

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE: RAPPELS	
I. GENERALITES.....	3
I.1. Définition du cancer du col utérin.....	3
I.2. Définition de l'étude Connaissance-Attitude-Pratique (CAP).....	3
I.3. Epidémiologie du cancer du col utérin.....	4
II. RAPPELS ANATOMIQUES ET HISTOLOGIQUES.....	4
II. FACTEURS DE RISQUE DE CANCER DU COL UTERIN.....	8
IV. HISTOIRES NATURELLES.....	9
V. ANATOMIE-PATHOLOGIE.....	11
VI. DIAGNOSTIC.....	13
VI.1. Circonstance de découverte.....	13
VI.2. Examen clinique.....	13
VI.3. Examens complémentaires.....	14
VII. FACTEURS PRONOSTIQUES.....	15
VII.1. Facteurs épidémiocliniques.....	15
VII.2. Facteurs anatomopathologiques.....	16
VII.3. Facteurs biologiques.....	16
VIII. STADIFICATIONS ET CLASSIFICATIONS.....	17
IX. MOYENS ET TRAITEMENTS.....	18
X. EVOLUTIONS.....	20
X.1. Evolution sans traitement.....	20
X.2. Evolution sous traitement.....	20
XI. PREVENTIONS.....	20
XI.1. Préventions primaires.....	20
XI.2. Préventions secondaires.....	21
DEUXIEME PARTIE: METHODES ET RESULTATS	
I. METHODES.....	24
I.1. Cadre de l'étude.....	24
I.2. Type et période de l'étude.....	25

I.3. Population d'étude et mode d'échantillonnage.....	25
I.4. Variables à étudier.....	25
I.5. Mode de collecte et d'analyses des données.....	26
II. RESULTATS.....	27
II.1. ETUDE DESCRIPTIVE.....	28
II.1.1. Caractères démographiques.....	28
II.1.1.1. Type d'établissement.....	28
II.1.1.2. Profession.....	29
II.1.2. Connaissance sur le cancer du col.....	29
II.1.2.1. Perception des personnels de santé sur le cancer du col.....	29
II.1.2.2. Autoévaluation de la connaissance sur le cancer du col.....	30
II.1.2.3. Connaissance sur de la fréquence du cancer du col.....	31
II.1.2.4. Estimation par les personnels de santé des facteurs de risque du cancer du col.....	32
II.1.2.5. Facteurs de risques cités par les personnels de santé.....	33
II.1.2.6. Connaissance sur l' HPV (Human Papilloma Virus).....	34
II.1.2.7. Connaissance du vaccin anti-HPV.....	35
II.1.2.8. Connaissance sur le frottis cervico-vaginal.....	36
II.1.2.9. Connaissance sur l'âge du début de dépistage.....	37
II.1.2.10. Estimation par les personnels de santé des symptômes du cancer du col.....	38
II.1.2.11. Symptômes cités par les personnels de santé.....	39
II.1.2.12. Connaissance sur les moyens de détection précoce.....	40
II.1.2.13. Moyens de détection précoce cites par les personnels de santé.....	41
II.1.2.14. Connaissance sur le rythme de la réalisation du dépistage.....	42
II.1.3. Attitude.....	43
II.1.3.1. Attitude sur l'âge du premier rapport sexuel.....	43
II.1.3.2. Attitude sur le risque d'avoir le cancer du col.....	44
II.1.3.3. Attitude sur le vaccin anti-HPV.....	45
II.1.3.4. Attitude sur l'importance du dépistage.....	46
II.1.3.5. Attitude sur le dépistage du cancer du col.....	46
II.1.3.6. Attitude sur la raison de faire le dépistage.....	47

II.1.3.7. Attitude sur la raison de ne pas faire le dépistage.....	48
II.1.3.8. Attitude sur la recommandation du dépistage.....	49
II.1.4. Pratique.....	50
II.1.4.1. Pratique du test de dépistage.....	50
II.1.4.2. Non pratique du test de dépistage du cancer du col.....	51
II.1.4.3. Pratique du dépistage du cancer du col dans l'avenir.....	52
II.1.4.4. Pratique du dépistage par les hommes.....	53
II.1.4.5. Source d'informations sur le cancer du col.....	54
II.2. ETUDE ANALYTIQUE.....	55
II.2.1. Relation entre la connaissance du cancer du col et l'établissement.....	55
II.2.2. Relation entre la connaissance du cancer du col et la profession.....	55
II.2.3. Relation entre la profession et l'âge du premier rapport sexuel.....	56
II.2.4. Relation entre la profession et la raison de la pratique du dépistage.....	56
II.2.5. Relation entre la profession et la raison de la non pratique du dépistage.....	57
TROISIEME PARTIE: DISCUSSION	
I. SUR LA METHOLOGIE.....	58
I.1. Force de l'étude.....	58
I.2. Faiblesses de l'étude.....	58
II. SUR LES RESULTATS OBTENUS.....	59
II.1. ETUDE DESCRIPTIVE.....	59
II.1.1. Caractère démographique.....	59
II.1.2. Connaissance sur le cancer du col.....	59
II.1.3. Attitude.....	68
II.1.4. Pratique.....	72
II.2. ETUDE ANALYTIQUE.....	74
CONCLUSION.....	78
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
ANNEXES	

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau I: Répartition selon la profession.....	29
Tableau II : Connaissance sur le frottis cervico-vaginal.....	36
Tableau III: Connaissance sur l'âge du début de dépistage.....	37
Tableau IV: Connaissance sur le rythme de la réalisation du dépistage.....	42
Tableau V: Attitude sur la raison de faire le dépistage du cancer du col.....	47
Tableau VI: Attitude sur la raison de ne pas faire le dépistage.....	48
Tableau VII: Non pratique du test de dépistage du cancer du col.....	51
Tableau VIII: Source d'informations sur le cancer du col.....	54
Tableau IX: Relation entre la connaissance du cancer du col et l'établissement.....	55
Tableau X: Relation entre la connaissance du cancer du col et la profession.....	55
Tableau XI: Relation entre la profession et l'âge du premier rapport sexuel.....	56
Tableau XII: Relation entre la profession et la raison de la pratique du dépistage.....	56
Tableau XIII: Relation entre la profession et la raison de la non pratique du dépistage.....	57

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure 1: Appareil génital féminin.....	5
Figure 2: Col de l'utérus et sa muqueuse.....	6
Figure 3: Deux types d'épithélium du col et la jonction pavimento-cylindrique.....	7
Figure 4: Organisation du génome d'un papillomavirus humain.....	10
Figure 5: Histoire naturelle de l'infection à HPV.....	11
Figure 6: Répartition selon le type d'établissement.....	28
Figure 7: Répartition selon l'autoévaluation de la connaissance sur le cancer du col.....	30
Figure 8: Répartition selon la connaissance sur la fréquence du cancer du col.....	31
Figure 9: Répartition selon l'estimation par les personnels de santé des facteurs de risque du cancer du col.....	32
Figure 10: Répartition selon les facteurs de risques cités par les personnels de santé	33
Figure 11: Répartition selon la connaissance sur l' HPV.....	34
Figure 12: Répartition selon la connaissance du vaccin anti-HPV.....	35
Figure 13: Répartition selon l'estimation par les paramédicaux des symptômes du cancer du col.....	38
Figure 14: Répartition selon les symptômes cités par les personnels de santé.....	39
Figure 15: Répartition selon la connaissance sur les moyens de détection précoce.....	40
Figure 16: Répartition selon les moyens de détection précoce cités par les personnels de santé.....	41
Figure 17: Attitude sur l'âge du premier rapport sexuel des paramédicaux.....	43
Figure 18: Répartition selon l'attitude sur le risque le cancer du col.....	44
Figure 19: Répartition selon l'attitude sur le vaccin anti-HPV.....	45
Figure 20: Répartition selon l'attitude sur de dépistage du cancer du col.....	46
Figure 21: Répartition selon l'attitude sur la recommandation du dépistage.....	49
Figure 22: Répartition selon la pratique du test de dépistage.....	50
Figure 23: Répartition selon la pratique du dépistage du cancer du col à l'avenir.....	52
Figure 24: Répartition selon la pratique du dépistage par les hommes.....	53

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

ACE: Antigène carcino-embryonnaire
ADN: Acide désoxyribonucléique
CAP: Connaissance-Attitude-Pratique
CIN: Cervical Intraepithelial Neoplasia
CO: Contraception Oraux
CO2: Gaz carbonique
DDSS: Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales
EDSMD: Enquête Démographique et de Santé de Madagascar
FDR: facteur de risque
FCU: Frottis Cervico-Utérin
FIGO: Fédération Internationale des Gynécologues et Obstétriciens
CHU/JRA: Centre Hospitalier Universitaire/Joseph Ravoahangy Andrianavalona
HPV: Human Papilloma Virus
INSTAT: Institut National de la Statistique
IRM: Imagerie par Résonance Magnétique
IST: Infections sexuellement transmissibles
IPM: Institut Pasteur de Madagascar
IVA: Inspection Visuelle à l'acide acétique
JPC: Jonction Pavimento-Cylindrique
MST: Maladie Sexuellement transmissible
NO2: Azote Liquide
OMS: Organisation Mondiale de la Santé
PF: Planning Familial
PS: Promotion de la Santé
RCP: Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
SIDA: Syndrome de l'ImmunoDéficiency Acquis
SRO: Solution de la Réhydratation Orale
SCC: Squamous Cell Carcinoma antigen
TNM: Tumor Nod Metastase
TR: Toucher rectal
TV: Toucher vaginal

UICC: Union Internationale Contre le Cancer

VIH: Virus de l'immunodéficience Humaine

UIV: Urographie intraveineuse

VPH: Virus du Papillome Humain

%: Pourcent

<: Inférieur à

>: Supérieur à

≤: Supérieur ou égal à

≥: Inférieur ou égal à

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1: Formule de soluté de Lugol

Annexe 2: Images des résultats du test à l'IVA/IVL

Annexe 3: Fiche d'enquête

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Selon les données de GLOBOCAN 2012, le cancer du col utérin est le quatrième cancer le plus fréquent chez la femme dans le monde avec 528 000 nouveaux cas chaque année et 266 000 décès dont 70% dans les pays en voie de développement [1].

En Afrique, le cancer du col de l'utérus est la première cause de mortalité chez la femme, due au manque d'accès à un dépistage efficace, de services de détection précoce et de traitement. Chaque année en Afrique subsaharienne, le cancer du col est diagnostiqué chez 34,8 femmes sur 100 000 dont 22,5 décès sur 100 000 ; alors que de nombreuses populations dans les pays développés connaissent des taux 10 fois inférieurs (moins de 5 pour 100 000) [1,2].

A Madagascar, le nombre de cas de cancer du col de l'utérus a triplé de 1996 à 2006 selon une étude menée dans le seul centre de Cancérologie du pays jusqu'en 2009. Ce cancer représente le premier site anatomique le plus touché de l'appareil génital féminin (47,9%) de 2010 en 2014. Ceci a un impact dévastateur sur la santé des femmes malgache [3,4].

L'État malgache a établi un plan stratégique pour lutter contre ce fléau. Le volet prévention a débuté avec la mise en place du dépistage de masse par la méthode d'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA) couplée au traitement des lésions précancéreuses par cryothérapie. La prévention primaire par l'inoculation du vaccin anti-HPV est prise en compte dans la politique nationale et un programme pilote de démonstration du vaccin est actuellement mis en place par le Ministère de la Santé et l'OMS.

En milieu urbain, peu d'études ont été faites en dehors de la capitale et aucune dans la côte Nord-Est de l'île où se trouve la Commune Urbaine de Maroantsetra. Les personnels de santé sont souvent démunis face aux patientes porteuses de ce cancer du col étant donné l'absence d'un centre de traitement.

Le cancer du col de l'utérus reste un problème de santé publique. Les personnels de santé des niveaux de soins primaires et secondaires devraient disposer des meilleures formations existantes pour lutter efficacement contre ce type de cancer pour le bien de la communauté toute entière [5].

Ainsi, les objectifs de cette étude sont d'évaluer la connaissance, l'attitude et les pratiques du personnel de santé dans la Commune Urbaine de Maroantsetra face au cancer du col de l'utérus en matière de détection des lésions précancéreuses, de leur dépistage pour les traiter à un stade précoce, et en dernier lieu la connaissance sur l'existence du vaccin.

Pour atteindre ses objectifs, notre étude se divise en trois grandes parties:

- La première présentera les rappels sur le cancer du col utérin.
- La deuxième concernera les méthodes et les résultats.
- Et la troisième ouvrira la discussion.

PREMIERE PARTIE: RAPPELS

I. GENERALITES

I.1. Définition du cancer du col utérin

Le « Cancer » est un terme utilisé pour désigner la prolifération maligne, autonome et anarchique des cellules. Une telle prolifération entraîne la formation de tumeur qui peut envahir des organes voisins ou distants, en détruisant les tissus normaux. On parle de métastase quand de petites groupes de cellules se détachent de la tumeur originale et sont transportés par voies sanguine et lymphatique vers des sites distants pour y former de nouvelles tumeurs similaires à la tumeur originelle [5].

Le cancer du col de l'utérus appelé aussi cancer cervical est une affection d'origine virale (Human Papillome Virus) se développant à partir de la zone de jonction du col de l'utérus, à croissance lente et qui peut ne présenter aucun symptôme.

I.2. Définition de l'étude Connaissance-Attitude-Pratique (CAP)

L'étude CAP est une étude représentative conduite auprès d'une population particulière pour identifier les connaissances (C), les attitudes (A), et les pratiques (P) du personnel de santé sur le cancer du col utérin [6].

Elle est un moyen pour organiser et évaluer un programme, pour connaître les besoins éducationnels d'une cible spécifique. Il s'agit d'une contribution de santé publique pour la promotion de la santé (PS). La promotion de la santé est un processus qui offre aux populations des moyens pour améliorer et contrôler leur santé. Elle se concentre sur la résolution des problèmes et l'élimination des obstacles dans le but de solutionner les mauvaises pratiques [7].

Les connaissances en PS sont définies comme un ensemble des informations acquises par des personnes sur une question de santé donnée. Les attitudes mettent en œuvre un dispositif d'observation anthropologique des perceptions, des croyances, des représentations, et des motivations face à un phénomène épidémique, un service de santé et un prestataire. Les pratiques sont des actes réels accomplis par la personne en situation, dans son contexte [6, 8, 9].

Donc, l'enquête CAP est une étude mixte. Elle se veut être une étude descriptive et aussi analytique qui allie la recherche qualitative et la recherche quantitative.

Elle consiste à évaluer le niveau de connaissance, identifier les attitudes et les pratiques des bénéficiaires concernant leur santé [10].

I.3. Epidémiologie du cancer du col utérin

Dans le monde, environ 500 000 cas des cancers du col utérin apparaissent chaque année. Ce type de cancer varie suivant le niveau économique des différents pays, tant en incidence, en raison des variations dans les facteurs étiologiques, qu'en mortalité, en raison des différences d'accès aux soins [11].

En matière de situations épidémiologiques du cancer dans le service Oncologie HJRA de 1996 à 2006, celui du col utérin est le deuxième cancer gynécologique après le cancer du sein. Il est en croissance continue dans ce service oncologique [3].

De 2010 à 2014, au laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologique du CHU/JRA, le cancer du col utérin est le premier cancer de l'appareil génital féminin chez les femmes malgaches (47,9%), suivi du cancer du sein (35,6%) [4].

Selon une étude faite par l'OMS en 2014, il est le premier en termes de fréquence avec 3194 cas dont 29,1% de décès [12].

II. RAPPELS ANATOMIQUES ET HISTOLOGIQUES

L'utérus est constitué d'un muscle lisse creux à parois épaisses en forme de poire [5]. Il comprend deux parties: le corps et le col, qui sont séparés par un étranglement dans sa partie moyenne: c'est l'isthme (Figure 1) [13].

En dehors d'une grossesse ou d'une masse quelconque, l'utérus mesure environ 10 cm de haut, du fond utérin jusqu'au col.

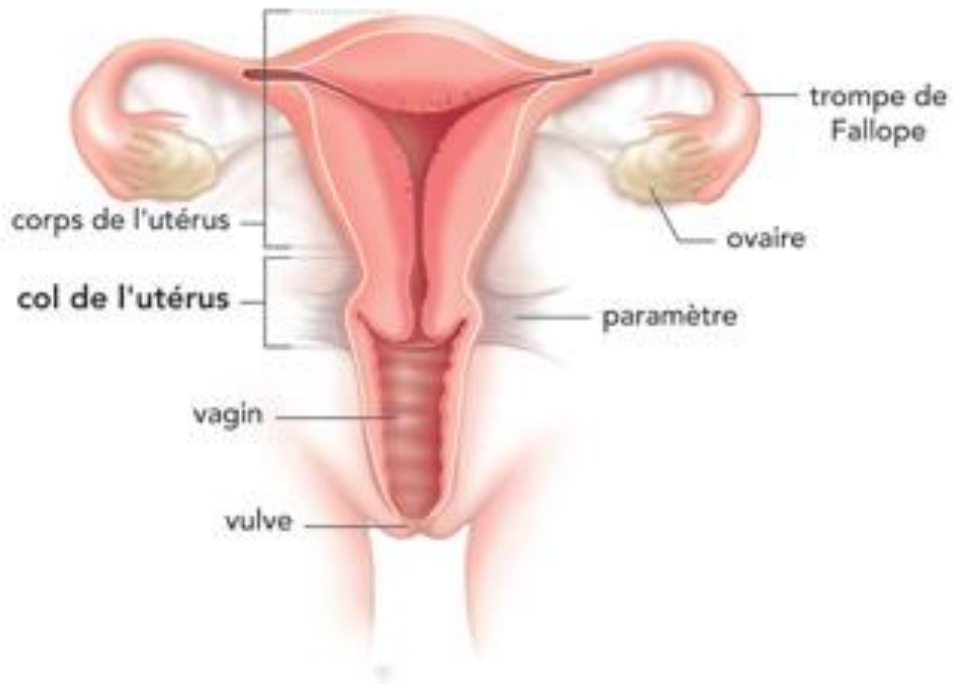


Figure 1: Appareil génital féminin

Source: Institut National du Cancer. Les traitements du cancer invasif du col de l'utérus, collection Guides patients Cancer info, INCA, Juin 2011. Consulté le 10/01/17.

Disponible à l'URL: <http://www.e-cancer.fr>. Réf. GUICOLUTERUS11. [13]

Le col utérin est la partie basse de l'utérus qui s'éverse dans le vagin qui est en forme cylindrique. Il mesure 3 cm de long sur 2,5 cm de diamètre chez la nullipare, et plus chez la multipare

Le col présente une portion sus-vaginale (endocol: deux tiers supérieurs), et une portion inférieure (exocol) qui s'avance dans le vagin et dont la portion et l'orifice sont palpables par le toucher vaginal et visibles lors d'un examen au speculum [5].

Histologiquement, la surface de col est recouverte par deux types d'épithélium [5]:

- L'épithélium cylindrique ou épithélium glandulaire est composé d'une seule couche de cellules hautes reposant sur la membrane basale. Il tapisse le canal endocervical en s'étendant vers l'extérieur sur une portion variable de l'exocol. Lors de l'examen au

speculum, il a un aspect rouge brillant. Il secrète des mucus alcalins appelés glaire cervicale.

- L'épithélium pavimenteux ou épithélium malpighien tapisse la plus grande partie de l'exocol et du vagin. Il est constitué par des couches de cellules plates. La membrane basale est constituée de cellules rondes. Son aspect est opaque et de couleur rose pâle avant la ménopause. Après celle-ci l'épithélium pavimenteux s'amincit et il prend une couleur rose blanchâtre (Figure 2) [13].

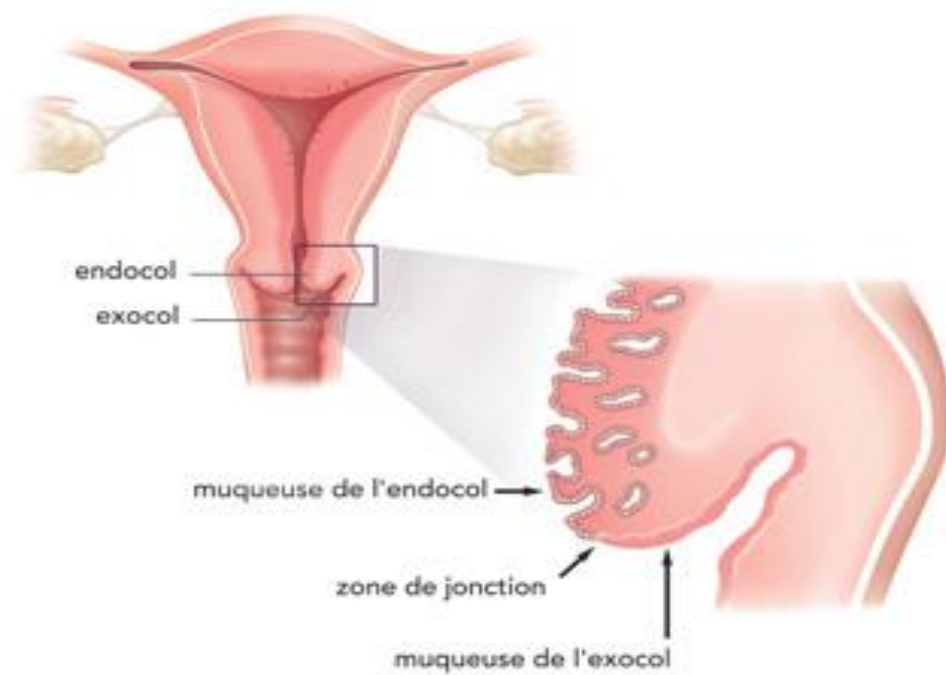


Figure 2: Col de l'utérus et sa muqueuse

Source: Institut National du Cancer. Les traitements du cancer invasif du col de l'utérus, collection Guides patients Cancer info, INCA, Juin 2011. Consulté le 10/01/17.

Disponible à l'URL: <http://www.e-cancer.fr>. Réf. GUICOLUTERUS11. [13]

Ces deux épithéliums se rejoignent au niveau de la zone de jonction des muqueuses appelée jonction pavimento-cylindrique (JPC). Cette zone forme une ligne droite possédant une différence de niveau correspondant à la différence d'épaisseur entre les deux épithéliums (Figure 3) [5].

