UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Etude des connaissances, attitudes et pratiques des femmes de 25 à 65 ans sur le cancer du col de l'utérus

Bikunzi, Edmond

2021-05
UB, Faculté de Médecine
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/338

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DE MEDECINE

ETUDE DES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES FEMMES DE 25 A 65 ANS SUR LE CANCER DU COL DE L'UTERUS

Par :
BIKUNZI EDMOND

Directeur de thèse :

Dr ZACHARIE NDIZEYE

Thèse présentée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du grade de **Docteur en Médecine**

Bujumbura, Mai 2021

IDENTIFICATION DES MEMBRES DU JURY

1. Président : Pr Sylvestre BAZIKAMWE, Gynécologie –Obstétrique, Soins maternels et infantiles et gynéco-oncologie.

2. Directeur : Dr Zacharie NDIZEYE, Méthodologie de la recherche et Epidémiologie.

3. Secrétaire : Dr Jean Claude NKURUNZIZA, Administration des services de santé, Démographie, Déontologie médicale.

LISTE ACTUALISEE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET LEURS COURS/ A.A : 2019-2020

I. BUREAU DECANAL

1. Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA : Doyen
2. Pr Martin MANIRAKIZA : 1er Vice-Doyen
3. Pr Désiré NISUBIRE : 2ème Vice-Doyen

II. PROFESSEURS EMERITES

1. Pr Evariste NDABANEZE
2. Pr Gabriel NDAYISABA
3. Pr Richard KARAYUBA
4. Pr Léodegal BAZIRA

III. PROFESSEURS ORDINAIRES

1. Pr Théodore NIYONGABO : Pathologies infectieuses et parasitaires
2. Pr Léopold NZISABIRA : Neurologie
3. Pr Gaspard KAMAMFU : Pneumologie
4. Pr Aloys NIYONGABO : Biochimie Structurale et Métabolique
5. Pr Frédéric NSABIYUMVA : Pharmacologie Spéciale, Endocrinologie
6. Pr Rénovât NTAGIRABIRI : Gastro-Entérologie, Hépatologie
7. Pr Elysée BARANSAKA : Cardiologie
8. Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA : Hépatologie, Nutrition
9. Pr Gordien NGENDAKURIYO : Oto-Rhino-Laryngologie, Médecine légale
10. Pr Déogratias NIYUNGEKO : Pédiatrie

IV. PROFESSEURS ASSOCIES

1. Pr Salvator HARERIMANA	: Obstétrique
2. Pr Serges BAHIMANGA	: Pédiatrie
3. Pr Claudette NDAYIKUNDA	: Hématologie fondamentale, Hématologie Clinique, Biochimie Pathologique
4. Pr Hélène BUKURU	: Pédiatrie, Néonatologie
5. Pr Joseph NYANDWI	: Néphrologie, Sémiologie et Physiologie Néphrologique
6. Pr Sylvestre BAZIKAMWE	: Gynécologie –Obstétrique et Soins Maternels et Infantiles, gynéco-oncologie
7. Pr J. Claude NIYONDIKO	: Anatomie, Pathologie chirurgicale
8. Pr Eugène NDIRAHISHA	: Endocrinologie, Physiologie et Sémiologie Cardiaques
9. Pr François NDIKUMWENAYO	: Physiologie, Education à la Citoyenneté
10. Pr Patrice BARASUKANA	: Neuro-Anatomie et Sémiologie Neurologique
11. Pr Sébastien MANIRAKIZA	: Imagerie Médicale
12. Pr Déogratias NTUKAMAZINA	: Gynécologie-Obstétrique
13. Pr Alexis SINZAKARAYE	: Rhumatologie et Médecine Physique et de Réadaptation
14. Pr Martin MANIRAKIZA	: Pathologies Infectieuses et Parasitaire, Endocrinologie

