

Facteurs influençant la prise de décision du dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes à l'Institut National de Santé Publique (INSP) d'Abidjan en 2025

Présenté par

Inkalba Obed HIKGUINI

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité **Santé publique internationale** ▾

Directeur de mémoire : AKA Kacou Edele

le **3 oct. 2025**

Devant le jury composé de :

Ibrahima Seck Président

Professeur titulaire,

Université Cheikh Anta Diop

Savadogo Léon G Blaise Examineur

Professeur titulaire,

Directeur du département Santé -

Université Senghor

Aka Kacou Edele Encadrant de votre mémoire

Maître de conférence agrégé,

Université Félix Houphouët Boigny

Remerciements

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à toutes ces personnes dont la contribution a été indispensable à la réalisation de ce mémoire.

Au **Professeur AKA Kacou Edele**, maître de conférences agrégé de Gynécologie-Obstétrique, qui a accepté de diriger ce mémoire malgré ses nombreuses occupations. Pour votre promptitude et votre rigueur scientifique, soyez assuré de ma profonde gratitude.

Au **Dr Patrick Fulgence Aga**, gynécologue-obstétricien et formateur au Centre de dépistage précoce des cancers du sein et du col de l'utérus (CDPCSC) de l'INSP, pour la qualité de l'encadrement dont j'ai bénéficié durant mon stage. Votre savoir-faire, associé à votre remarquable capacité de transmission du savoir, dans une ambiance empreinte de bienveillance et de convivialité, reflète votre profond humanisme.

Au Professeur **Léon SAVADOGO**, Directeur du département Santé, pour son suivi personnalisé et son soutien constant tout au long de mon parcours académique. Votre simplicité et votre engagement pour la réussite de vos étudiants font de vous une source d'inspiration.

À tout le personnel du CDPCSC, pour l'accueil qui m'a été réservé, et l'accompagnement dont j'ai bénéficié.

Au Professeur **Thierry VERDEL**, Recteur de l'Université Senghor, et à tout le personnel de l'université, pour la qualité de l'organisation du travail et l'accompagnement dont j'ai bénéficié.

À mon collègue et frère ivoirien, le **Dr Franck GNAHATIN**, pour sa disponibilité constante. À mes sœurs et frère ivoiriens et senghoriens, **Nabéré, Sunshine** et **Junior**, dont l'accueil et le soutien ont facilité mon intégration. Recevez ma profonde reconnaissance.

À mon frère **DABA DIZOUNE Boniface**, dont la présence fraternelle et le soutien constant ont rendu agréable ces deux années de vie partagées dans le même appartement. Toute ma gratitude !

À mon aîné, le **Dr Naryanan TOURITA** et à mon parrain, le **Dr NDONITA Zola** pour leurs orientations et leurs sages conseils.

À tous mes collègues de la 19^e promotion, et particulièrement à ceux du département "rouge", pour les liens amicaux que nous avons su tisser et qui resteront à jamais gravés dans mes plus beaux souvenirs.

Dédicace

Louange et gloire à l'Eternel, Dieu Tout-Puissant et tout suffisant !

Je dédie ce travail :

À mon feu père, **INKALBA Tchindebbe Epenetus**, et à ma mère, **MASSING-EHBA Rebecca**.

À mon épouse bien-aimée **NISSIAKBE Tchondebya Wilfried**, et à mon fils **HIMOBÉ INKALBA Faveur**, pour leur amour, leur soutien et leur patience tout au long de ce parcours.

À mes frères et sœurs, ainsi qu'à toute ma famille, pour leurs encouragements constants.

À ma famille religieuse, pour ses prières et son soutien spirituel.

À toutes les femmes qui ont été arrachées à la vie par le cancer du col de l'utérus, en hommage à leur mémoire et dans l'espérance d'un avenir sans cette maladie.

Résumé

Introduction : En Côte d'Ivoire, le cancer du col de l'utérus constitue la deuxième cause de mortalité par cancer chez les femmes. Bien qu'il soit fréquemment détecté à un stade avancé, sa prévention est possible grâce à la vaccination et au dépistage précoce des lésions précancéreuses. Malgré la disponibilité des services de dépistage, leur utilisation par les femmes reste encore faible. L'objectif de cette étude était d'analyser les facteurs influençant la prise de décision de recourir au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes fréquentant l'Institut National de Santé Publique (INSP) d'Abidjan.

Méthodes : Il s'est agi d'une étude d'observation de type transversal à visée descriptive et analytique, allant de juin à août 2025. Une approche mixte a été utilisée pour la collecte de données. Pour le volet quantitatif, un questionnaire structuré a été adressé à 152 femmes âgées de 18 ans et plus, recrutées au Centre de Dépistage Précoce des Cancers du Sein et du Col de l'utérus (CDPCSC) de l'INSP. Les données ont ensuite été analysées grâce au logiciel SPSS 30.0. La composante quantitative s'est appuyée sur cinq entretiens structurés réalisés auprès d'informateurs clés, puis les données analysées à l'aide du logiciel Nvivo 15.

Résultats : L'âge moyen des femmes interrogées était de 38 ans $\pm$ 12,5 ans, plus de la moitié d'entre elles (61,8 %) étaient mariées ou en union et 38,2 % avaient un niveau d'instruction supérieur. La majorité des femmes interrogées (75,7 %) avait un faible niveau de connaissance sur le cancer du col de l'utérus. L'âge, le niveau d'instruction, le niveau de connaissance et la religion avaient de lien avec le recours au dépistage. Le manque d'information ressort comme un obstacle majeur au dépistage tandis que la sensibilisation constituait l'un des principaux facilitateurs.

Conclusion : Le recours au dépistage du cancer du col de l'utérus demeure insuffisant et est influencé par des facteurs individuels et socioculturels. Il est important d'intensifier la sensibilisation et d'adapter les stratégies de communication afin de réduire les obstacles pour une meilleure adhésion des femmes au dépistage du cancer du col de l'utérus.

Mots-clefs

Cancer du col de l'utérus, dépistage, déterminants, sensibilisation, Côte d'Ivoire.

Abstract

Introduction : In Côte d'Ivoire, cervical cancer is the second leading cause of cancer mortality among women. Often diagnosed at an advanced stage, this disease can nevertheless be prevented through vaccination and early screening for precancerous lesions. Although screening services are available, their use by women remains low. The objective of this study was to analyze the factors associated with the decision to undergo cervical cancer screening among women attending the National Institute of Public Health (INSP) in Abidjan.

Methods : This was a descriptive and analytical cross-sectional observational study conducted from June to August 2025. A mixed approach was used for data collection. For the quantitative component, a structured questionnaire was sent to 152 women aged 18 and over, selected at the INSP's Center for Early Detection of Breast and Cervical Cancer (CDPCSC). The data collected was analyzed using SPSS 30.0 software. The quantitative component was based on five structured interviews with key informants, and the data was analyzed using Nvivo 15 software.

Results : The average age of the women interviewed was 38 ± 12.5 years, more than half of them (61.8 %) were married or in a relationship, and 38.2 % had a higher education level. The majority of women surveyed (75.7 %) had a low level of knowledge about cervical cancer. Age, educational level, level of knowledge, and religion were associated with screening uptake. Lack of information emerged as a major barrier to screening, while awareness was one of the main facilitators.

Conclusion : Cervical cancer screening remains insufficient and is influenced by individual and sociocultural factors. It is important to increase awareness and adapt communication strategies in order to reduce barriers and improve women's adherence to cervical cancer screening.

Key-words

Cervical cancer, screening, determinants, awareness, Ivory Coast.

Liste des sigles et acronymes

CDPCSC	Centre de Dépistage Précoce des Cancers du Sein et du Col de l'utérus
CIRC	Centre International de Recherche sur le Cancer
FCV	Frottis Cervico-Vaginal
GLOBOCAN	Global Cancer Observatory
HBM	Health Belief Model
HPV	Human Papilloma Virus
IC	Intervalle de Confiance
INSP	Institut National de Santé Publique
IVA	Inspection Visuelle à l'Acide Acétique
IVL	Inspection Visuelle au Lugol
km	Kilomètre
n	Effectif
OR	Odds Ratio
ORa	Odds Ratios ajustés
PNLCa	Programme National de Lutte contre le Cancer
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
TPB	Theory of Planned Behavior
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
%	Pourcentage
<	Inférieur
>	Supérieur

Sommaire

1. Introduction	9
Contexte	9
Justification	9
Problématique	10
Question de recherche	11
Objectifs	11
Hypothèses	11
2. Cadre théorique	12
2.1. Rappel anatomique du col de l'utérus	12
2.2. Cancer du col de l'utérus et dépistage	12
2.2.1. Les méthodes de dépistage	13
2.2.2. Aspect épidémiologique du cancer du col de l'utérus	14
2.3. Modèles théoriques de prise de décisions dans le domaine de santé préventive	14
2.3.1. Le modèle des croyances en santé (Health Belief Model - HBM)	15
2.3.2. La théorie du comportement planifié (Theory of Planned Behavior - TPB)	16
2.3.3. La théorie sociocognitive (Social Cognitive Theory - SCT)	16
2.4. Les facteurs qui influencent la prise de décision sur le dépistage du cancer du col de l'utérus	17
2.5. Cadre conceptuel de l'étude	18
3. Méthodologie	19
3.1. Cadre et site d'étude	19
3.1.1. Cadre d'étude	19
3.1.2. Site d'étude	19
3.2. Type et période d'étude	20
3.3. Population d'étude et échantillonnage	20
3.3.1. Volet quantitatif	20
3.3.2. Volet qualitatif	21
3.4. Collecte et analyse des données	21
3.4.1. Volet quantitatif	21
3.4.2. Volet qualitatif	22
3.5. Considération éthique	22
4. Résultats	23
4.1. Caractéristiques sociodémographique et économique des enquêtées	23
4.1.1. Âge	23
4.1.2. Niveau d'instruction	24
4.1.3. Statut matrimonial	24
4.1.4. Profession	25
4.1.5. Revenu mensuel	25
4.1.6. Commune de résidence	25
4.1.7. Distance résidence - INSP	26
4.1.8. Religion	26

4.2. Caractéristiques comportementales et reproductives	27
4.3. Connaissances sur le cancer du col de l'utérus	28
4.3.1. Connaissance de l'existence du cancer du col de l'utérus	28
4.3.2. Sources d'information	28
4.3.3. Niveau de connaissance sur le cancer du col de l'utérus	29
4.4. Statut de dépistage du cancer du col de l'utérus	29
4.5. Incitateurs au dépistage	30
4.6. Facteurs associés à la décision de dépistage du cancer du col de l'utérus	30
4.7. Perception vis-à-vis du dépistage du cancer du col de l'utérus et des services offerts	32
4.7.1. Peur vis-à-vis du dépistage	32
4.7.2. Utilité perçue du dépistage	33
4.7.3. Perception du coût lié au dépistage comme obstacle	33
4.7.4. Accueil perçu	34
4.7.5. Intention de se faire dépister	34
4.7.6. Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus	35
4.7.7. Perception des facilitateurs du dépistage	36
4.7.8. Canal d'information préféré	37
5. Discussion	39
5.1. Couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus	39
5.2. Caractéristiques sociodémographiques et facteurs associés au dépistage	39
5.3. Connaissances et perception sur le cancer du col de l'utérus	40
5.4. Les obstacles au dépistage	41
5.5. Facilitateurs du dépistage	42
5.6. Limites de l'étude	42
6. Conclusion	43
7. Recommandations	43
8. Références bibliographiques	45
9. Liste des illustrations	53
10. Liste des tableaux	54
11. Annexes	55
11.1. Annexe 1 : Fiche de collecte	55
11.2. Annexe 2 : Guide d'entretien semi-directif	60
11.3. Annexe 3 : Autorisation d'enquête	65

1. Introduction

Contexte

Le cancer du col de l'utérus figure parmi les cancers les plus fréquents chez les femmes dans le monde (Nartey et al., 2017). En 2022, 662 301 nouveaux cas et 348 874 décès ont été enregistrés selon les données de GLOBOCAN (Bray et al., 2024). Il constitue ainsi le deuxième cancer le plus fréquent, en termes d'incidence et de mortalité, chez les femmes en âge de procréer, juste après le cancer du sein (Wu et al., 2025). Souvent diagnostiqué à un stade avancé, il réduit considérablement les chances de survie des patientes et constitue un fardeau pour le système de santé (Zelege et al., 2021).

Le cancer du col de l'utérus fait toutefois partie des rares cancers pour lesquels il existe des méthodes de dépistage efficaces, permettant de détecter précocement les lésions précancéreuses et de les soigner avant leur évolution vers un cancer invasif (« Background », 2014). Face à cet enjeu de santé publique, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a lancé le 17 novembre 2020, une initiative visant à éliminer le cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique (Centre international de Recherche sur le Cancer, 2023; *Global Strategy to Accelerate the Elimination of Cervical Cancer as a Public Health Problem*, 2020). Cette stratégie repose sur l'objectif dit 90-70-90 à atteindre d'ici à 2030 :

- vacciner complètement 90 % des filles contre le papillomavirus humain (HPV) avant l'âge de 15 ans ;
- dépister 70 % des femmes à l'aide d'un test de haute performance à 35 ans puis à 45 ans ;
- assurer que 90 % des femmes atteintes de lésions précancéreuses ou de cancer invasif bénéficient d'une prise en charge adéquatement (*Stratégie Mondiale en vue d'accélérer l'élimination du Cancer du Col de l'utérus en tant que Problème de Santé Publique*, 2021).

Justification

En Côte d'Ivoire, le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer féminin le plus fréquent, avec 2 360 nouveaux cas et 1 461 décès en 2022 (*Initiative pour l'élimination du cancer du col de l'utérus*, s. d.; Bray et al., 2024). Au regard de cette menace, le Ministère de la Santé, à travers son programme national de lutte contre le cancer, appuyé par des partenaires techniques et financiers, a mis en place un plan stratégique de lutte contre ce cancer. Celui-ci repose sur le dépistage grâce à différentes méthodes (frottis cervico-vaginal, inspection visuelle à l'acide acétique et test de HPV) et le traitement des lésions précancéreuses (Normes et directives nationales pour la prévention du cancer du col de l'utérus en Côte d'Ivoire, Edition 2024, 2024). Cependant, l'adhésion des femmes au dépistage demeure faible. Par exemple, une enquête réalisée en 2023 dans le district sanitaire d'Issia a révélé

que 93,2 % des femmes ne se sont jamais fait dépister (Oussou et al., 2024). Les raisons principales évoquées étaient entre autres le manque de moyens financiers, la multiparité perçue comme protectrice et le manque de temps (Oussou et al., 2024).

À Abidjan qui est la capitale économique et ville la plus peuplée et cosmopolite de Côte d'Ivoire, cette situation mérite une attention particulière. Bien qu'il existe une concentration importante d'infrastructures sanitaires et une meilleure disponibilité de services de dépistage tels que le Centre de Dépistage Précoce des Cancers du Sein et du Col de l'utérus (CDPCSC) de l'Institut National de Santé Publique (INSP), la couverture du dépistage reste faible : seulement 7,5 % en 2018 (Boni et al., 2021; *Centre de Détection Précoce des Cancers du Sein et du Col de l'Utérus – INSP | Institut National de Santé Publique de Côte d'Ivoire*, s. d.). Dans ce contexte urbain, où les services sont disponibles et peu utilisés, les facteurs influençant la décision des femmes de recourir au dépistage demeurent insuffisamment documentés. Cette insuffisance peut restreindre la capacité des décideurs à concevoir des interventions adaptées en vue d'améliorer la couverture.

L'objectif de cette étude est d'analyser le processus décisionnel des femmes concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus en vue de mieux orienter les stratégies de dépistage pour une couverture optimale afin de contribuer à l'atteinte des objectifs d'élimination.

Problématique

L'implantation de plusieurs services de dépistage du cancer du col de l'utérus dans les structures sanitaires de la capitale reflète la volonté et les efforts fournis par le ministère de la santé pour lutter contre ce cancer. Cette disponibilité de services aurait dû se traduire par une augmentation de la couverture de dépistage à Abidjan. Pourtant les observations révèlent une réalité différente : la simple disponibilité des services de dépistage ne suffit pas à garantir leur utilisation.

Le processus décisionnel des femmes par rapport au dépistage est complexe, car influencé par des facteurs personnels, socioculturels, économiques et ceux liés au système de santé comme identifiés dans plusieurs études (Mpachika-Mfipa et al., 2023; Tesfaye et al., 2023). Il est important de comprendre non seulement les facteurs en jeu, mais aussi comment ces facteurs interagissent et impactent la prise des décisions individuelles dans le contexte spécifique d'Abidjan, où les services sont disponibles, mais peu utilisés. Par ailleurs, le point de vue des acteurs impliqués dans la prestation des services de dépistage (gynécologues, sage-femmes, assistantes sociales, responsables de programmes) reste peu exploré, alors qu'il peut apporter un éclairage précieux sur les obstacles opérationnels et les perceptions professionnelles.

Question de recherche

La question centrale de cette recherche est la suivante :

Quels sont les facteurs individuels, socioculturels et liés au système de santé qui influencent la décision des femmes de recourir au dépistage du cancer du col de l'utérus à l'INSP d'Abidjan ?

Objectifs

Objectif général

Analyser les facteurs associés à la prise de décision de recourir au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes fréquentant l'INSP d'Abidjan.

Objectifs spécifiques

1. Déterminer les caractéristiques socio-économiques des femmes participant au dépistage du cancer du col de l'utérus.
2. Mesurer le niveau de connaissances, concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus.
3. Identifier les attitudes, les perceptions et les facteurs socioculturels déterminant la prise de décision du dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes.

