BAOBAB HEALTH · BAOBAB SANTÉ
Revue africaine de médecine, pharmacie et chirurgie dentaire
African Journal of Medicine, Pharmacy and Dental Surgery

Article original

DOI : https://doi.org/10.68500/bh.v1i2.8

Check for updates

Connaissances, attitudes et pratiques des femmes vis-à-vis du cancer du col utérin dans les centres de santé de base de Fianarantsoa, Madagascar

Knowledge, attitudes and practices of women attending primary health care centers in Fianarantsoa, Madagascar, regarding cervical cancer

Andriatahina Hariniaina Mampionona Ranaivomanana[1,5], Ny Aina Fanantenana Rasamimananana[1,5], Naina Ezra Randriamanovontsoa[2,6], Nomeharisoa Rodrigue Emile Hasiniatsy[3,7], Rivonirina Andry Rakotoarivelo[4,5]

[1] Service d'Oncologie, Centre Hospitalier Universitaire, Tambohobe, Fianarantsoa, Madagascar. [2]Service d'Oncologie, Centre Hospitalier Universitaire, Analankininina, Toamasina, Madagascar. [3]Service d'Oncologie et de Soins Palliatifs, Centre Hospitalier de Soavinandriana, Antananarivo, Madagascar. [4]Service des Maladies Infectieuses, Centre Hospitalier Universitaire, Tambohobe, Fianarantsoa, Madagascar. [5]Faculté de Médecine, Université de Fianarantsoa, Madagascar. [6]Faculté de Médecine, Université de Toamasina, Madagascar. [7]Faculté de Médecine, Université d'Antananarivo, Madagascar.

RÉSUMÉ

Introduction : *Le cancer du col de l'utérus demeure un problème majeur de santé publique en Afrique subsaharienne, en raison de sa morbi-mortalité élevée et des difficultés à mettre en œuvre des stratégies efficaces de prévention. Cette étude visait à évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des femmes fréquentant les Centres de Santé de Base de niveau II de Fianarantsoa I.* ***Patients et méthodes :*** *Une enquête transversale a été menée du 15 janvier au 15 mars 2020 auprès de femmes de 18 à 49 ans. Les associations entre variables ont été testées par le test exact de Fisher ($p < 0,05$) puis corrigées pour comparaisons multiples.* ***Résultats :*** *Sur 448 participantes, huit femmes (1,79%) avaient une bonne connaissance. Une attitude favorable était observée chez 98,44 %. La pratique du dépistage était de 4,91%. Après correction pour comparaisons multiples, seul le revenu mensuel élevé est resté significativement associé à une pratique plus adéquate du dépistage.* ***Conclusion :*** *La connaissance et la pratique du dépistage sur le cancer du col étaient faibles. Le renforcement des stratégies de sensibilisation dans ces centres est essentiel pour améliorer la participation au dépistage.* ***Mots clés :*** *Connaissances, attitudes et pratiques en santé ; Dépistage de masse; Détection précoce du cancer ; Soins de santé primaires ; Tumeurs du col de l'utérus*

ABSTRACT

Introduction: *Cervical cancer remains a major public health issue in sub Saharan Africa due to its high morbidity and mortality and the challenges in implementing effective prevention strategies. This study aimed to assess the knowledge, attitudes, and practices of women attending at Primary Health Centers in Fianarantsoa I.* ***Patients and methods:*** *A cross sectional survey was conducted from January 15 to March 15, 2020 among women aged 18–49 years. Associations between variables were tested using Fisher's exact test ($p < 0.05$) and adjusted for multiple comparisons.* ***Results:*** *Among 448 participants, eight women (1.79%) demonstrated good knowledge. A favorable*

Correspondence : Ranaivomanana AHM
Email: ranaivo88@gmail.com
Received: 18 August 2026/ Accepted: 8 October 2026 / Published : 15 October 2026

© The Author(s) 2026. Open Access This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made.

attitude was observed in 98.44%. The screening practice rate was 4.91%. After adjustment for multiple comparisons, only higher monthly income remained significantly associated with a more adequate screening practice. ***Conclusion:*** *Knowledge and screening practice for cervical cancer remain low. Strengthening awareness and health education strategies in these centers is essential to improve screening participation.* ***Keywords:*** *Early Detection of Cancer; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Mass Screening; Primary Health Care; Uterine Cervical Neoplasms*

1. Introduction

Le cancer du col de l'utérus, lié à une infection sexuellement transmissible, chronique et persistante par le Human Papillomavirus (HPV), constitue le quatrième cancer le plus fréquent et la quatrième cause de décès par cancer chez les femmes dans le monde [1]. Les taux d'incidence et de mortalité sont particulièrement élevés en Afrique subsaharienne, où la mise en œuvre des stratégies de prévention demeure limitée [1].

À Madagascar, le cancer du col de l'utérus serait le cancer le plus fréquent et la principale cause de décès par cancer [1] ; le taux d'incidence brut était de 27,1 pour 100 000 femmes en 2019 et 3000 femmes seraient décédées de la maladie [2]. Depuis 2007, le dépistage par inspection visuelle à l'acide acétique a été introduit au niveau des Centres de Santé de Base (CSB) de plusieurs districts, dont Fianarantsoa, suivi de l'introduction de la vaccination anti-HPV en 2013 et du dépistage cytologique dans le cadre du Plan Col en 2016 [3,4]. La couverture de ces interventions était faible, les capacités de prise en charge curative limitées et la majorité des cas étaient diagnostiqués à un stade avancé [5].

Les CSB, premier point de contact de la population avec le système de soins, jouent un rôle central dans la prévention [6]. Cette étude vise à évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des femmes concernant le cancer du col de l'utérus dans les CSB de la commune urbaine de Fianarantsoa, et à identifier les facteurs associés à ces dimensions.

2. Patients et méthode

Une étude transversale analytique a été menée dans tous les CSB de Fianarantsoa qui était au nombre de quatorze, du 15 janvier au 15 mars 2020. La commune, située dans la région Haute Matsiatra, compte 57 Fokontany et 191 776 habitants en 2018 [7]. Le dépistage par frottis cervico-vaginal s'effectue auprès de deux laboratoires de cyto-anatomopathologies et auprès de sept CSB pour l'inspection visuelle à l'acide acétique.

Toutes les femmes de 18 à 49 ans venues dans ces CSB étaient incluses. Étaient exclues, celles qui ne pouvaient pas répondre au questionnaire du fait de son état clinique et celles qui avaient refusé de participer à l'étude. La taille minimale de l'échantillon (384 femmes) a été calculée selon la formule de Schwartz. Dans chaque CSB, un nombre fixe et identique de femmes a été recruté. Ce choix visait à assurer une contribution équitable de chaque centre et à faciliter la comparabilité des résultats, mais n'a pas tenu compte de la fréquentation réelle des CSB.

