Canadian Oncology Nursing Journal

Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie

Volume 31, Issue 3 • Summer 2021
eISSN: 2368-8076

Canadian Association of Nurses in Oncology
Association canadienne des infirmières en oncologie

Connaissances, utilisation et obstacles liés au dépistage du cancer du col utérin dans des hôpitaux de district de Kigali, au Rwanda

par Gaudence Niyonsenga, Darius Gishoma, Ruth Sego, Marie Goretti Uwayezu, Bellancille Nikuze, Margaret Fitch, Pierre Célestin Igiraneza

RÉSUMÉ

Contexte : Dans le monde, le cancer du col utérin arrive au troisième rang des cancers les plus fréquents chez les femmes, mais il passe au deuxième rang en Afrique orientale, où se trouve le Rwanda. Le dépistage périodique est un moyen de prévention efficace. Malgré cela, en Afrique, on estime que le taux de dépistage

de ce cancer se situe entre 10 et 70 %. Plusieurs facteurs entravent le dépistage, surtout en Afrique subsaharienne. Au Rwanda, on recense peu d'écrits sur l'utilisation des services de dépistage et les facteurs nuisant au dépistage du cancer du col utérin.

Objectif : Évaluer les connaissances sur le dépistage du cancer du col utérin qu'ont les femmes fréquentant les hôpitaux de district de Kigali (au Rwanda), recenser l'utilisation de ce service et déterminer les obstacles qui empêchent d'y recourir.

Méthodologie : Une étude transversale descriptive a été menée, et les données ont été collectées au moyen d'un questionnaire structuré. Des questions nominales de type « oui ou non » ont mis en lumière les connaissances des femmes sur le cancer du col utérin et l'utilisation des services de dépistage. Pour cerner les obstacles au dépistage, nous avons utilisé des questions de type « échelle de Likert ». Ces données ont ensuite fait l'objet d'une analyse statistique descriptive et déductive. La sélection des répondantes s'est faite par échantillonnage aléatoire systématique depuis la base de données des patientes fréquentant les services gynécologiques de trois hôpitaux de district de Kigali (Rwanda).

Résultats : Au total, 329 femmes ont répondu au sondage. La moitié d'entre elles ($n = 165$) connaissaient bien le dépistage du cancer du col utérin. Le pourcentage de dépistage se situe à 28,3 %. Nous avons décelé un lien entre l'utilisation du dépistage et une bonne connaissance du sujet ($P = 0,000$, $r = -0,392$) ainsi que certains facteurs démographiques ($P = 0,000$). Parmi les obstacles qui concourent à restreindre l'accès au dépistage, nous avons relevé des obstacles individuels (méconnaissance de l'existence des services de dépistage), géographiques (milieu rural) et liés au système de santé et aux prestataires de soins (campagnes de sensibilisation déficientes, attitudes négatives des prestataires de soins envers les patientes et longs délais d'attente).

Conclusion : Dans les hôpitaux de district étudiés de Kigali (Rwanda), on constate un faible pourcentage de dépistage du cancer du col utérin causé par plusieurs obstacles. Il est donc fortement recommandé d'engager une campagne d'information permanente sur ce cancer et son dépistage. Enfin, il est crucial que les prestataires de soins qualifiés encouragent les femmes à se soumettre au dépistage, et qu'ils s'efforcent de réduire les obstacles qui s'y rattachent.

Mots-clés : cancer du col utérin, dépistage du cancer du col utérin, utilisation des services de dépistage du cancer du col utérin, connaissances sur le dépistage, obstacles au dépistage, dépistage dans les PRITI

AUTEURS

Gaudence Niyonsenga*, Hôpital King Faisal, Kigali, Rwanda

Darius Gishoma, École de sciences infirmières et pratique sage-femme, Université du Rwanda, Collège de médecine et de sciences de la santé, Kigali, Rwanda

Ruth Sego, Collège des sciences infirmières Rory Meyers, Université de New York, New York, États-Unis et Faculté des sciences infirmières Bloomberg, Université de Toronto, Canada

Marie Goretti Uwayezu, École de sciences infirmières et pratique sage-femme, Université du Rwanda, Collège de médecine et de sciences de la santé, Kigali, Rwanda

Bellancille Nikuze, École de sciences infirmières et pratique sage-femme, Université du Rwanda, Collège de médecine et de sciences de la santé, Kigali, Rwanda

Margaret Fitch, École de sciences infirmières et pratique sage-femme, Université du Rwanda, Collège de médecine et de sciences de la santé, Kigali, Rwanda

Pierre Célestin Igiraneza, Camp de réfugiés Alight Rwanda de Nyabiheke, Rwanda

* Auteure-ressource : Gaudence Niyonsenga, Hôpital King Faisal, Kigali (Rwanda)

Courriel : niyosavior@gmail.com

Contribution des auteurs : Tous les auteurs ont contribué à la version finale de cette étude.

Remerciements : Je souhaite témoigner ma gratitude aux D^{rs} Darius Gishoma et Ruth Sego dont les connaissances scientifiques ont été très utiles à cette recherche.

DOI:10.5737/23688076313275284

CONTEXTE

Le cancer du col utérin est le troisième type de cancer le plus courant chez les femmes partout dans le monde (Ferlay et al., 2019). Il est principalement causé par le virus du papillome humain, ou VPH (de Sanjosé, Brotons et Pavón, 2018). Le dépistage de ce cancer consiste en une intervention rapide réduisant l'incidence des lésions précancéreuses du VPH (Stewart, Moodley et Walter, 2018). Quelques méthodes de dépistage existent, dont l'inspection visuelle des lésions précancéreuses au soluté de lugol (IVL), l'inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA) et le dépistage par cytologie (ou test du VPH) (Stewart et al., 2018; Ferlay et al., 2019). Cela dit, les pays à faible revenu ne peuvent se permettre le dépistage par cytologie (recherche du génome du virus du papillome humain) (Stewart et al., 2018; Mukanyangezi et al., 2017). Ce sont alors les prestataires de soins qualifiés (infirmières, sages-femmes et médecins) qui peuvent pratiquer les actes comme l'IVA et l'IVL (Ruzigana, Bazzet-matabele, Rulisa, Ghebre et Martin, 2017; Mukanyangezi et al., 2017).