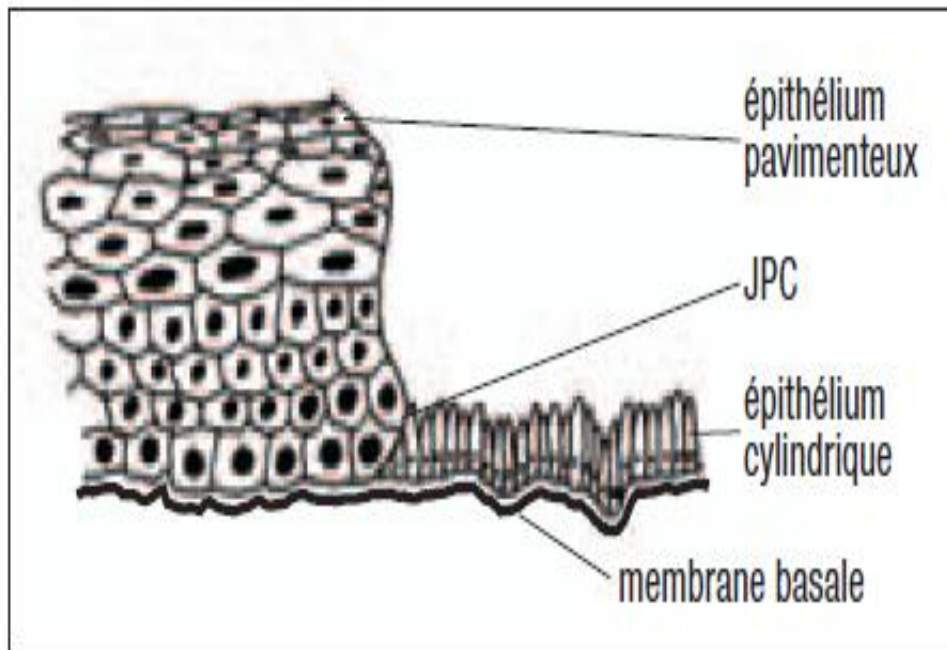


Figure 3: Deux types d'épithéliums du col et la jonction pavimonto-cylindrique (JPC)
 Source: Organisation Mondiale de la Santé, Département Santé et recherche génésiques et Département des Maladie chroniques et promotion de la santé. La lutte contre le cancer du col de l'utérus: Guide des pratiques essentielles. OMS, 2006: 1-287. [5]

L'épithélium cylindrique est lentement remplacé par un épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé. La métaplasie pavimenteuse est un mécanisme physiologique normal. La zone de remaniement est la région du col qui s'étale entre la jonction originelle et la nouvelle jonction. Les couches supérieures de la zone de remaniement se renouvellent sans cesse en temps normal, ce qui assure le maintien de l'intégrité de l'épithélium grâce à la formation constante et ordonnée de nouvelles cellules à partir de la couche basale [5].

L'utérus est vascularisé par les artères utérines naissant des artères iliaques internes. La vascularisation veineuse est assurée par un plexus veineux drainant vers les veines iliaques interne et externe. Les systèmes lymphatiques drainant les organes pelviens sont susceptibles de constituer une voie de dissémination du cancer [5].

L'innervation de l'utérus est assurée par le plexus nerveux hypogastrique auquel s'ajoutent les fibres sympathiques qui accompagnent les artères utérines.

L'exocol ne possède pas de terminaisons nerveuses. C'est pour cela que les prélèvements biopsiques à ce niveau sont parfaitement tolérés sans anesthésie [5].

III. FACTEURS DE RISQUE DE CANCER DU COL UTERIN

Le cancer du col utérin est une maladie multifactorielle. Les facteurs de risque sont les suivants:

- ❖ L'infection par l'HPV est démontrée comme le principal facteur de risque du cancer du col utérin dont 8 types de virus sont retrouvés dans 95% des cas, spécialement les types 16, 18, 31, 33, 35, 45, 52 et 58 [14].
- ❖ L'âge précoce du premier rapport sexuel augmente le risque d'avoir une infection génitale et de développer un cancer du col à l'infection HPV [15].
- ❖ La première grossesse précoce: le col utérin est encore immature rendant le col fragile par les traumatismes. Les cellules du col utérin subissent des renouvellements cellulaires rapides, ce qui facilite les transformations anormales [16].
- ❖ La multiparité a un effet traumatique sur le col facilitant la contraction d'une infection par l'HPV. Durant la grossesse, les hormones ont un effet sur le col de l'utérus par l'intermédiaire des éléments génomiques qui sont sensibles à la progestérone [17].
- ❖ L'antécédent des infections sexuellement transmissibles : ce sont des cofacteurs du HPV. Surtout l'infection aux Herpès Virus Simplex de type 2 associés à HPV augmente le risque de développer un cancer. Les autres infections ne sont pas à écarter comme l'infection par *Chlamydia trachomatis*, *Neisseriagonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Treponema*, *Cytomegalovirus*,... [18].
- ❖ Le tabagisme: quand les taux de nicotine et de cotinine sont retrouvés à des concentrations plus importantes dans les glaires cervicales. Ceci alerte l'immunité cellulaire et conduit à une infection chronique provoquant une inflammation du col [2].
- ❖ La contraception orale (CO) au long cours augmente le risque de contracter l'HPV. Elle facilite la fixation des HPV au niveau cervical en modifiant le tractus génital et

l'immunité cellulaire. Cependant le dépistage doit être fait même si la femme ne prend pas ce type de contraception [19, 20].

❖ Les autres facteurs de risque:

- Le statut immunitaire: la diminution de l'immunité facilite la survenue d'un cancer grave et rapidement évolutif. Les risques sont élevés chez les femmes immunodéprimées (greffe d'organe, corticoïdes) et surtout les femmes porteuses du VIH [18].
- L'avortement: les idées sont opposées là-dessus. Mais, les publications de certains auteurs prouvent une importante augmentation du risque par rapport aux autres femmes [21].
- Le niveau socio-économique défavorisé constitue un facteur de risque du cancer à cause de la malnutrition par l'insuffisance des éléments protecteurs nécessaires à la réduction de la survenue du cancer dans les aliments (caroténoïdes, vitamine C, vitamines A et E). Ils ont un rôle d'antioxydant efficace intra cellulaire évitant des dommages possibles à l'ADN [22].
- L'absence de dépistage constitue aussi, après l'infection à HPV, un facteur de risque important dans l'évolution des lésions précancéreuses [24].

IV. HISTOIRES NATURELLES

Le cancer du col utérin débute au niveau de la jonction cylindro-squameuse sous l'influence des différents facteurs de risque dont le principal est l'infection à HPV. Ce sont des virus nus, ayant une capsidie isocaédrique à symétrie cubique de 55 nm de diamètre avec 72 capsomères. Leur génome est une molécule d'ADN bicaténaire circulaire, super-enroulée composée de 8000 paires de bases. Une région précoce E (Early) du génome viral encode les protéines régulatrices. Une région tardive L (Late) est responsable de la synthèse des protéines capsidiques (Figure 4) [24].

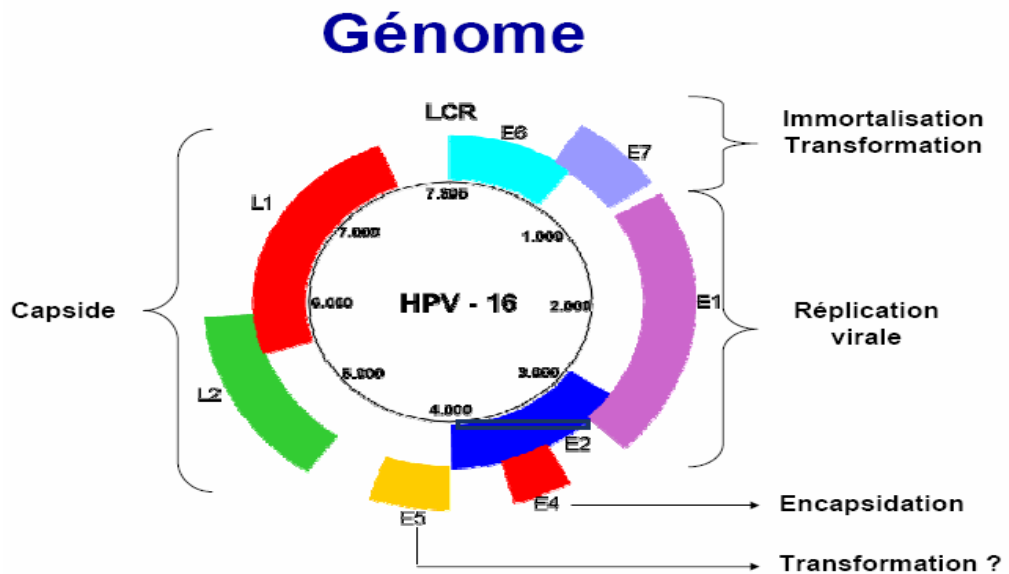


Figure 4: Organisation du génome d'un papillomavirus humain (génotype 16)

Source: Monsonogo J. Infections à papillomavirus. Etat des connaissances, pratiques et prévention vaccinale. Paris: Springer; 2006. [24]

L'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus se compose de plusieurs étapes de lésions histologiques précancéreuses de malignité croissante. Elles débutent par des lésions de bas grade CIN1 qui peuvent régresser ou progresser vers des lésions de haut grade CIN2 puis vers CIN3 (Figure 5). L'évolution de ce cancer est lente: en moyenne 15 à 20 ans après la persistance d'une infection à HPV à haut risque de la lésion précancéreuse jusqu'à l'apparition du cancer invasif [25].

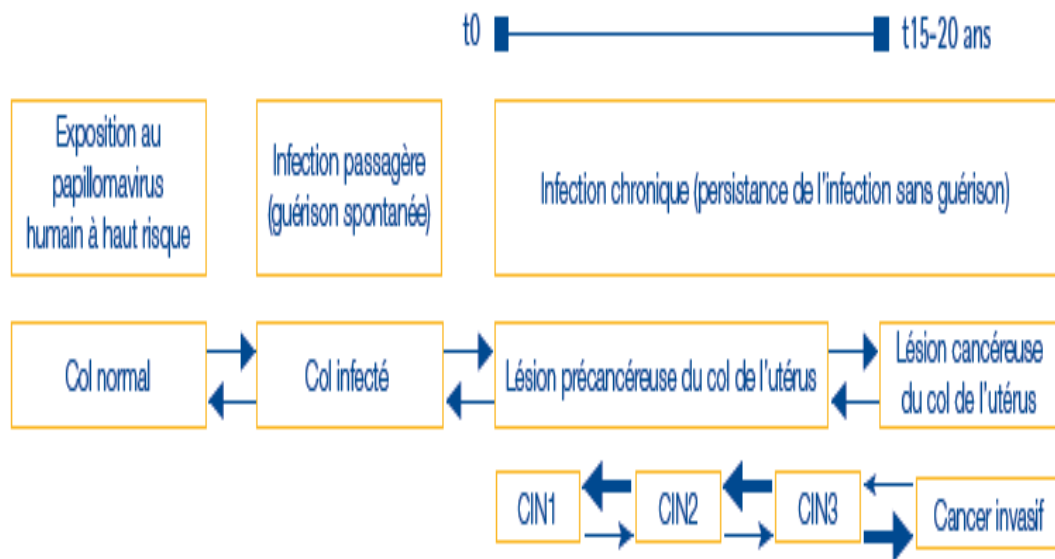


Figure 5: Histoire naturelle de l'infection à HPV

Source: Haute Autorité de Santé. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de sante (EPS). Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. Haute Autorité de Sante–Référentiel-KC Utérus juin 2013; 54. Consulté le 10/01/17. Disponible à l'URL: [http:// www.has-santé.fr](http://www.has-santé.fr). [25]

V. ANATOMIE-PATHOLOGIE

Les lésions histologiques se divisent généralement en [25]:

- Carcinome épidermoïde qui se développe à partir de l'épithélium malpighien de l'exocol et qui représente 80 à 90% du cancer du col utérin,
- Adénocarcinome qui se développe à partir de l'épithélium cylindrique de l'endocol et qui représente 10 à 20% du cancer du col utérin,
- Autres types histologiques qui sont rares: sarcomes, mélanomes, lymphomes, tumeurs primaires et secondaires.

L'épithélium du carcinome in situ du col utérin est désorganisé sur toute sa hauteur dans la zone de jonction. Les cellules malignes occupent l'épithélium sur une certaine surface sans qu'elles dépassent la membrane basale.

Le carcinome micro-invasif est constitué d'une rupture de la membrane basale et une invasion stromale par les cellules malignes. Le potentiel métastatique de la lésion est limité.

Les carcinomes invasifs se manifestent macroscopiquement dans la zone péri-orificielle en lésion indurée, granuleuse, iodo-négative et qui saigne facilement. Ils vont évoluer selon différentes formes macroscopiques [26]:

-La forme bourgeonnante ou « exophytique » est caractérisée par la prolifération de végétations, blanc-grisâtres en superficie, friables, saignant spontanément et au contact, d'aspect en « chou-fleur ».

-La forme infiltrante ou « endophytique » débute par une induration enfoncée dans le stroma cervical, des ulcérations aux bords déchiquetés qui saignent facilement au contact.

-La forme mixte s'observe dans les lésions plus avancées.

Le carcinome épidermoïde est classé en trois grades selon le degré de différenciation liée à la kératinisation, au pléomorphisme nucléaire et à l'activité mitotique [26]:

- Grade I: L'épithélioma différencié à maturation kératosique.
- Grade II: L'épithélioma intermédiaire sans maturation kératosique.
- Grade III: L'épithélioma indifférencié à cellule fusiforme.

L'adénocarcinome est une lésion qui commence à se développer à partir des glandes endocervicales qui sont proches de la zone de jonction.

L'adénocarcinome in situ constitue une anomalie mitotique hyperchromatique, il est une pseudo-stratification nucléaire avec noyaux allongés retrouvée dans la surface de l'épithélium glandulaire endocervical sans invasion stromale.

L'adénocarcinome micro invasif est défini par une infiltration du stroma. Il est difficile de percevoir la différence entre adénocarcinome in situ et adénocarcinome micro invasif à cause de leur origine, de la profondeur et du degré d'infiltration qui sont très difficiles à évaluer.

Histologiquement, l'adénocarcinome invasif présente différents types [26]:

- ✓ L'adénocarcinome pur ou endocervical représentant la forme la plus fréquente,
- ✓ L'adénocarcinome endométrioïde ou les épithéliomas mixtes,

- ✓ L'adénocarcinome à cellules claires ou les mésonephromes, très rare,
- ✓ L'adeno-acanthome,
- ✓ L'adénocarcinome mixte,

Les autres types histologiques du cancer du col utérin sont rares et moins étudiés.

VI. DIAGNOSTIC

VI.1. Circonstance de découverte

Le cancer du col de l'utérus en forme asymptomatique peut être détecté au cours du dépistage systématique ou lors d'un examen gynécologique pour une autre raison.

Les formes symptomatiques révèlent le plus souvent la présence du cancer du col utérin. Les principaux symptômes sont [27, 28]:

- Métrorragies provoquées: après le rapport sexuel, peu abondantes, indolores, même capricieuses ou intermittentes. C'est le maître du symptôme.
- Métrorragies spontanées: elles surviennent en dehors de la période des règles et témoignent d'un cancer évolué.
- Leucorrhées banales, rosées.
- Douleurs pelviennes, dysuries ou ténesmes, dyspareunies sont des signes qui révèlent les formes évoluées.
- Douleurs lombaires (par compression urétérale).

VI.2. Examen clinique

L'interrogatoire permet de préciser particulièrement :

- L'état civil de la patiente,
- Les antécédents (personnels et familiaux),
- La date et les résultats du dernier frottis cervico utérin (FCV),
- Les facteurs de risque,
- Les symptômes cliniques correspondant aux circonstances de découverte.

L'examen physique comprend un examen gynécologique comportant une inspection de la vulve, un examen au speculum suivi du toucher vaginal (TV) [28].

- Dans les formes asymptomatiques, l'examen au speculum permet de voir le col porteur de lésion, qui semble normal ou ne présenter qu'une zone rouge

d'apparence banale. Une biopsie peut être réalisée. Le TV ne révèle pas d'information importante.

- Dans les formes symptomatiques, l'examen au speculum met en évidence des lésions bourgeonnantes de volume variable, fragiles et saignant facilement au contact. La biopsie est indiquée. Les formes ulcérées et irrégulières sont souvent nécrotiques. Le TV note ses caractères indolores, reposant sur une base indurée avec saignement au contact.
- Dans les formes évoluées, la lésion est évidente: tumeur bourgeonnante, hémorragique, friable ou ulcération nécrotique.

VI.3. Examens complémentaires

Le diagnostic d'un cancer du col utérin repose sur l'examen histopathologique qui confirme le diagnostic et détermine le type histologique [28]:

- ❖ Des biopsies du col utérin si nécessaire sous le guide colposcopique devant des lésions suspectes ou de petites tailles ou de FCV anormal.
- ❖ Ou des pièces de conisation si la biopsie sous colposcopie est non réalisable.

Le compte rendu anatomo-pathologique devra comprendre le type histologique des lésions, la taille de la tumeur en surface du revêtement épithélial, l'extension tumorale en profondeur dans la paroi cervicale, les emboles carcinomateux et les limites chirurgicales endo-exocervicales.

Les bilans nécessaires pour compléter le diagnostic et apprécier l'extension de la tumeur sont:

- L'appréciation de l'état général,
- L'examen clinique général de la tête aux pieds. Il est préférable, si possible, de le faire sous anesthésie générale, par un chirurgien et un radiothérapeute. L'examen au speculum permet de voir l'extension locorégionale. Le TV évalue le volume, la mobilité du col et la souplesse des culs-de-sac vaginaux. Le toucher rectal permet d'apprécier la présence d'une infiltration au niveau des paramètres. Le toucher combiné permet d'évaluer l'extension latérale le long des ligaments utéro-sacrés [27].
- Les examens complémentaires sont [29- 31]:
 - La radiographie thoracique recherchant une métastase à distance.

- L'échographie par voie vaginale permettant d'apprécier le volume tumoral.
- L'échographie abdominale montrant le retentissement tumoral sur les voies urinaires.
- Les examens endoscopiques (cystoscopie et rectoscopie), utilisés dans les tumeurs de taille volumineuse ou d'invasion vésicale ou rectale.
- la coloscopie permet de voir mieux les lésions.
- L'urographie intraveineuse (UIV), indiquée pour les tumeurs de gros volume et permettant de mettre en évidence un retentissement reno-urétrale.
- Le scanner et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) abdomino-pelvienne aident à déterminer la taille tumorale, l'extension locorégionale et à distance.
- La tomographie par émissions de positons (ou Pet Scan) au 18 fluorodeoxyglucose, un moyen d'imagerie fonctionnelle utilisé en oncologie. Elle évalue la dissémination métastatique ganglionnaire et systémique.
- La lymphographie, indiquée en cas d'atteinte ganglionnaire.
- Les bilans biologiques sont [27,32]:
- Bilan préparatoire, hématologique, hépatique et rénal.
- Dosage des marqueurs tumoraux: le marqueur « Squamous Cell Carcinoma antigen » (SCC) permettra de suivre biologiquement l'évolution de la tumeur. Le marqueur tumoral CA 125 représente l'adénocarcinome.
- Statut VIH.

VII. FACTEURS PRONOSTIQUES

VII.1. Facteurs épidémiocliniques

- ❖ L'âge est un facteur pronostique du cancer du col utérin. Certains auteurs disent que le jeune âge est un facteur de pronostic favorable en raison de la fréquence des formes précoces. D'autres remarquent un caractère défavorable lié au jeune âge [33].
- ❖ Le stade clinique: Le stade de la FIGO est un facteur pronostique indispensable. Il présente les caractéristiques du cancer lui-même et la présence ou non d'un envahissement local, régional ou à distance [27, 34].

La survie diminue rapidement pour les stades les plus avancés. Les taux de survie de 5ans sont de l'ordre de:

- 99% au stade IA,
- 85% à 90% au stade IB,
- 60% à 70% au stade IIB,
- 30% à 50% au stade III et
- 20% au stade IV.

Le taux de survie des stades I et II dépend également de l'atteinte ganglionnaire [27].

- ❖ La taille approximative de la tumeur est révélée par l'examen clinique, mais l'IRM donne la dimension exacte de la tumeur et montre les limites de l'envahissement tumoral. Les patientes ayant des tumeurs supérieures à 4cm ont un pronostic plus péjoratif que celles porteuses des tumeurs plus petites [35, 36].

VII.2. Facteurs anatomopathologiques

Le pronostic varie selon le type histologique du cancer. Il donne des résultats différents avec un caractère péjoratif des adénocarcinomes en général [34].

Le carcinome épidermoïde peu différencié ou indifférencié sont de mauvais pronostics. En général, les tumeurs bien différenciées présentent un meilleur pronostic que les tumeurs indifférenciées [32, 37].

L'envahissement ganglionnaire (pelvien et lombo-aortiques) est un facteur hautement péjoratif. Le risque des métastases paramétriales et para-aortiques est élevé chez les patientes présentant des ganglions pelviens positifs. L'atteinte ganglionnaire dépend du stade, de la taille tumorale, du nombre de ganglions envahis, de la bilatéralité ou non, et de la taille des métastases [27, 32, 35].

VII.3. Facteurs biologiques

Ce sont [27,35]:

- L'existence d'une anémie, facteur de mauvais pronostic.
- Le taux élevé d'ACE (antigène carcino embryonnaire) et/ou de SCC. Un taux positif après le traitement est un signe de persistance de la maladie.
- L'indice de prolifération (pourcentage de cellules en phase de synthèse) des modifications des oncogènes (impact défavorable de l'hyperexpression de c-Myc et de la perte de mutation CHa-ras) et des neangiogenèses importantes.

- La sérologie VIH: les patientes VIH positives réagissent faiblement au traitement.

VIII. STADIFICATIONS ET CLASSIFICATIONS

Plusieurs classifications existent mais la classification TNM (Tumor, node, metastasis) et celle de la FIGO (Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique) sont les plus utilisées et se basent sur l'extension locale de la tumeur.

- La classification TNM de l'Union Internationale Contre le Cancer (UICC):
Les « T » de la tumeur correspondent aux stades de la FIGO (plus bas).
Les « N »:
— N0 si pas d'adénopathie clinique ou paraclinique.
— N1 si adénopathie constatée.
— N2 si massa ganglionnaire pelvienne.
Les « M »:
— M0 si pas de métastase clinique ou paraclinique.
— M1 si métastase.
- La classification de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) 2009:
 - Stade 0: Cancer IN SITU ou intraepithelial.
 - Stade I: Carcinome INVASIF LIMITE AU COL.
 - IA: cancer micro-invasif.
 - moins de 5 mm en profondeur.
 - moins de 7 mm et en surface.
 - IB: tous les autres cancers invasifs limités au col.
 - IB1 moins de 4 cm.
 - B2 plus de 4 cm.
 - Stade II: cancer ETENDU AU-DELA DU COL.
 - IIA: extension au 1/3 supérieur du vagin.
 - IIB: extension aux paramètres sans atteinte de la paroi pelvienne.
 - Stade III: cancer ETENDU A LA PAROI PELVIENNE ou AU TIERS INFÉRIEUR DU VAGIN.

- IIIA: extension au 1/3 inférieur du vagin.
- IIIB: extension à la paroi pelvienne ou retentissement sur les voies excrétrices urinaires.
- Stade IV: cancer ETENDU AU-DELA du pelvis.
 - IVA: cancer étendu à la vessie ou au rectum.
 - IVB: cancer étendu à des organes éloignés.

IX. MOYENS ET TRAITEMENTS

Le but du traitement est d'enlever la tumeur et d'éradiquer ses éventuelles extensions locorégionales (col, vagin, paramètres et ganglions pelviens). Le choix du traitement dépend du stade, de l'âge, du désir d'enfant, de l'état général, des souhaits personnels et de l'état d'esprit de la patiente.