Les données étaient recueillies par questionnaire standardisé, administré en face à face et comportait des caractéristiques sociodémographiques, la connaissance préalable d'une femme atteinte de cancer du col utérin ; les connaissances (facteurs de risque, signes d'alerte, moyens de prévention, âge et rythme du dépistage, traitements) ; l'attitude et les pratiques et barrières au dépistage.

L'âge a été subdivisé en fonction de l'âge médian, le lieu de résidence en fonction du statut urbain ou rural du Fokontany, la profession a été subdivisée en salariée ou non (étudiantes, femmes au foyer), le niveau d'éducation a été divisé en études supérieures (femmes qui avaient continué leurs études après leur baccalauréat) et les autres. Le revenu mensuel était subdivisé en fonction du salaire minimal en vigueur à Madagascar en 2019 qui est fixé à 200 000 ariary [8].

Un questionnaire issu du « Cervical Cancer awareness measure» a été utilisé pour le niveau de connaissance [9], auxquels ont été ajoutés d'autres items sur le dépistage et les moyens thérapeutiques adaptés au contexte local. Chaque réponse correcte aux questions fermées et ouvertes recevait un point. Le score global correspondait à la somme des points obtenus, avec un maximum de 71. La section sur les facteurs de risque et les signes comportait 11 questions ouvertes et 11 questions fermées respectivement soit 22 items chacun. Les moyens de prévention étaient explorés par six questions ouvertes et six questions fermées soit 12 items. Trois questions ouvertes et 03 questions fermées étaient posées concernant les moyens de dépistage, soit 06 items. L'âge de début, le rythme et les lieux de dépistage étaient évalués par 03 questions ouvertes, soit 03 items. Les moyens thérapeutiques comportaient trois questions ouvertes et fermées soit 06 items. Comme dans la littérature, un seuil de bonne connaissance a été fixé à un score supérieur ou égal à 50% [10,11].

Le tableau I illustre les types de réponses attendues concernant l'attitude, chaque réponse attendue était cotée à 01 (score maximal = 16). Ces questions étaient issues de la littérature et des contextes locaux. Comme pour le niveau de connaissance, le seuil d'attitude favorable a été fixé à un score supérieur ou égal à 50 % du total (≥ 08/16). Les pratiques ont été définies par la réalisation effective d'un dépistage au moins une fois dans la vie. Les données ont été analysées à l'aide d'un logiciel Epi Info, version 3.5.4 et Excel 2016. Les associations entre le niveau de connaissance, d'attitude ou de pratique et les caractéristiques sociodémographiques ou cliniques ont été étudiées à l'aide du test exact de Fisher avec un seuil de significativité à $p < 0,05$. Une correction pour comparaisons multiples (méthode de Benjamini Hochberg) a été appliquée afin de réduire le risque de faux positifs.

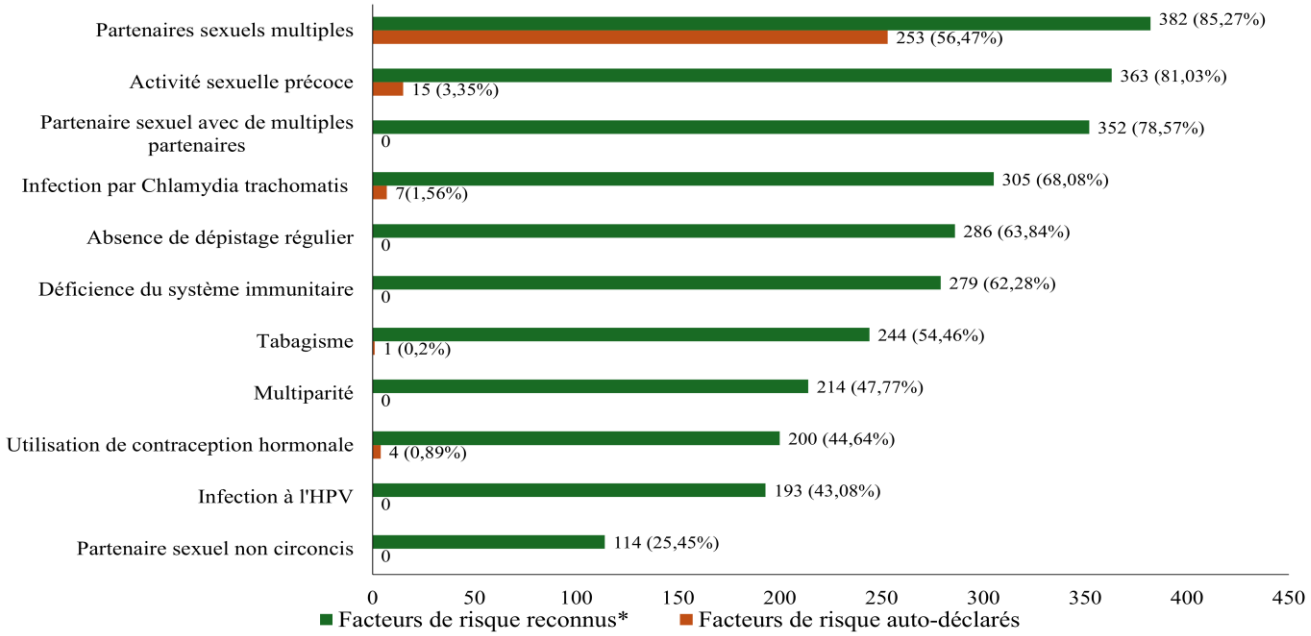


Figure 1 : Facteurs de risque du cancer du col utérin auto-déclarés et reconnus par les femmes enquêtées au niveau des Centres de Santé de Base II de Fianarantsoa (n = 448). *Plusieurs réponses possibles