Le dépistage vise à détecter les lésions précancéreuses qui, si elles ne sont pas traitées, mèneront à un cancer (Ruzigana et al., 2017). L'OMS recommande le dépistage du cancer du col utérin à partir de 30 ans (Santesso et al., 2016; Ferlay et al., 2019). L'intervalle entre les dépistages va de trois à cinq ans chez les femmes aux résultats d'IVA ou de cytologie négatifs (Curry et al., 2018). Pour celles chez qui on a découvert des lésions anormales du col, on rapproche l'intervalle de dépistage, pose un diagnostic et leur administre un traitement. Ce suivi plus régulier prévient la croissance des cellules cancéreuses et permet le traitement précoce, ce qui augmente le potentiel de guérison (Stewart et al., 2018).

Même si de manière générale on observe un lien entre la détection précoce du cancer du col utérin et l'augmentation du taux de survie (Vaccarella, Laversanne, Ferlay et Bray, 2017), Schiffman (2017) a révélé que les femmes d'Afrique subsaharienne présentent souvent des cancers avancés incurables. La détection tardive de ce cancer nuit au traitement curatif précoce, augmentant les taux de morbidité et de mortalité (Makuza et al., 2015; Stewart et al., 2018). Des études menées dans certains pays africains ont révélé de faibles pourcentages d'utilisation des services de dépistage, comme dans les pays à revenus faible et intermédiaire (tranche inférieure) (Stewart et al., 2018). On rapporte des taux de dépistage de 0,8 %, 5 % et 5,3 % dans les régions côtières du Ghana, au Soudan et au Nigeria respectivement (Almobarak, Elbadawi, Elmadhoun, Elhoweris et Ahmed, 2016; Kokuro, 2017; Ebu, Mupepi, Siakwa et Sampselle, 2014), contre 75 % dans les pays à revenus relativement élevé et moyen à supérieur (Nwobodo et Ba-Break, 2016).

Au Rwanda, une analyse des facteurs de risques de la population d'Afrique subsaharienne a montré qu'à peine 10 à 50 % des femmes se font dépister (Govindaraj, Navaratne, Cavagnero et Rao Seshadri, 2015). Il en va de même dans les pays voisins d'Afrique orientale où des résultats de recherche ont témoigné de taux de dépistage du cancer du col utérin toujours très bas (Stewart et al., 2018; Kangmennaang et al., 2018;

Almobarak et al., 2016). Selon Kangmennaang (2018), à peine 14 % des femmes en âge de procréer au Kenya se font dépister, les taux varient entre 4,8 % et 39 % en Ouganda, entre 6 % et 23 % en Tanzanie, et le pourcentage n'excède pas 20,2 % en République démocratique du Congo (Kangmennaang et al., 2018; Nakisige et al., 2017; Cunningham et al., 2015; Almobarak et al., 2016).

Selon des chercheurs de différents pays et milieux, divers obstacles nuisent au dépistage du cancer du col utérin (Bateman et al., 2019; Zidar, Larm, Tillgren et Akhavan, 2015; Titiloye, Womitenren et Arulogun, 2017; Compaore et al., 2016). Les principaux obstacles observés sont ceux liés à au patient même (recherche de services), aux prestataires de soins et au système (politiques de santé, accès et disponibilité dans un pays donné) (Racey et Gesink, 2016; Bateman et al., 2019; Almobarak et al., 2016; McFarland, Gueldner et Mogobe, 2016). Au Rwanda, Benemariya (2018) et Manirakiza (2016) ont fait état des facteurs qui incitent les patients à reporter les consultations liées au traitement. Dans le cas des femmes atteintes du cancer du col utérin, elles tarderaient à obtenir un traitement médical en raison de facteurs liés au patient même, aux prestataires de soins et au système de santé (Benemariya et al., 2018; Manirakiza et al., 2016).

Compte tenu des faibles pourcentages de dépistage au Rwanda, la présente étude se penche sur le degré de connaissance des patientes des services gynécologiques d'hôpitaux de district sélectionnés à Kigali, l'utilisation du service de dépistage du cancer du col utérin et les obstacles rencontrés. Les résultats serviront à élaborer des stratégies d'intervention pour augmenter les taux de dépistage dans ce pays et favoriser la détection précoce des lésions précancéreuses du col utérin.

MÉTHODOLOGIE

Devis et contexte

Une étude transversale descriptive a été menée dans les services gynécologiques de trois hôpitaux de district de Kigali, au Rwanda (hôpitaux de Muhima, Masaka et Kibagabaga).

Recrutement des participantes

Les femmes ayant fait partie de l'étude ont utilisé les services gynécologiques entre le 1^{er} et le 30 mai 2019 des hôpitaux de district sélectionnés. Dans ces hôpitaux, les bases de données indiquaient qu'en moyenne 2 292 femmes utilisaient ces services chaque mois (Rwanda Integrated Health Management Information System, 2019). Cette base a été considérée la population admissible. Au moyen de la formule Cochrane, on a calculé avoir besoin d'un échantillon de 329 participantes pour obtenir un niveau de confiance de 95 % et un seuil de signification *p* de .005. Les participantes ont été sélectionnées par échantillonnage systématique. Au total, 329 femmes âgées de 30 à 60 ans ont été sélectionnées parmi toutes celles qui utilisaient les services gynécologiques, sur la base d'un échantillonnage de chaque septième femme présentée. Lors de leur rendez-vous, les femmes se voyaient interrogées par un chercheur et, si elles remplissaient les critères de l'étude, elles étaient invitées à y participer.

Mesures

Le questionnaire est inspiré de la mesure validée de sensibilisation au cancer du col utérin (Cervical Cancer Awareness Measure) du Cancer Research United Kingdom. Par ailleurs, il est ressorti d'une étude réalisée en Tanzanie utilisant les mêmes mesures d'évaluation des connaissances sur la prévention du cancer du col utérin et les pratiques de dépistage un faible taux de connaissance et de dépistage (Mabelele et al., 2018).