Hypothèses

H1 : Un niveau d'éducation élevé et un statut socio-économique favorable des femmes augmentent le recours au dépistage.

H2 : Les femmes ayant des bonnes connaissances sur le cancer du col de l'utérus sont plus susceptibles de se faire dépister que celles ayant des connaissances limitées.

H3 : les mauvaises perceptions et croyances liées aux cancers réduisent la décision de se faire dépister.

2. Cadre théorique

2.1. Rappel anatomique du col de l'utérus

Le col de l'utérus est une structure anatomique qui constitue le segment inférieur de l'utérus et relie ce dernier au vagin (Aurora, 2025). Généralement de forme cylindrique, le col de l'utérus mesure 2,5 à 3 cm de longueur et se divise en deux parties principales :

- l'exocol : partie recouverte d'épithélium squameux non kératinisé ;
- l'endocol : tapissé d'épithélium cylindrique.

La région de jonction entre l'endocol et l'exocol est caractérisée par une combinaison d'épithélium pavimenteux glandulaire et métaplasique. Cette région est connue sous le nom de zone de transformation, où se produisent la plupart des processus néoplasiques (Fadare & Roma, 2019).

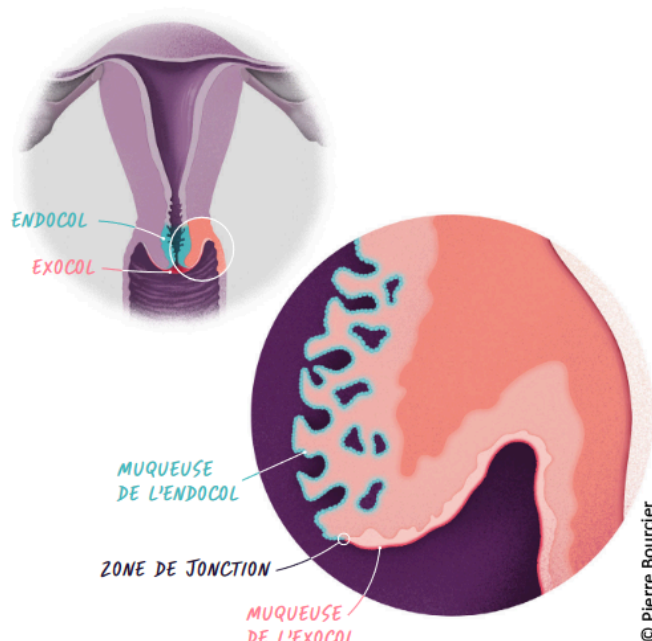


Figure 1 : Anatomie du col de l'utérus (source : Institut National du Cancer, illustration de Pierre Bourcier)

2.2. Cancer du col de l'utérus et dépistage

Dans le contexte d'évaluation du dépistage, le terme "*cancer du col de l'utérus*" est utilisé pour désigner uniquement les carcinomes (tumeurs d'origine épithéliale) qui se développent au niveau du col de l'utérus (Duport et al., 2014). L'infection persistante par certains types de HPV, en particulier les souches à haut risque oncogène, est la cause principale de ce cancer (*Papillomavirus humain et cancer*, s. d.). Les types 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58 sont responsables de 85 % des cas de cancers, et les types 16 et 18 représentent à eux seuls une proportion de 71 % (McBride, 2024).

La majorité (90 %) des infections dues aux HPV sont éliminées de l'organisme en l'espace de deux ans après la contamination grâce aux défenses immunitaires (*Papillomavirus humain et cancer*, s. d.). Cependant, dans certaines situations, l'infection persiste et peut conduire à la formation des cellules précancéreuses. Généralement, il arrive que 5 à 20 ans s'écoulent entre l'infection et l'apparition des cellules cancéreuses (*Cancer du col de l'utérus et Papillomavirus (HPV)*, 2015; Huber et al., 2021).

Le cancer du col de l'utérus est l'un des rares cancers qui peut être prévenu par la vaccination et le dépistage précoce. Il est par ailleurs le seul cancer éliminable dans le monde à ce jour (Wu et al., 2025). Le dépistage du cancer du col de l'utérus est un outil de santé publique employé dans le contexte de la prévention secondaire. Son but est de détecter les modifications précancéreuses des cellules cervicales, à un stade où un traitement peut empêcher sa progression (*Cervical Cancer Screening - NCI*, 2022). Cette approche vient compléter la prévention primaire (vaccination contre le HPV). Les programmes de dépistage ont permis de réduire les taux de cancer du col de l'utérus jusqu'à 80 % dans les pays à revenu élevé depuis leur mise en œuvre dans les années 1980 (Dickinson et al., 2012; Eun & Perkins, 2020).

La première méthode de dépistage du cancer du col a été initiée bien avant que son étiologie et son histoire naturelle ne soient élucidées. Cette méthode basée sur des cellules cervicales exfoliées a été proposée en 1928 par Papanicolaou et Babeş, puis validée en 1941 (Interventions, 2022).

2.2.1. Les méthodes de dépistage

À ce jour, il existe plusieurs méthodes de dépistage dont le choix dépend de la disponibilité des ressources et de l'âge de la femme. Ces méthodes sont basées sur la cytologie, les tests HPV et l'inspection visuelle.

- **Le frottis cervico-vaginal** : également connu sous le nom de test de Papanicolaou ou frottis de Pap, le FCV est une méthode basée sur la détection microscopique des lésions précancéreuses ou cancéreuses dans les cellules cervicales exfoliées puis colorées à l'aide du réactif Pap (Raju, 2016). Ce test doit être effectué en dehors des périodes de menstruation ou de saignement. Il convient aussi d'éviter les rapports sexuels dans les 48 heures précédant l'examen, de ne pas utiliser d'ovules ou de crèmes intravaginales, et de ne pratiquer de toilette vaginale (*Les examens para cliniques en gynécologie*, s. d.). Le FCV est recommandé chez les femmes de 25 à 65 ans (Duport et al., 2014)
- **Le test HPV** : ce test recherche la présence du virus HPV grâce à des méthodes immunologiques ou à la détection des acides nucléiques dans les sécrétions vaginales, tout en identifiant le type de HPV détecté (*Cervical Cancer Screening*, s. d.).

Le prélèvement peut être réalisé par un personnel de santé, avec l'alternative de l'auto-prélèvement par la femme elle-même.

- **Inspection visuelle à l'acide acétique ou au lugol (IVA/IVL)/colposcopie** : il s'agit d'une méthode alternative adaptée aux environnements à faibles ressources (Dumont et al., 2019). Elle repose sur la visualisation directe du col par l'opérateur après application de l'acide acétique à 3 % à 5 % ou de la solution de Lugol. C'est une technique peu coûteuse et simple à réaliser qui ne nécessite pas d'installation de laboratoire, et dont le résultat est immédiat (Tehrani et al., 2022). Elle peut se réaliser à n'importe quel moment du cycle menstruel, même pendant les règles.

2.2.2. Aspect épidémiologique du cancer du col de l'utérus

À l'échelle mondiale, le cancer du col de l'utérus occupe le premier rang de cancer gynécologique le plus fréquent en termes de fréquence et d'incidence chez les femmes en âge de procréer. Les taux standardisés selon l'âge sont de 14,12 pour 100 000 et 7,08 pour 100 000 respectivement pour l'incidence et la mortalité au niveau mondial (Wu et al., 2025). Cette charge est particulièrement plus importante dans les pays à faible indice de développement humain (IDH) (Wu et al., 2025).

En 2022, l'Afrique subsaharienne a enregistré 117 944 cas de cancer du col de l'utérus et 76 140 décès. Ce qui le place au deuxième rang en termes de prévalence et au premier rang en termes de mortalité dans cette région (Bray et al., 2024). Cette charge élevée de mortalité contraste avec un faible taux de recours au dépistage (12,87 %) (Yimer et al., 2021).

En Côte d'Ivoire, le cancer du col de l'utérus est la deuxième cause de décès par cancer chez les femmes (juste après le cancer du sein) (Oussou et al., 2024). Le taux de mortalité standardisé selon l'âge est de 20,4 pour 100 000, au vu des données de GLOBOCAN 2022 (Bray et al., 2024). Malgré la mise en œuvre du programme national de dépistage du cancer du col depuis 2009, le taux de recours au dépistage reste toujours bas (7,7 %) (Adzigbli et al., 2025). Il existe de nombreux défis expliquant ce faible taux de participation au dépistage, comme l'insuffisance d'informations destinées aux différentes cibles, l'inefficacité des programmes de sensibilisation et les contraintes structurelles inhérentes au système de santé. Pour faire baisser ce taux de mortalité dû au cancer du col de l'utérus, Il est crucial de comprendre ces différents éléments afin d'améliorer l'adhésion des femmes au dépistage.

2.3. Modèles théoriques de prise de décisions dans le domaine de santé préventive

Prendre des décisions en santé, particulièrement pour des actions de prévention comme le dépistage, dépend de plusieurs facteurs. Dans la littérature, il existe plusieurs théories qui aident à comprendre les comportements des individus face aux problèmes de santé. Dans le cadre de ce travail, nous avons choisi d'examiner trois modèles théoriques qui se démarquent par leurs pertinences, afin d'analyser le comportement des femmes face au

dépistage : le modèle des croyances en santé, la théorie du comportement planifié et la théorie socio-cognitive.

2.3.1. *Le modèle des croyances en santé (Health Belief Model - HBM)*

Élaboré par des psychologues du service de santé publique américain vers les années 50, le HBM détaille les raisons pour lesquelles les personnes adoptent ou non des mesures préventives (Alyafei & Easton-Carr, 2024). Il examine de quelle manière sont perçues les menaces pour la santé, l'importance accordée aux objectifs et l'efficacité des mesures prises. Ce modèle s'articule autour de six dimensions : la vulnérabilité perçue, la gravité perçue, les bénéfices perçus, les obstacles perçus, l'auto-efficacité et l'incitation à l'action (Alyafei & Easton-Carr, 2024).

- La vulnérabilité perçue : désigne la conviction d'un individu concernant la probabilité de développer une maladie ou de subir un effet indésirable. Par exemple, pour qu'une femme puisse envisager de se faire dépister, elle doit être convaincue de son risque de développer le cancer du col (Oyerinde, 2020).
- La gravité perçue : les perceptions d'un individu quant à la sévérité de la maladie et des conséquences possibles si aucune action supplémentaire n'est prise (Laranjo, 2016). La menace perçue est l'association de la vulnérabilité et de la gravité.
- Les bénéfices perçus : les convictions de la personne sur l'efficacité des mesures disponibles pour atténuer les risques de la maladie. Cela comprend aussi les avantages non liés à la santé, tels que les économies financières ou le fait de faire plaisir à un être cher. Pour qu'une mesure soit adoptée, il faut que les avantages l'emportent sur les obstacles.
- Les obstacles perçus : les inconvénients possibles d'une mesure de santé qui pourraient faire obstacle à sa mise en œuvre. Il peut s'agir du coût, des effets indésirables, de l'inconfort, de la gêne, du temps requis ou de l'inaccessibilité.
- L'auto-efficacité : la conviction d'une personne quant à sa capacité à réaliser efficacement une mesure spécifique requise. Par exemple, une personne souffrant d'une maladie chronique qui croit en son habilité de respecter rigoureusement le traitement prescrit par son médecin démontre l'auto-efficacité.
- L'incitation à l'action : des éléments susceptibles de déclencher l'adoption d'un comportement. Cela peut englober des événements physiques comme la douleur, d'événements environnementaux (exposition à des campagnes médiatiques) ou encore des recommandations de la part d'un professionnel de santé.

Comme démontré à travers plusieurs études, la perception de la vulnérabilité et celle de la gravité sont des facteurs importants dans la prise de décision sur le dépistage. Par exemple, une étude menée en Ethiopie a rapporté que la gravité perçue était associée à une

probabilité 2,6 fois plus élevée de participation au dépistage (Yirsaw et al., 2024). Cependant, une conclusion contraire a été rapportée au Burkina Faso, où une vulnérabilité et une sévérité perçues élevées étaient liées à une moindre participation au dépistage (Kaboré et al., 2020). Une telle situation pourrait s'expliquer par la conception du cancer comme étant incurable et onéreux. Une telle attitude conduit à un désengagement ou une préférence pour l'ignorance de son statut afin de fuir l'anxiété ou la stigmatisation liée à cette maladie (Kaboré et al., 2020).

2.3.2. *La théorie du comportement planifié (Theory of Planned Behavior - TPB)*

Selon la théorie du comportement planifié, le comportement humain est influencé par trois éléments essentiels : les croyances comportementales, les normes subjectives et le contrôle comportemental perçu (Bosnjak et al., 2020).

- Les croyances comportementales : le niveau auquel une personne perçoit positivement ou négativement l'engagement dans un certain comportement. Cette perception peut s'appuyer sur les répercussions ressenties de l'action (par exemple un dépistage est-il douloureux, gênant ou source d'anxiété ?) (Roncancio et al., 2015).
- Les normes subjectives : représentent les convictions de l'individu sur ce que ses proches (famille, amis, médecin) pensent qu'il devrait faire.
- Le contrôle comportemental perçu : la perception qu'a l'individu de sa capacité à accomplir le comportement avec succès.

Ces trois facteurs influencent collectivement la volonté d'une personne d'adopter un comportement.

Des études portant sur l'application de ce modèle au dépistage du cancer du col de l'utérus ont montré que les normes subjectives et le contrôle comportemental perçu sont favorablement liés à l'intention de se faire dépister. Comme le montre une méta-analyse étudiant l'application de TPB et de soutien familial sur l'utilisation du test Pap, les femmes qui avaient une perception positive à l'égard des tests de Papanicolaou étaient 1,5 fois plus susceptibles de recourir à ces services que celles qui avaient une perception négative. De même, les femmes qui avaient une perception de contrôle comportemental élevé étaient deux fois plus enclines à se soumettre à ce test par rapport à celles dont le contrôle comportemental était faible. Par contre, l'association entre le soutien familial et le recours au test Pap n'était pas statistiquement significative même si ce soutien avait amélioré le recours au test (Masters Program in Public Health, Universitas Sebelas Maret, Indonesia et al., 2024).

2.3.3. *La théorie sociocognitive (Social Cognitive Theory - SCT)*

La théorie sociocognitive de Bandura s'appuie sur l'interaction entre les facteurs personnels, le comportement et le milieu environnant (Fernández et al., 2009). L'élément clé de cette

théorie est l'auto-efficacité qui représente un déterminant fondamental des comportements de santé. L'auto-efficacité se définit comme la conviction qu'a une personne dans sa capacité à maîtriser personnellement une situation et à mener avec succès les actions nécessaires pour obtenir un résultat spécifique (Fernández et al., 2009).

Dans le cadre de dépistage par le FCV, l'auto-efficacité se définit comme la confiance d'une femme dans sa capacité de localiser un endroit proposant le test, de fixer un rendez-vous et de le réaliser.

2.4. Les facteurs qui influencent la prise de décision sur le dépistage du cancer du col de l'utérus

Selon la littérature scientifique, plusieurs facteurs influencent le dépistage du cancer du col de l'utérus en Afrique.

Les facteurs sociodémographiques :

- L'âge et l'éducation : Un âge avancé et un bon niveau d'instruction élevé sont souvent significativement associés à une participation au dépistage du cancer du col de l'utérus. D'après les auteurs, les femmes âgées de 40 ans et plus et celles mariées entre 26 et 43 ans sont plus susceptibles de participer aux programmes de dépistage (Okyere et al., 2024; Yengui Goore et al., 2023; Boni et al., 2021; Tchounga et al., 2019a).
- Les revenus et l'assurance : les faibles revenus et l'absence d'une assurance maladie ont été notifiés comme des obstacles à l'accès au service de dépistage. Seules 9,5 % des femmes diagnostiquées avec un cancer du col de l'utérus bénéficient d'une couverture maladie, ce qui est lié à un diagnostic tardif (Plaisy et al., 2023).

Les facteurs liés au système de santé :

- Les perturbations structurelles comme le roulement du personnel et le manque de fournitures essentielles ont causé des interruptions des services. Un nombre limité de sites proposent des solutions complètes pour le dépistage et le traitement (Simon et al., 2023).
- Sensibilisation et campagnes de dépistage : l'insuffisance des programmes de sensibilisation et de dépistage participent au faible taux de dépistage enregistré dans le pays. Par contre, la propagation de l'information à travers des campagnes de masse contribue à l'augmentation du taux de dépistage (Goore et al., 2023; Plaisy et al., 2023).

Les facteurs liés aux connaissances et attitudes individuelles :

- Beaucoup des femmes estiment ne pas disposer d'informations suffisantes sur le cancer du col de l'utérus, ce qui affecte leurs habitudes de dépistage. Un

renseignement adéquat de la part des professionnels de santé ou à travers des activités de masse permet d'accroître le taux de dépistage (Goore et al., 2023).

- Les facteurs culturels et sociaux : la crainte des résultats et le manque de soutien de la part des partenaires masculins constituent des entraves majeures qu'il faut prendre en compte pour augmenter le taux du dépistage (Simon et al., 2023).
- Les facteurs psychosociaux comme le soutien social et la perception du risque constituent des facteurs motivant les femmes à participer au dépistage (Simon et al., 2023).

2.5. Cadre conceptuel de l'étude

Afin de mieux répondre aux objectifs de cette étude, nous avons opté pour une approche théorique intégrant le modèle des croyances en santé comme cadre théorique principal, enrichie par la théorie du comportement planifiée. La complexité du processus de prise de décision sur le dépistage du cancer du col de l'utérus justifie ce choix.

Le cadre conceptuel illustré par la figure suivante (figure 2) nous servira de guide pour mieux analyser les facteurs associés à la prise de décision sur le dépistage du cancer du col de l'utérus à l'INSP d'Abidjan.