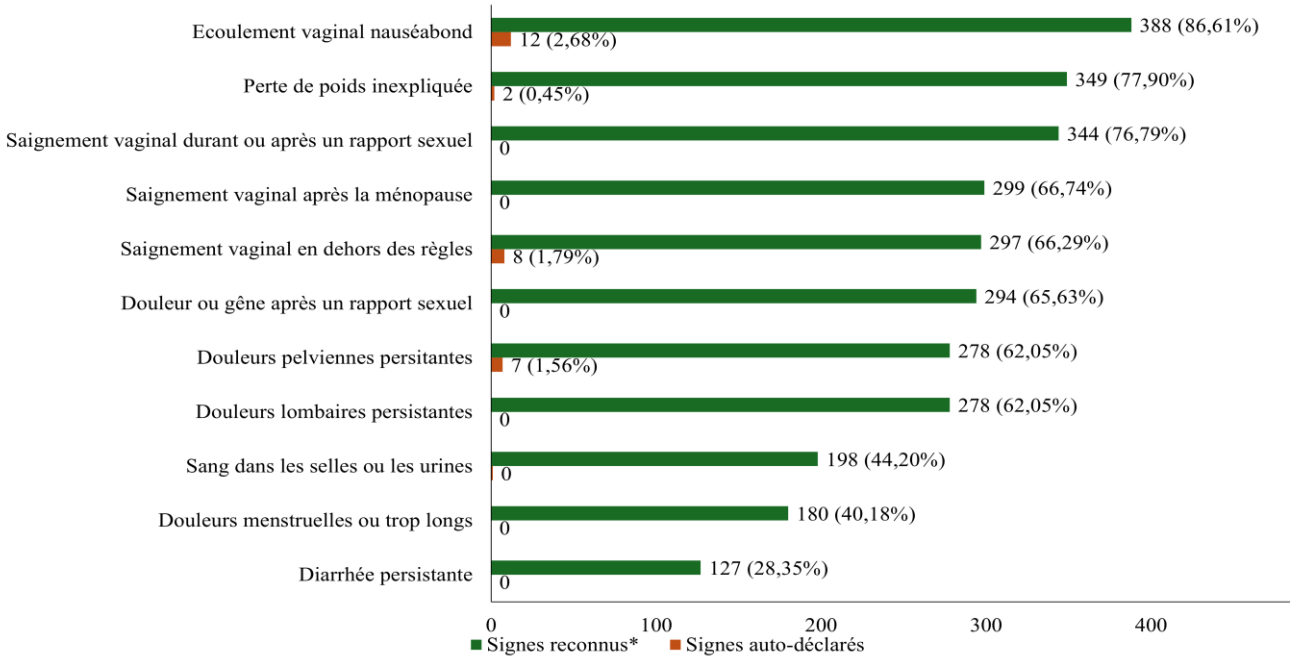


Figure 2: Signes du cancer du col utérin auto-déclarés et reconnus par les femmes enquêtées au niveau des Centres de Santé de Base II de Fianarantsoa (n = 448). *Plusieurs réponses possibles

Tableau I : Attitude des femmes enquêtées au niveau des Centres de Santé de Base II de Fianarantsoa vis-à-vis du cancer du col utérin (n = 448)

Attitude	Réponse attendue	Oui n (%)	Non n (%)	Ne sait pas n (%)
Toute femme sexuellement active y compris moi a un risque d'avoir le cancer du col utérin	Oui	153 (34,15)	152 (33,93)	143 (31,92)
Si j'avais une fille, j'accepterais de la faire vacciner contre l'HPV	Oui	417 (93,08)	14 (3,13)	17 (3,79)
Le dépistage du cancer du col est important et permet de prévenir le cancer du col utérin	Oui	443 (98,88)	2 (0,45)	3 (0,67)
J'ai peur de découvrir le cancer du col utérin si je fais un dépistage	Non	97 (21,65)	314 (70,09)	37 (8,26)
Le dépistage est douloureux et/ou embarrassant	Non	32 (7,14)	415 (92,63)	1 (0,22)
Je me ferai dépister si le test est gratuit	Oui	418 (93,30)	15 (3,35)	15 (3,35)
Le test de dépistage est coûteux	Non	112 (25,00)	222 (49,55)	114 (25,45)
Je projette de faire bientôt un test de dépistage	Oui	394 (87,95)	27 (6,03)	27 (6,03)
Le cancer du col utérin est toujours symptomatique	Non	101 (22,54)	289 (64,51)	58 (12,95)
Une femme présentant un saignement génital devrait toujours aller chez le médecin	Oui	418 (93,30)	23 (5,13)	7 (1,56)
Le cancer du col utérin est mortel s'il n'est pas diagnostiqué et traité précocement	Oui	433 (96,65)	3 (0,67)	12 (2,68)
J'accepterai le traitement chirurgical si je suis atteinte de cancer du col	Oui	413 (92,19)	35 (7,81)	0 (0,00)
J'accepterai la chimiothérapie si je suis atteinte de cancer du col	Oui	410 (91,52)	38 (8,48)	0 (0,00)
J'accepterai la radiothérapie si je suis atteinte de cancer du col	Oui	393 (87,72)	55 (12,28)	0 (0,00)
Le cancer du col utérin est une maladie honteuse et embarrassante	Non	31 (6,92)	381 (85,04)	36 (8,04)
Je prendrai mes distances vis-à-vis d'une femme atteinte du cancer du col utérin	Non	40 (8,93)	387 (86,38)	21 (4,69)

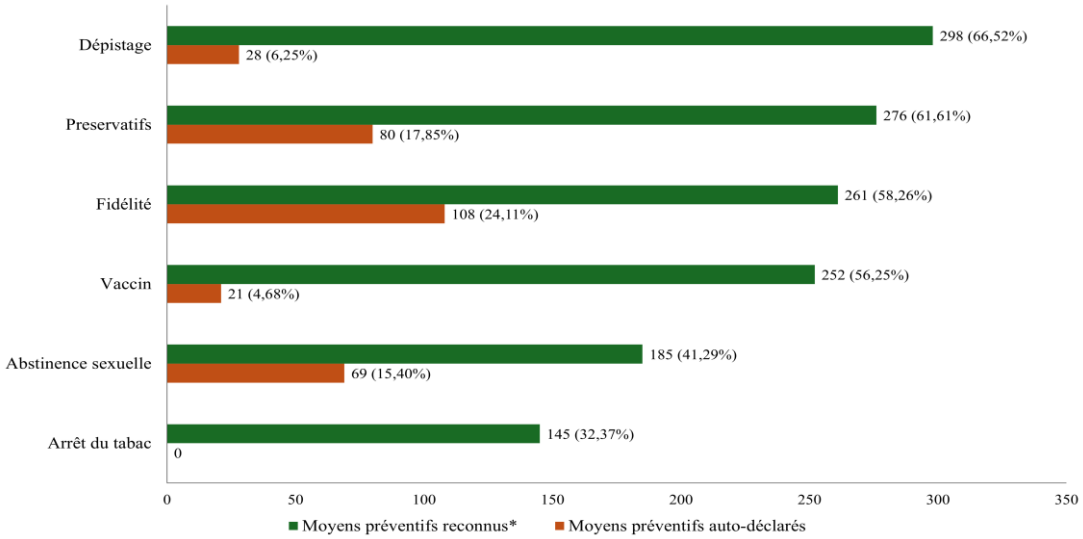


Figure 3 : Moyens préventifs contre le cancer du col utérin auto-déclarés et reconnus par les femmes enquêtées au niveau des Centres de Santé de Base II de Fianarantsoa (n = 448). *Plusieurs réponses possibles

Un biais de sélection lié au recrutement des participantes et un biais d'information lié à l'auto-déclaration des réponses ont été limités par l'exhaustivité des CSB, l'utilisation d'un questionnaire standardisé, l'anonymat des réponses et la formation des enquêteurs. Le recrutement identique par CSB peut introduire un biais de représentativité mais a permis une comparabilité entre centres et d'éviter une sur-représentation d'un centre par rapport à un autre.

L'étude a été conduite dans le respect des principes éthiques de la Déclaration d'Helsinki. L'accord des autorités sanitaires locales et des responsables des CSB a été obtenu avant l'enquête ainsi que le consentement de chaque participante. La confidentialité des données a été garantie par l'anonymisation des fiches d'enquête.