Les moyens thérapeutiques utilisés:

- ❖ La cryothérapie utilise les congelants pour détruire les lésions précancéreuses au niveau du col. Sa technique est d'appliquer un disque de métal glace sonde cryogénique sur le col et à congeler sa surface au moyen de neige carbonique (CO₂) ou d'azote liquide (NO₂). Elle est simple à réaliser, rapide de 15 mn environ et est la moins couteuse. Elle est recommandée pour traiter les lésions précancéreuses en ambulatoire [5].
- ❖ La chirurgie a pour but d'enlever la tumeur (totale ou partielle). Elle sera pratiquée sous anesthésie générale.
 - La conisation est le traitement de référence des lésions intra épithéliales du col utérin du CIN2 ou 3. Elle consiste à enlever la zone pathologique péri-orificielle en forme de cône ou cylindre dont la base est exocervicale et le sommet l'endocervicale passant à distance de la zone de jonction pavimento-cylindrique [38].
 - L'hystérectomie totale.
 - La colpohystérectomie élargie avec lymphadenectomie par voie coelioscopique.
 - Une pelvectomie antérieure arrache avec l'utérus la vessie, ou postérieure étendue au rectum, voire même totale.

- Traitement au Laser puis une biopsie étagé pour un examen anatomo-pathologie. Il est indiqué pour traiter les cancers in situ.

Les complications liées à la chirurgie sont: fistule vésico-vaginale ou utero-vaginale, complications infectieuses, sténose urétrale, occlusion intestinale,....

- ❖ La radiothérapie:

- La radiothérapie externe est dirigée vers la tumeur, les vaisseaux et les ganglions lymphatiques proches. La dose doit être fractionnée de 1,8 à 2 Gy pour que la patiente tolère bien le traitement [39].
- La curiethérapie cervicovaginale place des sources radioactives (césium 137, iridium 192 ou cobalt 60) au contact de la tumeur. Les doses utilisées, seules ou associées à la radiothérapie externe, sont de l'ordre de 60 Gy, habituellement utilisée à bas débit en préopératoire [40].

Les complications se manifestent par de rare signes digestifs, des signes urinaires, de fibrose post-radiothérapie et les hémorragies.

- ❖ La chimiothérapie a pour but de renforcer la radiothérapie et d'éliminer les cellules tumorales. La base est constituée de dérivés de platine de posologie 40 mg/m² de surface corporelle. L'anémie, la thrombopénie, le leuconutropénie,... sont les complications liées à la chimiothérapie [41].

Les indications thérapeutiques se décident en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) en fonction de la classification FIGO et le choix de la patiente:

- IA: Conisation
- IA2: Colpohystérectomie avec lymphadénectomie pelvienne ou radiothérapie en première
- IB: Radiothérapie exclusive suivi de complément de dose par curiethérapie (70 Gy).
Et/ou colpohystéctomie élargie avec lymphadénectomie,
- IB2: Hystérectomie et lymphadenectomie pelvienne avec une radiothérapie adjuvant exclusive ou préopératoire.

Radio-chimiothérapie concomitante: 45 Gy en externe et 15 Gy en curiethérapie; pour la chimiothérapie, association de cisplatine et de 5-fluoro-uracile toutes les semaines pendant 4 cycles.

- IIA: Radio-chimiothérapie concomitante avec ou sans chirurgie.
Si la tumeur est de taille modérée, une chirurgie radicale avec lymphadénectomie peut être pratiquée.
- IIB – III – IV: Le traitement standard est la radio-chimiothérapie concomitante.

X. EVOLUTIONS

X.1. Evolution sans traitement

L'évolution spontanée est lente avec extension de proche en proche. Un cancer non traité évolue vers le cancer invasif et la mort survient en 3 à 5 ans. La tumeur reste localisée sans métastases pendant un temps assez long. Il se propage par dissémination sanguine (os, rein, foie, poumon voire cerveau) ou lymphatique aux ganglions iliaques puis lombo-aortiques. Les signes, comme l'amaigrissement progressive, l'hémorragie massive, les embolies et des infections urinaires ascendantes, apparaissent et sont dus à la présence de métastase [32, 42].

X.2. Evolution sous traitement

L'évolution du cancer traité peut tendre vers la guérison, si le diagnostic et le traitement ont été à temps et bien conduits. Ainsi nous retenons:

- Au stade I: 80% de guérison.
- Au stade II: 5% à 60% de guérison.
- Au stade III: 25% à 60% de guérison.
- Au stade IV: 5% à 10% de guérison.

A tout moment, le cancer traité peut se compliquer par des récurrences. Ces récurrences sont graves et toujours au niveau du col restant ou au niveau du vagin.

La surveillance est essentiellement clinique mais aussi biologique et radiologique. Elle doit être régulière et prolongée durant les deux premières années. La fréquence est trimestrielle pendant 2 ans; puis tous les 6 mois pendant 3 ans; puis chaque année.

XI. PREVENTIONS

XI.1. Préventions primaires

La méthode la plus efficace pour prévenir le cancer du col serait de se faire vacciner contre le HPV. Les bienfaits seront significatifs dans les pays en voie de

développement où les services de soins de santé sont minimaux ou gravement limités. Le vaccin anti-papillomavirus permettra de protéger les femmes des papillomavirus les plus oncogènes. Ce vaccin est administré chez les jeunes filles de 11 à 14 ans et les jeunes femmes âgées de 15 ans à 23 ans qui n'ont pas encore eu de rapport sexuel, ou au plus tard dans l'année suivante au début de leur vie sexuelle [5,43].

Actuellement, deux options vaccinales ont été choisies [44]:

- ❖ Gardasil®: le vaccin est quadrivalent et prévient contre les cancers liés aux virus HPV 16 et HPV 18 et contre les condylomes génitaux liés aux virus HPV 6 et 11.
- ❖ Cervix®: Le vaccin est bivalent et prévient contre les cancers liés aux virus HPV 16 et HPV 18.

Le schéma vaccinal est de 3 injections administrées par voie intramusculaire sur une période de 6 mois (à 0, à 2 mois et à 6 mois). La dose est de 0,5 ml. Ce vaccin ne doit pas remplacer le dépistage ni même une protection lors des rapports sexuels par l'utilisation des préservatifs car les virus sont partout sur la zone ano-génitale [45].

XI.2. Préventions secondaires

La prévention secondaire consiste à faire le dépistage. L'action se fait par des professionnels de santé au profit de personne qui ne présente pas de signe de la maladie. Le test de dépistage devrait être précis, reproductible, accessible à tous, facile à réaliser, à interpréter, acceptable et sans danger [5].

Les méthodes de dépistage de cancer du col sont plusieurs:

- ❖ L'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA) ou au soluté iode de Lugol (IVL): La procédure consiste à examiner le col à l'œil nu pendant lequel un personnel de santé applique l'acide acétique (vinaigre) dilué (3 à 5%) sur le col utérin (Annexe 1). Il permet de voir le changement de couleur sur le col et de déterminer si les résultats du test sont positifs ou négatifs pour d'éventuelles lésions précancéreuses ou pour un éventuel cancer [45].

Le test est positif quand (Annexe 2):

- il y a apparition d'une zone blanche, nette, aux limites irrégulières ou régulières, légèrement surélevée, proche de la zone de jonction,
- ou de zone blanchâtre très dense au sein de l'épithélium glandulaire,

- ou quand, sur la totalité du col, apparaît un blanc dense après l'application de l'acide acétique.

Le test au Lugol consiste à appliquer au col un tampon de coton imprégné d'une solution de Lugol. Après quelques secondes, le col normal se colore en brun acajou foncé uniforme.

Le test est positif quand (Annexe 2):

- dans la zone de remaniement, apparaissent des zones iodo-négatives, denses, épaisses, brillantes proches ou accolées à la jonction pavimento-cylindrique,
- Le col devient entièrement jaune.

Cette méthode est indolore et rapide, elle donne des résultats immédiats. Le coût est moindre et la méthode peut être pratiquée dans des centres de santé ou des unités de soins mobiles. Ce test rend possible une stratégie de dépistage associée à un traitement (cryothérapie).

- ❖ Le dépistage par cytologie: Cytologie conventionnelle ou Papanicolaou-test

Ce dépistage est basé sur l'analyse des cellules superficielles du col et de vagin et peut détecter 90% des cas, permettant de réduire de plus de 50% la mortalité.

Le frottis cervico-vaginal conventionnel représente la méthode la plus utilisée. Il répond pleinement aux critères d'efficacité et de faible coût. Il est préférable de pratiquer en dehors des règles et de tout épisode infectieux. Il consiste à prélever des cellules superficielles du col et du vagin à l'aide d'une brosse et d'une spatule d'Ayre pour détecter les cellules anormales. Les nouveaux programmes de dépistage doivent d'abord cibler les femmes de plus de 30 ans avant de s'adresser ensuite aux femmes plus jeunes. Les programmes déjà existants ne doivent pas intégrer les femmes de moins de 25 ans [5].

Au-delà de 65 ans, le dépistage peut être arrêté si les femmes ont été régulièrement surveillées et si leurs deux derniers frottis de dépistage ont été normaux. Le rythme se fait tous les ans pendant 3 ans, puis, s'ils sont normaux, les frottis peuvent être espacés tous les 2 à 3 ans [43, 46].

Les résultats peuvent être:

- normal,

- frottis avec des modifications cellulaires bénignes inflammatoires ou des phénomènes de régénération,
- néoplasies intra-cervicales (CIN),
- carcinome infiltrant.

❖ Le test HPV:

Ce test HPV détecte surtout les HPV à haut risque oncogène. Il est basé sur la mise en évidence de l'ADN viral dans les cellules infectées. Il existe deux grands types de techniques utilisables sur les prélèvements cervico-utérins: des techniques d'hybridation en phase liquide et des techniques d'amplification génétique (PCR). Ces techniques permettent la détection quantitative de l'ADN viral de type HPV et le suivi de l'évolution de la charge virale au cours du temps [47].

❖ La colposcopie:

Elle consiste à examiner le col à l'aide d'une loupe binoculaire grossissant 10 fois. Elle utilise la même technique que la méthode par inspection visuelle IVA/IVL mais elle bénéficie d'une meilleure visualisation.

DEUXIEME PARTIE: METHODES ET RESULTATS

I. METHODES

I.1. Cadre de l'étude

L'étude a été faite dans la Commune Urbaine de Maroantsetra au niveau des Centres de Santé Publique et Privé.

Sur le plan géographique, la ville de Maroantsetra se situe à la partie Nord-Est de Madagascar, sur le Cap Masoala, dans la région d'Analanjorofo et dans le district de Maroantsetra. La Commune Urbaine de Maroantsetra fait partie des 20 communes du district de Maroantsetra. Actuellement, selon les données de l'Association FAMOHA Maroantsetra, elle regroupe 20 Fonkotany, avec 49 Km² de superficie et 44338 habitants. Les voies d'accès sont: aérienne, maritime, routière et fluviale.

Les Centres de Santé publics sont constitués du Centre Hospitalier de District niveau I (CHD I) et du Centre de Soins Primaires.

- ❖ Le Centre Hospitalier de District niveau I (CHDI): il comporte un service d'administration de santé du district, un service d'administration de l'hôpital, un service de médecine générale et de pédiatrie, un service de chirurgie générale et de maternité, un service de lutte contre la tuberculose, un laboratoire très limité, un service de radiologie possédant seulement la radiographie standard et une pharmacie.
- ❖ Le Centre de Soins Primaires dispose d'une unité de consultation externe pour les maladies générales, la vaccination, la consultation prénatale (CPN), la planification familiale, les soins médicaux et la pharmacie. Le Centre de Santé privé n'est représenté que par un seul Centre de Soins Primaires dans la ville, le Dispensaire SAF FJKM. Il exerce une activité de consultation externe, de consultation prénatale (CPN), de planification familiale, de soins médicaux, d'échographie, et comporte une pharmacie.
- ❖ Un cabinet médical privé, le seul dans la ville. Il pratique la consultation externe pour les maladies générales et la consultation prénatale (CPN).

Ces Centres de Santé ne disposent pas de plateau technique de dépistage et de traitement du cancer du col de l'utérus.

I.2. Type et période d'étude

Il s'agit d'une enquête descriptive prospective et transversale. Notre étude a été réalisée de janvier 2017 à octobre 2018.

I.3. Population d'étude et mode d'échantillonnage

Les personnels de santé sont des médecins généralistes, des sages-femmes, des infirmières, des infirmiers et des anesthésistes au niveau des différents centres de santé de la ville de Maroantsetra.

- Le critère d'inclusion: Tous les praticiens soignants qui participent aux consultations et qui ont accepté de répondre aux questionnaires.
- Le critère d'exclusion: Les personnels techniques du laboratoire et de la radiologie n'intervenant pas dans les consultations.

Le mode d'échantillonnage est de type exhaustif recueilli après une enquête.

I.4. Variables à étudier

Les variables à étudier sont réparties selon:

- Caractères démographiques: Type d'établissement et Profession
- Connaissances sur le cancer du col:
 - Perception des personnels de santé sur le cancer du col
 - Autoévaluation de la connaissance sur le cancer du col
 - Connaissance sur la fréquence du cancer du col
 - Estimation par les personnels de santé des facteurs de risque du cancer du col
 - Facteurs de risque cités par les personnels de santé
 - Connaissance sur l'HPV (HumanPapilloma Virus)
 - Connaissance du vaccin anti-HPV
 - Connaissance sur le frottis cervico-vaginal
 - Connaissance sur l'âge du début du dépistage
 - Estimation par les personnels de santé des symptômes du cancer du col
 - Symptômes cités par les personnels de santé
 - Connaissance sur les moyens de détection précoce
 - Moyens de détection précoce cités par les personnels de santé
 - Connaissance sur le rythme de la réalisation du dépistage

- Attitude:
 - Attitude sur l'âge du premier rapport sexuel
 - Attitude sur le risque d'avoir le cancer du col
 - Attitude sur le vaccin anti-HPV
 - Attitude sur l'importance du dépistage
 - Attitude sur la raison de faire le dépistage
 - Attitude sur la raison de ne pas faire le dépistage
 - Attitude sur la recommandation du dépistage
- Pratique:
 - Pratique du test de dépistage
 - Non pratique du dépistage
 - Pratique du dépistage à l'avenir
 - Pratique des hommes sur l'incitation à faire le dépistage
 - Pratique sur la source d'information du cancer du col

I.5. Mode de collecte et d'analyse des données

La collecte des données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire préalablement testé (Annexe 3).

Le questionnaire contenait 33 questions qui concernent les caractères démographiques, les connaissances sur le cancer du col utérin, les attitudes et les pratiques du dépistage.

Les questionnaires ont été distribués et récupérés plus tard selon la disponibilité de l'enquêté.

Les données ont été saisies par Excel version 2010 et traité par le Logiciel Epi Info version 7.1.3.

II. RESULTATS

L'enquête a abouti à un nombre total de 37 membres du personnel de santé des différents centres de santé (30 dans les établissements publics et 07 dans l'établissement privé). Ils sont repartis de la manière suivante: 12 Médecins généralistes, 12 Sages-Femmes, 11 Infirmiers(e), 2 Anesthésistes.

Les personnels de santé qui n'ont pas accepté de répondre aux questionnaires sont au nombre de deux (02).

II.1. ETUDE DESCRIPTIVE

II.1.1. Caractères démographiques

II.1.1.1. Type d'établissement

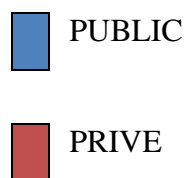
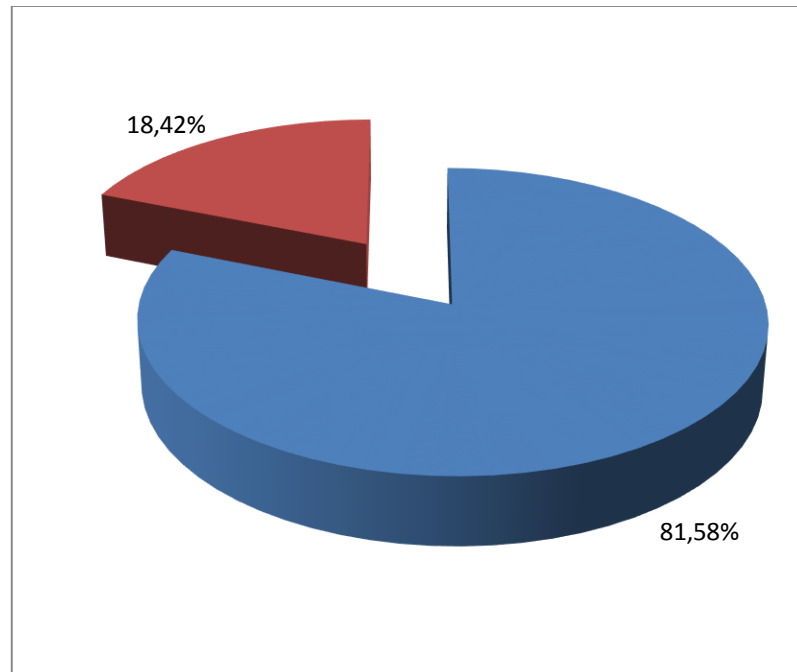


Figure 6: Répartition selon le type d'établissement

Les personnels de santé travaillant dans l'établissement public étaient plus nombreux (81,58%) que ceux dans l'établissement privé (Figure 6).

II.1.1.2. Profession

Tableau I: Répartition selon la profession

Type de profession	Nombres	Pourcentage
	N	%
Médecins	12	32,43
Sages-Femmes	12	32,43
Infirmières	5	13,51
Infirmiers	6	16,22
Anesthésistes	2	5,41

Les médecins et les sages-femmes représentaient 65% des personnels de santé (Tableau I).

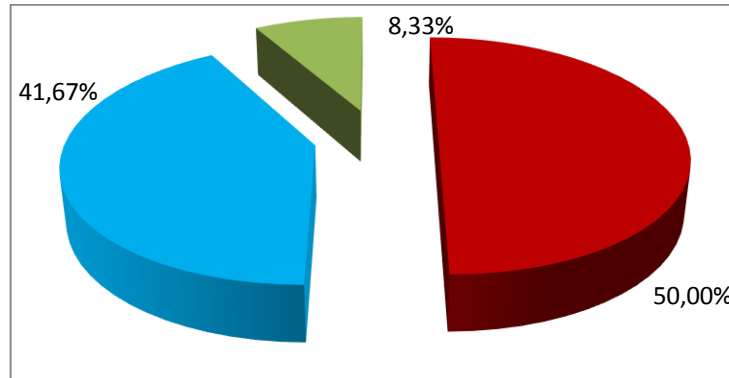
II.1.2. Connaissances sur le cancer du col

II.1.2.1. Perception des personnels de santé sur le cancer du col

Tous les personnels de santé avaient déjà entendu parler du cancer du col auparavant.

II.1.2.2. Autoévaluation de la connaissance sur le cancer du col

II.1.2.2.a. Chez les médecins interrogés



II.1.2.2.b. Chez les paramédicaux interrogés

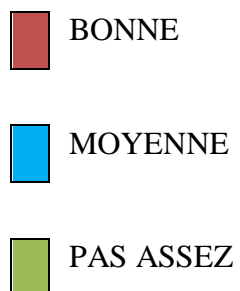
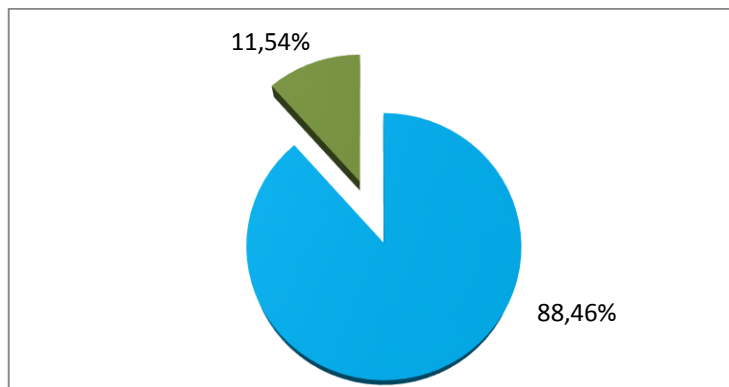
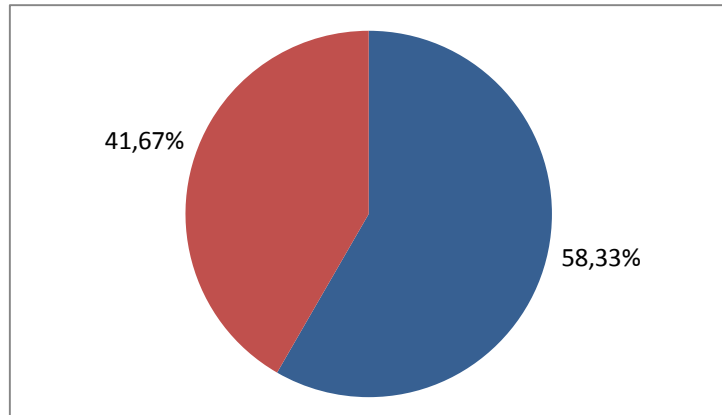


Figure 7: Répartition selon l'autoévaluation de la connaissance sur le cancer du col

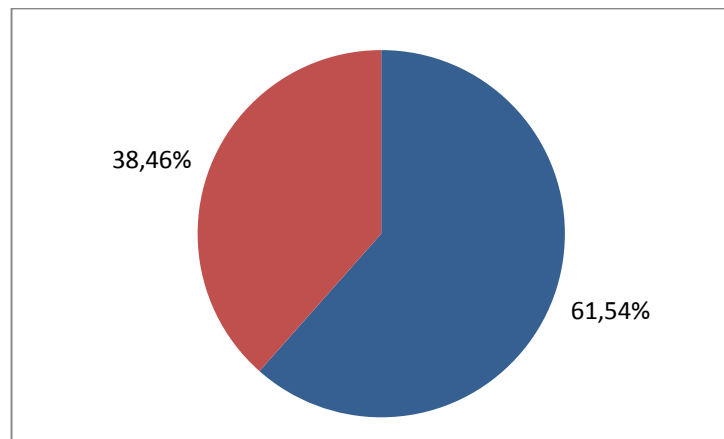
La moitié des médecins (50%) estimaient avoir une bonne connaissance du cancer du col alors que 88,46% des paramédicaux estimaient avoir une connaissance moyenne du cancer du col (Figure 7).