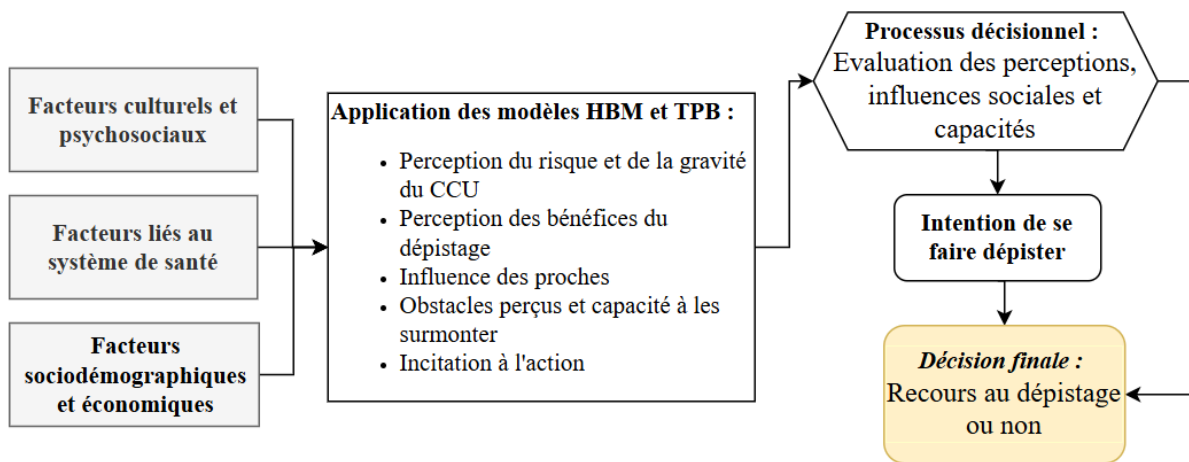


Figure 2 : Cadre conceptuel de l'étude sur les facteurs qui influencent la décision du dépistage du cancer du col de l'utérus

3. Méthodologie

3.1. Cadre et site d'étude

3.1.1. Cadre d'étude

L'Institut National de Santé Publique (INSP) d'Abidjan nous a servi de cadre d'étude. Situé dans la commune de Plateau, le long du boulevard Nangui Abrogoua, l'INSP est un établissement public hospitalier national placé sous la tutelle technique du Ministère de la Santé (*Centre de Détection Précoce des Cancers du Sein et du Col de l'Utérus – INSP | Institut National de Santé Publique de Côte d'Ivoire, s. d.*). Il est composé de plusieurs pôles spécialisés, dont un pôle Santé Mère-Enfant, abritant le Centre de Détection Précoce des Cancers du Sein et du Col de l'Utérus (CDPCSC), qui nous a servi de site d'étude. Les autres pôles sont : Nutrition, Santé mentale, Santé communautaire, Exploration et Laboratoire de biologie et de recherche médicale.

3.1.2. Site d'étude

Le CDPCSC est le fruit de la coopération internationale entre les chercheurs du Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC), la Fondation Lalla Salma (Maroc) en collaboration avec la Côte d'Ivoire, le Bénin et le Sénégal (*Centre de Détection Précoce des Cancers du Sein et du Col de l'Utérus – INSP | Institut National de Santé Publique de Côte d'Ivoire, s. d.*). C'est un centre de référence national pour la prévention, le dépistage et la prise en charge des cancers féminins, notamment celui du col de l'utérus.

La prévention des cancers par la sensibilisation et le dépistage précoce, la prise en charge des lésions précancéreuses, la formation continue des prestataires et la supervision des activités de dépistage, sont entre autres les missions du CDPCSC. Grâce à une équipe constituée de gynécologues, de radiologues, de techniciens d'imagerie, de sage-femmes, d'assistants sociaux, des aides-soignantes et de chercheurs, ce centre offre un service de qualité. Le dépistage du cancer du col cible les femmes âgées de 25 à 49 ans et ayant une activité sexuelle. Il repose sur plusieurs méthodes : inspection visuelle à l'acide acétique ou au lugol (IVA/IVL), frottis cervico-vaginal (FCV), colposcopie et biopsie du col de l'utérus. Les lésions précancéreuses sont traitées, en fonction de leur gravité, par la thermocoagulation ou par la résection à l'anse diathermique. Le diagnostic de cancer invasif, quant à lui, est confirmé par biopsie avec analyse anatomopathologique. Les cas de cancers invasifs sont orientés vers d'autres structures pour une prise en charge adéquate. Le centre mène également des actions de sensibilisation communautaire et propose des dépistages à coût réduit, sans rendez-vous pour le cancer du col, grâce à des partenariats avec la Fondation Lalla Salma et le laboratoire ROCHE.

3.2. Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude d'observation de type transversal à visée descriptive et analytique, allant du 02 juin au 31 août 2025. Elle s'est basée sur une approche mixte (quantitative et qualitative). Ce qui a permis d'explorer de manière approfondie les facteurs qui influencent la décision des femmes vis-à-vis du dépistage du cancer du col de l'utérus.

3.3. Population d'étude et échantillonnage

3.3.1. Volet quantitatif

➤ **Population d'étude** : Notre population d'étude pour le volet quantitatif était constituée des femmes en âge de procréer, ayant fréquenté le CDPCSC pendant la période d'étude.

- **Critères d'inclusion**

- Toutes les femmes d'âge supérieur à 18 ans révolu.
- Toutes les femmes ayant fréquenté le centre durant la période de l'étude, quel que soit le motif de fréquentation.
- Toutes les femmes ayant donné leur consentement libre et éclairé.

- **Critères de non-inclusion :**

Les femmes présentant des troubles mentaux.

➤ **Taille de l'échantillon** : Nous avons utilisé la formule de Schwartz pour calculer la taille minimale de l'échantillon : $n = z^2 \times p \times (1-p) / d^2$ où :

- n représente la taille de l'échantillon ;
- $z = 1,96$ est le score de la loi normale pour un intervalle de confiance à 95 % ;
- $p = 0,5$ correspond à la proportion supposée des femmes ayant effectué leur dépistage (valeur sélectionnée afin de maximiser la taille de l'échantillon en raison d'un manque de données locales spécifiques) ;
- $d = 0,8$ représente la marge d'erreur tolérée.

Cette formule nous a permis d'obtenir une taille minimale théorique de 150 femmes. Mais 152 femmes ont été interrogées.

➤ **Technique d'échantillonnage** : Nous avons procédé à un échantillonnage par convenance, en sélectionnant les femmes ayant fréquenté le CDPCSC durant la période d'étude, en fonction de leur disponibilité et de leur consentement à participer à l'enquête.

3.3.2. Volet qualitatif

- **Participants** : Les participants étaient des informateurs clés du personnel soignant (gynécologue-obstétriciens, assistantes sociales, sage-femmes) et du programme de lutte contre le cancer. Ils ont été sélectionnés en raison de leur compétence et leur participation aux activités de dépistage du cancer du col de l'utérus et au programme national de lutte contre le cancer.
- **Échantillonnage** : Un échantillonnage raisonné a été utilisé pour la sélection de cinq informateurs clés. Il s'agissait d'un gynécologue-obstétricien, d'une assistante sociale, de deux sage-femmes et un cadre du programme national de lutte contre le cancer.

3.4. Collecte et analyse des données

3.4.1. Volet quantitatif

Outils de collecte : les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire structuré, élaboré grâce à l'outil KoboCollect. Les questions étaient pour la plupart fermées, avec quelques questions ouvertes, afin d'obtenir des informations plus précises.

Les variables suivantes ont été utilisées :

- Variable dépendante : Statut de dépistage du cancer du col (Oui = femme ayant déjà réalisé un dépistage du cancer du col de l'utérus et ; Non = femme n'ayant jamais réalisé de dépistage).
- Variables indépendantes :
 - Variables sociodémographiques (âge, niveau d'instruction, statut matrimonial, profession, niveau socio-économique, commune de résidence, religion) ;
 - Variables comportementales et reproductives (âge du premier rapport sexuel, gestité, parité, utilisation de méthode contraceptive, antécédents d'infection sexuellement transmissible) ;
 - Variables liées aux connaissances ;
 - Variables culturelles et psychosociales ;
 - Variables économiques ;
 - Variables liées au système de santé.

Le score de connaissance a été construit en s'inspirant du modèle utilisé par AKA et al., lui-même inspiré de la démarche d'Ekouévi et al. pour la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) (AKA et al., 2021; Ekouevi et al., 2012). Ce modèle comporte les items suivants : épidémiologie, facteurs de risque, symptômes, prévention, dépistage et vaccination contre le HPV. Un score allant de 1 à 3 a été attribué à chaque item. Le score total étant de 10, les enquêtées ont été classées selon leur score total :

- 0-3 points : Connaissances faibles ;
- 4-6 points : Connaissances moyennes ;
- 7-10 points : Connaissances élevées.

Analyse des données

Les données collectées ont été recueillies, codées et analysées grâce au logiciel SPSS 30.0.

Des analyses descriptives ont été effectuées afin de résumer les caractéristiques de l'échantillon (fréquence, pourcentage, moyenne et écart-type). Pour évaluer le niveau global de connaissance, un score composite a été élaboré. Afin d'examiner la corrélation entre le statut du dépistage et les variables indépendantes, une analyse bivariée a été réalisée en utilisant les tests du Chi-deux et de Student. Enfin, une régression logistique binaire a été effectuée sur les variables significatives identifiées lors de l'analyse bivariée ($p < 0,20$) pour déterminer les facteurs indépendants liés à la pratique du dépistage. Les Odds Ratios ajustés (ORa) ainsi que leurs intervalles de confiance à 95 % (IC95 %) ont été calculés.

3.4.2. Volet qualitatif

Outils de collecte : Un guide d'entretien structuré a été utilisé afin de recueillir les points de vue des différents acteurs impliqués dans le dépistage sur les facilitateurs et obstacles au dépistage. Quelques points clés ont été abordés lors des entretiens : les déterminants du recours au dépistage, les obstacles rencontrés par les femmes, les contraintes organisationnelles et les stratégies en vue d'améliorer le service. Chaque entretien a été enregistré, avec le consentement de l'interviewée, puis transcrit fidèlement.

Analyse des données : Le logiciel NVivo 15 a été utilisé pour l'analyse des données qualitatives. Les transcriptions des entretiens ont été importées, codées et organisées par thèmes et sous-thèmes. Les thèmes émergents ont été confrontés aux données qualitatives en vue d'une triangulation.

3.5. Considération éthique

Pour mener cette étude, nous avons reçu l'autorisation de la direction de l'INSP (voir annexe 3). Le consentement éclairé de chaque participante et de chaque informateur clé a été obtenu avant tout entretien ou administration de questionnaire. La confidentialité et l'anonymat des données ont été assurés et nous avons veillé à un traitement sécurisé d'informations, en respectant les principes éthiques de la recherche en santé publique.

4. Résultats

Au terme de notre collecte des données, nous avons interrogé 152 femmes pour le volet quantitatif.

Pour le volet qualitatif, cinq (5) informateurs clés (IK), tous impliqués à différents niveaux dans le dépistage du cancer du col de l'utérus, ont été interviewés. Excepté le cadre du programme national de lutte contre le cancer, tous les autres informateurs clés sont les personnels du CDPCSC.

Tableau 1 : Caractéristique des informateurs clés

ID/Code	Genre	Profession/Fonction	Responsabilité principale
IK(1)	Masculin	Médecin santé publique, PNLCa	Coordination, cadre normatif, directives et protocoles de lutte contre le cancer
IK(2)	Masculin	Gynécologue obstétricien	Chargé de formation, prise en charge des lésions précancéreuses larges, colposcopie
IK(3)	Féminin	Assistante sociale	Prise en charge psychosociale, communication pour le changement comportemental, sensibilisation.
IK(4)	Féminin	Sage-femme	Réalisation de ILVA/IVL, FCV, thermocoagulation
IK(5)	Féminin	Sage-femme	Réalisation de ILVA/IVL, FCV, thermocoagulation

4.1. Caractéristiques sociodémographique et économique des enquêtées

4.1.1. Âge

Tableau 2 : Répartition des participantes selon l'âge

Caractéristiques	n	%
Âge		
· Moyenne (écart-type)	38,0 (12,5)	
· Médiane (Max ; Min)	36,0 (18 ; 71)	
Tranche d'âge		
< 30 ans	68	44,7
30-44 ans	38	25,0
≥ 45 ans	46	30,3
Total	152	100

L'âge moyen des enquêtées était de 38 ans $\pm$ 12,5 ans, avec des extrêmes de 18 ans et 71 ans. Plus d'un tiers des enquêtées (44,7 %) étaient âgées de moins de 30 ans.

4.1.2. Niveau d'instruction

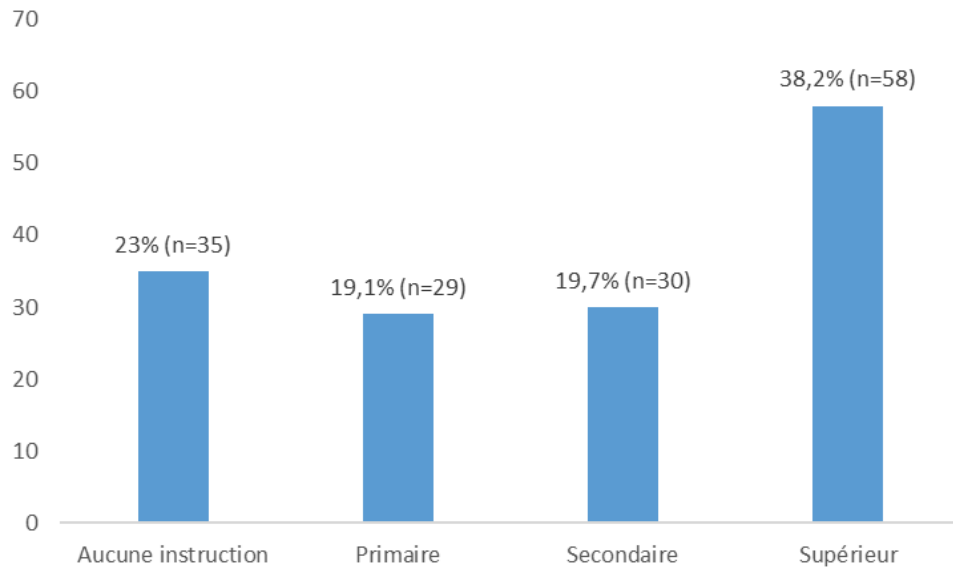


Figure 3 : Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction

Plus d'un tiers des enquêtées (38,2 %) avaient un niveau d'instruction supérieur.

4.1.3. Statut matrimonial

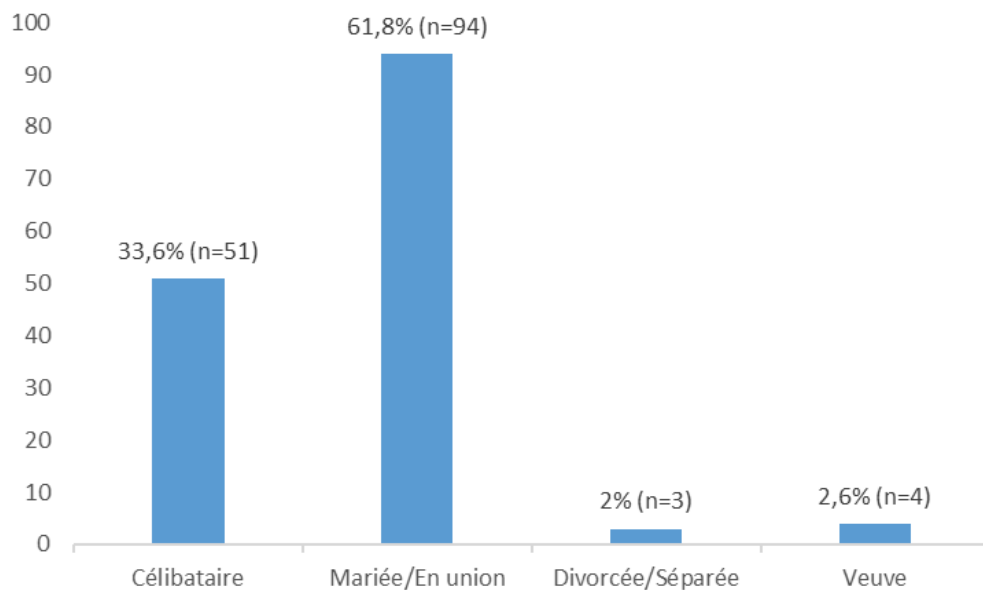


Figure 4 : Répartition des enquêtées selon le statut matrimonial

Près de deux tiers des enquêtées (61,8 %) étaient mariées ou en union.

4.1.4. Profession

Tableau 3 : Répartition des participantes selon leur profession

Activité principale	n	%
Sans profession	31	20,4
Secteur informel	59	38,8
Fonctionnaire	46	30,3
Étudiante/Elève	16	10,5
Total	152	100

Plus d'un tiers (38,8 %) des enquêtées exerçaient dans le secteur informel.