3. Résultats

Parmi les 468 femmes approchées, 448 ont participé à l'étude soit 32 femmes enquêtées dans chaque CSB. Le Tableau II présente leurs caractéristiques socio démographiques. L'âge médian était de 24 ans (minimal = 18 ans ; maximal = 49 ans). L'âge au premier rapport sexuel était précisé chez 411 femmes, les données manquantes étant liées au refus de répondre ou au fait que certaines n'avaient pas encore eu de rapport sexuel. Seules 8,26% (n = 37) connaissaient personnellement une personne atteinte de cancer du col. Parmi les participantes, 79,46 % (n = 356) avaient déjà entendu parler de cette pathologie via la radio (n = 204 ; 57,30%), la télévision (n = 89 ; 25%), les agents de santé (n = 83 ; 23,31%), les amis ou la famille (n = 51 ; 14,32%), l'école (n = 41 ; 11,52%), les journaux et magazines (n = 13 ; 03,65%) et l'internet (n = 06 ; 01,68%).

Le facteur de risque le plus reconnu était les partenaires sexuels multiples (n= 382 ; 85,27%) (figure 1) et le signe le plus reconnu était l'écoulement vaginal nauséabond (n= 388 ; 86,61%) (figure 2). Le dépistage était le moyen préventif le plus reconnu (n = 298 ; 66,52%) (figure 3). Concernant ce dépistage, le frottis cervico-vaginal était le plus souvent cité spontanément (n = 56 ; 12,50%) et le plus reconnu (n = 74 ; 16,52%) ; l'inspection visuelle était souvenue par 35 femmes (7,81%) et reconnue par 46 femmes (10,27%) ; le test à l'HPV était souvenu par 17 femmes (3,79%) et reconnu par 23 femmes (5,13%). Les lieux de dépistage à Fianarantsoa étaient connus par 175 femmes (39,06%). L'âge de début du dépistage était connu par 22 femmes (4,91%) et la périodicité de trois ans était connue par 39 femmes (8,70%). Concernant les moyens thérapeutiques, la radiothérapie n'a été citée spontanément par aucune des femmes enquêtées des femmes enquêtées (figure 4).

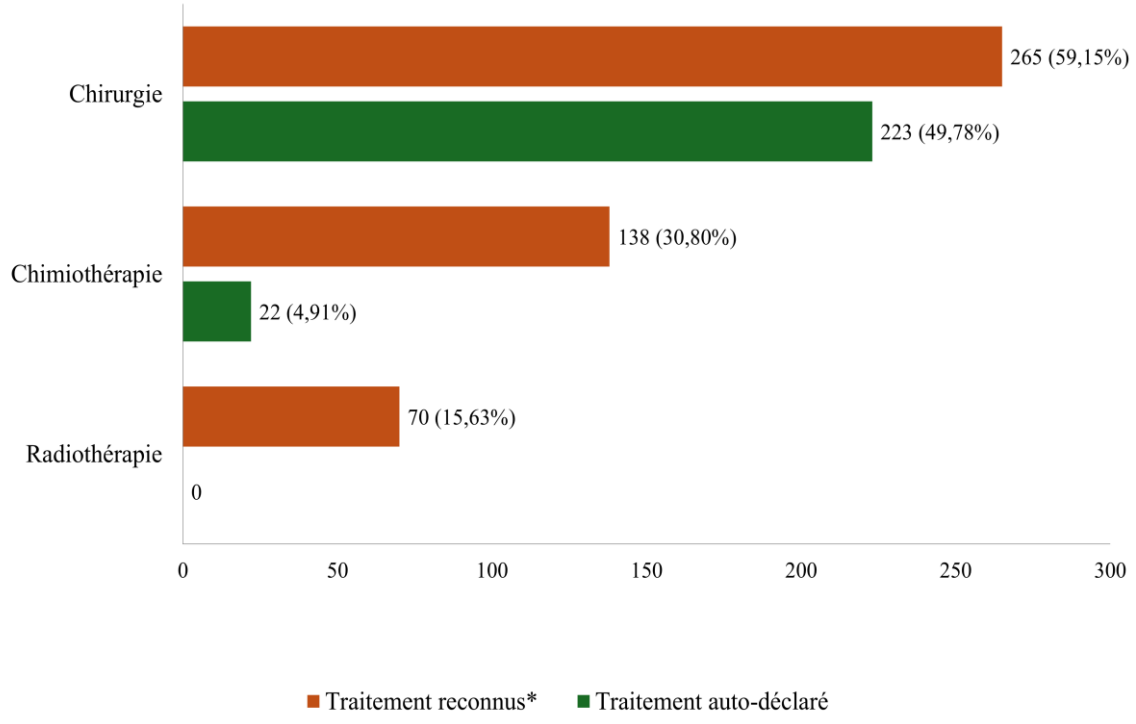


Figure 4 : Moyens thérapeutiques du cancer du col utérin auto-déclarés et reconnus par les femmes enquêtées au niveau des Centres de Santé de Base II de Fianarantsoa (n = 448). *Plusieurs réponses possibles

Tableau II : Caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées au niveau des Centres de Santé de Base II de Fianarantsoa (n = 448)

Caractéristiques socio-démographiques	Effectif	Pourcentage (%)
Âge (ans)		
Moins de 20 ans	60	13,39
[20 – 25[	169	37,72
[25 – 30[	82	18,30
[30 – 35[	47	10,49
[35 – 40[	32	7,14
[40 – 45[	30	6,70
45 ans ou plus	28	6,25
Résidence		
Fokontany ruraux	240	53,57
Fokontany urbains	208	46,43
Situation matrimoniale		
Mariées	280	62,50
Célibataires	129	28,79
Divorcées	25	5,58
Veuves	14	3,13
Profession		
Étudiantes	121	27,01
Cultivatrices, fermières	101	22,54
Commerçantes	96	21,43
Femmes au foyer	70	15,62
Salariées	33	7,37
Autres	27	6,03
Niveau d'éducation		
Analphabète	6	1,34
Primaire	99	22,10
Second cycle	125	27,90
Secondaire	73	16,29
Études supérieures	145	32,37
Revenu mensuel		
Moins de 200 000 Ariary	309	68,97
200 000 Ariary ou plus	139	31,03
Âge au premier rapport sexuel (n = 411)		
Moins de 13 ans	2	0,49
[13 – 15[	3	0,73
[15 – 17[	67	16,30
17 ans et plus	339	82,48

Tableau III : Facteurs socio-démographiques associés au niveau de connaissance, à l'attitude et à la pratique du dépistage du cancer du col utérin chez les femmes enquêtées au niveau des Centres de Santé de Base II de Fianarantsoa (n = 448)