Dans le questionnaire, six questions nominales portaient sur les caractéristiques sociodémographiques des participantes, dont les catégories Ubudehe (correspondant aux groupes socioéconomiques, où un chiffre élevé signifie que la famille est aisée), ainsi que dix questions nominales de type « oui ou non » sur les connaissances à propos du dépistage. Trois questions s'intéressaient à l'utilisation du dépistage. Enfin, une question de type Likert cherchait à déterminer les obstacles au dépistage (personnels, communautaires, liés au système de santé et aux prestataires de soins).

L'outil final a été traduit en kinyarwanda, la langue locale, pour assurer la compréhension des participantes. Les superviseurs de l'étude et deux linguistes ont révisé la version traduite avant de récolter les données. Pour en vérifier la faisabilité, une étude pilote a d'abord été réalisée auprès de sept femmes, lesquelles n'ont pas participé à l'étude finale. Le coefficient alpha de Cronbach a été déterminé au moyen du logiciel SPSS. Les valeurs acceptables du coefficient alpha allaient de 0,70 à 0,95 (Tavakol et Dennick, 2011). Dans cette étude, il a été calculé que le coefficient alpha de Cronbach de l'instrument de recherche était de 0,8.

Collecte de données

Le questionnaire structuré récoltait des données quantitatives. Les chercheurs procédaient, secondés par des recenseurs, à la collecte de données. Par souci éthique et pour la qualité des données, nous avons expliqué les éléments importants de l'étude aux participantes, et elles nous ont donné leur consentement écrit. Pour remplir le questionnaire, le chercheur posait les questions aux femmes, ce qui prenait environ 10 à 15 minutes.

Analyse des données

Les données des répondantes ont été triées, puis codées dans la feuille de données créée dans le logiciel SPSS (version 17, 2016). Les statistiques descriptives ont servi à calculer la fréquence des variables démographiques, des connaissances et de l'utilisation. Le coefficient de corrélation de Pearson a été appliqué pour établir l'association entre les résultats de connaissances, les variables démographiques sélectionnées et l'utilisation du dépistage. Pour déterminer le résultat de connaissances, nous avons calculé une variable nominale, où 1 correspond à la bonne réponse et 0, à la mauvaise réponse. La note globale constitue la somme des dix questions nominales. Les résultats ont été groupés en cinq catégories de résultats de connaissances. Le niveau « très faible » était de 0 et 2 points, le niveau « faible » 3 ou 4 points, « modéré », 5 ou 6, « élevé », 7 ou 8, et « très élevé », 9 ou 10 points. Enfin, quant à la question

sur les obstacles, une moyenne sur l'échelle de Likert a été effectuée et a servi à cerner les obstacles les plus nuisibles au dépistage du cancer du col utérin.

Considérations éthiques

L'Université du Rwanda, le Collège de médecine et de sciences de la santé, le comité d'examen des établissements ainsi que les comités éthiques des trois hôpitaux de district ont approuvé l'étude. Toutes les participantes ont signé le formulaire de consentement avant que la collecte de données commence.

RÉSULTATS

Caractéristiques des répondantes

La majorité des répondantes étaient mariées (77,5 %), résidaient en milieu urbain (65,7 %), appartenaient à la troisième catégorie Ubudehe (55,9 %) (revenu de la classe moyenne – parmi quatre catégories, les deux premières catégories représentant les personnes ayant les revenus les plus faibles) et près de la moitié (46,5 %) avaient entre 30 et 35 ans. Plus du tiers des répondantes (44,1 %) avaient une éducation primaire et un tiers étaient catholiques (31 %) (voir tableau 1).

Connaissances sur le cancer du col utérin et le dépistage

La moitié des répondantes avaient un niveau très élevé de connaissances : elles ont bien répondu à au moins 7 questions sur 10 sur le cancer du col utérin et le dépistage. Elles connaissaient la cause du cancer (papillomavirus; 49,5 %) et les mesures de prévention par dépistage précoce (43,5 %) et vaccination (40,8 %). Les symptômes du cancer étaient un peu moins connus : saignement vaginal (26,4 %) et pertes vaginales malodorantes (21,5 %). Les facteurs de risque les mieux connus étaient les multiples partenaires sexuels (15,8 %) et l'activité sexuelle précoce (14,6 %). Enfin, 28,3 % des répondantes s'étaient déjà fait dépister, et la majorité d'entre elles (95,7 %) avaient reçu les services dans des établissements publics (hôpitaux et centres de santé) (voir le tableau 2).

Association entre les caractéristiques sociodémographiques, la connaissance et l'utilisation du dépistage

Au Rwanda, on décèle dans les résultats une association entre la scolarité et les connaissances sur les causes du cancer du col utérin ($r = -0,2726$, $p = .000$), la prévention du cancer du col utérin ($r = -0,155$, $p = .000$), la guérison possible en cas de détection précoce ($r = 0,107$, $p = .003$) et les connaissances sur la présence de services de dépistage de ce cancer ($r = 0,167$, $p = .000$). L'analyse statistique révèle une forte association entre les connaissances et l'utilisation des services de dépistage ($r = -0,392$, $p = .000$) (voir le tableau 3).

Obstacles personnels, communautaires, et liés aux prestataires de soin et au système de santé pour le dépistage du cancer du col utérin

Parmi les obstacles personnels au dépistage du cancer du col utérin, on recense l'ignorance des services de dépistage du cancer du col utérin (67,5 %, échelle de Likert = 3,6), et l'absence d'information sur l'importance du dépistage (oui = 63,5 %, échelle de Likert = 3,3). De plus, 54,2 % (échelle de Likert = 3,4) des répondantes ont attesté que l'inquiétude et la peur liées au dépistage les dissuadent de s'y soumettre.