II.1.2.3. Connaissance sur la fréquence du cancer du col

II.1.2.3.a. Chez les médecins interrogés



II.1.2.3.b. Chez les paramédicaux interrogés



■ VRAI

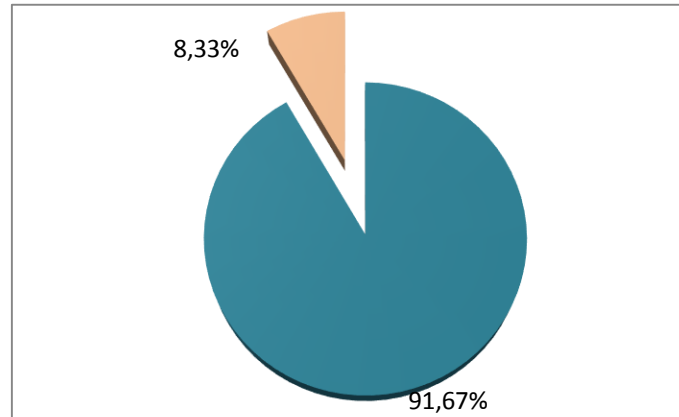
■ FAUX

Figure 8: Répartition selon la connaissance de la fréquence du cancer du col

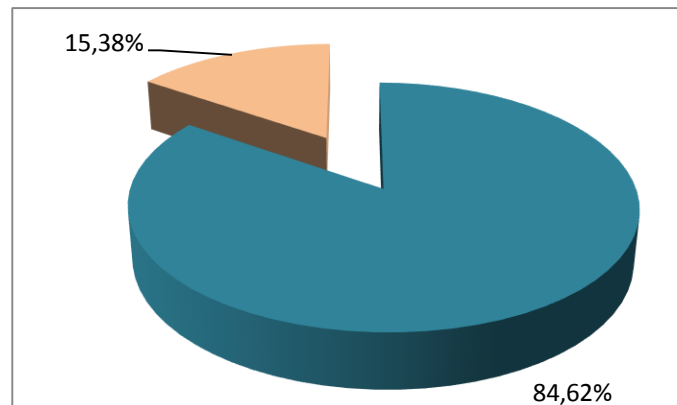
Plus de moitié des médecins (58,33%) et 61,54% des paramédicaux ont dit que le cancer du col est fréquent à Madagascar (Figure 8).

II.1.2.4. Estimation par les personnels de santé des facteurs de risque du cancer du col

II.1.2.4.a. Chez les médecins interrogés



II.1.2.4.b. Chez les paramédicaux interrogés



OUI

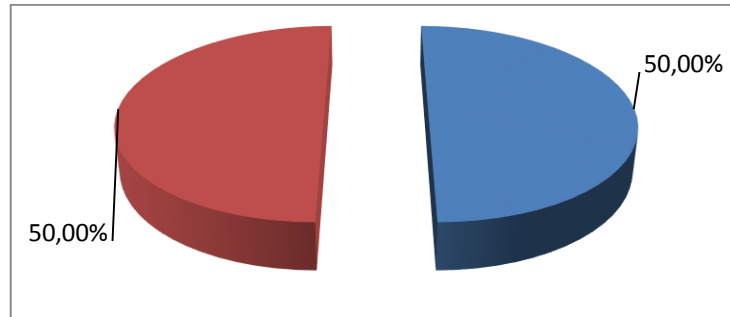
NON

Figure 9: Répartition selon l'estimation par les personnels de santé des facteurs de risque du cancer du col

La majorité du personnel de santé connaissait les facteurs de risque du cancer du col dont 91,67% des médecins et 84,62% des paramédicaux (Figure 9).

II.1.2.5. Facteurs de risque cités par les personnels de santé

II.1.2.5.a. Chez les médecins interrogés



II.1.2.5.b. Chez les paramédicaux interrogés

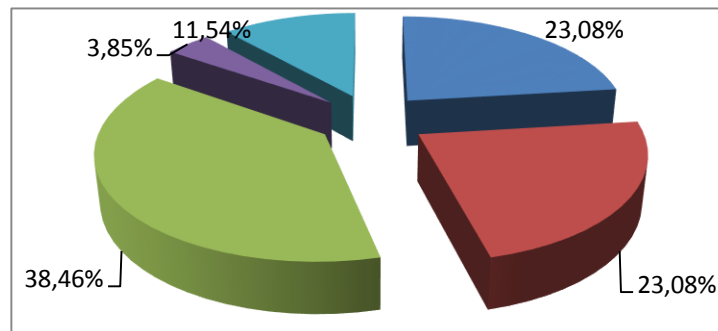
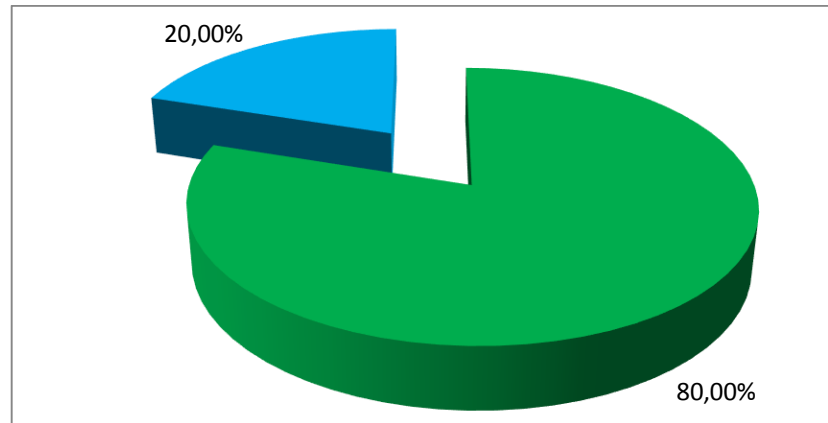


Figure 10: Répartition selon les facteurs de risque cités par les personnels de santé

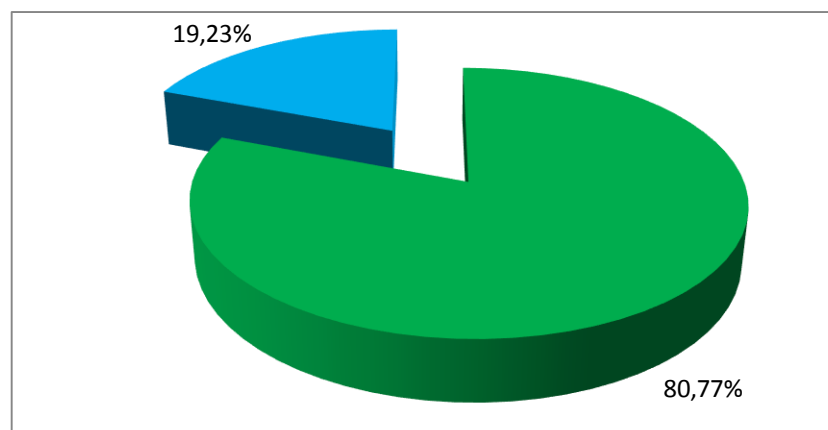
Cinquante pourcent des médecins (50%) avaient cité quatre facteurs de risque du cancer du col; alors que 23,08% des paramédicaux avaient cité quatre facteurs de risque du cancer du col (Figure 10).

II.1.2.6. Connaissance sur l' HPV (Human Papilloma Virus)

II.1.2.6.a. Chez les médecins interrogés



II.1.2.6.b. Chez les paramédicaux interrogés



 VRAI

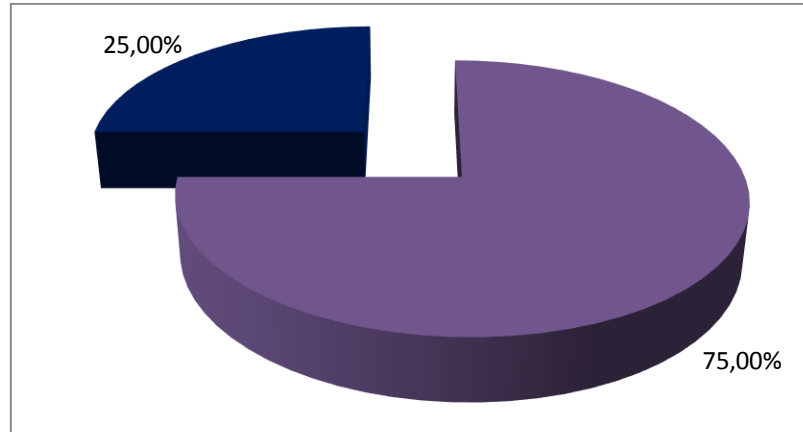
 FAUX

Figure 11: Répartition selon la connaissance sur l' HPV

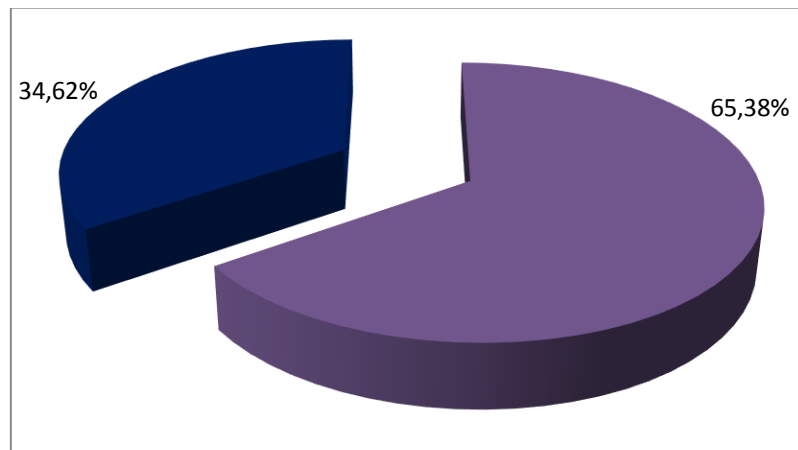
Les personnels de santé avaient une bonne connaissance sur l'HPV, 80% des médecins et 80,77% des paramédicaux (Figure 11).

II.1.2.7. Connaissance du vaccin anti-HPV

II.1.2.7.a. Chez les médecins interrogés



II.1.2.7.b. Chez les paramédicaux interrogés



■ VRAI

■ FAUX

Figure 12: Répartition selon la connaissance du vaccin anti-HPV

La majorité du personnel de santé connaissait l'existence d'un vaccin contre le HPV dont 75% des médecins et 65,38% des paramédicaux (Figure 12).

II.1.2.8. Connaissance sur le frottis cervico-vaginal

II.1.2.8.a. Chez les médecins interrogés

Tableau IIa: Connaissances des médecins sur le frottis cervico-vaginal

Type de réponse	Nombres	Pourcentage
	N	%
Facteurs de risque du cancer du col	0	0,00
Dépistage du cancer du col	12	100,00
Traitement du cancer du col	0	0,00

II.1.2.8.b. Chez le paramédicaux interrogés

Tableau IIb: Connaissances des paramédicaux sur le frottis cervico-vaginal

Type de réponse	Nombres	Pourcentage
	N	%
Facteurs de risque du cancer du col	1	3,85
Dépistage du cancer du col	25	96,15
Traitement du cancer du col	0	0,00

Tous les médecins (100%) et 96,15% des paramédicaux avaient une bonne connaissance sur le frottis cervico-vaginal (Tableau II).

II.1.2.9. Connaissance sur l'âge du début de dépistage

II.1.2.9.a. Chez les médecins interrogés

Tableau III a: Connaissance sur l'âge du début de dépistage

Type de réponse	Nombres N	Pourcentage %
A partir du premier rapport sexuel	1	8,33
A partir de 25 ans	11	92,67
A partir de la ménopause	0	0,00

II.1.2.9.b. Chez les paramédicaux interrogés

Tableau III b: Connaissance sur l'âge du début de dépistage

Type de réponse	Nombres N	Pourcentage %
A partir du premier rapport sexuel	12	46,15
A partir de 25 ans	12	46,15
A partir de la ménopause	2	7,69

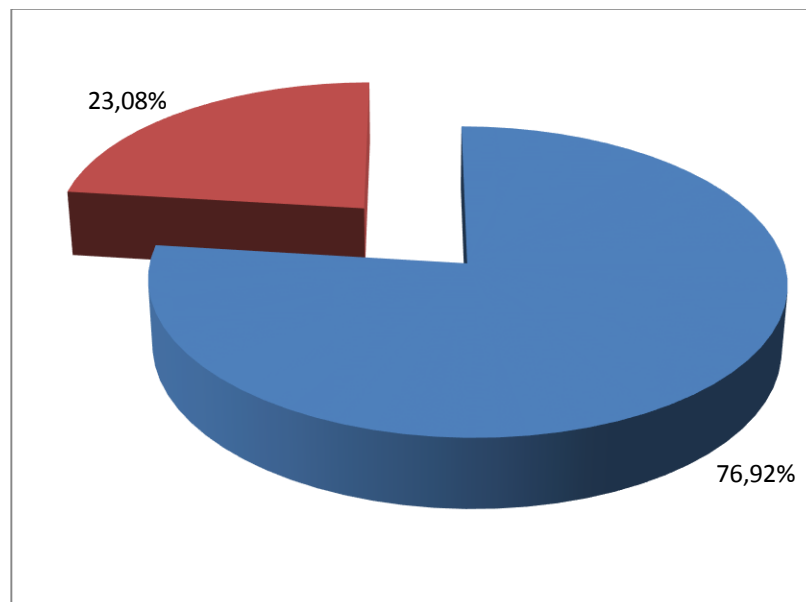
Les paramédicaux avaient des réponses différenciées parmi les trois choix alors que 92,67% des médecins ont choisi la réponse à partir de 25 ans (Tableau III).

II.1.2.10. Estimation par les personnels de santé des symptômes du cancer du col

II.1.2.10.a. Chez les médecins interrogés

Tous les médecins avaient une bonne connaissance sur les symptômes du cancer du col.

II.1.2.10.b. Chez les paramédicaux interrogés



■ OUI

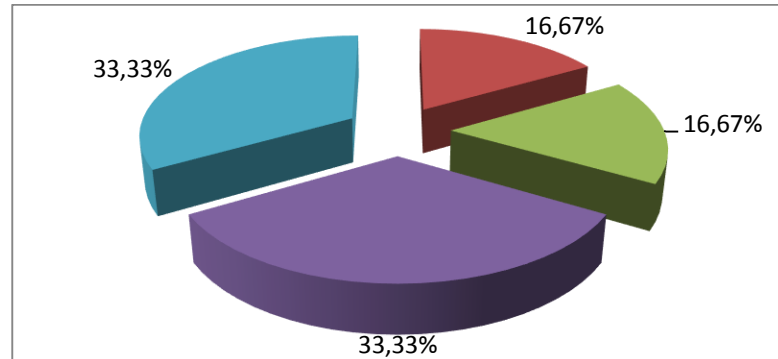
■ NON

Figure 13: Répartition selon l'estimation par les paramédicaux des symptômes du cancer du col

Soixante-seize virgule quatre-vingt-douze pourcent (76,92%) des paramédicaux connaissaient les symptômes du cancer du col (Figure 13).

II.1.2.11. Symptômes cités par les personnels de santé

II.1.2.11.a. Chez les médecins interrogés



II.1.2.11.b. Chez les paramédicaux interrogés

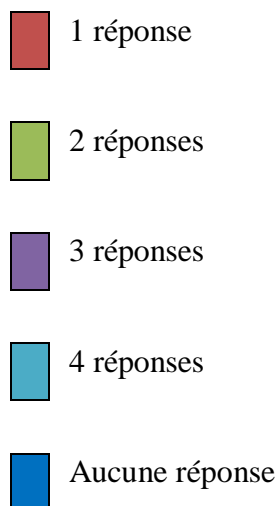
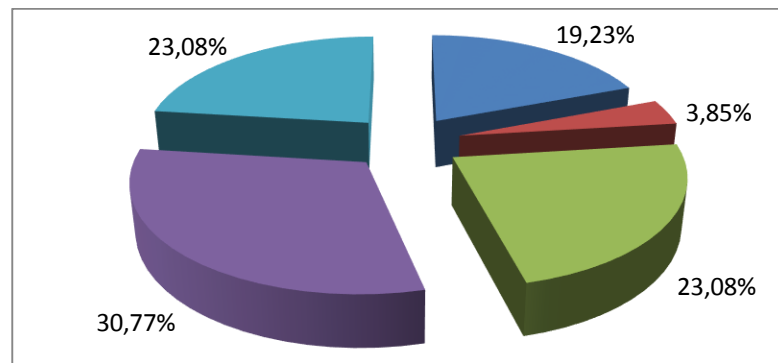


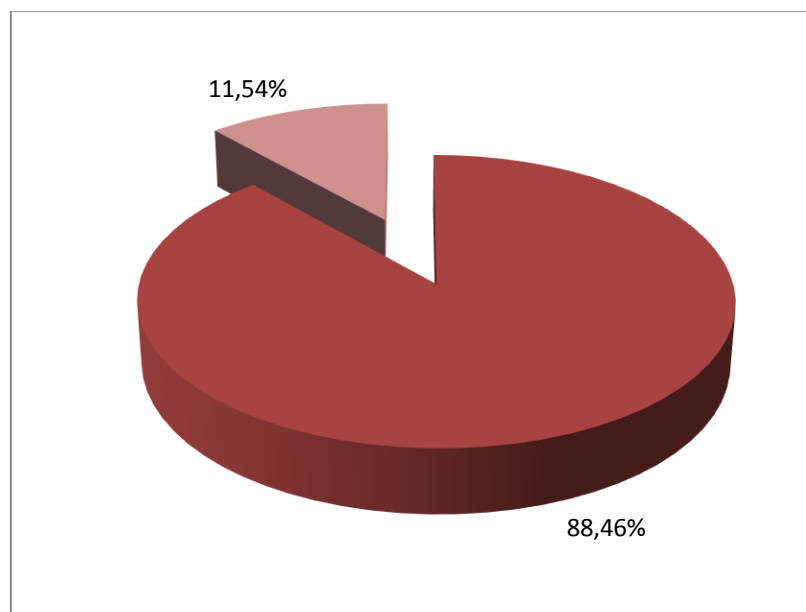
Figure 14: Répartition selon les symptômes cités par les personnels de santé
 Trente-trois virgule trente-trois pourcent des médecins (33,33%) et 23,08% des paramédicaux avaient cité quatre signes cliniques du cancer du col (Figure 14).

II.1.2.12. Connaissance sur les moyens de détection précoce

II.1.2.12.a. Chez les médecins interrogés

Tous les personnels de santé médecins interrogés connaissaient la détection précoce du cancer du col avant l'apparition des signes cliniques.

II.1.2.12.b. Chez les paramédicaux interrogés



 VRAI

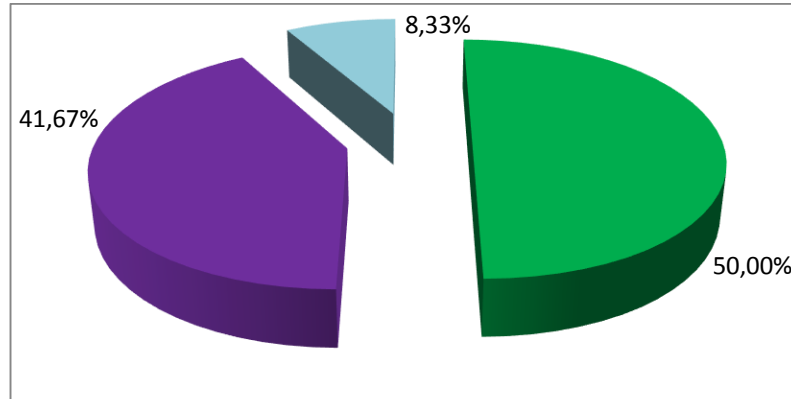
 FAUX

Figure 15: Répartition selon la connaissance sur les moyens de détection précoce

Tous les médecins (100%) et 88,46% des paramédicaux savaient que le cancer du col pouvait être détecté avant l'apparition des signes cliniques (Figure 15).

II.1.2.13. Moyens de détection précoce cités par les personnels de santé

II.1.2.13. Chez les médecins interrogés



II.1.2.13.b. Chez les paramédicaux interrogés

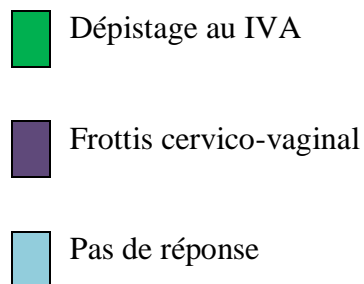
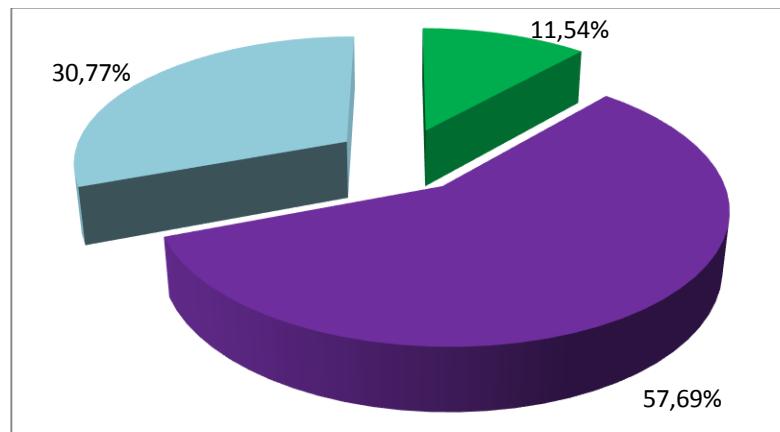


Figure 16: Répartition selon les moyens de détection précoce cités par les personnels de santé

Le frottis cervico-vaginal était le moyen le plus connu par les personnels de santé (41,67% des médecins et 57,69% des paramédicaux) (Figure 16).

II.1.2.14. Connaissance sur le rythme de la réalisation du dépistage

II.1.2.14.a. Chez les médecins interrogés

Tableau IVa: Connaissance sur le rythme de la réalisation du dépistage

Fréquence du dépistage	Nombres	
	N	Pourcentage %
1 fois par an	4	33,33
1 fois tous les 2 ans	2	16,67
2 fois par an	1	8,33
Tous les 3 ans	0	0,00
Pas de réponse	5	41,67

II.1.2.14.b. Chez les paramédicaux interrogés

Tableau IVb: Connaissance sur le rythme de la réalisation du dépistage

Fréquence du dépistage	Nombres	
	N	Pourcentage %
1 fois par an	9	34,62
1 fois tous les 2 ans	1	3,85
2 fois par an	0	0,00
Tous les 3 ans	3	11,54
Pas de réponse	13	50,00

Quarante et un virgule soixante-sept pourcent (41,67%) des médecins et 50% des paramédicaux n'avaient pas répondu à la question (Tableau IV).

II.1.3. Attitude

II.1.3.1. Attitude sur l'âge du premier rapport sexuel

II.1.3.1.a. Pour les femmes médecins interrogées

Tous les médecins féminins avaient eu leur premier rapport sexuel à 17 ans.