4.1.5. Revenu mensuel

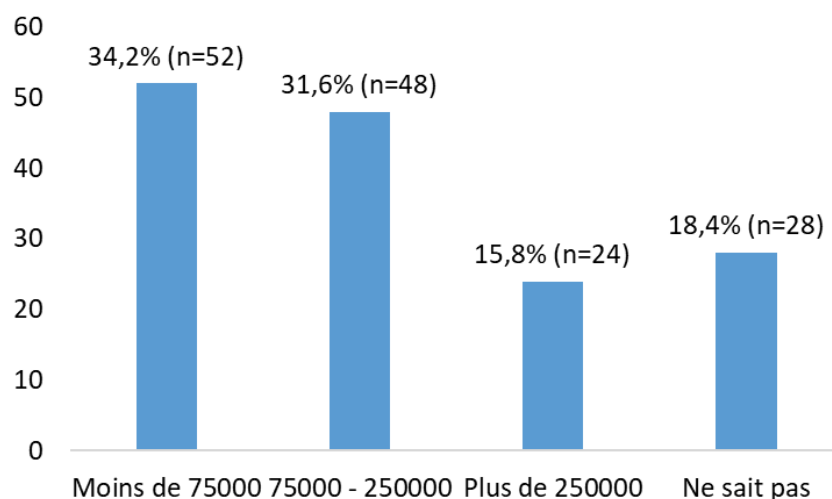


Figure 5 : Répartition des enquêtées selon le revenu mensuel

Environ un tiers des enquêtées (34,2 %) avait un revenu mensuel moins de 75 000 FCFA.

4.1.6. Commune de résidence

Tableau 4 : Répartition des enquêtées selon la commune de résidence

Commune de résidence	n	%
Abobo	22	14,5
Adjamé	35	23,0
Anyama	1	0,7
Attécoubé	4	2,6
Bingerville	4	2,6
Cocody	18	11,8
Koumassi	2	1,3
Marcory	2	1,3

Commune de résidence	n	%
Plateau	6	3,9
Port-Bouët	3	2,0
Treichville	2	1,3
Songon	4	2,6
Yopougon	30	19,7
Hors d'Abidjan	19	12,5
Total	152	100

La commune de résidence la plus représentée était la commune d'Adjamé (23 %), suivie de la commune de Yopougon (19,7 %).

4.1.7. Distance résidence - INSP

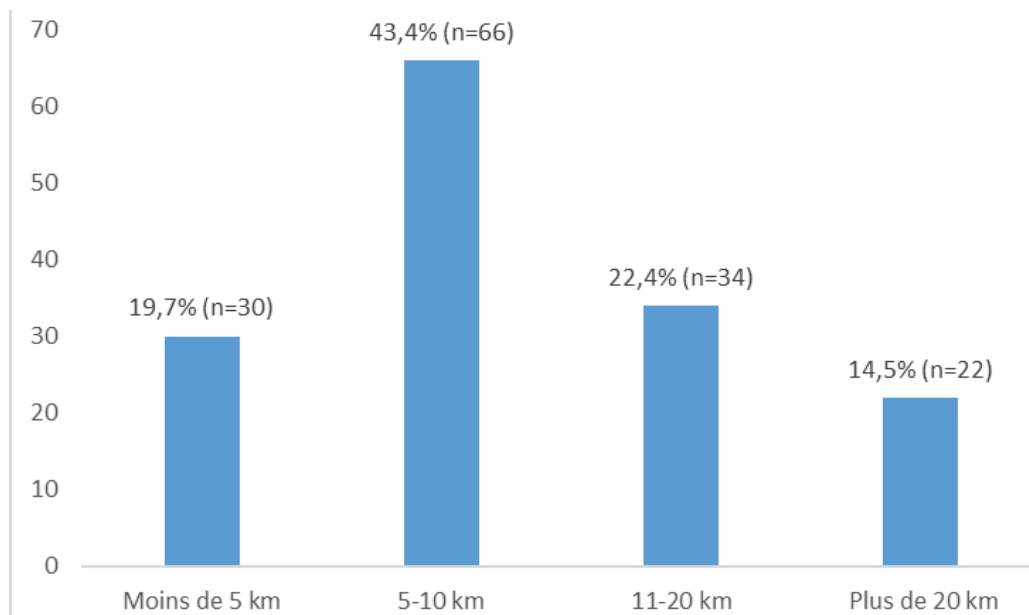


Figure 6 : Répartition des enquêtées selon la distance entre leur domicile et l'INSP

Plus d'un tiers des enquêtés (43,4 %) résidaient à une distance comprise entre 5 et 10 km.

4.1.8. Religion

Plus de la moitié des enquêtées (62,5 %) étaient de religion chrétienne contre 37,5 % (n=57) de religion musulmane.

4.2. Caractéristiques comportementales et reproductives

Tableau 5 : Répartition des enquêtées selon les antécédents obstétricaux et le profil comportemental

Caractéristique	effectif	%
Âge du premier rapport sexuel		
• Moyenne (écart-type)	19,17 (4,1)	
• Médiane (Min ; Max)	18 (10 ;36)	
Gestité		
• Moyenne (écart-type)	2,93 (2,3)	
• Médiane (Min ; Max)	3 (0 ; 10)	
Nulligeste	29	19,1
Primigeste	24	15,8
2 - 4	58	38,2
≥5	41	27,0
Total	152	100
Parité		
• Moyenne (écart-type)	1,94 (1,9)	
• Médiane (Min ; Max)	2 (0 ; 8)	
Nullipares	49	32,2
Primipares	24	15,8
2-4	64	42,1
≥5	15	9,9
Total	152	100
Utilisation d'une méthode contraceptive		
Oui	14	9,2
Non	138	90,8
Total	152	100
Antécédent d'IST		
Oui	15	9,9
Non	118	77,6
Ne sait pas	19	12,5
Total	152	100

L'âge moyen du premier rapport sexuel était de 19,17 ans $\pm$ 4,1 ans, avec des extrêmes de 10 ans et 36 ans. Plus d'un tiers des enquêtées avait une gestité comprise entre deux et quatre grossesses et près de deux tiers avaient une parité comprise entre 2 et 4 accouchements. Seulement 9,2 % utilisaient une méthode contraceptive et plus de deux tiers (77,6 %) ont affirmé n'avoir jamais eu d'antécédents d'infections sexuellement transmissibles.

4.3. Connaissances sur le cancer du col de l'utérus

4.3.1. Connaissance de l'existence du cancer du col de l'utérus

La majorité (86,8 %) des enquêtées connaissait l'existence du cancer du col de l'utérus.

4.3.2. Sources d'information

Tableau 6 : Répartition des enquêtées selon les sources d'information

Source d'information	n	%
Agent de santé	105	79,5
Télévision/Radio	73	55,3
Internet	31	23,5
Campagne de sensibilisation	20	15,1
Famille/Amis	10	7,5
Eglise	3	2,2
Journal/Magazine	2	1,5
Mosquée	1	0,7

Les agents de santé représentaient la source principale d'information sur le cancer du col de l'utérus dans 79,5 % des cas, suivie de la télévision ou la radio (55,3 %).

En plus de la télévision et des agents de santé, les lieux de culte sont aussi cités par les informateurs clés comme des canaux d'informations/sensibilisation sur le cancer du col de l'utérus.

« La sensibilisation sur le dépistage se fait souvent à la télé, surtout pendant les campagnes organisées par le gouvernement. C'est ce qui fait qu'il y a plus d'engouement en octobre. » - IK4

« Les informations sur le cancer du col de l'utérus sont parfois diffusées dans les lieux de culte. Surtout pour les églises, on nous invite souvent pour faire le dépistage ou pour des formations sur le cancer du col de l'utérus et du sein. » - IK2

« Maintenant, en plus de la télévision et de la radio, les informations sont relayées même à la mosquée, dans les églises. On partait même dans les églises pour dépister les femmes. » - IK5

4.3.3. Niveau de connaissance sur le cancer du col de l'utérus

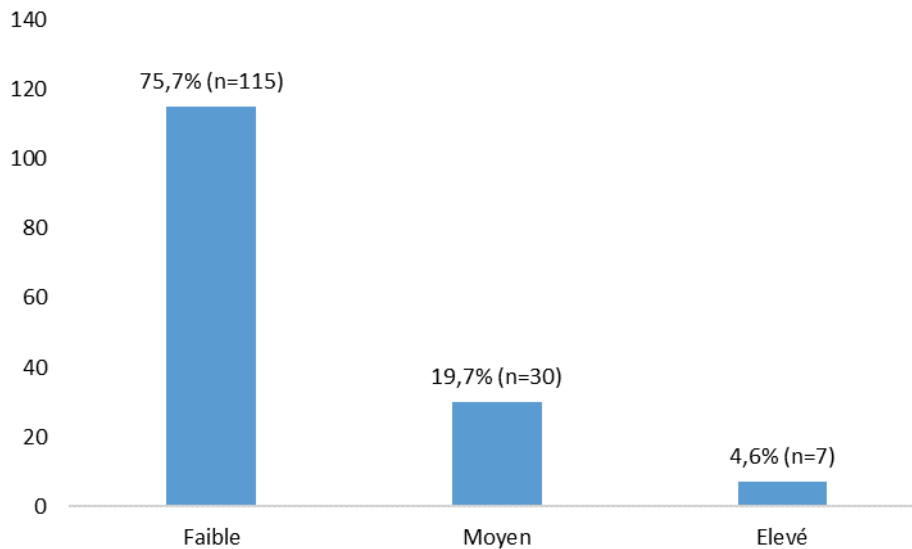


Figure 7 : Répartition des enquêtées selon le niveau de connaissance sur le cancer du col de l'utérus.

Plus de deux tiers des femmes interrogées (75,7 %) avaient un faible niveau de connaissance sur le cancer du col de l'utérus. Ce constat a été aussi rapporté par les informateurs clés.

« Les femmes ont un faible niveau de connaissance sur le cancer du col de l'utérus. Mais au fur et à mesure qu'on sensibilise et qu'on éduque lors de nos séances de communication pour le changement de comportement, le niveau de connaissance des femmes s'améliore. » - IK3

« En général, les femmes n'ont pas une bonne connaissance sur le cancer du col de l'utérus. Elles savent juste que c'est une maladie qui touche les femmes, mais elles n'ont pas trop de connaissance sur les causes et les méthodes de dépistage. » - IK4

4.4. Statut de dépistage du cancer du col de l'utérus

Seulement 34,2 % de nos enquêtées (n=52) avaient déjà réalisé au moins une fois le dépistage du cancer du col de l'utérus.

4.5. Incitateurs au dépistage

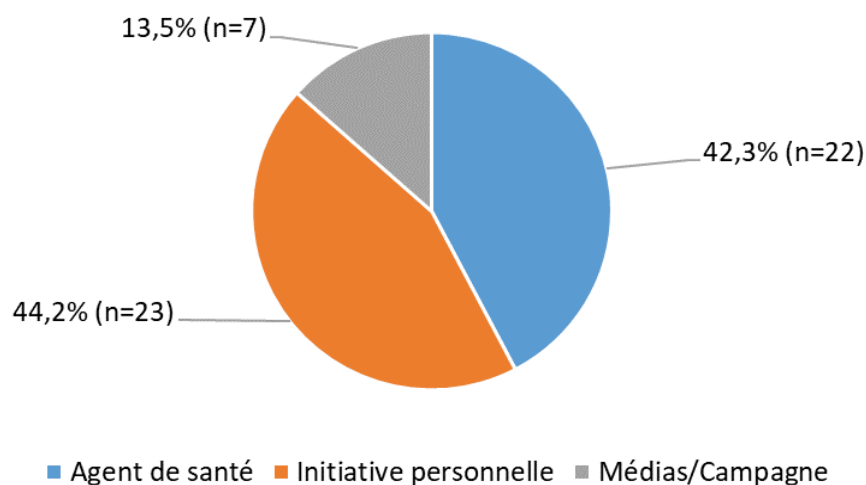


Figure 8 : Incitateur au dépistage du cancer du col de l'utérus

La majorité des participantes ayant déjà réalisé au moins une fois le dépistage du cancer du col de l'utérus l'ont fait soit de leur propre initiative (44,4 %), soit sur recommandation d'un agent de santé (42,3 %).

4.6. Facteurs associés à la décision de dépistage du cancer du col de l'utérus

Tableau 7 : Décision de dépistage en fonction des caractéristiques sociodémographiques et le niveau de connaissance des participantes

Variables	n	% de femmes dépistées	OR	IC 95 %	p*
Tranche d'âge					
< 30 ans	60+8 = 68	11,8	1,0	-	< 0,001
30-44 ans	19+19 = 38	50,0	3,63	1,12 - 11,77	
≥ 45 ans	21+25 = 46	54,3	6,09	1,75 - 21,19	
Niveau d'instruction					
Aucune	31+4 = 35	11,4	1,0	-	0,754
Primaire/ Secondaire	40+19 = 59	32,2	1,78	0,33 - 9,45	
Supérieur	29+29 = 58	50,0	2,13	0,28 - 15,91	

Variables	n	% de femmes dépiſtées	OR	IC 95 %	p*
Revenu mensuel (n=124)					
< 75 000 FCFA	41+11 = 52	21,2	1,0	-	0,340
75 000 - 250 000 FCFA	23+25 = 48	52,1	2,21	0,76 - 6,40	
>250 000 FCFA	9+15 = 24	62,5	2,03	0,43 - 9,56	
Religion					
Musulmane	49+8 = 57	14,0	1,0	-	0,052
Chrétienne	51+44 = 95	46,3	3,16	0,99 - 10,07	
Niveau de connaissance					
Faible	88+27 = 115	23,5	1,0	-	< 0,001
Moyen à élevé	12+25 = 37	67,6	3,84	1,39 - 10,63	
Statut matrimonial					
Pas en couple	40+18 = 58	31,0	1,0	-	0,144
Mariée/en union	60+34 = 94	36,2	1,96	0,80 - 4,84	

*Chi 2 de Pearson

- Les femmes de 30-44 ans ont 3,6 fois plus de chances d'être dépistées que les jeunes (moins de 30 ans).
- Les femmes de 45 ans et plus ont 6 fois plus de chances d'être dépistées que les jeunes.
- Les femmes ayant un niveau de connaissance moyen à élevé ont 3,8 fois plus de chances d'être dépistées que celles ayant un faible niveau de connaissance.
- Les femmes chrétiennes ont 3,1 fois plus de chances d'être dépistées (tendance).

Les femmes musulmanes de moins de 30 ans, avec peu de connaissance sur le cancer du col de l'utérus, constituent un profil le moins susceptible de se faire dépister.

L'association entre l'âge et le statut de dépistage a été aussi rapportée par les informateurs clés.

« Normalement, le programme recommande de dépister les femmes à partir de 30 ans pour la population générale et de 25 ans pour les PVVIH. Mais en pratique, ce n'est pas évident, on peut même dépister les moins de 25 ans. Car il y a des filles qui sont actives sexuellement bien avant l'âge de 20 ans. Il y a d'autres femmes, à l'âge de 23 ans, elles ont deux enfants, trois enfants. Mais en général, ce sont les femmes âgées de 30 ans et plus qui viennent pour le dépistage. » - IK5

« Les jeunes femmes ne se sentent pas trop à risque de cancer du col de l'utérus, du coup elles sont rares à se soumettre au dépistage. C'est souvent les femmes qui ont un certain âge, qui viennent se faire dépister » - IK2

Une association entre le niveau d'instruction et le statut de dépistage a été rapportée par quelques informateurs clés.

« Il y a parmi les non dépistés, une forte proportion des femmes illettrées, qui n'ont pas trop accès à l'information sur le cancer du col de l'utérus et du dépistage à cause de leur niveau d'éducation. Celles-là viennent souvent à un stade avancé de la maladie, au stade de cancer invasif par exemple. » - IK2

« Même si aujourd'hui le profil des femmes qui viennent pour le dépistage est diversifié, il faut noter que les femmes qui ont un bon niveau d'instruction sont plus nombreuses à venir, car elles comprennent facilement les informations sur le cancer du col de l'utérus et l'importance du dépistage que celles qui ne sont pas allées à l'école. » - IK3

Selon les informateurs clés, le profil des personnes qui se font dépister et de celles qui n'ont pas encore fait leur dépistage a évolué. Il n'existe plus un profil typique selon eux.

« Le profil a vraiment évolué, avant c'étaient vraiment les plus instruites; mais maintenant l'information commence à être passée avec des termes les plus simples, et les services se multiplient de plus en plus pour se rapprocher au mieux du milieu rural qui était vraiment délaissé, donc de plus en plus on a presque tous les profils qui viennent se faire dépister, quoiqu'on ait besoin de sensibiliser, encore et encore. » - IK1

« Il n'y a pas un profil vraiment typique en fonction du statut social ou de quartier de résidence. » - IK4

4.7. Perception vis-à-vis du dépistage du cancer du col de l'utérus et des services offerts

4.7.1. Peur vis-à-vis du dépistage

La majorité des enquêtées (85,5 %) n'avait pas peur de se faire dépister. Le tableau ci-après présente les raisons de la peur du dépistage.

Tableau 9 : Répartition des participantes selon les raisons évoquées de la peur du dépistage du cancer du col de l'utérus

Raisons	n	%
Douleur	9	41,0
Résultat	12	54,5
Jugement	1	4,5
Gêne/pudeur	4	18,1
Coût	1	4,5

La crainte du résultat et la douleur ont été évoquées par nos enquêtés comme les principales raisons de la peur liée au dépistage du cancer du col de l'utérus dans respectivement 54,5 % et 41 % des cas.

4.7.2. Utilité perçue du dépistage

La quasi-totalité (99,3 %) des participantes a considéré que le dépistage du cancer du col de l'utérus était utile, et 92,1 % ont déclaré qu'elles le recommanderaient à une autre personne.