On a rapporté, dans les obstacles communautaires, la vie en milieu rural (51,9 %, échelle de Likert = 3,1) et la stigmatisation sociale du cancer (49,4 %, échelle de Likert = 3,2).

Quant aux obstacles liés aux prestataires de soins, on relève les campagnes insuffisantes de sensibilisation sur le dépistage (59,0 %, échelle de Likert = 3,1), l'attitude négative des prestataires de soins envers les patients (oui = 46,5 %; échelle de Likert = 3,2). Aussi, 64,1 % des répondantes (échelle de Likert = 3,6) ont signalé que les longs délais d'attente entraient le dépistage. L'éloignement du centre de dépistage compliquait aussi l'accès à l'intervention pour 58,7 % des répondantes (échelle de Likert = 3,2). Finalement, 51,4 % des répondantes (échelle de Likert = 3,2) ont évoqué la question de l'assurance maladie comme un obstacle (voir le tableau 4).

DISCUSSION

Dans cette étude, la majorité des répondantes étaient mariées et résidaient en milieu urbain; près de la moitié avaient entre 30 et 35 ans. Cet échantillon s'apparente à une étude nigérienne où l'âge moyen était 30 ans (écart-type = 6,8) et où 70,9 % des participantes étaient mariées (Titiloye et al., 2017). La population est donc bel et bien concernée par le dépistage du cancer du col utérin.

Connaissances sur le cancer du col utérin et son dépistage

Selon la présente étude, la moitié des répondantes connaissent bien le cancer du col utérin et le dépistage. Les répondantes savaient *a fortiori* que le papillomavirus est le principal facteur de risque de ce cancer (49,5 %), et les mesures préventives – dépistage précoce (43,5 %) et vaccination (40,8 %) – leur étaient familières. Mais certains symptômes, comme l'hémorragie post-coïtale, et certains facteurs de risques (ex. tabagisme, partenaire sexuel masculin non circoncis, et antécédents familiaux de cancer du col utérin) leur étaient plutôt inconnus.

Les résultats concordent avec ceux d'une étude menée au Cameroun dans laquelle 37 % des répondantes ont été en mesure de nommer la cause et les facteurs de risques du cancer du col utérin (Halle-Ekane et al., 2018). Pour ce qui est des symptômes nommés par les répondantes, ils s'apparentaient aux résultats d'une étude tanzanienne, où les symptômes les plus connus étaient les pertes vaginales malodorantes persistantes, les douleurs pelviennes chroniques, les saignements vaginaux et l'inconfort pendant les rapports sexuels (Mabelele et al., 2018; Santesso et al., 2016). Notre étude fait aussi ressortir des similarités avec une étude réalisée au Burkina Faso, où 90 % des répondantes avaient déjà entendu parler du cancer du col utérin et 55 % présentaient une connaissance moyenne de la maladie, du dépistage et des facteurs de risque (Compaore et al., 2016). Par ailleurs, au Soudan, une étude a révélé qu'à peine la moitié des participantes avaient une maîtrise suffisante du cancer du col utérin, du VPH et du dépistage de cette maladie (Almobarak et al., 2016); même constat au Népal où une étude a rapporté que seulement 38 % des femmes avaient une connaissance adéquate des services de dépistage du cancer du col utérin (Thapa et al., 2018).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques sélectionnées des répondantes

	n (%)
Âge	
30 à 35	153 (46,5)
36 à 40	87 (26,4)
41 à 45	39 (11,9)
46 à 50	25 (7,6)
51 à 55	25 (7,6)
Religion	
Catholique	102 (31)
Protestante	50 (15,2)
Musulmane	17 (5,2)
Pentecôtiste	92 (28,0)
Adventiste du septième jour	50 (15,2)
Autre	18 (5,5)
Scolarité	
Aucune	24 (7,3)
Primaire (P1 à P6)	145 (44,1)
Niveau O (S1 à S3)	46 (14,0)
Niveau A (S3 à S6)	70 (21,3)
Éducation supérieure/université	44 (13,4)
État matrimonial	
Célibataire	40 (12,2)
Mariée	255 (77,5)
Veuve	25 (7,6)
Divorcée/Séparée	9 (2,7)
Catégorie Ubudehe (classes socioéconomiques)	
Catégorie 1	40 (12,2)
Catégorie 2	105 (31,9)
Catégorie 3	184 (55,9)
Lieu de résidence	
Milieu rural	113 (34,3)
Milieu urbain	216 (65,7)

Tableau 2 : Résumé des connaissances sur le cancer du col utérin, dépistage et utilisation du dépistage (N = 329)

Questions	Fréquence	Pourcentage
Facteur de risque principal du cancer du col utérin		
Virus du papillome humain	163	49,5
Ne sait pas	166	50,5
Autres facteurs de risque du cancer du col utérin		
Ne sait pas	6	0,4
Tabagisme	136	9
Partenaires sexuels multiples	238	15,8
Virus du papillome humain	143	9,5
Maladies transmises sexuellement	170	11,3
Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	127	8,4
Activité sexuelle précoce	220	14,6
Antécédents familiaux de cancer du col utérin	150	10
Partenaire sexuel masculin non circoncis	163	10,8
Prise de la pilule contraceptive sur une longue période	153	10,2
Prévention possible		
Oui	273	83
Non	22	6,7
Ne sait pas	34	10,3
Traitement possible		
Oui	297	90,3
Non	12	3,7
Ne sait pas	20	6,1
Mesures préventives		
Dépistage précoce	194	43,5
Éviter le tabac	29	6,5
Vaccination	182	40,8
Il n'y a rien à faire	3	0,7
Éviter les relations sexuelles	4	0,9
Ne sait pas	34	7,6