15. Pr Levi KANDEKE : Ophtalmologie

16. Pr Pontien NDABASHINZE : Pédiatrie

17. Pr Léonard BIVAHAGUMYE : Anatomie Tête et Cou, Sémiologie Chirurgicale.

18. Pr Stanislas HARAKANDI : Soins Palliatifs et douleurs, Anesthésie-Réanimation.

19. Pr AMANI Moïbéni : Sémiologie Médicale, Physiologie et Sémiologie Digestive

20. Pr Gilbert NDAYIZEYE : Anatomie

21. Pr Paul BANDEREMBAKO : Urologie

22. Pr Louis NGENDAHAYO : Anatomie pathologie

23. Pr Désiré NISUBIRE : Biologie Moléculaire, Cytologie et Génétique

24. Pr Hermann NIMPAYE : Parasitologie, Entomologie Médicale

V. CHARGES DE COURS

1. Dr Emmanuel GIKORO : Imagerie Médicale.

2. Dr Zacharie NDIZEYE : Méthodologie de la Recherche, Epidémiologie et Déontologie

3. Dr Daniel NDUWAYO : Neurophysiologie

4. Dr NDAYISHIMIYE Alice : Pédiatrie

5. Dr MUREKATETE Chantal : Radiologie

6. Dr Jean Claude MBONICURA : Pathologie Chirurgicale

7. Dr Thierry SIBOMANA : Pneumologie

8. Dr Thoto Shabani MAREBO : Urologie

9. Dr Jean Bosco BIZIMANA : Neuro-Anatomie, Neuro-chirurgie

VI. CHARGES D'ENSEIGNEMENT

1. Dr Jacques NDIKUBAGENZI : Hygiène, Epidémiologie et Socio anthropologie

2. Dr Sandra NKURUNZIZA : Initiation à la Sante Publique

3. Dr Désiré HABONOMANA : Epidémiologie, Méthodologie de la Recherche

4. Dr Jean Claude NKURUNZIZA : Administration des Services de Santé Démographie, Déontologie médicale

VII. MAITRES ASSISTANTS

1. Mme Claire NDAYIKENGURUKIYE : Immunologie, Bactériologie, Virologie et Mycologie

2. Ph Ramadhan NYANDWI : Pharmacologie Générale

VIII. ASSISTANTS

1. Dr Paulin BARAMBURIYE : Anatomie

2. Dr Roméo IRANKUNDA : Physiologie

3. Dr IRANGABIYE Eloi : Anatomie Pathologique

4. Dr NTAWUYAMARA Epipode : Dermatologie

5. Dr Evrard NIYONKURU : Anatomie Pathologie

IX. ENSEIGNANTS A TEMPS PARTIEL

1. Dr Elie MUPERA	: Dermatologie
2. Dr Sylvère SAKUBU	: Psychiatrie
3. Dr Gaspard MARERWA	: Anatomie Pathologie Spéciale
4. Dr Thaddée BARANCIRA	: Physique
5. Dr Léopold HAVYARIMA	: Chimie Générale et Organique
6. Dr KAYOYA Jean Bosco	: Bio statistique
7. Dr Juvénal MUYUKU	: Stomatologie
8. Mr Bonaventure NIYOYANDOYE	: Psychologie Générale
9. Mme Joëlle GATORE	: Maths
10. Mr Ferdinand NCABWENGE	: Anglais Médical
11. Mme Michelle MUKESHIMANA	: Informatique
12. Mme Patricie BARAHINDUKA	: Soins Infirmiers
13. Dr KAMO Emmanuel	: Médecine du Travail
14. Dr Sylvain NIYONKURU	: Sémiologie Chirurgicale I
15. Dr Canisius HAVYARIMANA	: Sémiologie Chirurgicale II
16. Dr Didier KAMATARI	: Anatomie
17. Dr NDAYIRORE Révérien	: Urologie

DEDICACES

A mon regretté père ;

A ma très chère mère ;

A mes frères et sœurs ;

A tous ceux qui me sont chers ;

A la 36ème promotion de la faculté de Médecine de Bujumbura pour toutes les joies et les peines partagées ;

Je dédie cette thèse !

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toute personne qui de près ou de loin a contribué au succès de ce travail.

Nos sincères remerciements s'adressent dans un premier temps :

Au Professeur Sylvestre BAZIKAMWE, Président du Jury ; qui nous fait un grand honneur en acceptant de présider le jury de cette thèse malgré ses multiples occupations. Soyez assuré de mon respect et de ma gratitude

Au Dr Zacharie NDIZEYE, Directeur de cette Thèse ; pour sa patience, sa disponibilité et surtout ses judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter notre réflexion.

Au Dr Jean Claude NKURUNZIZA, Membre du jury ; pour avoir accepté de juger et de prendre part à l'amélioration de cette thèse, nous lui sommes sincèrement reconnaissants.

Nous remercions également toute l'équipe pédagogique de l'Université du Burundi, Faculté de Médecine et les intervenants professionnels responsables de notre formation depuis l'école primaire, pour avoir assuré la partie théorique de celle-ci.

SIGLES ET ABREVIATIONS

% : Pourcentage

CCU : Cancer du col de l'utérus

CHUK : Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge

CIN : Cervical Intraepithelial Neoplasia

E.T : Ecart Type

FDR : Facteurs De risques

FIGO : Fédération internationale de Gynécologie et D'Obstétrique

HMK : Hôpital Militaire de Kamenge

HDBN : Hôpital de District Bujumbura Nord

LSIL : Low-grade Squamous intraepithelial lesions

PCR : Polymerase Chain Reaction

VPH : virus du papillome humain

TV : Toucher Vaginal

TR : Toucher Rectal

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise.