II.1.3.1.b. Pour les femmes paramédicaux interrogées

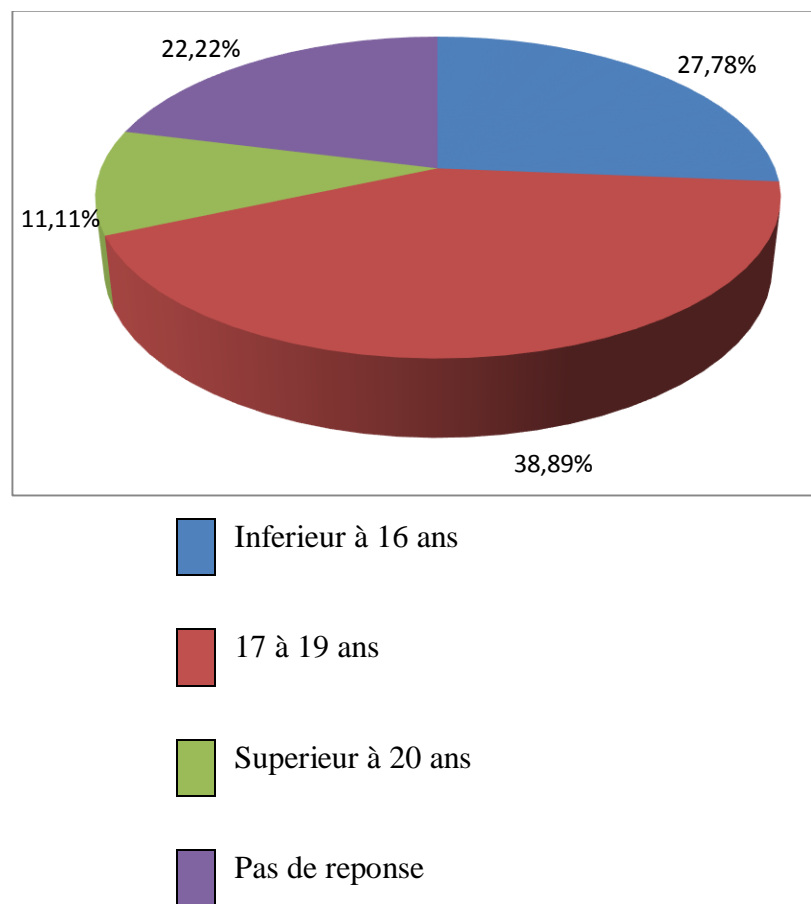
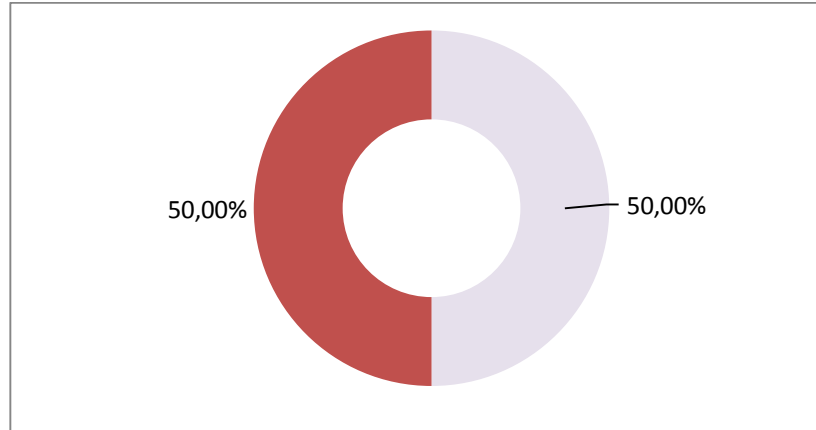


Figure 17: Attitude sur l'âge du premier rapport sexuel des paramédicaux

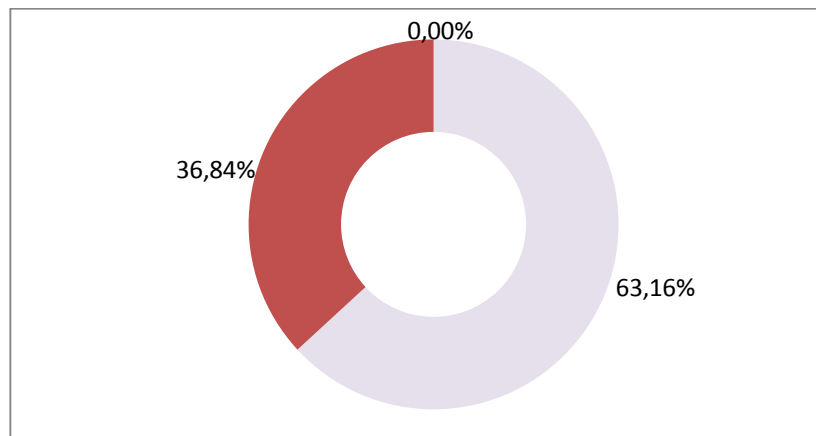
Vingt-sept virgule quarante-huit pourcent (27,48%) des paramédicaux ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 16 ans alors que 11,11% ont eu leur premier rapport sexuel après l'âge de 20 ans (Figure 17).

II.1.3.2. Attitude sur le risque d'avoir le cancer du col

II.1.3.2.a. Chez les femmes médecins interrogées



II.1.3.2.b. Chez les femmes paramédicaux interrogées



□ OUI

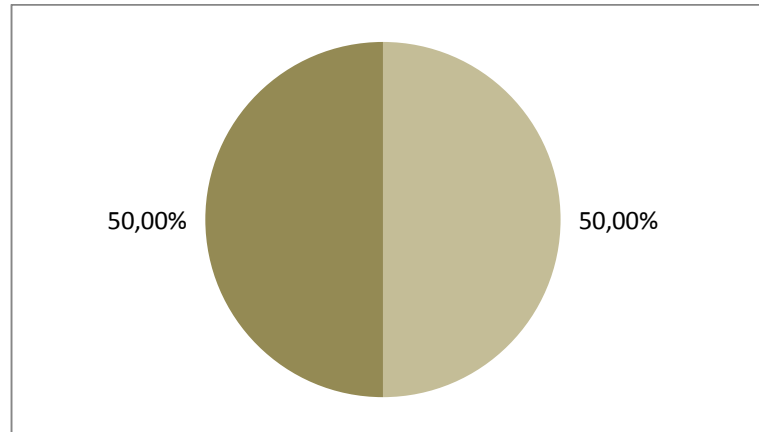
■ NON

Figure 18: Répartition selon l'attitude sur le risque d'avoir le cancer du col

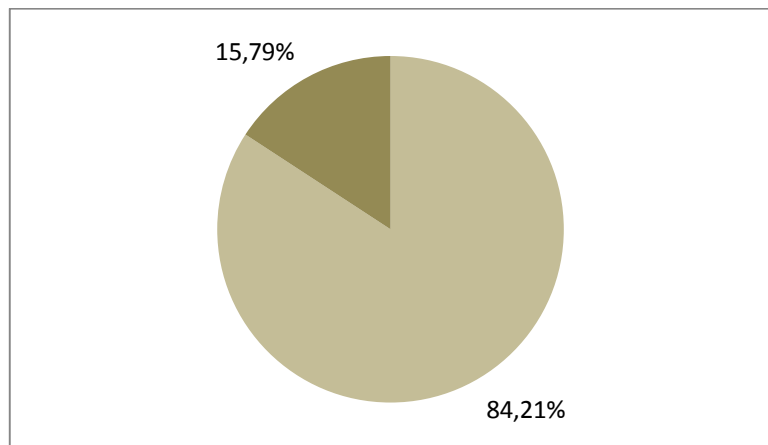
La moitié des médecins féminines (50%) et 63,16% des paramédicaux féminins pensaient qu'elles présentaient un risque de cancer du col (Figure 18).

II.1.3.3. Attitude sur le vaccin anti-HPV

II.1.3.3.a. Chez les femmes médecins interrogées



II.1.3.3.b. Chez les femmes paramédicaux interrogées



■ OUI

■ NON

Figure 19: Répartition selon l'attitude sur le vaccin anti-HPV

La moitié des médecins (50%) et 84,21% des paramédicaux féminins ont pensé faire le vaccin contre l'infection à HPV (Figure 19).

II.1.3.4. Attitude sur l'importance du dépistage

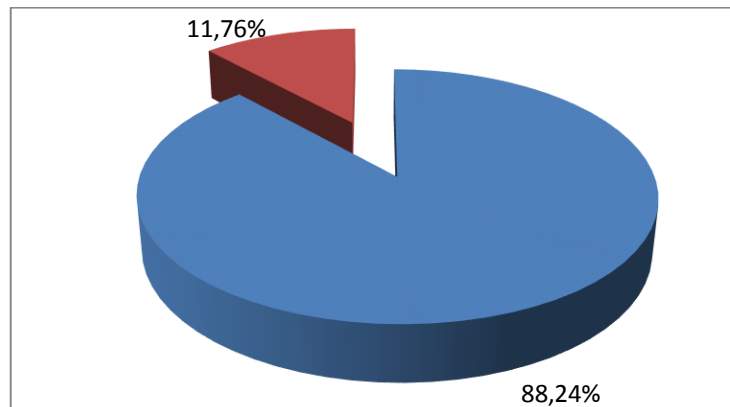
Tous les personnels de santé féminins enquêtées pensaient que le dépistage du cancer du col est important.

II.1.3.5. Attitude sur le dépistage du cancer du col

II.1.3.5.a. Chez les femmes médecins interrogées

Tous les médecins féminins (100%) n'ont pas pensé faire le dépistage du cancer du col utérin.

II.1.3.5.b. Chez les femmes paramédicaux interrogées



■ OUI

■ NON

Figure 20: Répartition selon l'attitude sur le dépistage du cancer du col

La majorité des paramédicaux féminins enquêtées (88,24%) ont pensé faire le dépistage du cancer du col (Figure 20).

II.1.3.6. Attitude sur la raison de faire le dépistage

II.1.3.6.a. Chez les femmes médecins interrogées

Tableau Va: Attitude sur la raison de faire le dépistage du cancer du col

Types de raison	OUI	
	N	%
Pour se rassurer	1	50,00
Pas de signe clinique	1	50,00

II.1.3.6.b. Chez les femmes paramédicaux interrogées

Tableau Vb: Attitude sur la raison de faire le dépistage du cancer du col

Types de raison	OUI	
	N	%
Pour se rassurer	10	76,92
Présence de facteur de risque	3	23,08
Déjà ménopausée	0	0,00
Pas de signe clinique	0	0,00

La majorité des raisons de faire le dépistage du cancer du col était de s'assurer de leur état de santé concernant ce cancer, c'est à dire 50% des médecins et 76,92% des paramédicaux féminins (Tableau V).

II.1.3.7. Attitude sur la raison de ne pas faire le dépistage

II.1.3.7.a. Chez les femmes médecins interrogées

La seule raison de ne pas faire le dépistage pour l'une des deux médecins féminins interrogées était la ménopause.

II.1.3.7.b. Chez les femmes paramédicaux interrogées

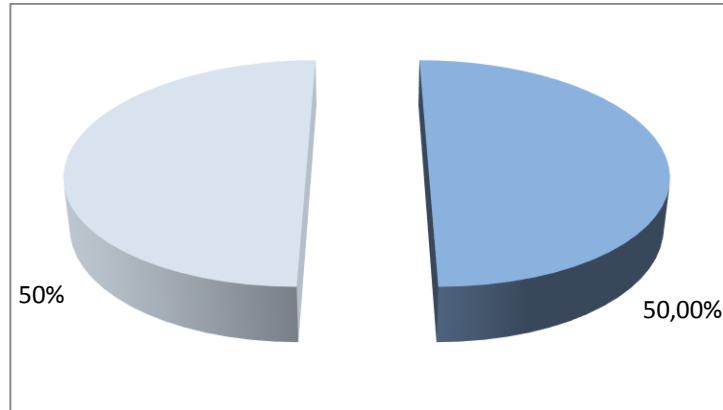
Tableau VI: Attitude sur la raison de ne pas faire le dépistage

Type de raison	NON	
	N	%
Déjà ménopausée	2	40,00
Pas de signe clinique	3	60,00

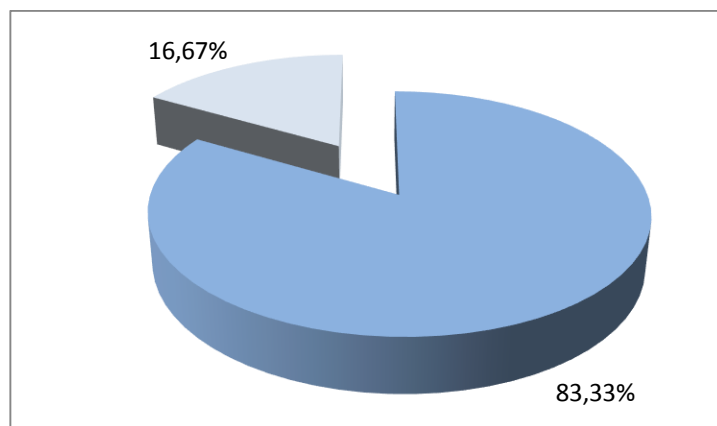
Plus de moitié des paramédicaux interrogées (60%) pensaient qu'ils n'avaient pas de signes clinique (Tableau VI).

II.1.3.8. Attitude sur la recommandation du dépistage

II.1.3.8.a. Chez les femmes médecins interrogés



II.1.3.8.b. Chez les femmes paramédicaux interrogés



 OUI

 NON

Figure 21: Répartition selon l'attitude sur la recommandation du dépistage

La moitié des médecins interrogés (50%) et 83,33% des paramédicaux interrogés ont déjà conseillé quelqu'un de faire le dépistage (Figure 21).

II.1.4. Pratique

II.1.4.1. Pratique du test de dépistage

II.1.4.1.a. Chez les femmes médecins interrogées

Tous les femmes médecins ont déjà passé un test de dépistage du cancer du col.

II.1.4.1.b. Chez les femmes paramédicaux interrogées

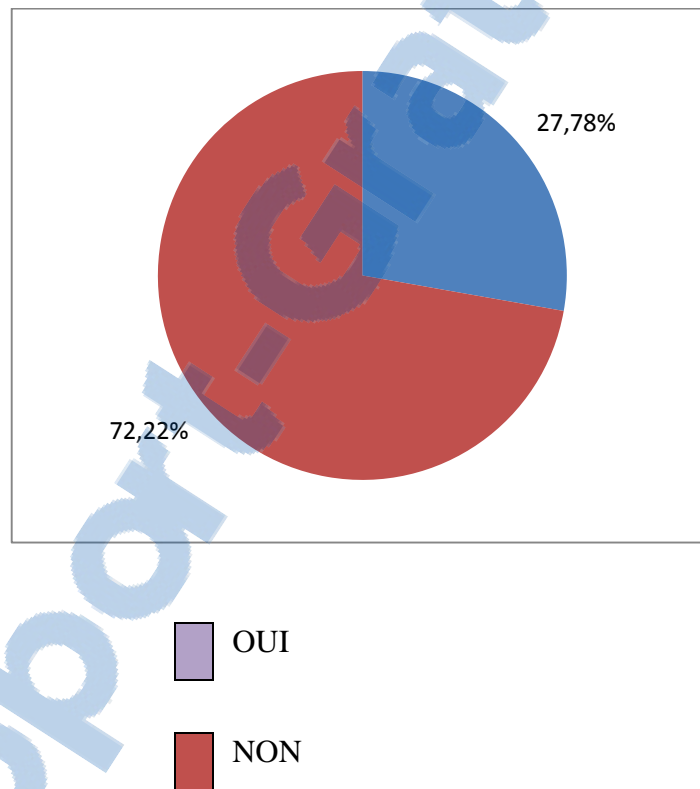


Figure 22: Répartition selon la pratique du test de dépistage

Peu des femmes paramédicaux ont déjà passé un test de dépistage (22,22%) (Figure 22).

II.1.4.2. Non pratique du test de dépistage du cancer du col

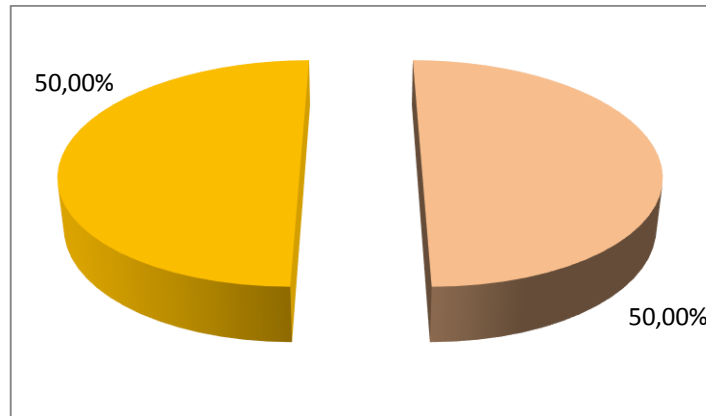
Tableau VII: Non pratique du test de dépistage du cancer du col chez les femmes paramédicaux interrogées

Type de réponse proposées	Nombres N	Pourcentage %
Sexuellement non active	0	0,00
Timidité	0	0,00
Manque de moyens	10	55,56
Pas de symptôme	4	22,22
Pas de prescription du médecin	4	22,22
Trop cher	0	0,00
Peur de la douleur	0	0,00
Ignorance	0	0,00

Les raisons sur la non pratique du dépistage des paramédicaux féminins étaient à 55,56% par manque de moyens, 22,22% pour absence de symptôme, et 22,22% à cause de l'inexistence de prescription du médecin (Tableau VII).

II.1.4.3. Pratique du dépistage du cancer du col dans l'avenir

II.1.4.3.a. Chez les femmes médecins interrogées



II.1.4.3.b. Chez les femmes paramédicaux interrogées

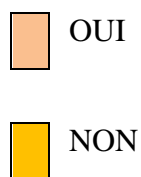
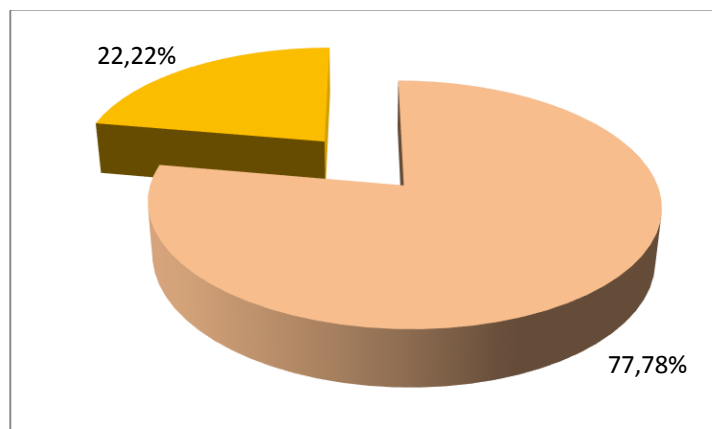
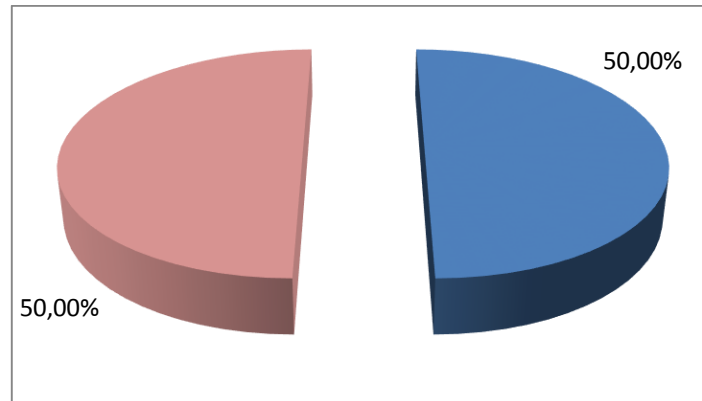


Figure 23: Répartition selon la pratique du dépistage du cancer du col dans l'avenir

La moitié des médecins féminines (50%) et 77,78% des paramédicaux féminins souhaitaient faire le dépistage du cancer du col (Figure 23).

II.1.4.4. Pratique du dépistage par les hommes

II.1.4.4.a. Chez les hommes médecins interrogés



II.1.4.4.b. Chez les hommes paramédicaux interrogés

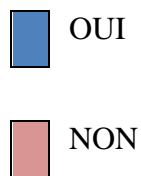
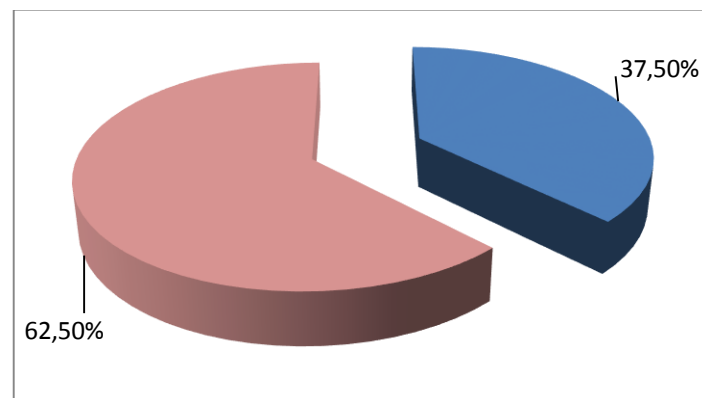


Figure 24: Répartition selon la pratique du dépistage par les hommes

La moitié des médecins (50%) et 37,50% des paramédicaux masculins avaient déjà incité leur partenaire à effectuer le dépistage (Figure 24).

II.1.4.5. Source d'informations sur le cancer du col

II.1.4.5.a. Chez les médecins interrogés

Tableau VIIIa: Source d'informations sur le cancer du col

Type de réponse	Nombres N	Pourcentage %
Cours théoriques	12	32,43
Stages hospitaliers	12	32,43
Télévision	7	18,92
Affiches	6	16,22
Autres	0	0,00

II.1.4.5.b. Chez les paramédicaux interrogés

Tableau VIIIb: Source d'informations sur le cancer du col

Type de réponse	Nombres N	Pourcentage %
Cours théoriques	17	43,59
Stages hospitaliers	10	25,64
Télévision	7	17,95
Affiches	4	10,26
Autres	1	2,56

Les cours théoriques et le stage hospitalier étaient la source d'informations des personnels de santé sur le cancer du col dont 64,86% des médecins et 69,23% des paramédicaux (Tableau VIII).

II.2. ETUDE ANALYTIQUE

II.2.1. Relation entre la connaissance du cancer du col et l'établissement

Tableau IX: Relation entre la connaissance du cancer du col et l'établissement

Etablissement	Connaissance du cancer du col	
	OUI	
	N	%
Public	31	81,58
Privé	7	18,42
p=1		

La relation entre la connaissance du cancer du col et l'établissement est statistiquement non significative (p=1).

II.2.2. Relation entre la connaissance du cancer du col et la profession

Tableau X: Relation entre la connaissance du cancer du col et la profession

Profession	Connaissance du cancer du col	
	OUI	
	N	%
Médecins	12	31,58
Sages-femmes	13	34,21
Infirmières	5	13,16
Infirmiers	6	15,79
Anesthésistes	2	5,26
p=1		

La relation entre la connaissance du cancer du col et la profession est statistiquement non significative (p=1).

II.2.3. Relation entre la profession et l'âge du premier rapport sexuel

Tableau XI: Relation entre la profession et l'âge du premier rapport sexuel

Age du premier rapport sexuel	Professions									
	Médecins		Sages-femmes		Infirmières		Infirmiers		Anesthésistes	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
≤ 16 ans	0	0,00	4	33,33	4	0,00	0	0,00	0	0,00
17-19 ans	2	16,67	8	66,66	1	20,00	0	0,00	0	0,00
≥ 20 ans	0	0,00	1	8,33	0	0,00	0	0,00	1	50,00
Pas de réponse	10	83,33	0	0,00	0	0,00	6	100,00	1	50,00

$p < 0,001$

La relation entre la profession et l'âge du premier rapport sexuel est statistiquement significative ($p < 0,001$).

II.2.4. Relation entre la profession et la raison de la pratique du dépistage

Tableau XII: Relation entre la profession et la raison de la pratique du dépistage

Pratique du dépistage	Professions									
	Médecins		Sages-femmes		Infirmières		Infirmiers		Anesthésistes	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
OUI	2	16,67	4	30,77	1	20,00	0	0,00	0	0,00
NON	0	0,00	8	61,54	4	80,00	0	0,00	1	50,00
Pas de réponse	10	83,33	1	7,69	0	0,00	6	100,00	1	50,00

$p = 0,0004$

La relation entre la profession et la raison de la pratique du dépistage est statistiquement significative ($p = 0,0004$).