4.7.3. Perception du coût lié au dépistage comme obstacle

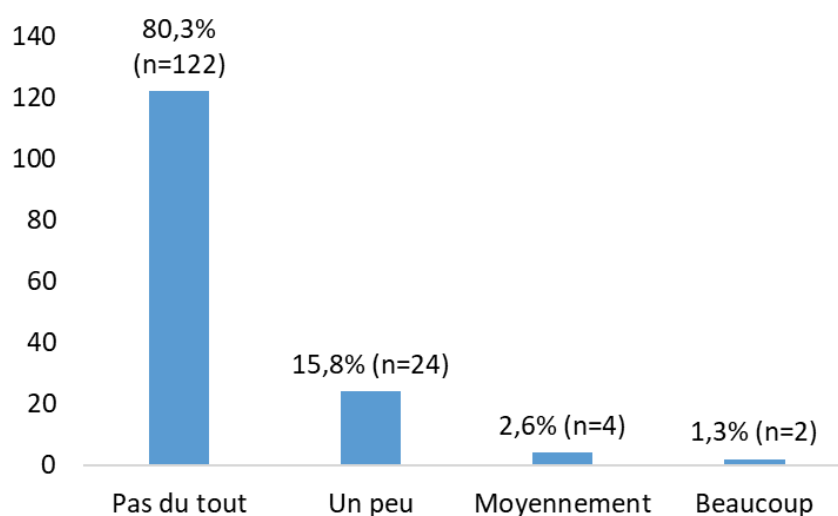


Figure 9 : Répartition des enquêtées selon la perception du coût comme obstacle au dépistage du cancer du col de l'utérus

Pour la majorité des participantes (80,3 %), le coût ne constituait pas un obstacle au dépistage.

Selon les informateurs clés, le coût du dépistage ne constitue pas un obstacle au niveau du CDPCSC.

« Le coût n'est pas vraiment un obstacle au dépistage, car c'est le coût le moins cher ici par rapport aux autres centres de dépistage. Je peux dire que c'est même gratuit. »

- IK2

4.7.4. Accueil perçu

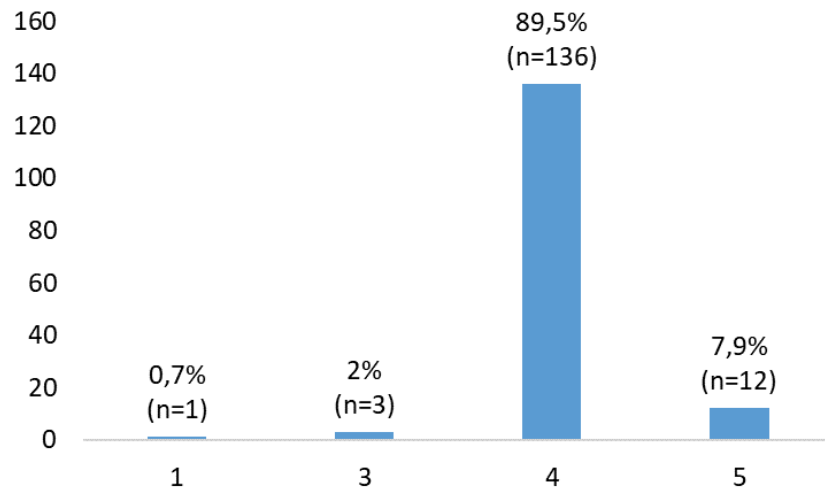


Figure 10 : Répartition des enquêtées selon la note attribuée à l'accueil dans le centre

La majorité des enquêtées (89,5 %) ont attribué une note de 4 sur 5 à l'accueil au niveau du centre.

4.7.5. Intention de se faire dépister

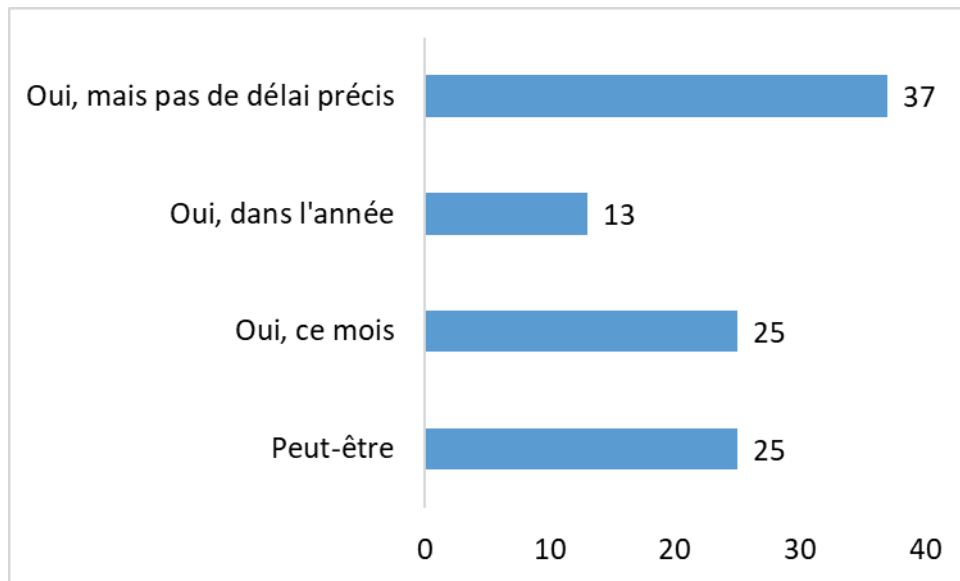


Figure 11 : Répartition des enquêtées n'ayant jamais réalisé le dépistage du cancer du col de l'utérus selon l'intention de se faire dépister.

Sur les 100 participantes qui ne se sont jamais fait dépister, 65 ont déclaré leur intention de se faire dépister, dans des délais variables.

4.7.6. Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus

Tableau 10 : Répartition des enquêtées selon les obstacles perçus au dépistage du cancer du col de l'utérus

Obstacle	n	%
Coût	29	19,1
Distance	36	23,7
Manque de temps	19	12,5
Peur	17	11,2
Gêne/pudeur	2	1,3
Opposition du conjoint	4	2,6
Manque d'information	69	45,4
Qualité de service	5	3,3
Absence de symptômes	21	13,8
Croyances religieuses	1	0,6
Aucun obstacle	17	11,2

Le manque d'information était perçu comme un obstacle au dépistage du cancer du col de l'utérus par près de la moitié des participantes (45,4 %).

Tous les acteurs impliqués dans le dépistage ont évoqué le manque d'information comme principal obstacle au dépistage.

« C'est rare que les femmes refusent de se faire dépister. Ce n'est plus un sujet tabou. Quand elles viennent que tu leur expliques, même quand la personne ne voulait pas au début, à force de lui expliquer, elle accepte de faire. Le plus grand obstacle, c'est le manque d'information. » - IK5

« Il faut dire que les femmes qui ne se font pas dépister, c'est par manque d'information. C'est souvent parce qu'elles ne connaissent pas la maladie. Quand elles savent, ou quand on leur explique, souvent, elles décident de venir faire le dépistage. » - IK4

« Généralement, celles qui ne viennent pas, ce sont les non-informées. » - IK3

La gêne ou la pudeur ne constituent pas un obstacle majeur dans notre contexte.

« Concernant l'examen gynécologique, je trouve quand même que les gens sont moins contraignants sur ce point, non, il n'y a pas eu d'incident par rapport à ça. » - IK4

« Certaines femmes ne se laissent pas examiner par un homme, ou bien il faut l'examiner absolument en présence de son mari. Mais c'est une proportion très limitée. » - IK1

Dans certains cas, le conjoint peut constituer un obstacle au dépistage.

« Parfois les femmes doivent demander l'avis de leur mari. Surtout quand il faut réaliser un traitement comme la thermocoagulation qui exige un mois sans rapport sexuel après le traitement, elle doit toujours informer son mari pour avoir son autorisation. Ou bien, elle te donne même le numéro de son mari pour que tu puisses l'appeler. » - IK5

« Quand on fait le counselling, on est obligé de dire à la dame, qu'en cas de détection des lésions précancéreuses, le traitement nécessite une abstinence, un mois sans rapport sexuel. Souvent, ça crée un frein. Elle va te dire: "je demande au mari". Il y a un mari qui peut protester tout de suite. On a eu ce genre de cas. Donc pour nous aussi, les freins, ça peut être le conjoint. Donc il faut pouvoir aussi impliquer le conjoint dans la compréhension de la maladie. » - IK1

Les tabous et croyances religieuses qui persistent chez certaines personnes ont été aussi cités comme un obstacle au dépistage.

« Chez certaines personnes, le tabou autour du cancer persiste, la conception même du cancer qui est vu comme une malédiction ; et quand tu as le cancer, tu meurs. C'est ainsi que plusieurs se disent. Je préfère ne pas savoir mon statut. Quand ça va venir, ça va venir. Je ne vais pas venir chercher mon problème » - IK1

4.7.7. Perception des facilitateurs du dépistage

Tableau 11 : Répartition des enquêtés selon les facilitateurs perçus du dépistage

Encourageant	n	%
Gratuité	41	27,0
Proximité géographique	33	21,7
Sensibilisation	105	69,1
Recommandation médicale	85	55,9
Soutien familial ou du conjoint	6	3,9
Amélioration de l'accueil	3	2,0
Confidentialité	2	1,3
Personnel féminin	4	2,6
Autre (ma propre santé)	2	1,3

Plus de la moitié des enquêtées (69,1 %) percevaient la sensibilisation comme facilitateur du dépistage.

Cette position est largement partagée par les informateurs clés.

« La sensibilisation constitue un facilitateur, surtout lorsque le message passe par un langage simple à comprendre. Après nos séances de sensibilisation sur le cancer du

col de l'utérus ici même au centre, plusieurs femmes prennent la décision de se faire dépister séance tenante. » - IK3

« L'un des facilitateurs c'est la sensibilisation, et le message qui est transmis doit pouvoir briser la cancérophobie, parce que souvent on pense que c'est faire peur aux gens qui va les amener à faire le dépistage, mais c'est bien le contraire donc il faut pouvoir briser cette conception fataliste du cancer » - IK1

Certains acteurs interviewés ont insisté sur la gratuité comme facilitateur de dépistage du cancer du col de l'utérus.

« L'approche de la gratuité est vraiment un bon appât pour avoir un bon nombre de femmes. » - IK1

La disponibilité de l'offre des services et son accessibilité géographique constitue aussi un facilitateur

« Il faut que l'offre de service soit à portée de main, le plus proche possible, car les dépistages de masse ont montré que, lorsqu'on va vers la population, elle est prête à se soumettre au dépistage. Et si la femme sait que même si elle est diagnostiquée du cancer du col de l'utérus, elle peut avoir facilement accès à un centre de prise en charge, cela incite au dépistage » - IK1

L'informatisation des services a aussi été signalée comme facilitateur.

« On aurait souhaité, par exemple, numériser nos services. Si on pouvait numériser tous nos services, on peut même prendre des rendez-vous sur le net, ça serait très intéressant. Et cela peut aider à faciliter nos services et inciter plus de femmes au dépistage » - IK1.

4.7.8. Canal d'information préféré

Tableau 12 : Répartition des enquêtés selon les canaux d'information préférés

Canal préféré	n	%
TV	116	76,3
Radio	9	5,9
Internet/Réseaux sociaux	76	50,0
Agent de santé	111	73,1
Famille / ami(e)s	22	14,4
Affiches/dépliants	6	3,9
Réunion communautaire	22	14,4
Lieux de culte	20	13,1
Autre (Téléphonie mobile)	1	0,6

La télévision, les agents de santé et l'internet/réseaux sociaux étaient les canaux par lesquels les enquêtés préféraient être informés sur le cancer du col de l'utérus.

5. Discussion

L'objectif de notre étude était d'analyser les facteurs associés à la prise de décision de réaliser le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes fréquentant l'INSP à Abidjan.

Cette étude a montré que la majorité des femmes enquêtées (75,7 %) avait un faible niveau global de connaissance sur le cancer du col de l'utérus, et seulement 32,4 % avaient déjà réalisé leur dépistage. L'étude a également montré que l'âge, le niveau d'instruction, la religion et le niveau de connaissance étaient associés à la pratique du dépistage.

La sensibilisation, le faible coût ou la gratuité du dépistage, la disponibilité et la proximité géographique des services de dépistage, ainsi que l'implication des agents de santé, ont été identifiés comme des facteurs facilitant le dépistage.

Quelques facteurs, tels que le manque d'information, les croyances ou tabous autour du cancer du col de l'utérus et parfois l'opposition du conjoint ont été identifiés comme des obstacles au dépistage.

5.1. Couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus

La couverture du dépistage dans notre étude (32,4 %) est largement supérieure à celles rapportées par d'autres auteurs : Boni et al. en 2018 (7,5 %), Aka et al. en 2021 (8,7 %) et Oussou et al. en 2024 (6,8 %) en Côte d'Ivoire (Boni et al., 2021; AKA et al., 2021; Oussou et al., 2024). Cependant, ce taux reste inférieur à ceux retrouvés par Tchounga et al. en 2017 (59,7 % chez les femmes vivant avec le VIH, Côte d'Ivoire), par Mungai et al. en 2016 au Kenya (38,1 %) et par Kaso et al. en 2019 au Japon (39,7 %) (Tchounga et al., 2019a; Mungai et al., 2016; Kaso et al., 2019). Ce taux relativement plus élevé observé dans notre étude pourrait s'expliquer par la spécificité de notre site d'étude. En effet, le centre étant spécialisé dans le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, les femmes qui le fréquentent ont sans doute déjà une attitude positive en matière de recherche de soins préventifs, y compris le dépistage du cancer du col de l'utérus.

5.2. Caractéristiques sociodémographiques et facteurs associés au dépistage

L'âge moyen des femmes interrogées était de $38,05 \pm 12,51$ ans. Ce résultat est comparable à ceux de Guèye et al. au Sénégal et de Ngodem et al. au Cameroun qui ont retrouvé respectivement une moyenne d'âge de $37 \pm 8,09$ ans et de $39,21 \pm 10,45$ ans (Guèye et al., 2021; Ngodem et al., 2024). En revanche, KABORE et al. au Burkina Faso ont rapporté un âge moyen plus jeune ($23 \pm 4,69$ ans) (Kaboré et al., 2020). Ces différences pourraient s'expliquer par les critères d'inclusion mais aussi par les contextes variés liés aux structures et aux profils des femmes qui fréquentent ces structures.

L'étude a montré une association significative entre l'âge et le dépistage, notamment que les femmes âgées de 45 ans et plus avaient 6 fois plus de chances de se faire dépister du cancer

du col de l'utérus. Ce résultat est cohérent avec ceux rapportés par Boni et al. à Abidjan en 2018 (ORa : 6,2 [2,3 - 17,2]), Ngodem et al. en 2024 à Maroua au Cameroun (ORa = 9,98 [IC à 95 %, 3,36 – 42,88] ; $p=0,0002$), pour la même tranche d'âge (Boni et al., 2021; Ngodem et al., 2024). Cette tendance est également confirmée par Hussein et al. en 2024 à Addis-Abeba (Éthiopie) (Hussein et al., 2024). Ce constat pourrait s'expliquer par le fait que les femmes âgées sont plus conscientes du risque de cancer du col de l'utérus en raison de leurs expériences reproductives et de leur exposition répétée aux différents canaux de sensibilisation.

Une tendance d'association a aussi été retrouvée entre l'appartenance religieuse et le statut de dépistage (ORa : 3,1 [0,99 - 10,07]). L'aspect religieux a aussi été évoqué dans la littérature internationale, notamment dans les études menées en Éthiopie (Hussein et al.), au Canada (Vahabi et al., 2016) et aux États-Unis (Padela et al., 2014), où certaines convictions religieuses étaient associées à une moindre participation au dépistage (Hussein et al., 2024; Padela et al., 2014; Vahabi & Lofters, 2016). Dans notre contexte, cela pourrait s'expliquer par le fait que les lieux de culte chrétiens sont plus fréquemment impliqués dans les activités de sensibilisation, de dépistage et de formation sur le cancer du col de l'utérus, comme rapporté par les informateurs clés. Ce constat souligne l'importance que peuvent avoir les leaders religieux dans la lutte contre le cancer du col de l'utérus, leur implication ayant déjà fait ses preuves dans la lutte contre le VIH malgré les environnements de croyances diversifiées (Olivier & Smith, 2016).

Les acteurs interviewés ont établi un lien entre le niveau d'instruction et l'adhésion au dépistage du cancer du col de l'utérus, même si cette association n'a pas été statistiquement significative dans le volet quantitatif de notre étude. L'association entre le niveau d'instruction et le dépistage du cancer du col de l'utérus a été également rapportée dans plusieurs travaux, notamment en Côte d'Ivoire (Boni et al. et Adzighbli et al.), au Cameroun (Ngodem et al.), en Inde (Goyal et al., 2024) et en Europe (Altová et al., 2024) (Adzighbli et al., 2025; Altová et al., 2024; Boni et al., 2021; Goyal (Pt) & K. Mallick, 2024; Ngodem et al., 2024). Le niveau d'instruction est un facteur important, car il influence l'accès à l'information et la compréhension des messages sur la prévention du cancer du col de l'utérus.

5.3. Connaissances et perception sur le cancer du col de l'utérus

Plus de 70 % des femmes incluses dans cette étude (75,7 %) présentaient un faible niveau de connaissance sur le cancer du col de l'utérus. Ce faible niveau de connaissance a également été relevé par les informateurs clés interrogés. Cette observation est en accord avec les recherches de Aka et al. en Côte d'Ivoire, où seulement 37,5 % des femmes avaient obtenu un bon score de connaissance, ainsi qu'avec celles de Moshi et al. en Tanzanie (2019), où seuls 10,4 % des femmes étaient bien informées sur le cancer du col de l'utérus (AKA et al., 2021; Moshi et al., 2019).