Questions	Fréquence	Pourcentage
Conscience du service de dépistage		
Oui	235	71,4
Non	94	28,6
Endroits où le service de dépistage est offert au Rwanda		
Centre de santé	167	71,1
Hôpitaux de district	60	25,5
Hôpitaux de recours	8	3,4
Âge pour subir le dépistage		
Avant 30 ans	299	91,4
À 30 ans	12	3,7
Après 30 ans	16	4,9
Intervalle entre les dépistages		
Dans les 3 ans	67	20,4
Plus de 3 ans	4	1,2
Ne sait pas	258	78,4
Symptômes		
Saignement vaginal	257	26,4
Hémorragie post-coïtale	159	16,4
Perte de poids	159	16,4
Pertes vaginales odorantes	209	21,5
Douleur abdominale	168	17,3
Masse abdominale	20	2,1
A déjà eu recours aux services de dépistage du cancer du col utérin		
Oui	93	28,27
Non	236	71,73
Endroit du dépistage		
Établissement de santé public	89	95,7
Établissement de santé privé	4	4,3

Tableau 3 : Association entre les résultats sur les connaissances, les caractéristiques démographiques et le recours au dépistage du cancer du col utérin

	Très faible	Faible	Moyenne	Élevée	Très élevée	X ²	Valeur p
Groupe d'âge							
30 à 35 ans	1,31	11,76	26,8	52,94	7,19		
36 à 40 ans	0	13,79	41,38	37,93	6,9	24,823	.073
41 à 45 ans	0	15,38	28,21	46,15	10,26		
46 à 50 ans	0	8	16	76	0		
51 à 55 ans	0	8	16	56	20		
Scolarité							
Aucune	0	8,33	62,5	29,17	0		
Primaire (P1 à P6)	0	12,41	40,69	42,07	4,83		
Niveau O (S1 à S3)	0	17,39	13,04	60,87	8,7	66,545	.000
Niveau A (S3 à S6)	2,86	11,43	17,14	62,86	5,71		
Études universitaires	0	9,09	9,09	56,82	25		
État matrimonial							
Célibataire	5	15	35	37,5	7,5		
Mariée	0	12,55	27,06	52,94	7,45	27,557	.006
Veuve	0	0	32	52	16		
Divorcée/séparée	0	22,22	55,56	22,22	0		
Ubudehe (groupes socioéconomiques)							
Premier groupe	0	25	25	50	0		
Deuxième groupe	0	5,71	34,29	53,33	6,67	17,198	.028
Troisième groupe	1,09	13,04	27,17	48,37	10,33		
Lieu de résidence							
Milieu rural	0	10,62	31,86	52,21	5,31	3,415	.419
Milieu urbain	0,93	12,96	27,78	49,07	9,26		
Recours au dépistage							
Oui	0	0	10,75	74,19	15,05	54,968	.000
Non	0,85	16,95	36,44	40,68	5,08		

Recours aux services de dépistage du cancer du col utérin

Nous avons, dans le cadre de cette recherche, établi que 28,3 % des femmes avaient déjà eu un dépistage du cancer du col utérin. Parmi ces dépistages, 95,7 % ont eu lieu dans des établissements de santé publique. Le taux de dépistage se situe dans la plage rapportée dans une analyse des facteurs de risque de la population de l'Afrique subsaharienne, qui signalait que la population rwandaise étant passée par un dépistage du cancer du col utérin allait de

10 à 50 % (Stewart et al., 2018). Toutefois, les résultats de notre étude diffèrent de ceux de deux autres études. La première au Cameroun, où 4,8 % des étudiantes universitaires seulement avaient affirmé avoir participé au dépistage par frottis (Halle-Ekane et al., 2018), et la seconde au Nigeria, où le dépistage du cancer du col utérin couvrait 15,6 % des femmes en âge de procréer (Titiloye et al., 2017). L'étude d'Afrique subsaharienne révèle une couverture allant de 0,0 à 50 % (Stewart et al., 2018).

Tableau 4 : Analyse des obstacles au dépistage du cancer du col utérin					
Obstacles	En désaccord %	Incertaine %	D'accord %	Moyenne	Écart-type
Personnels					
Manque d'information sur l'importance du dépistage	33,7	2,7	63,5	3,3	1,6
Ignorance du service de dépistage	27,1	5,5	67,5	3,6	1,3
Intervention douloureuse	41,2	43,0	15,8	2,6	1,0
Intervention embarrassante	46,1	19,2	34,7	2,9	1,2
Inquiétudes liées au dépistage du cancer	27,8	18,0	54,2	3,4	1,2
Traitement onéreux	76,1	7,3	16,6	1,9	1,2
Non-nécessité pour les femmes en santé de recourir au dépistage	80,4	4,2	15,4	2,0	1,1
Communautaires					
Croyances	73,6	10,4	16,1	2,0	1,2
Normes sexospécifiques	68,8	12,5	18,7	2,3	1,1
Normes culturelles	68,8	11,4	19,9	2,2	1,1
Organisation et mythes locaux	72,1	15,4	12,5	2,2	1,1
Stigmatisation sociale	42,8	7,8	49,4	3,2	1,5
Résider en milieu rural	43,0	5,1	51,9	3,1	1,4
Liés aux prestataires de soins					
Absence de campagne de sensibilisation sur le dépistage	38,2		59,0	3,1	1,6
Non-recommandation par les prestataires de soins de recourir au dépistage	52,1		42,0	2,6	1,6
Attitude négative des prestataires de soins envers les patientes	32,1		46,5	3,1	1,2
Déficiences des services de dépistage dans les établissements de santé	62,2		16,7	2,3	1,2
Liés au système de santé					
Établissements de santé loin de la résidence (longue distance)	35,9		58,7	3,2	1,2
Peu de confiance envers les services offerts par les établissements de santé	55,2		30,5	2,6	1,3
Aucun service de dépistage offert	51,7		37,4	2,6	1,3
Pas d'assurance maladie	39,8		51,4	3,2	1,2
Pas d'offre de traitement à l'établissement de santé le plus proche	60,2		28,9	2,7	1,3
Pas d'équipement pour traiter le cancer	43,8		39,8	3,0	1,1
Longue attente pour le dépistage	25,0		64,1	3,6	1,3

Liebermann et collaborateurs (2018) ont trouvé un lien plutôt fort entre la participation au dépistage par test Pap et le niveau de revenu (Liebermann, Vandevanter, Hammer et Fu, 2018). Résider en milieu rural plutôt qu'en milieu urbain était par ailleurs un prédicteur considérable de la participation au dépistage par test Pap (Liebermann et al., 2018). Également, la situation d'emploi et le niveau de connaissance sont des facteurs influençant le recours aux services de dépistage (Compaore et al., 2016).