II.2.5. Relation entre la profession et la raison de la non pratique du dépistage

Tableau XIII: Relation entre la profession et la raison de la non pratique du dépistage

Raison de la non pratique du dépistage	Professions									
	Médecins		Sages-femmes		Infirmières		Infirmiers		Anesthésistes	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Manque de moyens	1	8,33	7	53,85	1	20,00	0	0,00	0	0,00
Pas de symptôme	0	0,00	1	7,69	2	40,00	0	0,00	0	0,00
Pas de prescription	0	0,00	1	7,69	0	0,00	1	16,67	0	0,00
Pas de réponse	11	91,67	4	30,77	2	40,00	5	83,33	2	100,00

$p = 0,0006$

La relation entre la profession et la raison de la non pratique du dépistage est statistiquement significative ($p=0,0006$).

TROISIEMES PARTIE: DISCUSSION

I. SUR LA METHODOLOGIE

I.1. Force de l'étude

Il s'agit de la première étude faite auprès des personnels de santé de Maroantsetra en matière de cancer du col de l'utérus. Les personnels de santé semblaient être intéressés afin d'approfondir leurs connaissances sur le cancer du col utérin.

I.2. Faiblesses de l'étude

Deux agents de santé ont refusé de recevoir le questionnaire disant ne pas être concerné. Alors que selon l'OMS, quel que soit leur cadre de travail et le niveau de soins auquel ils exercent, tous les personnels de santé doivent être capables de donner aux femmes et aux hommes des renseignements corrects et cohérents sur le cancer du col, les moyens de l'éviter, l'intérêt de son dépistage, ainsi que la signification et la prise en charge de toute anomalie détectée. Ainsi, les personnels de santé doivent travailler en équipe, de façon complémentaire et en totale synergie, en entretenant une bonne communication [5].

D'une manière générale, les personnels de santé ont des réponses différentes. À chaque fois plus de personnel préfère ne pas répondre ou donne des réponses partiellement justes. Aucun des personnels de santé n'a répondu qu'il a déjà bénéficié d'une formation sur le cancer du col.

Nous avons constaté que le cancer du col utérin est mal connu par la plupart des personnels de santé de Maroantsetra, comme il l'est aussi ailleurs selon l'OMS [5]. Une brève information sur ce cancer permettrait de mettre tout le monde au même niveau en matière de connaissance sur le cancer du col de l'utérus. Ce qui serait important pour Maroantsetra, voire Madagascar.

II. SUR LES RESULTATS OBTENUS

II.1. ETUDE DESCRIPTIVE

II.1.1. Caractère démographique

- Etablissement

La majorité des personnels de santé dans notre enquête travaille au Centre de Santé Publique (81,58%), contre 18,42% dans le privé (Figure 6). Ceci prouve qu'il existe peu de Centre de Santé privé dans la ville de Maroantsetra.

Les résultats de l'étude de Hsain M. et al sur les connaissances et la participation des médecins et sages-femmes de première ligne vis-à-vis du dépistage des cancers du col utérin et du sein étaient proches des nôtres. Ils ont trouvé que 86,2% des médecins enquêtés exerçaient en milieu urbain [48].

Géographiquement, Maroantsetra est une ville très éloignée de la capitale et de la province de Tamatave. Les personnels de santé viennent presque tous de la partie Est de Madagascar. Leurs effectifs sont loin d'être suffisants par rapport au nombre de la population.

Il faut augmenter le nombre de personnels de santé qui seraient uniquement responsable du dépistage.

II.1.2. Connaissances sur le cancer du col

- Perception des personnels de santé sur le cancer du col

La connaissance du cancer du col utérin est très importante car c'est un cancer déclaré comme étant un problème de santé publique. Dans notre enquête, tous les personnels de santé interrogés avaient déjà entendu parler du cancer du col utérin (100% OUI).

Les résultats d'une étude sont proches des nôtres, celle menée par Tran N. T. et al en Corée sur la connaissance-attitude et Pratique des femmes en province. Elle a révélé que 98% des praticiens du soin étaient informés de l'existence du cancer du col de l'utérus. Alors que l'étude de Swapnajaswanth1 M. et al en Inde a trouvé que seulement 52,3% des personnels de santé connaissaient le cancer du col de l'utérus [49,50].

Dans une autre étude comme celle de Haisn M. et al en Tunisie, 51,6% des médecins et 32,5% des sages-femmes connaissaient l'existence du cancer du col. Ces données sont supérieures à celles de notre étude [48].

Tous les personnels de santé sans exception devraient connaître le cancer du col utérin afin de participer à la prévention de cette maladie pour les femmes malgaches.

- Autoévaluation de la connaissance sur le cancer du col

Puisque tous les personnels interrogés ont déjà entendu parler du cancer du col, la moitié des médecins (50%) pensaient avoir une bonne connaissance de celui-ci. Et 88,46% des paramédicaux pensaient en avoir une connaissance moyenne. Le reste des personnels de santé (8,33% des médecins et 11,54% des paramédicaux) déclaraient ne pas avoir assez de connaissance du cancer du col utérin (Voire Figure 7).

Des résultats d'études sont proches de ceux de notre enquête. L'étude de Swapnajaswanthl M. et al en Inde a trouvé que 78,9% des médecins et 70,4% des infirmières avaient une bonne connaissance du cancer du col utérin. Une autre étude de Coskun S. et al en Turquie a rapporté que la majorité des praticiens de soins avaient une bonne connaissance du cancer cervical [50, 51].

Le cas de cancer du col utérin est en croissance continue dans le Service Oncologie HJRA à Tananarive. Il concerne toute la population de l'île qui commence à consulter dans le seul service spécialisé à Madagascar [3].

Ainsi, les personnels de santé devraient considérer en priorité la gravité de cette maladie au niveau de la santé publique, comme disait l'OMS [5].

- Connaissance sur la fréquence du cancer du col

D'après notre enquête, 58,33% des médecins et 61,54% des paramédicaux interrogés disaient que le cancer du col est fréquent à Madagascar. Le reste s'est trompé de réponse en pensant que le cancer du col utérin n'est pas fréquent dans le pays (41,67% des médecins et 38,46% des paramédicaux) (Voire Figure 8).

L'étude d'Ali S. F. et al au Pakistan à travers une enquête faite auprès de 143 internes et 257 infirmiers avait montré que 6,7% des interrogés savaient que ce cancer était parmi les plus fréquents alors que l'étude de Zapka J. G. et al a constaté un manque de connaissances de base, relatives aux cancers les plus fréquents [52, 53].

Une autre étude de Hsairi M. et al sur les connaissances et attitudes des étudiants en fin de cursus constatait le même résultat. Ils avaient rapporté le manque de connaissances en matière d'épidémiologie chez les étudiants [54].

La méconnaissance de la fréquence du cancer du col de l'utérus serait due en partie à sa faible médiatisation. Dans de nombreux endroits, la maladie est méconnue et ignorée de la plupart des décisionnaires, des prestataires de soins et de la population en général.

Ainsi, les décisionnaires ne sont pas toujours conscients de l'ampleur du problème de santé publique que représente le cancer du col utérin. C'est pour cela qu'aucun programme n'a jamais pu être réalisé à Maroantsetra. Il faudrait ainsi renseigner et sensibiliser les décisionnaires de la région, les chefs de Fokontany, le Maire de la ville, le Chef de District de Maroantsetra et le chef de Région Analajorofo, sur l'incidence, la morbidité et la mortalité liées à cette maladie, ainsi que la possibilité de prévention.

- Estimation par les personnels de santé des facteurs de risque du cancer du col

Dans notre étude, 91,67% des médecins et 84,62% des paramédicaux interrogés disaient connaître les facteurs de risque du cancer du col. Le reste (8,33% des médecins et 15,38% des paramédicaux) disaient le contraire (Voire Figure 9).

Le résultat de l'étude de Swapnajaswanthi M. et al en Inde est inférieur au nôtre. Il a trouvé que seulement 37,4% des personnels de santé féminins avaient de très bonne connaissance au sujet des facteurs de risque du cancer du col de l'utérus; tandis que Mutyaba T. et al a trouvé un pourcentage plus élevé dans son étude sur la Connaissance-Attitude et Pratique des praticiens médicaux en Ouganda, ce qui était plus proche du nôtre [50, 55].

L'étude d'EL Mhamdi S. et al sur la Connaissance-Attitudes et Pratiques de femmes avait trouvé que seules 22,8% des femmes avaient une bonne connaissance des facteurs de risque du cancer du col. Alors que Chande H. M. et al ont constaté dans leur étude sur les connaissances approfondies du cancer du col que celles en matière de facteurs de risque étaient insuffisantes. Ce qui était loin de notre résultat [56,57].

Ces littératures montraient que non seulement les personnels de santé connaissaient les facteurs de risque du cancer du col, mais également les femmes en

général. La sensibilisation ne doit pas se focaliser uniquement au niveau des personnels de santé mais prendre en compte les femmes qui sont tout aussi concernées. Comme elles se partagent beaucoup leur expérience, elles pourraient aussi être une source d'information très efficace pour les autres femmes. Impliquer les femmes dans la création de messages et de programmes aiderait sûrement à garantir le succès de cette sensibilisation.

- Facteurs de risque cités par les personnels de santé

Tous les médecins (100%) et 46,16% des paramédicaux interrogés avaient cité au moins trois des facteurs de risque, parmi cela: l'âge précoce du premier rapport sexuel, l'infection par l'HPV, la grossesse précoce, la multiparité, les infections sexuellement transmissibles à répétition,... Le reste des paramédicaux interrogés (11,54%) n'avaient cité aucun des facteurs de risques du cancer du col utérin (Figure 10).

Notre résultat est mieux par rapport à ce que Twaha M. et al ont trouvé en Ouganda dans leur enquête auprès de 310 Agents de Santé. Ils ont découvert que seulement 29% des interrogés connaissaient un minimum de trois facteurs de risque. Tandis que l'étude d'Alice M. R. faite à Fianarantsoa, montrait que 42% des personnels de santé interrogés avaient trouvé au moins six des facteurs de risques du cancer du col utérin. Ce qui est meilleur que notre résultat [55, 58].

Il est important que les personnels de santé connaissent les facteurs de risque du cancer du col afin de bien informer les femmes pour qu'elles participent à la prévention de ce cancer.

- Connaissance sur l' HPV (Human Papilloma Virus)

Dans notre enquête, 80% des médecins et 80,77% des paramédicaux connaissaient que l'HPV est un virus sexuellement transmissible. Le reste du personnel de santé se s'est trompé de réponse (20% des médecins et 19,23% des paramédicaux) (Figure 11).

Notre résultat est supérieur à l'étude d'Alice M. R. sur la connaissance et attitude du personnel de santé à Fianarantsoa. Elle a trouvé que le HPV est assez connu et en moyenne 80,5% du personnel de santé Fianarois incriminaient l'infection par le HPV. Parmi eux, 90% des médecins et 60% des paramédicaux savaient que le HPV est même le premier responsable du cancer du col; et qu'il se transmettait sexuellement respectivement selon 56,9% et 49% des médecins et des paramédicaux. Tandis qu'une

autre étude a rapporté que seulement 12,0% à 58,3% des femmes du professionnel des soins médicaux en avaient quelques connaissances du HPV [58, 59].

Il est prouvé dans des littératures que le HPV est connu depuis longtemps transmissible sexuellement et est le premier responsable le plus fréquent du cancer du col de l'utérus. Il est nécessaire de connaître non seulement l'existence de ce virus mais aussi des conséquences au long terme.

- Connaissance sur le vaccin anti-HPV

En ce qui concerne le vaccin, notre étude a obtenu 75% de médecins et 65,38% de paramédicaux ayant fourni une bonne réponse quant à l'existence du vaccin contre le cancer du col. Le reste (25% des médecins et 34,62% des paramédicaux interrogés) s'est trompé de réponse en disant que le vaccin contre le cancer du col utérin n'existe pas (Voire Figure 12).

L'étude de Swapnajaswanthi M. et al en Inde a permis de révéler que 37,4% des personnels de santé avaient une bonne connaissance de la vaccination contre le cancer du col utérin. Contrairement à l'étude de Thanappasr D. et al, ils ont rapporté que 50% des professionnels de santé avaient connaissance du vaccin [50, 59].

D'autres études comme celle de Mandin L. sur la perception de la vaccination contre le HPV chez les adolescentes en classe de 3ème avaient constaté que les jeunes filles enquêtées ont une bonne connaissance de cette vaccination [60].

Encore beaucoup de personnels de santé ne connaissent pas l'existence du vaccin. Ils ignorent même l'existence du programme de démonstration du vaccin anti-HPV par le Ministère de la Santé et l'OMS à Madagascar en 2013-2014 dans le District de Toamasina I et du District de Soavinandriana. Cette campagne devrait continuer et viser particulièrement les jeunes filles afin de protéger les nouvelles générations de ce cancer du col utérin [58].

- Connaissance sur le frottis cervico-vaginal

Les résultats sur la connaissance du frottis cervico-vaginal dans notre enquête sont satisfaisants. Nous avons obtenu 100% chez les médecins et 96,15% chez des paramédicaux interrogés. 3,85% des paramédicaux pensaient que le frottis cervico-vaginal est un facteur de risque (Tableau II).

L'étude d'Alice M. R. à Fianarantsoa avait montré que seulement 6% des médecins et 2% des paramédicaux de Fianarantsoa connaissaient le frotti cervico-vaginal comme moyen de prévention du cancer du col utérin [58].

Mais l'étude d'Addah A. O. et al a rapporté que 92,2% des praticiens avaient connaissance du Pap-test comme un outil de sélection du cancer cervical. Et l'étude de Thanappapasr D. a aussi rapporté que 85,3% du professionnel de santé féminin connaissaient le frottis cervico-vaginal comme moyen de prévention du cancer du col. Ces résultats sont inférieurs aux nôtres [59, 61].

Beaucoup de personnels de santé ne connaissaient pas que le FCV est un moyen de dépistage du cancer du col. Selon l'OMS, les prestataires de soins manquent pour la plupart d'informations précises concernant la détection de cette maladie [5].

- Connaissance sur l'âge du début de dépistage

La majorité de nos personnels de santé ont répondu que l'âge du début de dépistage devrait se faire à partir de 25 ans; les résultats étaient 92,67% des médecins et 46,15% des paramédicaux avaient choisi la réponse. 8,33% des médecins et 46,15% des paramédicaux ont répondu: à partir du premier rapport sexuel. Et le reste des paramédicaux (7,67%) ont répondu : à partir de la ménopause (Voire Tableau III).

D'après l'étude de Hsairi M. et al, la majorité des étudiants (70,2%) avaient proposé de commencer le dépistage dès le premier rapport sexuel. Ce qui est inférieure à notre résultat [54].

Par contre les résultats de l'étude d'Alice M. R. diffèrent de ceux de notre enquête. 13% du personnel de santé pensaient que le dépistage s'adressait seulement aux femmes déjà malades ou à celles qui présentaient des facteurs de risques ou les femmes âgées [58].

Ceux qui avaient choisi de commencer le dépistage à partir de 25 ans étaient dans le vrai, mais le dépistage ne se fait pas de manière systématique à l'âge de 25 ans. En effet la proposition de l'OMS sur le dépistage du cancer du col à partir de 30 ans est toujours valable [5].

- Estimation par les personnels de santé des symptômes du cancer du col

Concernant les symptômes, tous les médecins (100%) et 76,92% des paramédicaux avaient une bonne connaissance des symptômes du cancer du col. Et 23,08% d'entre eux avaient donné des réponses inexactes (Figure 13).

Par ailleurs, notre étude se rapproche de celle faite par Alice M. R. à Fianarantsoa. Elle a fait remarquer que la connaissance des personnels de santé sur les symptômes du cancer du col était satisfaisante [58].

Par contre une autre étude de Chande H. M .et al a montré des résultats assez différents que ceux de notre enquête. Les femmes Tanzaniennes avaient peu de connaissances du cancer du col en matière de symptômes [61].

Ce manque de connaissances aurait de grandes conséquences sur le plan épidémiologique. Il faut informer les personnels de santé pour ne pas fausser un diagnostic, mais aussi encourager les femmes à venir consulter fréquemment et ce même en absence de problème gynécologique.

- Symptômes cités par les personnels de santé

Trente-trois virgule trente-trois pourcent des médecins (33,33%) et 23,08% des paramédicaux avaient cité quatre des symptômes (Figure 14). D'après les résultats, les médecins connaissaient plus les symptômes du cancer du col que les paramédicaux dont la plupart était des sages-femmes, parmi: les métrorragies spontanées et provoquées, les leucorrhées banales, la douleur pelvienne,... Certaines littératures renforcent ce constat. [28].

Seulement 33,34% des médecins et 26,93% des paramédicaux interrogés ont donné moins de deux symptômes du cancer du col. Et le reste (19,23%) n'avait pas répondu à la question (Figure 14).

Notre enquête nous a permis de comprendre que pour tous les personnels de santé, la métrorragie était le principal signe clinique du cancer du col utérin. Les personnels ayant déjà été confrontés à ce type de cancer ont pu citer facilement les symptômes liés à ce dernier.

- Connaissance sur les moyens de détection précoce

Tous les médecins interrogés (100%) avaient une bonne connaissance du moyen de détection précoce du cancer avant l'apparition de signes cliniques. Le résultat obtenu auprès des paramédicaux est également proche de celui des médecins avec 88,46% ayant une bonne connaissance; les 11,54% restant ont affirmé n'avoir qu'une mauvaise connaissance de ces moyens (Figure 15).

Dans l'étude de Hsairi M. et al, la majorité des étudiants interrogés pensaient qu'ils n'existaient pas de moyens efficaces pour réduire le cancer du col utérin (96,2%) [54].

Par contre, l'étude de Mutyaba T. et al a objectivé que 38,2% des praticiens avaient une bonne connaissance des méthodes de dépistage. En revanche l'étude d'Alice M. R. à Fianarantsoa avait montré que seulement 6% des médecins et 2% des paramédicaux connaissaient tous les moyens existants pour la prévention du cancer du col utérin [55, 58].

La connaissance d'un moyen de dépistage est primordiale pour détecter des lésions précancéreuses afin de réduire la mortalité liée à cette maladie.

- Moyens de détection précoce cités par les personnels de santé

Parmi ceux qui connaissent un moyen de détection précoce, la moitié des médecins (50%) et 11,54% des paramédicaux interrogés ont désigné le dépistage au IVA. Et 41,67% des médecins et plus de la moitié des paramédicaux (57,69%) connaissaient le dépistage par le FCV. Seulement 8,33% des médecins et 30,77% des paramédicaux n'ont pas répondu à la question (Voire Figure 16).

Une étude faite par Addah A. O. et al a rapporté que 92,2% des enquêtés connaissaient le FCV comme étant un outil de détection du cancer du col utérin. Une autre étude faite par Alice M. R. a rapporté que 85.3% des femmes professionnelles des soins médicaux avaient une bonne connaissance du FCV. Ces résultats sont supérieurs aux nôtres [58, 61].

Quant aux moyens de prévention, les personnels de santé n'en connaissaient qu'un au maximum. Leurs connaissances à ce sujet étaient approximatives.

Puisqu'à Maroantsetra, il n'existe aucun centre de dépistage du cancer du col utérin, il est recommandé de former les personnels de santé afin qu'ils puissent connaître toutes

les étapes à suivre pour le dépistage et interpréter les résultats. De surcroît, mettre à la disposition des personnels de santé les matériels et les produits nécessaires au dépistage, au moins dans une des centres de santé présentes dans la ville serait avantageuse dans le cas où les femmes pourraient se faire dépister sans se déplacer vers la province et la capitale.

- Connaissance sur le rythme de la réalisation du dépistage

Dans le cas des médecins, les réponses sont hétérogènes: 33,33% ont opté pour un rythme de dépistage une fois par an, 16,67% une fois tous les deux ans et 8,33% deux fois par an. Les réponses des paramédicaux étaient également divergentes: 34,62% une fois par an, 3,85% une fois tous les deux ans, et 11,54% tous les trois ans. Le reste des personnels de santé (41,67% des médecins et 50% des paramédicaux) n'ont pas donné de réponse concernant le rythme de dépistage (Voire Tableau IV).

Dans notre enquête, les personnels de santé avaient une appréhension concernant le rythme du dépistage. Leurs connaissances à ce sujet étaient limitées tant sur le moyen que sur le rythme.

Notre étude est comparable à celle de Gambiez-Journard A. et al. La période et le rythme recommandés étaient mal connus. La similarité a pu être décelée dans la manière de répondre de nos personnels de santé enquêtés face aux questions [68].

Une autre enquête rapporte des réponses d'étudiants: 44,2% étaient favorables pour une périodicité annuelle, 39,2% pour une périodicité tous les trois ans, 7,2% tous les cinq ans, et 9,4% au moins une fois dans la vie. Ces résultats sont supérieurs aux nôtres. Les rythmes du dépistage proposés par ces étudiants étaient presque la même que ceux de nos personnels de santé susmentionnés [54].

D'après l'OMS, un dépistage tous les trois ans est tout aussi efficace qu'un dépistage annuel, et suffira à diminuer considérablement le nombre de décès associés. Alors que dans notre étude, 8% des paramédicaux ont proposés ce rythme [5].

II.1.3. Attitude

- Attitude sur l'âge du premier rapport sexuel

Tous les médecins (100%) avaient eu leur premier rapport sexuel à l'âge de 17 ans. Quant aux paramédicaux leurs éventails de réponses se présentaient comme suit: 27,78% inférieur à 16 ans, 38,89% entre 17 à 19 ans, et 11,11% supérieur ou égale à 20 ans. Et le reste (22,22%) n'avait pas répondu à la question (Figure 17).

Les deux littératures suivantes sont pareilles à notre étude à propos de l'âge du premier rapport sexuel. A Madagascar, Hasiniatsy N. R. E. a trouvé dans son étude que 87% des patientes ont eu leur premier rapport sexuel lorsqu'elles avaient moins de 20 ans et 55% avant ses 18 ans. Et une autre littérature faite par Patricia R. a constaté que les jeunes ruraux avaient une vie sexuelle légèrement plus précoce, car l'âge médian du premier rapport sexuel était de 16,6 ans pour les hommes et de 16,1ans pour les femmes [3, 63].

A Madagascar, le sexe est un sujet tabou, surtout dans les zones rurales. Parler des maladies de l'appareil génital est embarrassant. De plus l'examen gynécologique gêne et fait peur à la majorité des femmes.

Selon l'OMS, les prestataires de soin doivent faire preuve d'un solide sens de la communication, utiliser des termes simples et compréhensibles avec un vocabulaire adapté au contexte pour éduquer et conseiller les femmes, les hommes et les adolescents; et aider ceux du groupe cible à comprendre la nécessité de la prévention et du dépistage [5].

- Attitude sur le risque d'avoir le cancer du col

La moitié (50%) des médecins et 63,16% des paramédicaux interrogés pensaient qu'ils présentaient un risque du cancer du col utérin. Le reste du personnel de santé disaient le contraire (50% des médecins et 36,84% des paramédicaux) (Figure 18).