Variables	Connaissance				Attitude				Pratique			
	Bonne n (%)	Mauvaise n (%)	p brute	p corrigée	Favorable n (%)	Défavorable n (%)	p brute	p corrigée	Adéquate n (%)	Inadéquate n (%)	p brute	p corrigée
Âge												
24 ans et moins	1 (0,4)	228 (99,6)	0,03	0,18	225 (98,3)	4 (1,7)	0,52	0,81	6 (2,6)	223 (97,4)	0,01	0,12
Plus de 24 ans	7 (3,2)	212 (96,8)			216 (98,6)	3 (1,4)			16 (7,3)	203 (92,7)		
Résidence												
Fokontany rural	3 (1,2)	237 (98,8)	0,29	0,74	235 (97,9)	5 (2,1)	0,28	0,72	8 (3,3)	232 (96,7)	0,07	0,42
Fokontany urbain	5 (2,4)	203 (97,6)			206 (99,0)	2 (1,0)			14 (6,7)	194 (93,3)		
Profession												
Salarié	6 (2,3)	251 (97,7)	0,26	0,68	256 (99,6)	1 (0,4)	0,02	0,24	10 (3,9)	247 (96,1)	0,17	0,55
Non salarié	2 (1,0)	189 (99,0)			185 (96,9)	6 (3,1)			12 (6,3)	179 (93,7)		
Situation matrimoniale												
Mariée	7 (2,5)	273 (97,5)	0,13	0,46	277 (98,9)	3 (1,1)	0,24	0,61	13 (4,6)	267 (95,4)	0,45	0,79
Autres	1 (0,6)	167 (99,4)			164 (97,6)	4 (2,4)			9 (5,4)	159 (94,6)		
Niveau d'éducation												
Études supérieures	4 (2,8)	141 (97,2)	0,24	0,63	141 (97,2)	4 (2,8)	0,16	0,58	10 (6,9)	135 (93,1)	0,14	0,52
Autres	4 (1,3)	299 (98,7)			300 (99,0)	3 (1,0)			12 (4,0)	291 (96,0)		
Revenu mensuel												
Moins de 200 000 Ar	3 (1,0)	306 (99,0)	0,06	0,36	303 (98,1)	6 (1,9)	0,31	0,69	8 (2,6)	301 (97,4)	0,001	0,02
200 000 Ar et plus	5 (3,6)	134 (96,4)			138 (99,3)	1 (0,7)			14 (10,1)	125 (89,9)		
Expérience préalable au cancer												
Oui	3 (8,1)	34 (91,9)	0,02	0,15	37 (100,0)	0 (0,0)	0,54	0,82	5 (13,5)	32 (86,5)	0,02	0,18
Non	5 (1,2)	406 (98,8)			404 (98,3)	7 (1,7)			17 (4,1)	394 (95,9)		
Âge au premier rapport sexuel (n = 411)												
Moins de 17 ans	1 (0,7)	151 (99,3)	0,14	0,48	150 (98,7)	2 (1,3)	0,48	0,81	8 (5,2)	144 (94,7)	0,57	0,89
17 ans et plus	7 (2,7)	252 (97,3)			257 (99,2)	2 (0,8)			14 (5,4)	245 (94,6)		

p brute : valeur de p non ajustée ; p corrigée : valeur de p ajustée pour comparaisons multiples.

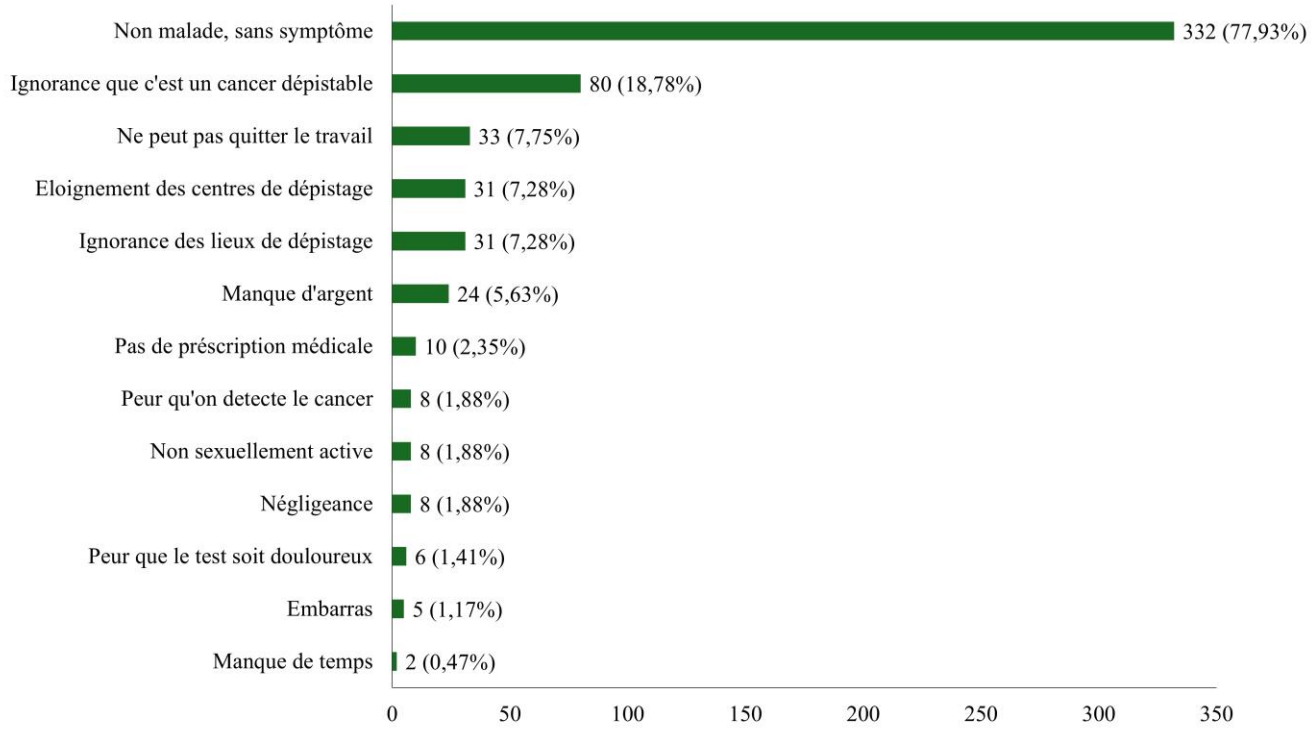


Figure 5 : Barrières au dépistage du cancer du col utérin cités par les femmes n'ayant jamais effectués de dépistage au niveau des Centres de Santé de Base II de Fianarantsoa (n = 426). *Plusieurs réponses possibles

Le score moyen de connaissance était de 20,54 +/-7,28 points (médian = 21). Une bonne connaissance était retrouvée chez 1,79 % (n = 08) des femmes, et est associée à l'âge et à une expérience préalable du cancer (tableau III).

Concernant l'attitude (tableau I), le score moyen était de 13,17 +/- 1,90 (médian = 14). Parmi les quatorze femmes qui avaient refusé de vacciner leurs filles, les raisons de leur refus étaient la peur d'attraper le cancer, la peur d'être malade, l'absence de maladie. Une attitude favorable était observée chez 441 femmes (98,44%) notamment chez les femmes qui avaient un travail (tableau III).

