non)
82. Connaissez-vous quelqu’un qui a déjà fait du cancer invasif du col de l’utérus ? ( 1 : Oui, 2 : Non)
83. Avez-vous déjà fait la vaccination Oui ou non
84. Etes-vous prêtes à faire la vaccination maintenant
85. Etes-vous prêtes à faire la vaccination prochainement oui ou non
86. Dépistage fait au moins une fois Oui ou non
87. Voulez-vous faire le dépistage maintenant ou non
88. Vous voulez vous faire le dépistage prochainement oui ou non
89. A conseillé le dépistage à un proche ? oui ou non
90. Désirez- vous faire la vaccination maintenant ou non
91. Désirez-vous faire la vaccination prochainement oui ou non
92. Voulez- vous faire le dépistage maintenant oui ou non