Dans l'étude d'Addah A. O. et al en 2012, 72.2% des enquêtés avaient reconnu qu'entrer dans la vie sexuelle trop tôt était un facteur du risque [61].

De même, le cancer du col utérin est reconnu depuis longtemps être lié à l'activité sexuelle. L'étude de Shepherd J. P. et al en 2011 conforte les propos des personnels de

santé que nous avons enquêtés. En effet avoir un rapport sexuel dès son jeune âge est un facteur de risque du cancer du col [64].

Aussi, ce facteur pourrait entraîner des conséquences au niveau du col de l'utérus qui est encore très sensible et immature selon la littérature [5].

- Attitude sur le vaccin anti-HPV

La moitié des médecins (50%) et la majorité des paramédicaux (84,21%) du genre féminin pensaient qu'elles devraient se faire vacciner contre l'infection à HPV (Figure 19).

Nos personnels de santé avaient une bonne attitude face à la vaccination, tout comme celle rapportée par Thanappapasr D. et al: 60,7% [59].

A l'issue de la première année du programme de démonstration à Madagascar, d'après les données recueillies auprès du Ministère de la santé, 69% des jeunes filles avaient reçu la première injection, 64,17% la deuxième injection et 60,34% la troisième injection dans le District de Toamasina I; contre respectivement 75,59%, 65,87% et 62,93% à Soavinandriana [63].

Cette campagne devrait continuer afin de mettre en garde les jeunes filles encore vierge contre le cancer du col utérin, mais aussi améliorer la communication pour que tout le monde soit au courant de l'actualité concernant le cancer du col utérin.

- Attitude sur l'importance du dépistage

Le dépistage est important. Effectivement tous les personnels de santé enquêtés (médecins et paramédicaux) pensaient faire le dépistage.

L'étude de Kanwouo D. est comparable à notre enquête. Les professionnels de santé qu'il a enquêtés s'accordaient aussi sur l'importance du dépistage [65].

- Attitude sur le dépistage du cancer du col

Parmi les personnels de santé interrogés, l'une des deux médecins féminins a répondu positivement au dépistage de ce cancer, et l'autre a répondu « non » (Figure 20).

L'une a répondu que la raison pour laquelle elle désirait faire le dépistage était pour s'assurer de son état de santé. Quant à l'autre, elle n'avait plus de raison de faire le dépistage car elle était déjà ménopausée (Tableau V).

Et les résultats des paramédicaux sur le dépistage étaient 88,24% OUI et 11,76% NON (Figure 20). La majorité des paramédicaux voudraient faire le dépistage. Parmi elles, 76,92% étaient pour s'assurer leur état santé. Et les autres (23,08%) ont répondu qu'elles présentaient déjà des facteurs de risques du cancer du col utérin (Tableau V).

Par contre, les paramédicaux qui ont dit « non » au dépistage étaient de 11,76% (Figure 24). Parmi elles, 40% ont répondu qu'elles étaient déjà ménopausées et 60% disaient ne pas présenter de signes cliniques du cancer du col (Tableau VI).

Nos résultats s'accordent à ceux de Visanuyothin S. et al qui avaient fait une étude en Thaïlande sur les déterminants de l'adhésion au dépistage du cancer du col utérin. Et l'étude de Kupels R. et al a mis l'accent sur le rôle des médecins de première ligne dans la réussite des programmes de dépistage du cancer du col utérin [66, 67].

Il s'avère alors impératif de combler ces lacunes de connaissances en santé publique car mieux nous comprendrons plus nous aurons des chances d'adhérer.

Ainsi, le facteur le plus fortement associé à l'intention d'adhésion au dépistage dans cette étude était l'attitude des professionnels de santé. Pour ne pas faire de dépistage, ces dernières prétextaient ne pas présenter de facteurs de risque ou de symptômes. Ce faible taux d'adhésion à passer un test cytologie cervical coïncide avec les conclusions des études menées dans les autres pays à faible SMIC (salaire minimum interpersonnel de croissance) [55, 68].

Des contacts directs peuvent être établis pour créer un dialogue avec les hommes et les femmes. Il est nécessaire d'améliorer la connaissance de la prévention et de diminuer leurs angoisses liées au dépistage, transmettre des messages en termes simples et clairs.

- Attitude sur la recommandation du dépistage

La moitié (50%) des médecins féminins et la majorité (83,33%) des paramédicaux féminins avaient déjà conseillé le dépistage à des patients. Le reste (50% des médecins et 16,67% des paramédicaux) ne l'avait jamais conseillé (Voire Figure 21).

Notre résultat est moyennement satisfaisant en matière de conseil pour le dépistage comme dans l'étude de Mock J. et al. Ils ont montré que les personnels de santé avaient plus d'influence sur la réalisation du frottis comparés aux médias seuls [69].

Chaque personnel de santé a un devoir et un rôle dans l'information de la population pour la lutte contre le cancer du col, de l'agent de santé communautaire aux personnels de santé tertiaires.

Le même résultat est trouvé dans l'étude de Hsairi M. et al. Ils ont constaté le manque de sensibilisation des professionnels de santé sur cette maladie, ce qu'ont évoqué les 3,4% des étudiants enquêtés [54].

Aussi, selon l'Alliance pour la Prévention du Cancer du Col (ACCP) chaque catégorie de femme a droit à un dépistage cervical au moins une fois pendant sa vie. L'enquête de l'INCa sur les français face au dépistage a noté que 80% des femmes qui ont fait un frottis l'avaient fait sur l'incitation de leur médecin [68, 70].

Dans notre étude, tous les personnels de santé étaient conscients de l'importance de leurs rôles dans le dépistage du cancer du col utérin, même en dehors du cadre de santé publique. En effet, certains d'entre eux proposaient un agent de santé qui serait uniquement chargé du dépistage dans le centre de santé.

L'OMS a défini les différents rôles des agents de santé selon les niveaux de soins auxquels ils exercent.

- Les agents de santé communautaires (ASC) sensibilisent la population sur le cancer du col, incitent et aident les femmes à utiliser les services et assurent le suivi de celles qui rentrent chez elles après avoir subi un traitement au niveau de soins supérieur;
- Les prestataires de soins primaires (Dispensaires et CSB) assurent la promotion de service, réalisent le dépistage et le suivi et orientent aussi les femmes vers des niveaux de soins supérieurs, si nécessaire;
- Les prestataires de soins secondaires (Hôpital du district) assurent toute une série de services, allant du diagnostic au traitement, et orientent les patientes vers des niveaux de soins supérieurs ou inférieurs;
- Les prestataires de soins tertiaires (Hôpital central) s'occupent des patientes souffrant d'un cancer invasif et des stades avancés de la maladie. Ils les renvoient si besoin vers des niveaux de soins inférieurs [5].

II.1.4. Pratique

- Pratique du test de dépistage du cancer du col

Peu de nos personnels de santé à Maroantsetra avait déjà pratiqué un test de dépistage du cancer du col. Certes, l'enquête a donné 100% pour les médecins féminins, mais seulement 22,22% en ce qui concerne les paramédicaux féminins (Figure 22).

Dans la littérature, les résultats de l'étude de Hsain M. et al en Tunisie sont supérieurs aux nôtres. Ils trouvaient que 45,6% des personnels de santé n'avaient pas encore passé le test de dépistage du cancer du col utérin, dont 5,7% étaient des sages-femmes [48].

Une autre littérature donne des résultats divergeant des nôtres. Les résultats ont montré que 10% des personnels de santé avaient déjà passé un test de dépistage de FCV [51].

Après la comparaison avec ces études, nous pouvons affirmer que les personnels de santé doivent être exemplaires au sein de la société dans la pratique du test de dépistage du cancer du col utérin pour que les femmes en général s'y intéressent par la suite.

- Non pratique du test de dépistage du cancer du col

72,22% des paramédicaux féminins n'avaient pas encore passé le test de dépistage dans leur vie et 5,56% n'avaient pas répondu à la question (Figure 22).

55,56% des paramédicaux féminins n'ont pas passé le test par manque de moyens, 22,22% n'ont pas encore reçu de prescription du médecin et 22,22% disaient ne pas présenter de symptômes de ce cancer. Certaines raisons proposées, comme sexuellement encore non active, timidité, coût trop élevé du dépistage, peur de la douleur et ignorance, n'étaient pas retenues par les personnels de santé (Tableau VII).

La raison commune à ne pas pratiquer le test-Pap s'accordait à l'étude de Swapnajaswanthi M. et al en Inde. L'absence des symptômes gynécologiques (31%) et le ressenti d'absence de risque (29%) constituaient les freins aux dépistages [50]. L'étude de Hsain M. et al sur les connaissances et la participation des médecins et Les principales difficultés qu'ont soulignées Hsairi M. et al en Tunisie sont comparables aux problèmes déjà existants à Maroantsetra. Ils avaient mentionné comme obstacles à

la pratique du dépistage du cancer du col: le manque de moyens financiers (30,6%), le manque de personnels en nombre et en qualification (16,7%), le manque d'informations (13,7%), le manque de sensibilisation de la population (10,6%). Par contre, le manque de sensibilisation professionnelle n'a été évoqué que par 3,4% des étudiants [54].

Un frein évoqué par l'enquête barométrique de l'INCa l'était également dans notre enquête, la peur de la douleur pendant les examens de dépistage [68].

Donc, il faut améliorer le partage ou la transmission des informations utiles afin de surmonter l'ignorance constituant un obstacle à la prévention du cancer du col utérin.

- Pratique du dépistage du cancer du col dans l'avenir

La moitié des médecins (50%) et 77,78% des paramédicaux féminins souhaitaient faire le dépistage du cancer du col dans l'avenir (Figure 23).

Alors que l'étude d'Addah A. O. et al avait obtenu 70% des personnels de santé disposé à passer le test de dépistage, comme dans l'étude de Hsairi M. et al en Tunisie auprès des étudiants en médecine [54, 61].

- Pratique du dépistage au niveau des hommes

Concernant les hommes, 37,5% des paramédicaux masculins (contre 62,5%) et la moitié des médecins masculins (50%) avaient déjà incité leur partenaire à effectuer un dépistage (Voire Figure 24).

Les raisons étaient nombreuses comme celles données par les personnels de santé féminins. Les raisons s'accordaient à l'étude de Hsain M. et al en Tunisie sur les connaissances et la participation des médecins et des sages-femmes de première ligne vis-à-vis du dépistage du cancer du col utérin. Les raisons de non pratique du dépistage étaient le manque de formation, le manque d'outils et le manque d'informations sur ce cancer [48].

Bien que le cancer du col soit une maladie exclusivement féminine, les hommes aussi peuvent jouer un rôle déterminant dans sa prévention, en contribuant à prévenir l'infection par le HPV [5].

Il faut faire passer les informations au cours des consultations individuelles ou du couple et créer un dialogue avec les hommes. Il est nécessaire d'améliorer la connaissance de la prévention.

- Source d'informations sur le cancer du col

Concernant la source d'informations, la majorité des réponses des médecins étaient les cours théoriques (32,43%) et le stage hospitalier (32,43%). Le reste mentionnait la télévision (18,92%) et les affiches (16,22%) (Voire Tableau VIII).

Pour les paramédicaux, la majorité a aussi choisi les cours théoriques (43,59%) et le stage hospitalier (25,64%). Et le reste a répondu avec la télévision (17,95%) et les affiches (10,26%). Certains personnels de santé ont précisé d'autres sources d'informations tel que l'internet (2,56%) (Tableau VIII).

Par contre, la majorité des femmes avaient été plus informées par les media d'après l'étude d'El Mhamdi S. et al en Tunisie que par les personnels de santé [71].

Ainsi, il est important que les personnels de santé intègrent cette action dans leur quotidien auprès de toute femme qui consulte. Ils sont les mieux placés pour informer les femmes sur cette maladie. A travers notre étude, il s'avère nécessaire de combler les insuffisances en information chez les personnels de santé de proximité à travers le renforcement de la formation continue, la dotation en documentation nécessaire (guide, CD, affiche, brochure, vidéo, discussion, publicité, article de journal, message, radiophonique ou télévisé,...).

II.2. ETUDE ANALYTIQUE

- Relation entre la connaissance du cancer du col et l'établissement

Malgré le faible nombre des personnels de santé privé, leur connaissance du cancer du col était plus satisfaisante, alors que ceux du public qui étaient beaucoup plus nombreux était moyennement satisfaisante. Dans notre étude, la relation n'est pas significative comparée à la littérature ($p=1$) (Tableau IX).

Par contre, dans la littérature de Hsain M. et al, le lieu de travail des personnels de santé influençait leur quotidien. Les médecins en milieu urbain avaient plus de connaissance du cancer du col (16,7%) par rapport à ceux du milieu rural (5,6%). La relation est statistiquement significative avec $p=0,08$ [48].

La connaissance du cancer du col utérin est aussi liée à la pratique quotidienne du centre de santé. A Maroantsetra, les femmes avaient l'habitude de pratiquer la méthode

traditionnelle ou l'automédication plutôt que d'aller consulter directement au centre de santé. Ainsi et malheureusement, le centre de santé est le dernier recours des femmes qui avaient des problèmes gynécologiques.

Il faut organiser des évènements de temps en temps, à différents endroits. Il faut également prendre compte de tous les moments et de toutes les occasions possibles pour atteindre les femmes, les hommes, les couples et les adolescents et accroître la prise de conscience du problème de santé de public de ce cancer de notre communauté.

- Relation entre la connaissance du cancer du col et la profession

Dans la majorité des réponses, 31,58% des médecins et 34,21% des sages-femmes avaient de meilleures connaissances du cancer du col que le reste des paramédicaux (34,21%). La relation n'est pas statistiquement significative ($p=1$) (Voire Tableau X).

Par contre, l'étude de Swapnajaswanth M. et al en Inde a trouvé que 78.9% parmi les médecins et 70,4% des infirmières avaient de bonnes connaissances sur le cancer du col utérin. La relation est statistiquement significative ($p=0.004$) [50].

De plus, une autre étude faite par Hsain M. et al en Tunisie a prouvé que les médecins étaient significativement plus compétents que les sages-femmes par rapport à l'existence du cancer du col (51,6% contre 32,5%) avec $p<0,001$. Ils avaient mis en évidence aussi bien auprès des médecins que des sages-femmes qui exerçaient en première ligne un niveau assez modeste de la connaissance de la situation épidémiologique du cancer du col utérin [48].

Bien que nos résultats s'opposent à certaines études, la plupart des littératures ont trouvé que le niveau d'éducation faible était l'un des facteurs de risque secondaires du cancer du col utérin. Il affecte le comportement sexuel, le niveau socioéconomique, l'âge du premier rapport sexuel. L'INSTAT a expliqué qu'à Madagascar 68% de la population ont un faible niveau socioéconomique [72, 73].

Ainsi, le problème du cancer du col utérin touche tous les intellectuels à Madagascar. Une sensibilisation de la population sur le rôle du HPV dans la genèse du cancer du col utérin doit être menée à tous les niveaux d'éducation et surtout chez les personnels de santé. Cette sensibilisation devrait concerner également la population en général.

- Relation entre la profession et l'âge du premier rapport sexuel

De nombreuses littératures ont confirmé que le rapport sexuel précoce était considéré comme l'une des facteurs de risque du cancer du col. Dans notre résultat, la majorité des personnels de santé n'ont pas donné de réponse précise sur l'âge de leur premier rapport sexuel et certains n'ont tout simplement pas répondu à la question. Certains d'entre eux avaient eu leur premier rapport sexuel entre 15 et 19 ans, et d'autres à 20 ans et plus. Cette relation est statistiquement significative ($p < 0,001$) (Tableau XI).

Le résultat de l'étude de Berraho M. au Maroc est plus significatif comparé à notre enquête. Il a observé que la répartition en fonction de l'âge du premier rapport sexuel était significativement différente entre les populations étudiées ($p = 0,01$). Le début des rapports sexuels à un âge inférieur à 18 ans augmentait le risque de cancer du col de l'utérus [73].

L'étude de Lansac J. a montré que les femmes ayant eu leur premier rapport sexuel entre 15 et 17 ans présentaient un risque de développer des lésions précancéreuses alors que l'étude de Kanwouo a constaté le contraire chez les femmes malgaches ($p = 0,540$) [65, 74].

- Relation entre la profession et la raison de la pratique du dépistage

Quant à la pratique du dépistage, six parmi les vingt personnels de santé féminins avaient déjà fait un dépistage. La relation est statistiquement significative ($p = 0,0004$) (Tableau XII).

Nos résultats s'accordent à ceux de Visanuyothin S. et al sur les déterminants de l'adhésion au dépistage du cancer du col utérin. Ils ont trouvé que le niveau de connaissance sur les facteurs de risque et la pratique de dépistage du cancer du col utérin étaient significativement associés à l'adhésion au dépistage [66].

Mais dans l'étude de Hsain M. et al, l'analyse des facteurs associés à la pratique systématique du FCV chez les médecins tendait à être significativement plus fréquente chez le genre féminin que chez le masculin ($p = 0,08$) [48].

De même dans notre étude, ceux qui avaient de bonnes connaissances du cancer du col avaient déjà fait le dépistage contrairement aux paramédicaux.

- Relation entre la profession et la raison de la non pratique du dépistage

La majorité ont cité comme raison de la non pratique du dépistage: le manque de moyens, l'absence de symptôme et de prescription. L'analyse des résultats est statistiquement significative ($p=0,0006$) (Tableau XIII).

Cette littérature est significativement comparable à notre étude. Il a été constaté que la majorité des médecins (52,6%) n'avaient jamais fait leur test, comparé à 11,2% des infirmières. Les différences ont été statistiquement considérables ($p=0.001$). De plus, la raison commune pour ne pas pratiquer le FCV dans la littérature était l'absence de toutes symptômes gynécologiques (31%) et l'assurance de ne présenter aucun risque (29%) [73].

A Madagascar, peu de centres de santé disposent du test de dépistage et peu de personnels de santé ont déjà passé un test de dépistage du cancer du col utérin. La plupart des femmes dans notre étude se sont faites dépister grâce à leur connaissance de l'existence du cancer du col utérin. Très peu de femmes se font dépister systématiquement afin de connaître leur statut sérologique de ce cancer. Ce qui pourrait expliquer le taux élevé des personnels de santé qui n'ont jamais eu un dépistage antérieur.

CONCLUSION

CONCLUSION.

Le cancer utérin est un problème de santé publique important à Madagascar. Il est toujours précédé de lésions précurseurs. Son évolution est lente et il peut être dépisté par des examens simples et traité par des moyens simples. C'est un cancer facile à prévenir.

Notre étude évalue la connaissance, l'attitude et la pratique des personnels de santé à Maroantsetra. Notre échantillon est modeste par rapport au nombre des personnels de santé ciblés. C'est la première étude faite dans la ville de Maroantsetra sur le cancer du col utérin. Il n'y a pas de registre de cette maladie dans les centres de santé. Donc, nous ne pouvons pas réellement estimer la fréquence du cancer du col utérin dans cette localité.

Notre étude montre que le cancer du col utérin est peu connu par des personnels de santé de la Commune. Elle met l'accent sur l'obligation urgente d'une sensibilisation, auprès du personnel de santé, sur les informations nécessaires en matière de prévention, de dépistage et sur le ou les lacunes qui sont évidentes.

Dans la même optique d'idée, le personnel de santé qui a des connaissances sensibilisera à son tour les femmes cibles. Ces dernières feront ainsi précocement le test, et par voie de conséquence diminuera fortement dans l'avenir le taux de morbidité et de mortalité lié à ce cancer.

Pour atteindre les objectifs, nous proposons la formation initiale des paramédicaux sur le cancer du col utérin suivie d'une formation continue de tous les personnels de santé sur le dépistage du cancer du col utérin, et la disponibilité de centre de dépistage à Maroantsetra. De surcroît tous les moyens de communication possibles doivent être mobilisés pour sensibiliser à son tour la population.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Centre International de Recherche sur le Cancer. Dernières statistiques mondiales sur le cancer. CIRC/media-centre/223. 12. Décembre 2013.
Disponible à l'URL: https://www.iarc.fr/fr/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_F.pdf.
2. Pierre A, Bernard-Alex G. Diplôme de Médecine Tropicale des pays de l'Océan Indien. Les cancers dans les pays en développement. Med Trop. Actualité 2016; 6.
3. Hasiniatsy NRE, Rabarijaona L, Rafaramino F. Evolution des aspects épidémiologiques du cancer du col utérin dans le service d'oncologie d'Antananarivo, Madagascar. J Afr Cancer. 2011; 3: 3-7.
4. Ravelomampitoniarivony T M, Ranaivomanana V F, Andrianjafitrimo H T, Andriamampionona T F, Randrianjafisamindrakotroka N S. Cancer gynécologiques et mammaires diagnostiqués à l'UPFR d'anatomie et cytologie pathologiques du CHU-JRA. Les urgences en gynécologie-obstétrique. IXème Journée du COMAGO. Antananarivo; 2015.
5. Organisation Mondiale de la Santé. Département Santé et recherche génésiques et Département des Maladie chroniques et promotion de la santé. La lutte contre le cancer du col de l'utérus: Guide des pratiques essentielles. OMS. 2006 :1-287.
6. Goutille F. Connaissances, attitudes et pratiques dans l'éducation au risque: mettre en œuvre les études CAP. Lyon, Handicap International ; 2009.
7. McQueen D V, Anderson L M. Données probantes et évaluation des programmes en promotion de la santé. Ruptures. 2000; 7: 79-98.
8. ONUSIDA. Assurer L'avenir Aujourd'hui. Synthèse de l'information stratégique sur le VIH et les jeunes. Genève: ONUSIDA. 2011.

9. Sparks P, Guthrie C A, Shepherd R. The dimensional structure of the perceived behavioral control construct. *JASP*. 1997; 27: 418-38.
10. Laurencelle L. *Théorie et techniques de la mesure instrumentale*. Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec. 1998.
11. Hélène S G. *Epidémiologie des cancers gynécologiques: utérus, ovaires, vulve et vagin*. *Cancers gynécologiques pelviens*. Elsevier Masson SAS; 2013. p 85-99.
12. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015 Mar; 136: 359-98. Disponible à l'URL: <http://globocan.iarc.fr>.
13. Institut National du Cancer. *Les traitements du cancer invasif du col de l'utérus*, collection Guides patients Cancer info, INCA, Juin 2011. Consulté le 10/01/17. Disponible à l'URL: <http://www.e-cancer.fr>. Réf. GUICOLUTERUS11.
14. Munoz N, Bosch F X, De SanJosé S. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med*. 2006; 348; 6: 518-27.
15. Bosch F X, Muñoz N, De SanJosé S, Izarzugaza I, Gili M, Viladiu P et al. Risk factors for cancer in Colombia and Spain. *Int J Cancer*. 1992; 52: 750-8.
16. Brinton L A, Humman R F, Huggins G R. Sexual and reproductive risk factors for invasive squamous cell cervical cancer. *J Natln Cancer Inst*. 1987; 79: 23-30.
17. Brinton L A, Reeves W C, Brenes M M, Herrero R, De Britton RC, Gaitan E et al. Party as a risk factor for cervical cancer. *Am J Epidemiol*. 1989; 130: 486-96.