Vingt-deux femmes (4,91%) avaient déjà effectué un dépistage. L'absence de maladie et/ou de symptômes était la principale barrière citée par 332 femmes (figure 5).

4. Discussion

Cette étude avait montré une connaissance limitée du cancer du col utérin chez les femmes venues dans les CSB II de Fianarantsoa en 2020. Malgré une attitude favorable, le dépistage restait peu pratiqué.

Aucune des participantes ne connaissait de façon spontanée le rôle de l'infection par l'HPV dans la genèse du cancer du col utérin. De faibles taux étaient aussi observés en Tanzanie et en Lybie avec un taux de connaissance allant de 0,3 et 2,2% [10,11]. L'absence de connaissance spontanée du rôle causal de l'HPV pourrait être l'un des principaux obstacles à l'adhésion des femmes au dépistage et à faire vacciner leur fille contre l'HPV. Ce résultat souligne l'importance d'une éducation sanitaire ciblée sur le rôle de l'HPV, afin de renforcer l'efficacité des stratégies de prévention. En Ouganda, où des programmes d'éducation et de prévention sur le cancer du col utérin existent, le taux de connaissance sur l'infection à HPV et le cancer du col était plus élevé (84,4%) [12,13]. Toujours dans ce même pays, bien que le taux de dépistage reste faible, la couverture vaccinale HPV est estimée à environ 75 % pour la première dose et à 44 % pour la série complète en 2021 [14].

La majorité (79,46%) avaient déjà entendu parler de la maladie, proportion comparable à d'autres pays africains (74,6 à 83,1 %) [10,11,15–17] mais plus élevée qu'au Nigéria (12,8 %) et au Ghana (55 %), en raison d'un accès limité aux soins, à un faible niveau socioéconomique et à un bas niveau d'éducation des femmes [18,19]. À Fianarantsoa, les campagnes de sensibilisation et de dépistage pourraient expliquer cette proportion.

La prévention liée aux pratiques sexuelles était la plus connue. La connaissance des centres de dépistage, des moyens et du rythme de dépistage et la vaccination contre l'HPV étaient limitées reflétant le manque d'information ciblant ces aspects ainsi qu'au fait qu'en 2020, la vaccination contre l'HPV ne figurait pas dans le calendrier vaccinal à Madagascar. Depuis décembre 2025,

ce vaccin a été officiellement introduit dans le Programme Élargi de Vaccination, ciblant les filles âgées de 9 à 14 ans [20]. Ceci permettrait au pays d'atteindre la stratégie mondiale de l'OMS pour l'élimination du cancer du col de l'utérus où 90 % des filles seront vaccinées contre l'HPV avant 15 ans d'ici 2030 [21].

Aucune des participantes ne connaissait la radiothérapie comme traitement du cancer du col utérin. Dans d'autres pays africains, un faible niveau de connaissance sur ce traitement était aussi observé allant de 0,3 à 1,3% [10,22]. Ce faible niveau de connaissance serait lié à l'absence de ce traitement dans la région. Dans une étude effectuée à Fianarantsoa en 2014 – 2018, aucune des femmes n'avait pu bénéficier de ce traitement alors que la majorité des cas diagnostiqués étaient à un stade avancé nécessitant ce traitement car il s'agit du principal traitement des cas avancés [5]. Les difficultés d'accès à ce traitement ne permettent pas d'atteindre les objectifs de l'OMS où 90% des femmes atteintes de cancer du col utérin seront pris en charge [21].

Seules huit femmes (1,79 %) avaient une bonne connaissance, surtout les plus de 24 ans et celles qui avaient une expérience préalable du cancer. Les femmes plus âgées seraient plus réceptives aux campagnes de sensibilisation, plus motivées à accéder aux services de santé et auraient une perception accrue du risque de cancer. Toutefois, cette association varie selon les contextes : en République Démocratique du Congo, l'âge n'avait pas d'effet significatif [16]. Comme en Ethiopie [22], les femmes ayant connu une personne atteinte de la maladie étaient plus informées probablement en raison d'une plus grande prise de conscience qui les encouragent à la recherche active d'information. Toutefois, dans notre étude, ces associations n'ont pas atteint la significativité statistique après correction pour comparaisons multiples, ce qui limite leur interprétation et suggère que la connaissance du cancer du col utérin était limitée dans toutes les catégories de femmes enquêtées.

Dans cette étude, 34% des participantes considéraient que toute femme sexuellement active risquait de développer un cancer du col utérin, proportions inférieures à ce qui est rapporté en Éthiopie et au Kenya (51,5% à 70,1%) [22–24]. Cette variabilité refléterait la mauvaise perception que le cancer du col ne survient que chez les femmes avec des partenaires sexuels multiples.

Plus de 93% des participantes se déclaraient prêtes à vacciner leurs filles, taux supérieur à celui observé au Cambodge (62%) en raison du coût et du manque d'information [25]. En 2013, un projet pilote à Madagascar a permis de vacciner les filles mais des refus étaient observés en raison du manque de connaissance sur la campagne de vaccination, de la peur d'infertilité liée au vaccin et de ses autres effets secondaires, de la croyance de l'effet néfaste d'une vaccination trop nombreuse, et que le vaccin soit encore en phase expérimentale [26]. Dans cette étude, le principal obstacle était que la vaccination induirait le cancer.

La majorité des femmes avait une attitude favorable notamment celles qui avaient un emploi. Ces associations n'ont pas atteint la significativité statistique après correction pour comparaisons multiples. Dans d'autres études, les femmes plus âgées [16,17], vivant en zones urbaines [17,27] et celles avec un haut niveau d'éducation [17,22,24] avaient une attitude plus favorable.

La pratique du dépistage était faible (4,91%), comme rapportés dans d'autres pays en développement où les taux de dépistage varient entre 0,7% et 8,6% [16,18,23,28]. Le manque d'infrastructures dédiées au dépistage organisé ainsi qu'un mauvais accès aux soins pourraient en être la cause alors que dans les pays développés, ce taux peut aller jusqu'à plus de 60% [29]. L'auto-prélèvement pour test HPV permettrait de pallier ces obstacles structurels et financiers. Validé dans plusieurs pays à ressources limitées, les femmes adhèrent mieux au dépistage avec l'auto-prélèvement sans diminution de l'efficacité face au prélèvement réalisé en milieu clinique [30,31]. Même si son coût unitaire est plus élevé que les méthodes de dépistage usuelles, il est considéré comme coût-efficace en réduisant les besoins en infrastructures et en personnels qualifiés [30,31]. Son intégration dans les stratégies nationales pourrait contribuer à surmonter les barrières identifiées et rapprocher les pays à faibles ressources des objectifs mondiaux de 70 % de dépistage fixés par l'OMS d'ici 2030 [21].

Parmi les 426 femmes non dépistées, les principales barrières étaient l'absence de symptômes, l'ignorance du caractère dépistable du cancer, la méconnaissance des centres de dépistage et les contraintes financières. La perception d'être en bonne santé ou la peur du résultat constituaient aussi des barrières dans d'autres études [18,24,27]. La croyance que le dépistage ne s'effectue qu'en présence de symptôme témoigne du manque de connaissance sur l'intérêt du dépistage qui sert à rechercher une maladie qui est encore asymptomatique.