Un niveau de connaissance moyen à élevé était associé au dépistage (ORa : 3,8 [1,19 - 10,63]) comparativement à un faible niveau de connaissance. Damtie et al. (2023) en Éthiopie ont également observé une association similaire (ORa = 4,71 IC95 % [3,08 - 7,55] (Damtie et al., 2023). De même, Pradnyantara et al. (2022) ont montré que les femmes disposant d'une bonne connaissance du cancer du col de l'utérus étaient 3,6 fois plus susceptibles d'avoir une attitude positive à l'égard du dépistage (Pradnyantara & Chrisnanda, 2022). En effet, conformément au modèle HBM, les femmes ayant une bonne connaissance du cancer du col de l'utérus prennent conscience du risque, parviennent à atténuer la peur et les fausses croyances et adoptent un comportement positif à l'égard du dépistage. Malgré le faible niveau de connaissance observé, la quasi-totalité de nos enquêtées considérait que le dépistage du cancer du col de l'utérus était utile (99,3 %), et était prête à le recommander à une autre personne (92,1 %). Cette contradiction illustre bien la complexité du processus décisionnel concernant le dépistage, notamment l'écart qui peut exister entre la perception de l'utilité du dépistage et l'incitation à l'action.

5.4. Les obstacles au dépistage

Dans notre étude, le manque d'information a été identifié, à la fois par près de la moitié des participantes et par les informateurs clés, comme le principal obstacle au dépistage du cancer du col de l'utérus. Cette constatation est largement documentée : Tchounga et al. (54 %) et Boni et al. (75 %) en Côte d'Ivoire, Hussein et al. en Éthiopie ainsi que la revue systématique de Mantula et al. (2024) (Tchounga et al., 2019a; Boni et al., 2021; Hussein et al., 2024; Mantula et al., 2024).

Les craintes liées au résultat et à la douleur ont également été mentionnées comme obstacles au dépistage, rejoignant les observations de Tchounga et al. en Côte d'Ivoire et de Ndejjo et al. en Ouganda (2017) [43,60]. Ces craintes constituent des obstacles psychologiques importants.

L'influence du conjoint, quoique rare dans notre contexte, a été mentionnée par nos informateurs clés comme obstacle au dépistage du cancer du col de l'utérus. Cette observation concorde avec les travaux d'auteurs africains (Ebu et al. au Ghana, Isa Modibbo au Nigéria) (Ebu et al., 2014; Isa Modibbo et al., 2016).

Les tabous et croyances religieuses demeurent chez certaines femmes, voyant le cancer du col de l'utérus comme une malédiction. Cette perception a aussi été rapportée par Hussein et al. en Éthiopie (Hussein et al., 2024).

L'insuffisance d'informations exactes, claires et accessibles sur le cancer du col de l'utérus entretient les fausses croyances et alimente une conception fataliste de la maladie. Malgré les efforts fournis par le gouvernement et ses partenaires, beaucoup de personnes restent sous-informées. Il est donc important d'élaborer des politiques d'information prenant en compte les réalités culturelles spécifiques à chaque zone.

5.5. Facilitateurs du dépistage

Dans notre étude, la sensibilisation a été mentionnée par 69 % des participantes ainsi que par les informateurs clés comme le principal facilitateur du dépistage du cancer du col de l'utérus. Ce résultat s'aligne sur les travaux de Mundagowa et al. au Zimbabwe en 2024, qui a observé une augmentation de 48 % de la probabilité d'être dépistée chez les femmes exposées aux messages sur le cancer du col de l'utérus par rapport à celles qui n'y étaient pas exposées, ainsi qu'avec ceux de Mantula et al. (Zimbabwe, 2025) et de Mungai et al. au Kenya (2016) (Mundagowa et al., 2025; Mantula et al., 2025; Mungai et al., 2016). L'adhésion de plusieurs femmes au dépistage du cancer du col de l'utérus à la suite des séances de sensibilisation et de communication pour le changement de comportement menées au CDPCSC, comme souligné par un informateur clé, démontre clairement que la sensibilisation est un facteur clé dans la prise de décision relative au dépistage.

Les agents de santé jouent un rôle crucial dans l'information sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, et ont été identifiés comme incitateurs au dépistage par 42 % des femmes interrogées dans cette étude. Tchounga et al., Chepkorir et al. (2024) et Sweeney et al. (2022) ont confirmé le rôle central du personnel de santé dans la sensibilisation et l'incitation au dépistage (Tchounga et al., 2019a; Chepkorir et al., 2024; Sweeney et al., 2022).

La gratuité et la réduction du coût de dépistage sont également identifiées comme des facilitateurs, comme le confirment Higgason et al. (2023) et Rezende et al. (2022) (Higgason et al., 2023; Rezende et al., 2022).

Enfin, l'accessibilité géographique et la disponibilité des services représentent un autre facteur facilitant, comme l'ont noté Adzigbli en Côte d'Ivoire et Gelibo en Éthiopie (Adzigbli et al., 2025; Gelibo, 2017).

5.6. Limites de l'étude

Bien que cette étude adopte une approche mixte, elle présente quelques limites qu'il convient de souligner.

En plus de la taille limitée de l'échantillon et des contraintes temporelles, l'étude pourrait comporter un biais de sélection dû à un échantillonnage non probabiliste et à sa réalisation dans un centre spécialisé dans le dépistage précoce des cancers féminins (sein et col de l'utérus), ce qui entraîne une surreprésentation des femmes ayant déjà une attitude positive à l'égard du dépistage. De plus, le fait que les femmes aient été interrogées dans un centre de soins peut introduire un biais de désirabilité sociale.

6. Conclusion

Le cancer du col de l'utérus peut être éliminé grâce aux actions de santé publique, notamment la prévention. Malgré l'opportunité qu'offre le dépistage précoce dans la réduction de la charge de morbidité dus à cette maladie, sa couverture reste limitée. La décision sur le dépistage est influencée par plusieurs facteurs qui interagissent entre eux. Notre étude avait pour objectif d'analyser ces différents facteurs qui sont susceptibles d'influencer la prise de décision sur le dépistage. Ainsi, plusieurs facteurs se sont dégagés par leurs liens avec le dépistage (l'âge, le niveau d'instruction, la religion et le niveau de connaissance). Le manque d'information a été identifié comme obstacle majeur au dépistage du cancer du col de l'utérus, tandis que l'accès à l'information adéquate, particulièrement à travers la sensibilisation et l'implication des acteurs de la santé, apparaît comme le principal facilitateur du dépistage. Le faible niveau de connaissance sur le cancer du col de l'utérus souligne l'importance d'une sensibilisation adaptée aux différentes cibles.

Cette étude contribue à la compréhension des facteurs qui influencent la décision des femmes de se soumettre ou non au dépistage du cancer du col de l'utérus dans un contexte urbain (Abidjan). Cependant, elle ouvre la voie à de nouvelles pistes de recherche. Réaliser des études similaires avec un échantillon plus grand, et en incluant toutes les structures offrant le service de dépistage précoce des cancers féminins, serait plus pertinent pour une comparaison et une généralisation à l'échelle nationale. Aussi, d'autres études futures pourraient se concentrer sur des aspects précis, tels que l'impact des conjoints dans la prise des décisions sur le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du col, notamment le traitement par thermocoagulation.

7. Recommandations

Au terme de cette étude, nous recommandons ce qui suit :

Au Ministère de la Santé de Côte d'Ivoire :

- Renforcer les campagnes de sensibilisation en développant des messages adaptés aux différents groupes d'âge, et utiliser tous les canaux de communications disponibles afin d'atteindre les différentes cibles ;
- Impliquer les acteurs religieux dans les activités de lutte contre le cancer du col de l'utérus ;
- Adopter une approche intégrée du dépistage du cancer du col de l'utérus dans les soins de santé primaire et dans tous les services de santé maternelle et reproductive.

Aux responsables de l'INSP

- Renforcer les capacités de sensibilisation du centre de dépistage précoce des cancers du sein et du col de l'utérus, et aller vers la population pour améliorer la visibilité du centre ;

- Assurer la formation continue des personnels du CDPCSC ;
- Numériser le service du centre de dépistage précoce des cancers du sein et du col de l'utérus afin de faciliter l'enregistrement, le suivi et la traçabilité des clientes, et créer une plateforme offrant la possibilité de prise de rendez-vous en ligne ;
- Décentraliser le centre dans d'autres provinces du pays pour atteindre les zones mal desservies.

Aux personnels de santé

- Intégrer les messages de sensibilisation et d'éducation sur le cancer du col de l'utérus dans leurs activités de routine ;
- Adopter une communication claire et adaptée au niveau d'instruction et à la langue de chaque cliente.

À la population

- Encourager toutes les femmes à adopter un comportement préventif en se faisant dépister régulièrement et faire vacciner toutes les filles âgées de 09 à 14 ans contre le HPV ;
- Briser les tabous et fausses croyances autour du cancer du col de l'utérus ;
- Consulter les professionnels de santé pour avoir des informations justes.

8. Références bibliographiques

- Adzighbli, L. A., Dowou, R. K., Gbordzoe, N. I., Mensah, T., Arwill, G., Aboagye, R. G., & Baiden, F. (2025). Cervical cancer screening uptake in Côte d'Ivoire : Analysis of prevalence and associated factors. *BMC Public Health*, 25, 2287. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-23103-6>
- AKA, E., ZOUA, G., ADAKANOU, A., KOFFI, A., & HORO, A. (2021). Cancer du col de l'utérus : Connaissances, perceptions des femmes au centre-nord de la Côte d'Ivoire. *Revue internationale de gynécologie et d'obstétrique de Côte d'Ivoire*, 4, 19-24.
- Altová, A., Kulhánová, I., Reisser, K., Netrdová, P., Brož, J., Eikemo, T. A., Balaj, M., & Lustigová, M. (2024). Educational inequalities in cervical cancer screening participation in 24 European countries. *Public Health*, 233, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2024.04.036>
- Alyafei, A., & Easton-Carr, R. (2024). The Health Belief Model of Behavior Change. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606120/>
- Aurora, M. M. (2025). *Female reproductive organ anatomy: Overview, gross anatomy, microscopic anatomy*. <https://emedicine.medscape.com/article/1898919-overview#a2>
- Background. (2014). In *Comprehensive Cervical Cancer Control : A Guide to Essential Practice*. 2nd edition. World Health Organization. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK269623/>
- Boni, S. P., Gnahatin, F., Comoé, J.-C., Tchounga, B., Ekouevi, D., Horo, A., Adoubi, I., & Jaquet, A. (2021). Barriers and facilitators in cervical cancer screening uptake in Abidjan, Côte d'Ivoire in 2018 : A cross-sectional study. *BMC Cancer*, 21(1), 952. <https://doi.org/10.1186/s12885-021-08650-6>
- Bosnjak, M., Ajzen, I., & Schmidt, P. (2020). The Theory of Planned Behavior : Selected recent advances and applications. *Europe's Journal of Psychology*, 16(3), 352-356. <https://doi.org/10.5964/ejop.v16i3.3107>
- Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., & Jemal, A. (2024). Global cancer statistics 2022 : GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 74(3), 229-263. <https://doi.org/10.3322/caac.21834>
- Cancer du col de l'utérus et Papillomavirus (HPV)*. (2015, octobre 6). Institut Pasteur. <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/cancer-du-col-uterus-papillomavirus-hpv>
- Centre de Détection Précoce des Cancers du Sein et du Col de l'Utérus – INSP | Institut

- National de Santé Publique de Côte d'Ivoire*. (s. d.). Consulté 29 août 2025, à l'adresse <https://inspci.org/centre-de-detection-precoce-des-cancers-du-sein-et-du-col-de-lute-rus/>
- Centre international de Recherche sur le Cancer. (2023). *Implementation of a pilot cervical cancer screening programme integrated in routine primary health-care services in Benin, Côte d'Ivoire, and Senegal : Report of a pilot project (Care4Afrique)*.
- Cervical Cancer Screening*. (s. d.). [Text]. National Library of Medicine. Consulté 7 août 2025, à l'adresse <https://medlineplus.gov/cervicalcancerscreening.html>
- Cervical cancer screening—NCI* (nciglobal,ncienterprise). (2022, octobre 13). [pdqCancerInfoSummary]. <https://www.cancer.gov/types/cervical/screening>
- Chepkorir, J., Guillaume, D., Lee, J., Duroseau, B., Xia, Z., Wyche, S., Anderson, J., & Han, H.-R. (2024). The role of health information sources on cervical cancer literacy, knowledge, attitudes and screening practices in Sub-Saharan African women : A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(7), 872. <https://doi.org/10.3390/ijerph21070872>
- Damtie, S., Legese, B., Berhan, A., Kiros, T., Eyayu, T., Mihrete, K., & Taklual, W. (2023). Knowledge, attitude, and practice of cervical cancer screening and its associated risk factors among family planning service users at Debre Tabor town health facilities, North Central Ethiopia : A cross-sectional study. *SAGE Open Medicine*, 11, 20503121231208654. <https://doi.org/10.1177/20503121231208654>
- Dickinson, J. A., Stankiewicz, A., Popadiuk, C., Pogany, L., Onysko, J., & Miller, A. B. (2012). Reduced cervical cancer incidence and mortality in Canada : National data from 1932 to 2006. *BMC Public Health*, 12, 992. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-992>
- Dumont, A., Bessières, N., Razafindrafara, G., Ravit, M., & Benbassa, A. (2019). Intérêt du test HPV dans le dépistage primaire du cancer du col en milieu rural à Madagascar. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 67(2), 120-125. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2018.10.003>
- Duport, N., Heard, I., Barré, S., & Woronoff, A.-S. (2014). Le cancer du col de l'utérus : État des connaissances en 2014. *Institut de veille sanitaire (InVS), France*, 13-14-15, 220-221.
- Ebu, N. I., Mupepi, S. C., Siakwa, M. P., & Sampselle, C. M. (2014). Knowledge, practice, and barriers toward cervical cancer screening in Elmina, Southern Ghana. *International Journal of Women's Health*, 7, 31-39. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S71797>
- Ekouevi, D. K., Stringer, E., Coetzee, D., Tih, P., Creek, T., Stinson, K., Westfall, A. O., Welty, T., Chintu, N., Chi, B. H., Wilfert, C., Shaffer, N., Stringer, J., & Dabis, F. (2012). Health facility characteristics and their relationship to coverage of PMTCT of HIV services

- across four african countries : The PEARL study. *PLoS ONE*, 7(1), e29823. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0029823>
- Eun, T. J., & Perkins, R. B. (2020). Screening for cervical cancer. *The Medical clinics of North America*, 104(6), 1063-1078. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2020.08.006>
- Fadare, O., & Roma, A. A. (2019). Normal anatomy of the uterine cervix. In O. Fadare & A. A. Roma, *Atlas of Uterine Pathology* (p. 193-196). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-17931-1_8
- Fernández, M. E., Diamond, P. M., Rakowski, W., Gonzales, A., Tortolero-Luna, G., Williams, J., & Morales-Campos, D. Y. (2009). Development and validation of a cervical cancer screening self-efficacy scale for low-income Mexican American Women. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 18(3), 866-875. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-07-2950>
- Gelibo, T. (2017). *Coverage and factors associated with cervical cancer screening : Results from a population-based WHO steps study in Ethiopia. 1.*
- Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem.* (2020). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>
- Goore, D. Y., Boni, S. P., Comoe, J. C., Koffi, J. J., Gnahatin, F., Adie, M., Horo, A., & Adoubi, I. (2023). Knowledge, Attitudes, and Practices Towards Cervical Cancer Screening Among Rural Women in the South Comoe Region, Côte d'Ivoire in 2020. *World Journal of Public Health*, 8(2), Article 2. <https://doi.org/10.11648/j.wjph.20230802.28>
- Goyal (Pt), Y., & K. Mallick, M. (2024). Uptake of cervical cancer screening in India and its sociodemographic correlates : An analysis of nfhs-5. *INTERNATIONAL JOURNAL OF SCIENTIFIC RESEARCH*, 43-46. <https://doi.org/10.36106/ijsr/9809639>
- Guèye, I., Diallo, A. I., Sangho, O., Sawadogo, B., & Tine, J. A. D. (2021). Facteurs associés à la pratique du dépistage du cancer du col utérin dans le district sanitaire de Joal, Sénégal, 2018 : Enquête ménage. *Journal of Interventional Epidemiology and Public Health*, 4(4). <https://doi.org/10.37432/jieph.suppl.2021.4.4.03.11>
- Higgason, N., Nguyen, L., Le, Y.-C., Juliet Ezeigwe, O., Han Chung, T., Williams, N., Olguin, X. K., & Zamorano, A. S. (2023). Facilitators to cervical cancer screening in a minority, urban, underserved population. *Gynecologic Oncology Reports*, 51, 101315. <https://doi.org/10.1016/j.gore.2023.101315>
- Huber, J., Mueller, A., Sailer, M., & Regidor, P.-A. (2021). Human papillomavirus persistence or clearance after infection in reproductive age. What is the status? Review of the literature and new data of a vaginal gel containing silicate dioxide, citric acid, and selenite. *Women's Health*, 17, 17455065211020702. <https://doi.org/10.1177/17455065211020702>