18. Ligue contre le cancer. Cancer du col de l'utérus et lésions précancéreuses. Ligue suisse contre le cancer, Berne ; 2010. Consulté le 17/02/17.
Disponible à l'URL: <http://www.liguecancer.ch>.
19. Gavillon N, Michel M-E, Graesslin O, Quéreux C. Extrait des Mise à jour en Gynécologie Médicale. In Lansac J. Tabac, pilule et infections HPV. Collège national des gynécologues. Paris: 2008. p.553-74.
20. Organisation mondiale de la santé. Contraceptifs oraux et parité. Genève. OMS, Relève épidémiologique. 2002; 20.
21. Fujimoto, Nemoto, Fukuda, Masubuchi, Masubuchi. Epidemiologic Study of the cervix. JRM. 1985; 30; 7: 535.
22. Meisels A, Fortin R, Roy M. Condylomatous lesions of the cervix. II. Cytologic, colposcopoc and histopathologic study. Acta Cytol. 1977; 21 (3): 379-90.
23. Boulanger J C, Naepels P. Dépistage et diagnostic des cancers du col. Gynécologie-Obstétrique. Rev Prat. 2001; 51: 1426-31.
24. Monsonogo J. Infections à papillomavirus. Etat des connaissances, pratiques et prévention vaccinale. Paris: Springer; 2006.
25. Haute Autorité de Santé. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de sante (EPS). Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. Haute Autorité de Sante-Référentiel-KC Utérus juin 2013; 54. Consulté le 10/01/17.
Disponible à l'URL: <http://www.has-santé.fr>.
26. Pierre B. Cancers invasifs du col (147 cas). Corpus Médical- Faculté de Médecine de Grenoble. 2002 Septembre. Consulté le 09/04/17; 1: 15. Disponible à l'URL: <http://www-sante.ujf-grenoble.fr>.

27. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Tumeurs du col utérin, tumeurs du corps utérin: Tumeurs malignes du col utérin. CNGOF; 2011 ; Item 147. Disponible sur l'URL: <http://umvf.univnantes.fr>.
28. Haute Autorité de Santé. Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique. Cancer invasif du col utérin. Guide-Affection Longue Durée. HAS. Janvier 2010. Disponible sur l'URL: <http://www.has-sante.fr> et sur www.e-cancer.fr.
29. Leseura J, Devillers A, Williaume D, Le Prisé E, Fougerou C, Laguerre B et al. Tomographie par émission de positons au (18F)-fluorodésoxyglucose dans les cancers du col utérin: évaluation ganglionnaire et valeur pronostique/prédictive des données de la tumeur primitive. *Cancer/Radiothérapie. J Gynécol Obstét Biol Reprod.* 2011; 15: 699-708.
30. Lavouéa V, Voguet L, Bertela C, Mesbah H, Williaume D. Place de la chirurgie avant et après radiochimiothérapie des cancers du col localement évolués : à propos de 102 cas. *J Gynécol Obstét Biol Reprod.* 2011; 40: 11-21.
31. Le Roux C, Sentilhes L, Catala L, Lefebvre-Lacoeuille C, Poilblanc M et al. Place de la cœlioscopie dans le traitement chirurgical des cancers du col de l'utérus, de l'endomètre et de l'ovaire en France: résultats d'une enquête de pratique nationale. *J Gynécol Obstét Biol Reprod.* 2011; 40: 11-21.
32. Jean-Charles B, Jean G. Tumeurs du col utérin, tumeur du corps utérin. *Gynécologie-Obstétrique. Rev Prat.* 2003; 53: 309-19.
33. Abdellaoui L. Cancer du col utérin traitement chirurgical à propos de 49 cas au Service de Gynécologie Obstétrique de Centre Hospitalier Universitaire Hassan II de Fès [Thèse]. *Médecine Humaine: Fès;* 2010. 147p.

34. Resbeut M, Fondrinier E, Fervers B. Standards, options, recommandations pour la prise en charge des patientes atteintes de cancers invasifs du col utérin (stades non métastatiques). Paris: John Libbey EUROTEXT ; 1998; 10.
35. Lécuru F, Robin F, Taurelle R, Durdux E. Cancer du col utérin. EMC Elsevier, Paris, AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine.1999 ; 3-1250: 6 p.
36. Fotiou S, Rodolakis A. Récurrence du cancer du col: facteurs de risque et traitement. EMC Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris ; Gynécologie. 2002 ; 605-A-85. 5 p.
37. Sahraoui S, Bouras N, Acharki A, Benider A, Tawfiq N, Jouhadi H et al. Adénocarcinome du col utérin: étude rétrospective de 83 cas. Gynécol Obstét Fertil. 2002; 30: 291-8.
38. Van H, Noel M, J C, Simon P. Obstetric and neonatal outcome after surgical treatment of cervical dysplasia. EJOGRB. 2012; 162: 16-20.
39. Lobbedez F J. Chimioradiothérapie concomitante dans les cancers du col de l'utérus: quels niveaux de preuve? Cancer/Radiothérapie, Masson ; 2009; 13: 503-6.
40. Paul S. La curiethérapie gynécologique à débit pulsé. Le traitement des cancers. UNICANCER. Septembre 2011; 19p. Consulté le 17/02/17.
Disponible à l'URL: <http://www.centre-paul-strauss.fr>.
41. Delpech Y, Barranger E. Le cancer du col utérin. Principes de prise en charge. J Gynécol Obstét Biol Reprod. 2008; 37: F51-6.
42. Mohamed NOFAL. Le cancer du col de l'utérus dans les pays en développement. Rapport sur un projet AIEA/OMS de lutte contre cette maladie. Sciences biologiques. AIEA Bulletin. 1986: 11-4.

43. Haute Autorité de la Santé. Prévention des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. Etat des connaissances. HAS. Avril 2014: 135-9. Consulté le 17/02/17. Disponible à l'URL: <http://www.santepubliquefrance.fr>.
44. Paul D B, Noel Mc, Enriquito L. Prévention du cancer du col: Guide pratique pour les milieux à faibles ressources. Jhpiego. Etats Unis, 2005: 48 p.
Disponible à l'URL: <http://www.jhpiego.org>.
45. Monsonogo J. EUROGIN 2010: Feuille de route pour la prévention du cancer du col de l'utérus. Gynécol Obstét Fertil, Masson ; 2011; 39: 462-7.
46. Bergeron C, Bonito L D. Le dépistage cytologique de l'adénocarcinome du col. Ann Pathol, Masson ; 2012; 32: 394-400.
47. Clavela C, Dalstein V, Birembaut P. Stratégies de dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus: cytologie ou test HPV. Rev Franco Lab. 2008; 405: 57-65.
48. Hsain M, Fakhfakh R, Bellaaj R, Achour N. Connaissances et participation des médecins et sages-femmes de première ligne vis-à-vis du dépistage des cancers du col utérin et du sein. Tunisie. Rev Santé Méditerranée Orient. 2003 ; 9 ; 3: 353-63.
49. Tran N T, Choe S I, Taylor R, Ko WS, Pyo HS, So HC. Knowledge, attitude and practice (KAP) concerning cervical cancer and screening among rural and urban women in six provinces of the Democratic People's Republic of Korea. Asian Pac J Cancer Prev. 2011; 12: 3029-33.
50. Swapnajaswanth1 M, Suman G, Suryanarayana S P, Murthy N S. Perception and Practices on Screening and Vaccination for Carcinoma Cervix among Female Healthcare Professional in Tertiary Care Hospitals in Bangalore, India. APJCP. 2014; 15 (15): 6095- 8.

51. Coskun S, Can H, Turan S. Knowledge about cervical cancer risk factors and Pap smear testing behavior among female primary health care workers: a study from south Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013; 14: 6389-92.
52. Ali S F, Ayub S, Manzoor N F et al. Knowledge and Awareness about Cervical Cancer and Its Prevention amongst Interns and Nursing Staff in Tertiary Care Hospitals in Karachi, Pakistan. *PLoS ONE.* 2010; 5; 6.
53. Zapka J G, Luckmann R, Sulsky S I et al. Cancer control knowledge, attitudes, and perceived skills among medical students. *J Cancer Educ.* 2000; 15 (2):73-8.
54. Mohamed H, Heger B G, Nissaf B A, Ridha B, Nouredine A. Connaissances et attitudes des étudiants en fin d'études médicales vis-à-vis des dépistages des cancers du col utérin et du sein. *Tunisie Med.* 2007 ; 19 ; 2: 119-32. Disponible à l'URL:<http://www.cairn.info/revue-sante-publique>.
55. Mutyaba T, Mmiro A F, Weiderpass E. Knowledge, attitudes and practices on cervical cancer screening among the medical workers of Mulago. Hospital, Uganda. *BMC Medical Education.* 2006: 6; 13.
56. El Mhamdi S, Bouanene I, Mhirsi A, Bouden W, Soussi S M. Cervical cancer screening: women's knowledge, attitudes, and practices in the region of Monastir (Tunisia). *Rev Epidemiol Santé Publique.* 2012 Decembre; 60: 431-6.
57. Chande H M, Kassim T. Assessment of women's knowledge and attitude towards carcinoma of the cervix in Ilala Municipality. *East Afr J Public Health.* 2010 Mar; 7(1):74-7.
58. Alice M R. Le cancer du col de l'utérus à Fianarantsoa. Connaissance et attitude du personnel de santé [Thèse]. Médecine Humaine: Antananarivo; 2010. 96p.

59. Thanappapasr D, Chittithaworn S, Lertkhachonsuk A, Sarikapan W. Female Hospital based healthcare professional's knowledge of cervical cancer, HPV and attitudes towards HPV vaccination. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2010; 11: 429-33.
60. Mandin L. Perception de la vaccination contre le Papillomavirus Humain : une enquête chez des adolescentes en classe de 3^{ème} [Thèse d'exercice]. Médecine générale: Nantes ; 2009.
61. Addah A O, Ojule J D, Fiebai P O. Knowledge, attitude and practice of cervical cancer screening-Papanicolaou test (Pap smear) among female health care providers in Port Harcourt. *African J.* 2012; 6: 74-80.
62. Gambiez-Joumard A, Vallee J. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le FCV. *Rev fr Med g. Exercer* 2011; 98: 122-8.
63. Patricia R. La vaccination anti-HPV à Madagascar [Mémoire DU]. *Vaccinologie Biol: Paris:* 2014; 33p.
64. Shepherd J P, Frampton G K, Harris P. Interventions for encouraging sexual behaviours intended to prevent cervical cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Apr; 13p.
65. Kanwouo D F A. Facteurs de risque du cancer du col utérin chez les femmes malgaches [Thèse]. Médecine Humaine: Antananarivo; 2016.115 p.
66. Visanuyothin S, Chompikul J, Mongkolchati A. Determinants of cervical cancer screening adherence in urban areas of Nakhon Ratchasima Province, Thailand. *J Infect Public Health.* 2015 Nov-Dec; 8: 543-52.
67. Kupels R, Covens A. Strategies for the implementation of cervical and breast cancer screening of women by primary care physicians. *Gynécol Oncol.* 2001, 83:186-97.

68. Institut National du Cancer. Les Français face au dépistage des cancers, synthèse des résultats de la 2ème vague de l'enquête barométrique. Boulogne Billancourt: INCa; janvier/février 2009: 12p.
69. Mock J, McPhee S, Nguyen T, Wong C, Doan H, Lai Ky Q et al. Effective lay health worker outreach and media-based education for promoting cervical cancer screening among Vietnamese American Women. *Am J Public Health*. 2007; 97: 1963-700.
70. Alliance pour la Prévention du Cancer du Col. Dix constats et recommandations clés pour des programmes efficaces de dépistage et traitement du cancer du col. ACCP, 2007: 1-2. Disponible à l'URL: <http://www.alliance-cxca.org>.
71. Cuzick J, De Stavola B, McCance D, Ho T H, Tan G, Cheng H et al. A case-control study of cervix cancer in Singapore. *Br J Cancer*. 1989 Aug; 60: 238-43.
72. Institut National de la Statistique de Madagascar. Enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar. INSTAT. Disponible à l'URL: <http://countryoffice.unfpa.org/filemanager/files/madagascar/OMD>.
73. Berraho M. Epidémiologie du cancer du col au Maroc [Thèse]. Médecine Humaine: Midelt; 2012; 148p.
74. Lanzac J. Le cancer du col de l'utérus. *Prat Med*. 1988, 32: 9-27.

ANNEXES

ANNEXE 1: Formule de soluté de Lugol

Solution de Lugol fort:

- Iode metalloïde : 1g
- Iodure de potassium : 2g
- Eau distillé : 100ml

Lugol fort pour 125ml:

- Iodure de potassium : 0,5g
- Iode metalloïde : 2g
- Reste en eau distillé

Soluté de Lugol:

- Iodure de potassium 10g
- Eau distillé 100ml
- Iode 5g

Préparation

- 1) Dissoudre 10g d'iodure de potassium dans 100ml d'eau distillé
- 2) Ajouter peu à peu 5g d'iode sans cesser d'agiter le mélange
- 3) Filtrer et conserver dans une bouteille en verre fumé sombre et bien fermé

Le soluté de Lugol doit être étiqueté et conservé dans une bouteille en verre fumé sombre bien fermé, il peut être ainsi conservé 1 mois

ANNEXE 2: Images des résultats du test à l'IVA/IVL



Cervix normal

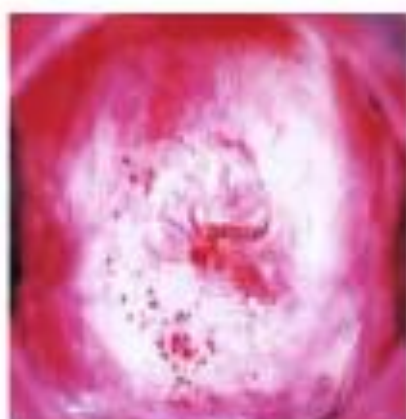
IVA positif

IVL positif

Modification du col après application d'acide acétique



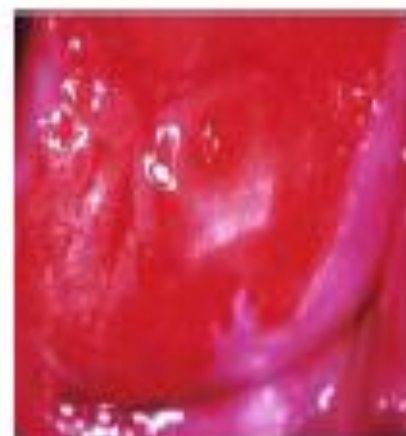
Nouvelle jonction pavimento-cylindrique



Col à la post-ménopausse



Modification de coloration de l'épithélium
Cylindrique



Metaplasie pavimentreuse
immature

Source : Spolti N. Institut Européen d'Oncologie Milan

EVL NEGATIF



Épithélium pavimenteux stratifié. Pas de modification de l'épithélium cylindrique. Pas de zones jaunes.



Zones jaunes riches en caroténoïdes éparpillées isolément sur l'épithélium pavimenteux stratifié et sans inflammation.



Zones jaunes isolées et épaissies de la zone de jonction squamo-cylindrique.



Zones jaunes perçues sur le col dans 2 ans inflammation et épaissies de la zone de jonction squamo-cylindrique.



Zones jaunes perçues sur tout le col en raison de l'inflammation, au palper se présente pas hôte.



Zones jaunes épaissies en zone de départ.

EVL POSITIF



Zones jaunes liées à l'axe trachéal à zone de jonction squamo-cylindrique sur le tiers supérieur.

Large zone jaunes et zones focalisées d'épaissies dans le canal.

CANCER



Zone - 1. Submucosa épaissie. Mucosa désorganisée avec le dévissage visible des cellules cancéreuses (gagner technique de la TBE - épaissies au palper et long et ramifié par les).

Coloration jaune épaissie, rugueuse et zone de la zone lésionnelle cancéreuse.

Annexe 3: Fiche d'enquête

**PERCEPTION ET PRATIQUE SUR LE DEPISTAGE ET LA
VACCINATION POUR LE CANCER DU COL UTERIN AU CENTRE
DE SANTE A MAROANTSETRA VILLE, MADAGASCAR**

I- CARACTERE DEMOGRAPHIQUE

- 1- Etablissement : **PRIVE - PUBLIC**
- 2- Quel est votre profession ?

II- CONNAISSANCE SUR LE CANCER DU COL

- 1- Avez-vous déjà entendu parler du cancer du col auparavant ?
OUI - NON
- 2- Si **OUI**, Comment évaluez-vous votre connaissance sur le cancer du col ?
BONNE - PAS ASSEZ - MOYENNE
- 3- Le cancer du col est le plus fréquent cancer qui touche les femmes à Madagascar
VRAI - FAUX
- 4- Connaissez-vous les facteurs de risque du cancer du col ? **OUI - NON**
- 5- Si **OUI**, quels sont les facteurs de risque de cette maladie que vous connaissez ?
- a-
 - b-
 - c-
 - d-
- 6- Le HPV (Human Papilloma Virus) est un virus sexuellement transmissible **VRAI - FAUX**
- 7- Il existe un vaccin contre le HPV **VRAI - FAUX**
- 8- Le « frottis cervico-vaginal » est :
- | | |
|---------------------------------------|--|
| Le facteur de risque du cancer du col | |
| Le dépistage du cancer du col | |
| Le traitement du cancer du col | |

9- A quel âge devrait-on commencer les dépistages du cancer du col ?

A partir de la première relation sexuelle	
A partir de 25 ans	
A partir de la ménopause	

10- Connaissez-vous les symptômes de cette maladie ? **OUI - NON**

11- Si **OUI**, quels sont les symptômes que vous connaissez ?

- a-
- b-
- c-
- d-

12- On peut détecter le cancer du col avant l'apparition des signes cliniques

VRAI FAUX

13- Si **VRAI**, quel moyen de détection précoce connaissez-vous ? Et à quelle fréquence ?

.....
.....
.....
.....

III- ATTITUDE

1- (Pour les femmes) Quel âge avez-vous fait le premier rapport sexuel ?

.....

2- Pensez-vous que vous avez un risque d'avoir le cancer du col ?

OUI - NON

3- Pensez-vous que vous devriez vous faire vacciner contre l'infection à HPV ? **OUI - NON**

4- Pensez-vous que le dépistage du cancer du col est important ?

OUI - NON

5- a- Pensez-vous que vous devriez faire le dépistage du cancer du col ?

OUI - NON

b- quelque soit la réponse, Pourquoi ?

.....
.....
.....

6- Avez-vous déjà conseillé quelqu'un à se faire dépister ? **OUI - NON**

IV- PRATIQUE

1- A- (Pour les femmes) aviez vous déjà fait un test de dépistage du cancer du col?

OUI - NON

B- Si **NON**, pourquoi ?

Sexuellement non active	
Timidité	
Manque de moyen	
Pas de symptôme	
Pas de prescription du médecin	
Trop cher	
Peur de la douleur	
Ignorance	

2- Comptez-vous vous faire dépister dans l'avenir ? **OUI - NON**

3- (Pour les hommes) Avez-vous déjà incité votre partenaire à effectuer un dépistage ?

OUI - NON

4- Source d'information

Cours théorique	
Stages hospitaliers	
Télévision	
Affiche	
Autres	

Si autre, Précisez.....

VELIRANO

Eto anatrehan' Andriamanitra Andriananahary, eto anoloan'ireo mpampianatra ahy, sy ireo mpiara-mianatra tamiko eto amin'ity toeram-pianarana ity, ary eto anoloan'ny sarin'i HIPPOCRATE.

Dia manome toky sy mianiana aho, fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharahampitsaboana.

Hotsaboiko maimaimpoana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samy irery ny tsiambaratelo haboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamafady na hanamorana famitankeloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny antonjavatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoronina aza, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho, ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotry ny henatra sy horabirabian'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Directeur de thèse

Signé: **Professeur RAFARAMINO JOSOA Florine**

LU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé: **Professeur SAMISON Luc Hervé**

Title of thesis: "KNOWLEDGE-ATTITUDES AND PRACTICES OF HEALTH PERSONNEL ON CANCER OF THE UTERIN COLLE IN THE URBAN COMMUNITY OF MAROANTSETRA"

Heading: MEDECINE

Number of pages: 75

Number of paintings: 13

Number of figure: 24

Number of annexes: 03

Number of bibliographic references: 74

SUMMARY

Introduction: Cervical cancer remains a public health problem in developing countries. Sub-Saharan Africa is the most affected. It is the first cancer in terms of incidence and mortality in Madagascar.

Methods: Our goal is to assess the knowledge, attitude and practice of health personnel on cervical cancer in the Urban Commune of Maroantsetra. It is a descriptive, prospective and cross-sectional survey from January to November 2017.

Results: The general knowledge of the city's health workers about colon cancer is weak. Only doctors (50%) had a good knowledge of this cancer. 59,46% of health personnel surveyed knew of its frequency and symptoms. 30% have already been tested. CVF remains the best known screening tool for health personnel surveyed (51,35%).

Conclusion: The sensitization of health personnel is the first weapon for the prevention of this disease, which in turn will transmit information to the population. The training of health personnel and the availability of a screening center is recommended.

Key words: CAP survey, cervical cancer, prevention, awareness, vaccine

Director of thesis : Professeur RAFARAMINO JOSOA Florine

Reporter of thesis : Docteur RAZAKANAIVO Malala

Author's address : Lot VS 60 Bis M Ambolokandrina Antananarivo 101

Titre de la thèse: "CONNAISSANCES-ATTITUDES ET PRATIQUES DU PERSONNEL DE SANTE SUR LE CANCER DU COL UTERIN DANS LA COMMUNE URBAINE DE MAROANTSETRA"

Rubrique: MEDECINE

Nombres de pages: 75

Nombre de tableaux: 13

Nombres de figures: 24

Nombres d'annexes: 03

Nombres de références bibliographiques: 74

RESUME

Introduction: Le cancer du col du utérin reste un problème de santé publique dans les pays en voie de développement. L'Afrique Subsaharienne est la plus touchée. Il constitue le premier cancer en termes d'incidence et de mortalité à Madagascar.

Méthode: Notre objectif est d'évaluer la connaissance, l'attitude et la pratique des personnels de santé sur le cancer du col utérin dans la Commune Urbaine de Maroantsetra. Il s'agit d'une enquête descriptive, prospective et transversale allant de janvier à novembre 2017.

Résultats: La connaissance générale de personnels de santé de la ville sur le cancer du col utérin est faible. Seulement les médecins (50%) avaient une bonne connaissance de ce cancer. 59,46% de personnel de santé interrogé connaissaient sa fréquence et ses symptômes. 30% ont déjà passé le test de dépistage. Le FCV reste un moyen de dépistage le plus connu par les personnels de santé interrogés (51,35%).

Conclusion: La sensibilisation des personnels de santé constitue la première arme pour la prévention de cette maladie, et qui à son tour transmettront les informations à la population. La formation des personnels de santé et la disponibilité de centre de dépistage est recommandée.

Mots clés: Enquête CAP, cancer du col utérin, prévention, sensibilisation, vaccin

Directeur de thèse : Professeur RAFARAMINO JOSOA Florine

Rapporteur de thèse : Docteur RAZAKANAIVO Malala

Adresse de l'auteur : Lot VS 60 Bis M Ambolokandrina Antananarivo 101