Le dépistage constitue la clé pour éviter les diagnostics tardifs, comme ceux observés à Fianarantsoa où 64,28 % des cas étaient diagnostiqués aux stades III (cancer qui s'étend au-delà du col utérin) et IV (cancer métastatique) [5] ; une étude cas témoins menée en Angleterre en 1988-2013 avait montré que le dépistage régulier réduit de 67 % l'incidence des cancers de stade IA et de 95 % celle des cancers de stade III ou plus, confirmant que le dépistage est particulièrement efficace pour prévenir les diagnostics tardifs et la mortalité associée [32]. La faible pratique du dépistage contribue à maintenir un diagnostic tardif et une perte de chance thérapeutique, ce qui souligne l'urgence d'intégrer des stratégies innovantes, telles que l'auto-

prélèvement HPV, pour améliorer l'accès au dépistage et réduire les délais de prise en charge.

Les femmes de plus de 24 ans et celles ayant une expérience préalable du cancer semblaient pratiquer davantage le dépistage, mais ces associations n'étaient pas significatives après correction pour comparaisons multiples. Le revenu mensuel élevé est resté significativement associé à une pratique plus adéquate, ce qui rejoint les résultats observés au Kenya [23]. Ce constat suggère que les contraintes financières, notamment l'ignorance ou la perception du coût du dépistage, pourraient constituer une barrière importante à l'accès au dépistage.

L'intégration de l'information, de l'éducation et de la communication (IEC)bsur cette maladie au niveau des CSB et l'implication des médecins généralistes dans le dépistage sont déterminantes car ces derniers jouent un rôle de proximité et de confiance favorisant l'adhésion au dépistage [33,34], de même que l'introduction d'autres stratégies de dépistage comme l'auto-prélèvement HPV.

La mise en place des stratégies de prévention au niveau scolaire permettrait de sensibiliser les jeunes filles à prévenir la maladie d'autant plus que des programmes d'éducation sexuelle ont été introduits dans certains collèges et lycées à Madagascar afin de prévenir entre autres, les infections sexuellement transmissibles [35]. Le recours aux agents communautaires dans la sensibilisation permettrait aux femmes d'être en confiance devant des personnes issues de leur environnement social. Les témoignages de femmes déjà vaccinées pourraient encourager les parents à accepter la vaccination de leurs filles. Le partage d'expérience d'anciennes patientes encourageraient les femmes à prendre soin de leur santé.

Cette étude constitue une première initiative locale visant à explorer les connaissances, attitudes et pratiques des femmes fréquentant les CSB de Fianarantsoa concernant le cancer du col utérin. Un biais de sélection lié au recrutement de femmes ne permet pas de généraliser les résultats auprès d'autres femmes fréquentant des structures privées. Le recrutement identique par centre améliore la comparabilité mais réduit la représentativité. Un biais d'information en lien au caractère déclaratif des réponses pourrait surestimer les attitudes positives. Une analyse multivariée n'a pas pu être effectuée en raison du nombre limité d'évènements observés.

5. Conclusion

Le niveau de connaissance, notamment concernant les facteurs de risque et le dépistage, ainsi que la pratique du dépistage étaient insuffisants. Afin d'atteindre les objectifs de l'OMS dans l'élimination du cancer du col utérin, qui consistent à vacciner 90 % des filles contre le HPV avant l'âge de 15 ans, de dépister 70 % des femmes et de traiter 90% des femmes atteintes de cancer du col utérin, l'intégration de l'IEC, du dépistage et de vaccination en milieu scolaire, communautaire et dans les CSB s'avère nécessaire ainsi que l'implantation d'autres moyens de dépistage comme l'auto-prélèvement HPV. L'implication active des femmes déjà vaccinées contre l'HPV, ayant déjà effectué un dépistage ou des survivantes du cancer du col utérin, en tant que bénéficiaires mais aussi relais communautaires, est essentielle pour renforcer l'adhésion et réduire les barrières socioculturelles. L'accès à la radiothérapie au niveau régional, pilier du traitement du cancer du col utérin à un stade avancé est primordial pour permettre à toutes les femmes dépistées atteintes de cancer du col utérin d'être traitées de la maladie.

Déclarations

Conflit d'intérêt : aucun

Financement : aucun

Contribution des auteurs : Ranaivomanana AHM a participé à la conception de l'étude, à l'analyse et l'interprétation des données, à la rédaction du manuscrit. Rasamimanana NAF a participé à la conception de l'étude, à l'acquisition des données, à l'analyse et l'interprétation des données. Randriamanovontsoa NE, Hasiniatsy NRE, Rakotoarivelo R ont contribué à la révision critique du manuscrit. Tous les auteurs ont approuvé la version finale à publier et à l'intégrité de l'ensemble du travail.

Références

1.Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2018;68(6):394-424.

2.Organisation mondiale de la santé. Profils par pays sur le cancer du col de l'utérus : Madagascar. Genève : OMS; 2021 [Internet]. Disponible sur : https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/cervical-cancer/cervical-cancer-mdg-2021-country-profile-en.pdf

3. Ministère de la Santé Publique. Politique nationale de lutte contre le cancer à Madagascar [Internet]. Antananarivo: MSP; 2010. 21 p. Disponible sur: https://www.iccp-portal.org/resources/politique-nationale-de-lutte-contre-le-cancer-madagascar

4.Ministère de la Santé Publique. Plan stratégique national de la lutte contre le cancer du col utérin à Madagascar [Internet]. Antananarivo: MSP; 2016. 16 p. Disponible sur: https://www.iccp-

portal.org/resources/plan-national-strategique-de-lutte-contre-le-cancer-du-col-uterin

5.Ranaivomanana M, Randriamanovontsoa N, Randriamalala N, Rafaramino F. Delays in diagnosis, treatment and follow-up of cervical cancer in Fianarantsoa, Madagascar during 2014 to 2018: a descriptive study. EC Gynaecology. 2019;56-61.

6.Ministère de la Santé Publique. Politique nationale de prévention et lutte intégrée contre les maladies chroniques non transmissibles et la prévention du handicap [Internet]. 2017. 51 p. Disponible sur: https://www.iccp-portal.org/resources/plan-strategique-national-de-lutte-integree-contre-les-maladies-non-transmissibles-et-la

7.Institut National de la Statistique Madagascar. Effectif de la population RGPH3 2018 [Internet]. [cité 14 mai 2023].https://dataviz.instat.mg/indicateurs/regions/REG/haute-matsiatra/DIST/fianarantsoa-i/2018-1498

8.Présidence de la République. Décret n° 2019-927 fixant le salaire minimum d'embauche mensuel à Madagascar. Journal Officiel de la République de Madagascar. 24 juin 2019. p. 3696.