- Hussein, K., Kokwaro, G., Wafula, F., & Kassie, G. M. (2024). Factors influencing the uptake and utilization of cervical cancer screening services among women attending public health centers in Addis Ababa, Ethiopia : Mixed methods study. *BMC Women's Health*, 24, 3. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02850-x>
- Initiative pour elimination du cancer du col de uterus.* (s. d.). Consulté 23 juillet 2025, à l'adresse <https://www.who.int/fr/initiatives/cervical-cancer-elimination-initiative>
- Interventions, I. W. G. on the E. of C.-P. (2022). General remarks. In *Cervical cancer screening*. International Agency for Research on Cancer. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK601989/>
- Isa Modibbo, F., Dareng, E., Bamisaye, P., Jedy-Agba, E., Adewole, A., Oyeneyin, L., Olaniyan, O., & Adebamowo, C. (2016). Qualitative study of barriers to cervical cancer screening among Nigerian women. *BMJ Open*, 6(1), e008533. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008533>
- Kaboré, A., Akoyi, S. L., & YAmEOGO, B. (2020). «*Health Belief Model*» : Facteurs associés à l'adhésion au dépistage du cancer du col de l'utérus dans le service de gynécologie du Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou De Bobo Dioulasso (Burkina Faso).
- Kaso, M., Takahashi, Y., & Nakayama, T. (2019). Factors related to cervical cancer screening among women of childrearing age : A cross-sectional study of a nationally representative sample in Japan. *International Journal of Clinical Oncology*, 24(3), 313-322. <https://doi.org/10.1007/s10147-018-1350-z>
- Laranjo, L. (2016). Social Media and Health Behavior Change. In *Participatory Health Through Social Media* (p. 83-111). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809269-9.00006-2>
- Les examens para cliniques en gynécologie.* (s. d.). Consulté 7 août 2025, à l'adresse https://archives.uness.fr/sites/campus-unf3s-2014/maeutique/UE-gynecologie/examen_paraclinique/site/html/4.html
- Mantula, F., Toefy, Y., & Sewram, V. (2024). Barriers to cervical cancer screening in Africa : A systematic review. *BMC Public Health*, 24, 525. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17842-1>
- Mantula, F., Toefy, Y., & Sewram, V. (2025). Strategies for strengthening cervical cancer screening programmes in Gwanda district, Zimbabwe : A qualitative study. *BMC Public Health*, 25, 235. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21373-8>
- Masters Program in Public Health, Universitas Sebelas Maret, Indonesia, Purnamasari, E., Demartoto, A., Faculty of Social and Political Sciences, Universitas Sebelas Maret, Indonesia, Budiastuti, U. R., Department of Obstetrics and Gynecology, Dr. Moewardi Hospital, Surakarta, Indonesia, & Faculty of Medicine, Universitas Sebelas

- Maret, Indonesia. (2024). Application of Theory of Planned Behavior on factors associated with Pap smear uptake : A meta-analysis. *Journal of Health Promotion and Behavior*, 9(2), 102-118. <https://doi.org/10.26911/thejhpb.2024.09.02.02>
- McBride, A. A. (2024). Human malignancies associated with persistent HPV infection. *The Oncologist*, 29(6), 457-464. <https://doi.org/10.1093/oncolo/oyae071>
- Moshi, F., Bago, M., Ntwenya, J., Mpondo, B., & Kibusi, S. (2019). Uptake of cervical cancer screening services and its association with cervical cancer awareness and knowledge among women of reproductive age in Dodoma, Tanzania : A cross-sectional study. *East African Health Research Journal*, Vol 3(No 2), 105-115. <https://doi.org/10.24248/eahrj.v3i2.607>
- Mpachika-Mfipa, F., Kululanga, L. I., Mfipa, D., & Kazembe, A. (2023). Utilization of cervical cancer screening and its associated factors among women of child-bearing age in Mangochi district, Malawi : A facility-based cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 23, 334. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02472-3>
- Mundagowa, P. T., Tapera, O., Guzha, B., Fitzpatrick, M. B., Mandishora, R. S. D., & Kanyangarara, M. (2025). Determinants of cervical cancer screening among rural women in Zimbabwe. *Public Health Nursing (Boston, Mass.)*, 42(2), 621-630. <https://doi.org/10.1111/phn.13490>
- Mungai, W., Kikui, G., Wanzala, P., & Mutai, C. (2016). Factors associated with uptake of cervical cancer screening among women aged 18-49 years in njiru Sub-County, Nairobi Kenya. *Journal of Biology*.
- Nartey, Y., Hill, P. C., Amo-Antwi, K., Nyarko, K. M., Yarney, J., & Cox, B. (2017). Factors contributing to the low survival among women with a diagnosis of invasive cervical cancer in Ghana. *International Journal of Gynecological Cancer*, 27(9), 1926-1934. <https://doi.org/10.1097/IGC.0000000000001088>
- Ndejjo, R., Mukama, T., Kiguli, J., & Musoke, D. (2017). Knowledge, facilitators and barriers to cervical cancer screening among women in Uganda : A qualitative study. *BMJ Open*, 7(6), e016282. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016282>
- Ngodem, V. C. K., Ketchaji, A., Sawi, P. C. M., Magne, M. T., Ndjimafo, T. M. N., Yanguem, L. L., & Djoko, G. R. P. (2024). Factors associated with cervical cancer screening among women attending gynecological consultations at the Maroua Regional Hospital, Cameroon. *Global Health Economics and Sustainability*, 3(1), 197. <https://doi.org/10.36922/ghes.4080>
- Normes et directives nationales pour la prévention du cancer du col de l'utérus en Côte d'Ivoire, Edition 2024.* (2024). Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle Côte d'Ivoire.

- Okyere, J., Ayebeng, C., & Dickson, K. S. (2024). Early age at menarche and history of sexually transmitted infections significantly predict cervical cancer screening uptake among women aged 25–49 years : Evidence from the 2021 Côte d'Ivoire demographic and health survey. *BMC Health Services Research*, 24, 423. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10881-9>
- Olivier, J., & Smith, S. (2016). Innovative faith-community responses to HIV and AIDS : Summative lessons from over two decades of work[†]. *The Review of Faith & International Affairs*, 14(3), 5-21. <https://doi.org/10.1080/15570274.2016.1215839>
- Oussou, K. R., Abina, A. M. M., Kouamé, D. A., Zoh, M. A., & Attoh-Toure, H. (2024). Facteurs associés au dépistage du cancer du col de l'utérus dans le district sanitaire d'Issia, Côte d'Ivoire. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Sante Publique*, 6(2), 57-66. <https://doi.org/10.4314/rasp.v6i2.5>
- Oyerinde, O. (2020). Knowledge perceived-risk and screening-uptake for cervical cancer among women in a christian religious institution in Ibadan Oyo State Nigeria. *TEXILA INTERNATIONAL JOURNAL OF PUBLIC HEALTH*, 8(3), 233-242. <https://doi.org/10.21522/TIJPH.2013.08.03.Art026>
- Padela, A. I., Peek, M., Johnson-Agbakwu, C. E., Hosseinian, Z., & Curlin, F. (2014). Associations between religion-related factors and cervical cancer screening among muslims in Greater Chicago. *Journal of lower genital tract disease*, 18(4), 326-332. <https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000026>
- Papillomavirus humain et cancer*. (s. d.). Consulté 7 août 2025, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-papilloma-virus-and-cancer>
- Plaisy, M. K., Boni, S. P., Coffie, P. A., Tanon, A., Innocent, A., Horo, A., Dabis, F., Bekelync, A., Jaquet, A., & for the leDEA West Africa Collaboration. (2023). Barriers to early diagnosis of cervical cancer : A mixed-method study in Côte d'Ivoire, West Africa. *BMC Women's Health*, 23(1), 135. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02264-9>
- Pradnyantara, I. G. A. N. P., & Chrisnanda, I. A. (2022). Knowledge of cervical cancer screening in adult women : Meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Public Health*, 7(1), 34-45. <https://doi.org/10.26911/jepublichealth.2022.07.01.03>
- Raju, K. (2016). Evolution of Pap Stain. *Biomedical Research and Therapy*, 3(2), 6. <https://doi.org/10.7603/s40730-016-0006-8>
- Rezende, G. A. S., Rezende, M. T., & Carneiro, C. M. (2022). Low-cost interventions to improve cervical cancer screening : An integrative review. *Oncology Nursing Forum*, 50(1), 59-78. <https://doi.org/10.1188/23.ONF.59-78>
- Roncancio, A. M., Ward, K. K., Sanchez, I. A., Cano, M. A., Byrd, T. L., Vernon, S. W.,

- Fernandez-Esquer, M. E., & Fernandez, M. E. (2015). Using the Theory of Planned Behavior to understand cervical cancer screening among Latinas. *Health Education & Behavior*, 42(5), 621-626. <https://doi.org/10.1177/1090198115571364>
- Simon, P., Rodrigue, W., Bitty-Anderson, A., Jean-Claude, K., Innocent, A., & Apollinaire, H. (2023). The state of cervical cancer screening services and barriers to uptake in Abidjan, Cte Dlvoire in 2017 : A mixed methods study. *Journal of Public Health and Epidemiology*, 15, 78-86. <https://doi.org/10.5897/JPHE2022.1414>
- Stratégie Mondiale en Vue d'accélérer l'élimination du Cancer du Col de l'utérus en tant que problème de santé publique* (1st ed). (2021). World Health Organization.
- Sweeney, S., Cheng, Y., Botfield, J., & Bateson, D. (2022). Renewal of the National Cervical Screening Program : Health professionals' knowledge about screening of specific populations in NSW, Australia. *Public Health Research & Practice*, 32(1). <https://doi.org/10.17061/phrp31122104>
- Tchounga, B., Boni, S. P., Koffi, J. J., Horo, A. G., Tanon, A., Messou, E., Koulé, S.-O., Adoubi, I., Ekouevi, D. K., & Jaquet, A. (2019a). Cervical cancer screening uptake and correlates among HIV-infected women : A cross-sectional survey in Côte d'Ivoire, West Africa. *BMJ Open*, 9(8), e029882. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029882>
- Tchounga, B., Boni, S. P., Koffi, J. J., Horo, A. G., Tanon, A., Messou, E., Koulé, S.-O., Adoubi, I., Ekouevi, D. K., & Jaquet, A. (2019b). Cervical cancer screening uptake and correlates among HIV-infected women : A cross-sectional survey in Côte d'Ivoire, West Africa. *BMJ Open*, 9(8), e029882. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029882>
- Tehrani, A., Ghahghaei-Nezamabadi, A., Motiei Langeroudi, M., & Aghajani, R. (2022). Comparison of Visual Inspection Methods using either Acetic Acid Solution or Lugol's Iodine Solution with Colposcopy in screening of cervical cancer : A cross sectional study. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Cancer Research*, 8(1), 53-56. <https://doi.org/10.30699/jogcr.8.1.53>
- Tesfaye, D., Weldegebreal, F., Ayele, F., & Dheresa, M. (2023). Cervical cancer screening uptake and associated factors among Women Living with Human Immunodeficiency Virus in public hospitals, eastern Ethiopia. *Frontiers in Oncology*, 13, 1249151. <https://doi.org/10.3389/fonc.2023.1249151>
- Vahabi, M., & Lofters, A. (2016). Muslim immigrant women's views on cervical cancer screening and HPV self-sampling in Ontario, Canada. *BMC Public Health*, 16(1), 868. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3564-1>
- Wu, J., Jin, Q., Zhang, Y., Ji, Y., Li, J., Liu, X., Duan, H., Feng, Z., Liu, Y., Zhang, Y., Lyu, Z., Yang, L., & Huang, Y. (2025). Global burden of cervical cancer : Current estimates, temporal trend and future projections based on the GLOBOCAN 2022. *Journal of the National*

Cancer Center, 5(3), 322-329. <https://doi.org/10.1016/j.jncc.2024.11.006>

- Yengui Goore, D., Pierre Boni, S., Claude Comoe, J., Jacques Koffi, J., Gnahatin, F., Adie, M., Horo, A., & Adoubi, I. (2023). Knowledge, attitudes, and practices towards cervical cancer screening among rural women in the South Comoe Region, Côte d'Ivoire in 2020. *World Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.11648/j.wjph.20230802.28>
- Yimer, N. B., Mohammed, M. A., Solomon, K., Tadesse, M., Grutzmacher, S., Meikena, H. K., Alemnew, B., Sharew, N. T., & Habtewold, T. D. (2021). Cervical cancer screening uptake in Sub-Saharan Africa : A systematic review and meta-analysis. *Public Health*, 195, 105-111. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.04.014>
- Yirsaw, A. N., Tefera, M., Bogale, E. K., Anagaw, T. F., Tiruneh, M. G., Fenta, E. T., Endeshaw, D., Adal, O., Tareke, A. A., Jemberu, L., Getachew, E., Belayneh, A. G., Andarge, G. A., Seid, K., & Lakew, G. (2024). Applying the Health Belief Model to cervical cancer screening uptake among women in Ethiopia : A systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer*, 24(1), 1294. <https://doi.org/10.1186/s12885-024-13055-2>
- Zelege, S., Anley, M., Kefale, D., & Wassihun, B. (2021). Factors associated with delayed diagnosis of cervical cancer in Tikur Anbesa Specialized Hospital, Ethiopia, 2019 : Cross-sectional study. *Cancer Management and Research*, 13, 579-585. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S285621>

9. Liste des illustrations

Figure 1 : Anatomie du col de l'utérus (source : Institut National du Cancer, illustration de Pierre Bourcier)	12
Figure 2 : Cadre conceptuel de l'étude sur les facteurs qui influencent la décision du dépistage du cancer du col de l'utérus	18
Figure 3 : Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction	24
Figure 4 : Répartition des enquêtées selon le statut matrimonial	24
Figure 5 : Répartition des enquêtées selon le revenu mensuel	25
Figure 6 : Répartition des enquêtées selon la distance entre leur domicile et l'INSP	26
Figure 7 : Répartition des enquêtées selon le niveau de connaissance sur le cancer du col de l'utérus.	29
Figure 8 : Incitateur au dépistage du cancer du col de l'utérus	30
Figure 9 : Répartition des enquêtées selon la perception du coût comme obstacle au dépistage du cancer du col de l'utérus	33
Figure 10 : Répartition des enquêtées selon la note attribuée à l'accueil dans le centre	34
Figure 11 : Répartition des enquêtées n'ayant jamais réalisé le dépistage du cancer du col de l'utérus selon l'intention de se faire dépister.	34

10. Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristique des informateurs clés	23
Tableau 2 : Répartition des participantes selon l'âge	23
Tableau 3 : Répartition des participantes selon leur profession	25
Tableau 4 : Répartition des enquêtées selon la commune de résidence	25
Tableau 5 : Répartition des enquêtées selon les antécédents obstétricaux et le profil comportemental	27
Tableau 6 : Répartition des enquêtées selon les sources d'information	28
Tableau 7 : Décision de dépistage en fonction des caractéristiques sociodémographiques et le niveau de connaissance des participantes	30
Tableau 9 : Répartition des participantes selon les raisons évoquées de la peur du dépistage du cancer du col de l'utérus	33
Tableau 10 : Répartition des enquêtées selon les obstacles perçus au dépistage du cancer du col de l'utérus	35
Tableau 11 : Répartition des enquêtés selon les facilitateurs perçus du dépistage	36
Tableau 12 : Répartition des enquêtés selon les canaux d'information préférés	37

11. Annexes

11.1. Annexe 1 : Fiche de collecte

CONSENTEMENT

☐ Oui

☐ Non

SECTION A : MOTIF DE FRÉQUENTATION INSP (Motif principal de fréquentation aujourd'hui) :

- | | |
|---|--|
| 1. ☐ Dépistage cancer du col de l'utérus (CPN) | 4. ☐ Consultation prénatale |
| 2. ☐ Consultation gynécologique | 5. ☐ Accompagnatrice |
| 3. ☐ Dépistage cancer du sein | 6. ☐ Autre (à préciser) : |
- _____

SECTION B : CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

B1. Âge (ans) : _____

Tranche d'âge : 1. ☐ 25-29 ans 2. ☐ 30-34 ans 3. ☐ 35-39 ans 4. ☐ 40-44 ans
5. ☐ 45-49 ans 6. ☐ 50-54 ans 7. ☐ 55-59 ans 8. ☐ 60 ans et plus

B2. Quel est votre plus haut niveau d'instruction ?

1. ☐ Aucune instruction 2. ☐ Primaire 3. ☐ Secondaire 4. ☐ Supérieur

B3. Quelle est votre situation matrimoniale ?

1. ☐ Célibataire 2. ☐ Mariée/En union 3. ☐ Divorcée/Séparée 4. ☐ Veuve

B4. Quelle est votre principale occupation ?

1. ☐ Ménagère
_____)
2. ☐ Secteur informel 3. ☐ Fonctionnaire (privé/public) (titre : _____)
4. ☐ Retraitée 5. ☐ Étudiante
6. ☐ Autre (préciser) : _____

B5. Quel est votre revenu mensuel approximatif ?

1. ☐ Moins de 75 000 FCFA 2. ☐ 75 000 - 150 000 FCFA 3. ☐ 150 000 - 250 000 FCFA 4. ☐ 250 000 - 500 000 FCFA 5. ☐ Plus de 500 000 FCFA 6. ☐ Je ne sais pas

B6. Commune de résidence :

- | | | | |
|---------------------------------------|---|--|---------------------------------------|
| 1. ☐ Abobo | 5. ☐ Bingerville | 9. ☐ Plateau | 13. ☐ Yopougon |
| 2. ☐ Adjamé | 6. ☐ Cocody | 10. ☐ Port-Bouët | |
| 3. ☐ Anyama | 7. ☐ Koumassi | 11. ☐ Treichville | |
| 4. ☐ Attécoubé | 8. ☐ Marcory | 12. ☐ Songon | |

B7. Distance approximative entre votre domicile et ce centre :

- | | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------------------|---|
| 1. ☐ Moins de 5 km | 2. ☐ 5-10 km | 3. ☐ 11-20 km | 4. ☐ Plus de 20 km |
|---|-------------------------------------|--------------------------------------|---|

B8. Quelle est votre religion ?