Caractéristiques sociodémographiques associées aux connaissances et au dépistage

Il appert de notre étude une association prononcée entre le recours aux services de dépistage du cancer et le niveau de scolarité, l'état matrimonial et la connaissance poussée du cancer ($p = .000$). Les résultats se rapprochent des observations faites au Népal où l'on a établi un lien entre les connaissances adéquates des répondantes et le recours au test Pap, et où les femmes alphabétisées affichaient un taux de dépistage du cancer du col utérin plus élevé que les autres (Thapa et al., 2018).

Il y a également des similitudes avec une étude menée auprès d'Indonésiennes qui a établi un lien entre la sensibilisation relative au dépistage du cancer, les valeurs socioéconomiques (niveau de scolarité, dépenses du ménage, couverture par l'assurance maladie, stade de la ménopause et morbidité, etc.) et la participation au test Pap (Anwar et al., 2018). De même, les résultats se comparent à ceux d'une étude tanzanienne sur la connaissance à propos de la prévention du cancer du col utérin et les pratiques de dépistage chez les femmes fréquentant une clinique de santé génésique et pédiatrique (Mabelele et al., 2018). Cette étude fait valoir que l'emploi formel, l'état matrimonial, la parité élevée (nombre d'accouchements) et l'accès à une assurance maladie sont des caractéristiques démographiques associées à un bon niveau de connaissances sur le dépistage du cancer du col utérin (Mabelele et al., 2018). Au Burkina Faso, une étude a aussi dénoté que le recours au dépistage dépend du niveau de connaissances des femmes (Compaore et al., 2016). Qui plus est, en Afrique subsaharienne, l'ignorance, l'éducation non formelle, la parité élevée, le taux de VIH positif et la non-utilisation de condoms étaient tous des facteurs de risque de cancer du col utérin au stade avancé (Stewart et al., 2018). Cela dit, nos résultats se distinguent de ceux du Nigeria, où aucun lien n'a été établi entre le niveau de connaissances et le recours au dépistage du cancer du col utérin (Titiloye et al., 2017).

Obstacles personnels, communautaires, et liés aux prestataires de soin et au système de santé pour le dépistage du cancer du col utérin

Les résultats de cette étude menée dans différents hôpitaux de district du Rwanda ont mis en évidence un certain nombre d'obstacles personnels au dépistage du cancer chez les femmes fréquentant les services gynécologiques, obstacles qui ont été corroborés par d'autres recherches réalisées dans différents pays et différents milieux de recherche. L'obstacle personnel

prédominant est l'accès inadéquat à l'information et le niveau limité de connaissances sur l'importance de cette intervention. Au Cameroun, il est apparu, au terme d'une étude réalisée auprès d'étudiantes de l'Université de Buéa, que l'accès déficient aux services de dépistage, au traitement ainsi qu'à de l'information juste est un facteur limitant le dépistage (Bateman et al., 2019; Halle-Ekane et al., 2018). Une étude systématique sur les obstacles entravant le dépistage en Afrique subsaharienne a également relevé le manque d'information sur les pratiques de dépistage du cancer du col utérin comme facteur limitant. Au Burkina Faso, une étude s'est intéressée aux immigrantes et aux groupes minoritaires et là encore, la méconnaissance du dépistage nuisait à l'accès à ce service. Outre l'ignorance des femmes en Afrique subsaharienne, d'autres facteurs prédicteurs de la présence d'un cancer du col utérin au stade avancé ont été constatés : nombre élevé de femmes infectées par le VIH, éducation non formelle, parité élevée et incidence élevée des rapports sexuels non protégés (Stewart et al., 2018).

Les préoccupations relatives à l'intimité sont un autre obstacle personnel non négligeable relevé dans la présente étude. Trois autres études menées en Afrique indiquent que la crainte, la gêne, l'embarras, la pénibilité de l'intervention, la violation possible de l'intimité et la tendance à se fier à la prière lors de l'apparition de la maladie sont les principaux facteurs qui dissuadent les femmes d'utiliser les services de dépistage (Dutta, Haderxhanaj et Agle, 2018; Kangmennaang et al., 2018; Lim et Ojo, 2017).

Pour ce qui est de notre recherche, nous avons trouvé que la stigmatisation sociale et la vie en milieu rural étaient deux facteurs limitant l'accès aux services de dépistage. Ces facteurs viennent corroborer les résultats d'un examen systématique réalisé auprès d'Ougandaises, qui a établi le fait de résider en milieu éloigné ou rural comme un obstacle au dépistage du cancer du col utérin (Black, Hyslop et Richmond, 2019). En Tanzanie, une étude semblable a montré une association entre dépistage du cancer du col utérin, stigmatisation et isolement (Mabelele et al., 2018). La tendance à la stigmatisation vient des craintes et des inquiétudes qu'entretiennent les femmes à l'égard du dépistage du cancer (Bateman et al., 2019). Dans nos sociétés, une même famille, un couple ou chez une personne, les croyances et les pratiques culturelles varient. Ces différences s'avèrent parfois des obstacles au dépistage du cancer du col utérin et influent sur le dépistage par le test Pap. Selon d'autres études, les obstacles fréquents au dépistage sont la gêne, la crainte et la douleur perçue pendant le test Pap (Liebermann et al., 2018).

Dans cette recherche, 59 % des femmes présentaient une compréhension limitée du dépistage du cancer du col utérin en raison de l'absence de campagnes de sensibilisation. Mukanyangezi (2018) a établi que l'accès restreint à l'information et un revenu faible sont les raisons prépondérantes expliquant que des femmes séropositives pour le VIH ne se soumettent pas au dépistage du cancer (Mukanyangezi et al., 2017). Toujours dans notre étude, les longues distances à parcourir pour se rendre aux établissements de santé et les longs délais d'attente avant l'intervention faisaient obstacle au

dépistage. De même, Benemariya (2018) a décelé que les facteurs liés aux patientes, aux prestataires de soins, au système de santé agissaient sur les consultations tardives pour le cancer du col utérin et sur le traitement au Rwanda (Benemariya et al., 2018). Ainsi, les résultats de notre recherche confirment que la situation rwandaise est similaire à celle des autres pays africains.