9.UCL Health Behaviour Research. Cervical Cancer awareness measure (cervical CAM) toolkit. Cancer [Internet]. UK Data Archive, Colchester.; 2009. http://www.cancerresearchuk.org/sites/default/files/health_professionallkit_version_2.1_09.02.11.pdf.

10. Mabelele MM, Materu J, Ng'ida FD, Mahande MJ. Knowledge towards cervical cancer prevention and screening practices among women who attended reproductive and child health clinic at Magu district hospital, Lake Zone Tanzania: a cross-sectional study. BMC Cancer. 2018;18(1):565.

11. Hweissa NA, Su TT. Awareness of cervical cancer and socio-demographic variations among women in Libya: An exploratory study in Az-Zawiya city. Eur J Cancer Care. 2018;27(1):e12750.

12. République d'Ouganda, Ministère de la Santé. The national cervical cancer prevention and control strategic planhttps://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/plan-strategy/UGA-RH-47-01-PLAN-STRATEGY-2018-eng-Strategic-PlanII-2018-2023-Uganda.pdf

13.Mukama T, Ndejjo R, Musabyimana A, et al. Women's knowledge and attitudes towards cervical cancer prevention: a cross sectional study in Eastern Uganda. BMC Womens Health. 2017;17(1):9.

14. Bruni L, Albero G, Serrano B, Mena M, Collado L, Gómez D, et al. Human Papillomavirus and Related Diseases, Summary Report 2023 [Internet]. Barcelone: ICO/IARC HPV Information Centre; 2023. Disponible sur: https://hpvcentre.net/statistics/reports/UGA.pdf

15.Gatumo M, Gacheri S, Sayed AR, Scheibe A. Women's knowledge and attitudes related to cervical cancer and cervical cancer screening in Isiolo and Tharaka Nithi counties, Kenya: a cross-sectional study. BMC Cancer. 2018;18(1):745.

16.Ali-Risasi C, Mulumba P, Verdonck K, et al. Knowledge, attitude and practice about cancer of the uterine cervix among women living in Kinshasa, the Democratic Republic of Congo. BMC Women's Health. 2014;14(1):30.

17. Narayana G, Jyothi Suchitra M, Sunanda G, et al. Knowledge, attitude, and practice toward cervical cancer among women attending Obstetrics and Gynecology Department: A cross-sectional, hospital-based survey in South India. Indian J Cancer. 2017;54(2):481-7.

18. Olubodun T, Odukoya OO, Balogun MR. Knowledge, attitude and practice of cervical cancer prevention, among women residing in an urban slum in Lagos, South West, Nigeria. Pan Afr Med J. 2019;32:130.

19. Gyamfua AA, Nkrumah I, Mary IB, et al. The level of knowledge and associated socio-demographic factors on cervical cancer among women: a cross-sectional study at Kenyase Bosore community, Ghana. Pan Afr Med J. 2019;34:44.

20.Organisation mondiale de la santé. Madagascar introduit officiellement le vaccin HPV pour protéger les jeunes filles et prévenir le cancer du col de l'utérus. | OMS | Bureau régional pour l'Afrique [Internet]. 2025 [cité 29: https://www.afro.who.int/fr/countries/madagascar/news/madagascar-introduit-officiellement-le-vaccin-hpv-pour-proteger-les-jeunes-filles-et-prevenir-le

21. Stratégie Mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique. 1st ed. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2022. 60 p.

22. Geremew AB, Gelagay AA, Azale T. Comprehensive knowledge on cervical cancer, attitude towards its screening and associated factors among women aged 30–49 years in Finote Selam town, northwest Ethiopia. Reprod Health. 2018;15(1):29.

23. Sudenga SL, Rositch AF, Otieno WA, Smith JS. Brief Report: Knowledge, attitudes, practices and perceived risk of cervical cancer among Kenyan women. Int J Gynecol Cancer. 2013;23(5):895-9.

24. Kasa AS, Tesfaye TD, Temesgen WA. Knowledge, attitude and practice towards cervical cancer among women in Finote Selam city administration, West Gojjam

Zone, Amhara Region, North West Ethiopia, 2017. African Health Sciences. 2018;18(3):623-36.

25. Touch S, Oh JK. Knowledge, attitudes, and practices toward cervical cancer prevention among women in Kampong Speu Province, Cambodia. BMC Cancer. 2018;18(1):294.

26.Organisation Mondiale de la Santé. Bulletin Santé Madagascar N°48, Octobre 2013: Introduction du vaccin contre le papillomavirus humain (HPV) [Internet]. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2013 [cité 10 mai 2023]. Disponible sur: https://www.afro.who.int/fr/news/bulletin-sante-madagascar-ndeg48-octobre-2013

27.Shrestha S, Dhakal P. Knowledge, Attitude and Practice Regarding Cervical Cancer Screening Among Women Attending a Teaching Hospital, Bharatpur, Chitwan. J Fam Reprod Health. 2017;11(1):18-23.

28.Javaeed A, Shoukat S, Hina S, et al. Knowledge, Attitude, and Practices Related to Cervical Cancer Among Adult Women in Azad Kashmir: A Hospital-based Cross-sectional Study. Cureus. 11(3):e4234.

29.Bruni L, Serrano B, Roura E, et al. Cervical cancer screening programmes and age-specific coverage estimates for 202 countries and territories worldwide: a review and synthetic analysis. Lancet Glob Health. 2022;10(8):e1115 27.

30. Mekuria SF, Timmermans S, Borgfeldt C, et al. HPV self-sampling versus healthcare provider collection on the effect of cervical cancer screening uptake and costs in LMIC: a systematic review and meta-analysis. Syst Rev. 2023;12(1):103.

31. Tesha NA, Jaiswal N, Ruhago G, et al. Cost and cost-effectiveness of cervical cancer HPV DNA self-sampling: a systematic review. BMJ Public Health. 2026;4(2).

32. Landy R, Pesola F, Castañón A, Sasieni P. Impact of cervical screening on cervical cancer mortality: estimation using stage-specific results from a nested case–control study. Br J Cancer. 2016;115(9):1140-6.

33. Hermens RP, Tacken MA, Hulscher ME, et al. Attendance to cervical cancer screening in family practices in The Netherlands. Prev Med. 2000;30(1):35-42.

34. Kant AC, Palm BT, Wentink E, van Weel C. General practitioner based screening for cervical cancer: higher participation of women with a higher risk? J Med Screen. 1997;4(1):35-9.

35.Ministère de l'Éducation Nationale [Internet]. Antananarivo: MEN; [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: https://www.education.gov.mg/education-sexuelle-un-curriculum-en-phase-dexperimentation/.)

How to cite this article : *Ranaivomanana AH M, Rasamimananana NA F, Randriamanovontsoa NE, Hasiniatsy NRE, Rakotoarivelo RA. Connaissances, attitudes et pratiques des femmes vis-à-vis du cancer du col utérin dans les centres de santé de base de Fianarantsoa, Madagascar. Baobab Health. 2026;1(2):89-100*

DOI : https://doi.org/10.68500/bh.v1i2.8