- | | | | |
|--|---------------------------------------|--------------------------------------|--|
| 1. ☐ Chrétienne | 2. ☐ Musulmane | 3. ☐ Animiste | 4. ☐ Aucune/Autre |
|--|---------------------------------------|--------------------------------------|--|

SECTION C : ANTÉCÉDENTS REPRODUCTIFS ET GYNÉCOLOGIQUES

C1. À quel âge avez-vous eu vos premiers rapports sexuels ?

Quand j'avais l'âge de _____ ans ☐ Je ne sais pas

C2. Combien d'enfants avez-vous eus ? _____ Combien de grossesses ? _____

C3. Utilisez-vous actuellement une méthode contraceptive ? 1. ☐ Oui 2. ☐ Non

C4. Si oui, laquelle ?

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| 1. ☐ Pilule | 3. ☐ Implant | 5. ☐ Préservatif |
| 2. ☐ Injectable | 4. ☐ DIU | 6. ☐ Autre (Précisez) : |

C5. Avez-vous déjà eu une infection sexuellement transmissible ?

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---|
| 1. ☐ Oui | 2. ☐ Non | 3. ☐ Ne sais pas |
|---------------------------------|---------------------------------|---|

SECTION D : CONNAISSANCES SUR LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

D1. Avez-vous déjà entendu parler du cancer du col de l'utérus ? 1. ☐ Oui 2. ☐ Non
(passer à E1)

D2. Où avez-vous entendu parler du cancer du col de l'utérus ? (Plusieurs réponses possibles)

- | | | |
|--|--|--|
| 1. ☐ Agent de santé | 3. ☐ Journal/Magazine | 5. ☐ Famille/Amis |
| 2. ☐ Télévision/Radio | 4. ☐ Internet/Réseaux sociaux | 6. ☐ Autre |
- (Préciser) _____

D3. Selon vous, quelles sont les causes du cancer du col de l'utérus ? (Plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|--|
| 1. ☐ Virus (VPH/HPV) | 5. ☐ Manque d'hygiène |
| 2. ☐ Rapports sexuels précoces | 6. ☐ Sorcellerie/Malédiction |
| 3. ☐ Partenaires multiples | 7. ☐ Ne sait pas |
| 4. ☐ Tabagisme | 8. ☐ Autre (Préciser) : _____ |

D4. Connaissez-vous des méthodes de dépistage du cancer du col de l'utérus ?

1. ☐ Oui 2. ☐ Non (passer à D6)

D5. Si oui, lesquelles ? (Plusieurs réponses possibles)

1. ☐ Frottis cervical
2. ☐ Test HPV
3. ☐ IVA (Inspection visuelle à l'acide acétique)
4. ☐ Autre (Préciser) : _____
5. ☐ Ne sait pas exactement

D6. À quelle fréquence une femme devrait-elle faire le dépistage ?

- | | | |
|--|--|--|
| 1. ☐ Une fois par an | 3. ☐ Tous les 5 ans | |
| 2. ☐ Tous les 2-3 ans | 4. ☐ Une seule fois dans la vie | 5. ☐ Je ne sais pas |

D7. À partir de quel âge une femme devrait-elle commencer le dépistage ?

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|---|
| 1. ☐ 18 ans | 3. ☐ 25 ans | 5. ☐ Ne sait pas |
| 2. ☐ 21 ans | 4. ☐ 30 ans | 6. ☐ Autre : _____ |

SECTION E : EXPÉRIENCE DE DÉPISTAGE

E1. Avez-vous déjà fait un dépistage du cancer du col de l'utérus ?

1. ☐ Oui 2. ☐ Non (passer à F1)

E2. Si oui, quand avez-vous fait votre dernier dépistage ?

1. ☐ Moins de 1 an 2. ☐ 1-2 ans 3. ☐ 3-5 ans 4. ☐ Plus de 5 ans

E3. Où avez-vous fait ce dépistage ?

- | | | |
|---|---|--|
| 1. ☐ Hôpital public | 3. ☐ Clinique privée | |
| 2. ☐ Centre de santé | 4. ☐ ONG/Association | 5. ☐ Autre (préciser) : _____ |

E4. Qui vous a encouragée à faire ce dépistage ?

- | | |
|---|--|
| 1. ☐ Agent de santé | 4. ☐ Initiative personnelle |
| 2. ☐ Conjoint/Partenaire | 5. ☐ Médias/Campagne |
| 3. ☐ Famille/Amis | 6. ☐ Autre (préciser) : |
-

E5. Comment avez-vous trouvé l'expérience du dépistage ?

- | | |
|--|---|
| 1. ☐ Très satisfaisante | 3. ☐ Peu satisfaisante |
| 2. ☐ Satisfaisante | 4. ☐ Pas du tout satisfaisante |

SECTION F : PERCEPTIONS ET ATTITUDES

F1. Avez-vous peur de faire le dépistage du cancer du col de l'utérus ?

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 1. ☐ Pas du tout | 2. ☐ J'ai peur |
|---|---------------------------------------|

F2. Si vous avez peur, quelles sont vos principales craintes ? (Plusieurs réponses possibles)

- | | | |
|--|--|--|
| 1. ☐ Peur de la douleur | 3. ☐ Peur du jugement | 5. ☐ Peur du coût |
| 2. ☐ Peur du résultat | 4. ☐ Gêne/Pudeur | 6. ☐ Autre : |
-

F3. Votre conjoint/famille vous soutient-il(elle) pour faire le dépistage ?

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. ☐ Oui | 2. ☐ Non |
|---------------------------------|---------------------------------|

F4. Selon vous, le dépistage du cancer du col de l'utérus est-il important ?

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. ☐ Oui | 2. ☐ Non |
|---------------------------------|---------------------------------|

F5. Recommanderiez-vous le dépistage à quelqu'un d'autre ?

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| 1. ☐ Oui | 2. ☐ Non | 3. ☐ Peut-être |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|

F6. Que pensez-vous qu'il vous arriverait si les gens savaient que vous aviez fait un dépistage ?

- | | |
|---|--|
| 1. ☐ Rien de particulier | 3. ☐ Ils me jugeraient négativement |
| 2. ☐ Ils m'encourageraient | 4. ☐ Ils penseraient que je suis malade |
| 5. ☐ Je ne sais pas | |

SECTION G: FACTEURS ÉCONOMIQUES

G1. Combien pensez-vous que coûte un dépistage du cancer du col de l'utérus ?

- | | | |
|---|--|---|
| 1. ☐ Gratuit | 3. ☐ 5 000 – 10 000 FCFA | 5. ☐ Plus de 20 000 FCFA |
| 2. ☐ Moins de 5 000 FCFA | 4. ☐ 10 001 – 20 000 FCFA | 6. ☐ Ne sait pas |

G2. Avez-vous une assurance santé ?

1. ☐ Oui 2. ☐ Non

G3. Combien dépensez-vous en transport pour venir ici ? _____

1. ☐ Moins de 1 000 FCFA 3. ☐ 2 000 – 2 900 FCFA 5. ☐ 4 000 – 4 900 FCFA
2. ☐ 1 000 – 1 900 FCFA 4. ☐ 3 000 – 3 900 FCFA 6. ☐ 5 000 ou plus

G4. Le coût est-il un obstacle pour vous faire dépister ?

1. ☐ Pas du tout 3. ☐ Moyennement
2. ☐ Un peu 4. ☐ Beaucoup 5. ☐ Énormément

SECTION H : FACTEURS LIÉS AU SYSTÈME DE SANTÉ

H1. Les heures d'ouverture du centre vous conviennent-elles ? 1. ☐ Oui
2. ☐ Non

H2. Comment évaluez-vous l'accueil du personnel ? (1=Très mauvais, 5=Excellent) : ☐1 ☐2
☐3 ☐4 ☐5

H3. Les délais d'attente sont-ils acceptables ? 1. ☐ Oui 2. ☐ Non

SECTION I : INTENTIONS ET BARRIÈRES

I1. (Si n'a jamais fait de dépistage) Avez-vous l'intention de faire un dépistage du cancer du col de l'utérus ?

1. ☐ Oui, dans le mois 4. ☐ Peut-être
2. ☐ Oui, dans l'année 5. ☐ Non
3. ☐ Oui, mais pas de délai précis

I2. (Si a déjà fait) Avez-vous l'intention de refaire un dépistage ?

1. ☐ Oui, régulièrement 3. ☐ Peut-être
2. ☐ Oui, si recommandé 4. ☐ Probablement pas 5. ☐ Non

I3. Quels sont les principaux obstacles qui vous empêchent ou pourraient vous empêcher de faire le dépistage ? (Maximum 3 réponses)

1. ☐ Coût trop élevé 7. ☐ Manque d'information
2. ☐ Distance/Transport 8. ☐ Qualité des services
3. ☐ Manque de temps 9. ☐ Pas de symptômes

4. ☐ Peur/Anxiété
religieuses/traditionnelles

10. ☐ Croyances

5. ☐ Gêne/Pudeur

11. ☐ Autre (préciser) :

6. ☐ Opposition du conjoint/famille

I4. Qu'est-ce qui pourrait vous encourager le plus à faire ou refaire un dépistage ? (Maximum 2 réponses)

1. ☐ Gratuité du service

6. ☐ Amélioration de l'accueil

2. ☐ Proximité géographique

7. ☐ Confidentialité assurée

3. ☐ Sensibilisation/Information

8. ☐ Personnel féminin

4. ☐ Recommandation médicale

9. ☐ Autre (Préciser) :

5. ☐ Soutien familial

SECTION J : SOURCES D'INFORMATION ET PRÉFÉRENCES

J1. Par quels moyens ou canaux de communication préférez-vous recevoir des informations sur la santé ? (Maximum 3 réponses)

1. ☐ Télévision

5. ☐ Famille/Amis

2. ☐ Radio

6. ☐ Affiches/Dépliants

3. ☐ Internet/Réseaux sociaux

7. ☐ Réunions communautaires

4. ☐ Agent de santé

8. ☐ Lieux de culte

☐ Autre (Préciser)

: _____

11.2. Annexe 2 : Guide d'entretien semi-directif

THÈME 1 : PRÉSENTATION ET CONTEXTE PROFESSIONNEL

1.1 Présentation du participant

"Pouvez-vous vous présenter et me parler de votre fonction actuelle à l'INSP ?"

1.2 Implication dans le programme de dépistage

"Pouvez-vous me décrire votre rôle spécifique dans le programme de dépistage du cancer du col de l'utérus ?"

THÈME 2 : FONCTIONNEMENT DU PROGRAMME DE DÉPISTAGE

2.1 Organisation générale

Question d'ouverture : *"Comment fonctionne actuellement le programme de dépistage du cancer du col de l'utérus à l'INSP ?"*

Questions de relance : Comment l'information sur le dépistage est-elle diffusée ?

2.2 Évolution du programme

Question principale : *"Comment a évolué ce programme depuis que vous y travaillez ?"*

Questions d'approfondissement :

- Quels changements majeurs avez-vous observés ?
- Y a-t-il eu des périodes plus difficiles ? Plus favorables ?

2.3 Ressources et moyens

Question exploratoire : *"Quels sont les moyens (humains, matériels, financiers) dont vous disposez pour ce programme ?"*

Questions de relance :

- Ces moyens sont-ils suffisants selon vous ?
- Quels sont les principaux manques que vous identifiez ?
- Comment gérez-vous les contraintes de ressources ?

THÈME 3 : PROFILS DES FEMMES ET FACTEURS DÉCISIONNELS

3.1 Profils des femmes

Question d'ouverture : *"Pouvez-vous me parler des femmes qui viennent se faire dépister ? Quels sont leurs profils typiques ?"*

Questions d'approfondissement :

- Quel âge ont-elles généralement ?
- Quel est leur niveau d'éducation ?
- D'où viennent-elles (quartiers, communes) ?
- Quelle est leur situation socio-économique ?

3.2 Femmes qui ne se font pas dépister

Question principale : *"À l'inverse, avez-vous une idée du profil des femmes qui ne viennent jamais ou très rarement se faire dépister ?"*

Questions de relance :

- Quelles différences observez-vous par rapport à celles qui se font dépister ?
- Avez-vous des retours de femmes qui ont refusé ou reporté le dépistage ?
- Certains groupes de femmes sont-ils plus réticents que d'autres ?

3.3 Motivations et freins

Question exploratoire : *"D'après votre expérience, qu'est-ce qui motive les femmes à venir se faire dépister ?"*

Questions d'approfondissement :

- Quels sont les principaux freins que vous identifiez ?
- Le rôle de l'entourage (conjoint, famille) est-il important ?
- Comment les femmes parlent-elles de leurs craintes ou appréhensions ?

THÈME 4 : BARRIÈRES ET OBSTACLES

4.1 Barrières liées aux connaissances

Question d'ouverture : *"Selon vous, quel est le niveau de connaissance des femmes sur le cancer du col de l'utérus et son dépistage ?"*

Questions de relance :

- Quelles sont les principales idées fausses que vous entendez ?
- Comment réagissent-elles quand vous leur expliquez le dépistage ?
- Y a-t-il des différences selon le niveau d'éducation ?

4.2 Barrières culturelles et sociales

Question principale : *"Rencontrez-vous des résistances liées aux croyances culturelles ou religieuses ?"*

Questions d'approfondissement :

- Comment les femmes perçoivent-elles l'examen gynécologique ?
- Y a-t-il des tabous autour de la sexualité qui interfèrent ?
- Le regard des autres (stigmatisation) est-il un frein ?

4.3 Barrières économiques

Question exploratoire : *"Le coût du dépistage est-il un obstacle pour certaines femmes ?"*

Questions de relance :

- Comment les femmes réagissent-elles quand elles apprennent le coût ?
- Les frais de transport sont-ils aussi un problème ?

4.4 Barrières organisationnelles

Question principale : *"Quels obstacles liés à l'organisation du centre identifiez-vous ?"*

Questions d'approfondissement :

- Les horaires d'ouverture sont-ils adaptés ?
- Les délais d'attente sont-ils problématiques ?

- L'accès géographique pose-t-il des difficultés ?
- Comment jugez-vous l'accueil et l'information donnée aux femmes ?

THÈME 5 : STRATÉGIES ET SOLUTIONS

5.1 Stratégies actuelles

Question d'ouverture : *"Quelles stratégies développez-vous pour encourager les femmes à se faire dépister ?"*

Questions de relance :

- Comment sensibilisez-vous les femmes ?
- Travaillez-vous avec d'autres structures ou associations ?
- Quelles sont les actions qui marchent le mieux ?

5.2 Gestion des réticences

Question principale : *"Comment procédez-vous avec une femme qui hésite ou refuse le dépistage ?"*

Questions d'approfondissement :

- Quels arguments utilisez-vous ?
- Comment rassurez-vous les femmes anxieuses ?
- Impliquez-vous parfois l'entourage ?

5.3 Collaboration interprofessionnelle

Question exploratoire : *"Comment travaillez-vous avec les autres professionnels de l'équipe ?"*

Questions de relance :

- Chacun a-t-il un rôle spécifique dans la sensibilisation ?
- Comment échangez-vous sur les cas difficiles ?
- Y a-t-il des formations communes ?

THÈME 6 : AMÉLIORATIONS ET RECOMMANDATIONS

6.1 Améliorations souhaitées

Question d'ouverture : *"Si vous aviez les moyens, que changeriez-vous dans le programme de dépistage ?"*

Questions d'approfondissement :

- Quelles seraient vos priorités ?
- Quels investissements seraient les plus utiles ?
- Comment améliorer l'accès pour les femmes les plus réticentes ?

6.2 Besoins en formation

Question principale : *"Quels sont vos besoins en formation pour mieux accompagner les femmes ?"*

Questions de relance :

- Sur quels aspects souhaiteriez-vous être formé(e) ?
- Comment améliorer la communication avec les femmes ?
- Avez-vous besoin d'outils spécifiques ?

6.3 Recommandations politiques

Question exploratoire : *"Quelles recommandations feriez-vous aux décideurs pour améliorer le dépistage ?"*

Questions d'approfondissement :

- Que faudrait-il changer au niveau national ?
- Comment mieux intégrer le dépistage dans le système de santé ?
- Quels partenariats développer ?

THÈME 7 : VISION PROSPECTIVE

7.1 Évolution souhaitée

Question d'ouverture : *"Comment voyez-vous l'évolution du programme de dépistage dans les prochaines années ?"*

Questions de relance :

- Quels sont vos objectifs réalistes ?
- Quels défis majeurs anticipez-vous ?
- Comment mobiliser davantage les femmes ?

7.2 Innovations possibles

Question principale : *"Quelles innovations (technologiques, organisationnelles) pourraient améliorer le dépistage ?"*

11.3. Annexe 3 : Autorisation d'enquête

MINISTRE DE LA SANTE, DE L'HYGIENE PUBLIQUE
ET DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union – Discipline – Travail



Site : www.inspci.org/E-mail: info@inspci.org
**Direction de la Formation, de la Recherche
et de l'Innovation en Santé**
Service Encadrement, Etudes et Stages

Abidjan, le **19 AOÛT 2025**

Réf. N° **13**/2025/MSHPCMU/INSP/DFRIS/SEES/cA

AUTORISATION D'ENQUETE

Le Chef du Service Encadrement, Etudes et Stages soussigné, autorise :

Docteur HIKGUINI INKALBA OBED, Etudiant en Master de Santé Publique Internationale à l'Université SENGHOR à Alexandrie (EGYPTE) à entreprendre des travaux de recherche sur le thème :

« Facteurs Influençant la prise de décision sur le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes à l'INSP d'Abidjan »

Ces travaux s'effectueront sur la période allant de **juin à août 2025**.

Au Centre de Détection Précoce des Cancers du Sein et du Col de l'Utérus (CDPCSC).

En foi de quoi, la présente autorisation d'enquête lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

**P/Le Chef de service
P/O le Chef du SAP**

KOUASSI Antoine