LIMITES

Cette étude présente certaines limites. D'une part, en raison des contraintes temporelles et de ressources, l'étude n'a sondé que des femmes fréquentant les hôpitaux de district sélectionnés en milieu urbain. Elle n'est donc pas représentative de toute la population du pays. D'autre part, près de 50 % des femmes recrutées ont minimalement fait des études secondaires et d'autres, des études universitaires. C'est peut-être dire que les répondantes sont plus alphabétisées et conscientes de leur santé comparativement aux femmes résidant en milieu rural. Par conséquent, il ne faudrait pas tirer de généralisations hâtives pour le reste de la population du pays.

RECOMMANDATIONS

Il ressort de cette étude quelques recommandations principales. En milieu éloigné, des campagnes d'information

permanente et de dépistage mobile s'imposent afin de mieux informer le grand public sur le cancer du col utérin et le dépistage. Une formation à grande échelle des prestataires de santé de niveau primaire ferait d'eux de meilleurs conseillers pour les femmes en ce qui a trait au cancer du col utérin et à son dépistage. Il est crucial de rendre accessible ce dépistage partout dans le réseau de la santé. En ce sens, il faut reconduire cette étude dans les autres régions du pays.

CONCLUSION

Cette étude a été réalisée auprès de femmes fréquentant les services gynécologiques d'hôpitaux sélectionnés de district à Kigali (au Rwanda). Les résultats mettent en exergue le faible taux de dépistage du cancer du col utérin et les obstacles personnels, communautaires, ainsi que ceux liés aux prestataires de soins et au système de santé. Ces résultats montrent qu'il faut sensibiliser la société au cancer du col utérin et au dépistage et recommander aux femmes de se soumettre au dépistage. Il est primordial de garantir aux femmes de tous les groupes d'âge concernés, l'offre, l'accès et l'abordabilité du dépistage dans les établissements de santé et, ainsi, mettre en œuvre le programme national de dépistage du cancer du col utérin. Une étude complémentaire devrait se concentrer sur la qualité de l'éducation et du service de dépistage du cancer du col utérin offert aux femmes à différents endroits.

RÉFÉRENCES

- Almobarak, A. O., Elbadawi, A. A., Elmadhoun, W. M., Elhoweris, M. H., & Ahmed, M. H. (2016). Knowledge, attitudes and practices of sudanese women regarding the Pap smear test and cervical cancer. *Asian Pacific J. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17, 625–630. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2016.17.2.625>
- Anwar, S. L., Tampubolon, G., Van Hemelrijck, M., Hutajulu, S. H., Watkins, J., & Wulaningsih, W. (2018). Determinants of cancer screening awareness and participation among Indonesian women. *BMC Cancer*, 18(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12885-018-4125-z>
- Bateman, L. B., Blakemore, S., Koneru, A., Mtesigwa, T., McCree, R., Lisovicz, N. F., ... Jolly, P. E. (2019). Barriers and facilitators to cervical cancer screening, diagnosis, follow-up care and treatment: Perspectives of Human Immunodeficiency Virus-Positive Women and Health Care Practitioners in Tanzania. *The Oncologist*, 24(1), 69–75. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2017-0444>
- Benemariya, E., Chirona, G., Nkurunziza, A., Katende, G., Sego, R., & Mukeshimana, M. (2018). International Journal of Africa Nursing Sciences perceived factors for delayed consultation of cervical cancer among women at a selected hospital in Rwanda : An exploratory qualitative study. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 9(October), 129–135. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2018.10.006>
- Black, E., Hyslop, F., & Richmond, R. (2019). Barriers and facilitators to uptake of cervical cancer screening among women in Uganda: A systematic review. *BMC Women's Health*, 19(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0809-z>
- Compaore, S., Ouedraogo, C. M. R., Koanda, S., Haynatzki, G., Chamberlain, R. M., & Soliman, A. S. (2016). Barriers to cervical cancer screening in Burkina Faso. *J Cancer Educ*, 31(4), 760–766. <https://doi.org/10.1007/s13187-015-0898-9> T4 - Needs for Patient and Professional Education PM - 26336956 M4 - Citavi
- Cunningham, M. S., Skrastins, E., Fitzpatrick, R., Jindal, P., Oneko, O., Yeates, K., ... Aronson, K. J. (2015). Cervical cancer screening and HPV vaccine acceptability among rural and urban women in Kilimanjaro Region, Tanzania. *BMJ Open*, 5(3), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005828>
- Curry, S. J., Krist, A. H., Owens, D. K., Barry, M. J., Caughey, A. B., Davidson, K. W., ... Wong, J. B. (2018). Screening for cervical cancer us preventive services task force recommendation statement. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 320(7), 674–686. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.10897>
- de Sanjosé, S., Brotons, M., & Pavón, M. A. (2018). The natural history of human papillomavirus infection. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 47, 2–13. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.08.015>
- Dutta, T., Haderxhanaj, L., & Agley, J. (2018). Association between individual and intimate partner factors and cervical cancer screening in Kenya. *Centers for Disease Control and Prevention : Preventing Chronic Disease*, 15, 1–9.
- 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>
- Ferlay, J., Colombet, M., Soerjomataram, I., Mathers, C., Parkin, D. M., Piñeros, M., ... Bray, F. (2019). Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *International Journal of Cancer*, 144(8), 1941–1953. <https://doi.org/10.1002/ijc.31937>
- Govindaraj, R., Navaratne, K., Cavagnero, E., & Rao Seshadri, S. (2015). *Health care in Sri Lanka: What can the private health sector offer?* <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/20018/899540WP0Box380th0Care0in0Sri0Lanka.pdf>

- Halle-Ekane, G. E., Nembulefack, D. K., Oroock, G. E., Fon, P. N., Tazinya, A. A., & Tebeu, P. M. (2018). Knowledge of cervical cancer and its risk factors, attitudes and practices towards pap smear screening among students in the University of Buea, Cameroon. *Journal of Cancer and Tumor International*, 7(4), 1–11. <https://doi.org/10.9734/jcti/2018/43965>
- Kangmennaang, J., Onyango, E. O., Luginaah, I., & Elliott, S. J. (2018). The next Sub Saharan African epidemic? A case study of the determinants of cervical cancer knowledge and screening in Kenya. *Social Science & Medicine*, 197(May 2017), 203–212. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.12.013>
- Kokuro, M. (2017). *Factors affecting the utilisation of cervical cancer screening among women attending health services in the Kumasi Metropolis of Ghana*. (March).
- Liebermann, E. J., Vandevanter, N., Hammer, M. J., & Fu, M. R. (2018). Social and cultural barriers to women's participation in pap smear screening programs in low- and middle-income Latin American and Caribbean countries : An Integrative Review. *J. Transcult Nurs*, 29(6), 591–602. <https://doi.org/10.1177/1043659618755424>
- Lim, J. N. W., & Ojo, A. A. (2017). Barriers to utilisation of cervical cancer screening in Sub Sahara Africa: A systematic review. *European Journal of Cancer Care*, 26(1), 1–9. <https://doi.org/10.1111/ecc.12444>
- Mabelele, M. M., Materu, J., Faraja, D. N., Mahande, M. J. (2018). 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*, 18(1),
- Makuza, J. D., Nsanzimana, S., Muhimpundu, M. A., Pace, L. E., Ntaganira, J., & Riedel, D. J. (2015). Prevalence and risk factors for cervical cancer and pre-cancerous lesions in Rwanda. *Pan African Medical Journal*, 22, 1–8. <https://doi.org/10.11604/pamj.2015.22.26.7116>
- Manirakiza, A., Longombe, A. N., Kyamanywa, P., & Rulisa, S. (2016). Cervical cancer in Rwanda: Why do women consult in late stages? *Rwanda Medical Journal*, 73(4), 9–11.
- McFarland, D. M., Gueldner, S. M., & Mogobe, K. D. (2016). Integrated review of barriers to cervical cancer screening in Sub-Saharan Africa. *Journal of Nursing Scholarship : An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 48(5), 490–498. <https://doi.org/10.1111/jnu.12232>
- Mukanyangezi, M. F., Sengpiel, V., Manzi, O., Tobin, G., Rulisa, S., Bienvenu, E., & Giglio, D. (2017). Screening for human papillomavirus , cervical cytological abnormalities and associated risk factors in HIV-positive and HIV-negative women in Rwanda. *HIV Medicine*, 19(2)152–166. <https://doi.org/10.1111/hiv.12564>
- Nakisige, C., Schwartz, M., & Ndira, A. O. (2017). Cervical cancer screening and treatment in Uganda. *Gynecologic Oncology Reports*, 20, 37–40. <https://doi.org/10.1016/j.gore.2017.01.009>
- Nwobodo, H., & Ba-Break, M. (2016). Analysis of the determinants of low cervical cancer screening uptake among Nigerian women. *Journal of Public Health in Africa*, 6(2), 12–19. <https://doi.org/10.4081/jphia.2015.484>
- Racey, C. S., & Gesink, D. C. (2016). Barriers and facilitators to cervical cancer screening among women in rural Ontario, Canada : The Role of Self-Collected HPV Testing. *J Rural Health*, 32(2), 136–145. <https://doi.org/10.1111/jrh.12136>
- Ruzigana, G., Bazzet-matabele, L., Rulisa, S., Ghebrey, R. G., & Martin, A. N. (2017). Gynecologic Oncology Reports Cervical cancer screening at a tertiary care center in Rwanda. *Gynecologic Oncology Reports*, 21(May), 13–16. <https://doi.org/10.1016/j.gore.2017.05.005>
- Santesso, N., Mustafa, R. A., Schünemann, H. J., Arbyn, M., Blumenthal, P. D., Cain, J., ... Broutet, N. (2016). World Health Organization Guidelines for treatment of cervical intraepithelial neoplasia 2–3 and screen-and-treat strategies to prevent cervical cancer. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 132(3), 252–258. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.07.038>
- Schiffman, M. (2017). Cervical cancer screening: Epidemiology as the necessary but not sufficient basis of public health practice. *Preventive Medicine*, 98, 3–4. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.12.028>
- Stewart, T. S., Moodley, J., & Walter, F. M. (2018). Population risk factors for late-stage presentation of cervical cancer in sub-Saharan Africa. *Cancer Epidemiology*, 53(September 2017), 81–92. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2018.01.014>
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Thapa, N., Maharjan, M., Petrini, M. A., Shah, R., Shah, S., Maharjan, N., ... Cai, H. (2018). Knowledge, attitude, practice and barriers of cervical cancer screening among women living in mid-western rural, Nepal. *Journal of Gynecologic Oncology*, 29(4), 1–12. <https://doi.org/10.3802/jgo.2018.29.e57>
- Titiloye, M. A., Womitenren, Y. T., & Arulogun, O. S. (2017). Barriers to utilization of cervical cancer screening services among women of reproductive age in Ondo , Southwest Nigeria. *African Journal of Biomedical Research*, 20(3), 229–235.
- Vaccarella, S., Laversanne, M., Ferlay, J., & Bray, F. (2017). Cervical cancer in Africa, Latin America and the Caribbean and Asia: Regional inequalities and changing trends. *International Journal of Cancer*, 141(10), 1997–2001. <https://doi.org/10.1002/ijc.30901>
- Zidar, M. N., Larm, P., Tillgren, P., & Akhavan, S. (2015). Non-attendance of mammographic screening: The roles of age and municipality in a population-based Swedish sample. *International Journal for Equity in Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0291-7>