LISTE DES FIGURES

Figure 1. L'approche globale de l'OMS pour la lutte contre le cancer du col de l'utérus. Source (2)..... 10

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I. Classification de la FIGO des cancers invasifs du col (2000)..... 7

Tableau II. Moyens thérapeutiques selon le stade d'extension..... 9

Tableau III : Répartition des participants selon les caractéristiques sociodémographiques. 16

Tableau IV : Répartition des femmes enquêtées selon la connaissance à propos du cancer du col de l'utérus ainsi que la source principal d'information à propos du CCU..... 18

Tableau V. Evaluation des connaissances sur le CCU chez les femmes recrutées au CHUK 19

Tableau VI. Evaluation des connaissances sur le CCU chez les femmes recrutées à l'hôpital de district Bujumbura-nord..... 21

Tableau VII : Répartition des femmes recrutées au CHUK et à l'hôpital de district Bujumbura Nord selon leur attitude face au CCU..... 23

Tableau VIII : Répartition des enquêtées selon leurs pratiques sur le CCU 24

TABLE DES MATIERES

IDENTIFICATION DES MEMBRES DU JURY i

LISTE ACTUALISEE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET LEURS COURS/ A.A : 2019-2020 ii

DEDICACES vii

REMERCIEMENTS viii

SIGLES ET ABREVIATIONS ix

LISTE DES FIGURES x

LISTE DES TABLEAUX x

TABLE DES MATIERES xi

AVANT-PROPOS xiii

INTRODUCTION 1

Questions de recherche. 2

Objectifs 2

CHAPITRE 1 : GENERALITES 3

I.1. Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus 3

I.2. Clinique 4

I.3. Bilan d'extension et stades d'extension 6

I.4. Traitement des lésions précancéreuses. 8

I.5. Traitement des cancers du col de l'utérus 9

I.6. Prévention 10

I.6.1. Prévention primaire 10

I.6.2. Prévention secondaire 11

I.6.2.1. Dépistage du cancer du col de l'utérus. 11

I.6.3. Prévention tertiaire 12

CHAPITRE II : MATERIELS ET METHODES 13

II.1. Type d'étude 13

II.2. Lieu d'étude 13

II.3. Population d'étude 13

II.4. Critères d'inclusion 13

II.5. Echantillonnage 13

II.6. Collecte des données 14
II.7. Paramètres du questionnaire 14
II.8. Saisie et Analyse des données 14
II.9. Considérations administratives et éthiques 15
II.10. Limites de notre étude. 15
CHAPITRE III : RESULTATS 16
III.1. Caractéristiques sociodémographiques 16
III.2. Connaissances sur le cancer du col de l'utérus 18
III.3. Attitude face au cancer du col de l'utérus 23
III.4. Pratiques face au cancer du col de l'utérus. 24
CHAPITRE IV : DISCUSSIONS ET REVUE DE LA LITTERATURE 25
IV.1. Caractéristiques sociodémographiques. 25
IV.2. Connaissances sur le cancer du col de l'utérus 25
IV.3. Attitude face au CCU 27
IV.4. Pratiques face au CCU 27
CHAPITRE V : CONCLUSION ET SUGGESTIONS 28
V.1. Conclusion 28
V.2. Suggestions 29
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 30
ANNEXES 33
FICHE D'ENQUÊTE 33
SERMENT DE GENEVE 36
RESUME 37

AVANT-PROPOS

Le cancer du col de l'utérus est un vrai problème de santé publique particulièrement dans les pays en développement où il est responsable d'une grande morbidité et mortalité.

Cela est principalement dû au manque et/ou à l'accès inéquitable au programme de prévention de cette maladie dont les éléments clé sont principalement la vaccination contre le papilloma virus humain et le dépistage des lésions précancéreuses. Par ailleurs le manque des connaissances sur le cancer du col de l'utérus est aussi une des raisons qui peut entraver la réussite de ce programme là où il existe.

A travers nos observations nous nous sommes proposés d'entreprendre une étude des connaissances, attitudes et pratiques des femmes de 25 à 65 ans sur le cancer du col de l'utérus au CHUK et à l'hôpital de district Bujumbura-nord.

INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus est un cancer courant chez la femme dans le monde. En 2018, il était classé quatrième cancer le plus fréquent chez les femmes, après le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du poumon; le nombre de nouveau cas au niveau mondial était environ 570 000 et 311 000 femmes en sont décédées; 84% de tous les cancers du col de l'utérus et 88% de tous les décès causés par ce cancer sont survenus dans les pays à faibles ressources (1).

Les principales raisons de ces disparités sont une quasi inexistence de programmes efficaces de prévention, de détection et de traitement précoces du cancer du col de l'utérus ainsi que le manque d'équité dans l'accès à ces programmes dans la plupart des pays en développement. En l'absence de ces interventions, le cancer du col de l'utérus n'est généralement détecté qu'à un stade avancé, lorsqu'il est trop tard pour que les patientes bénéficient d'un traitement efficace, avec en conséquence une mortalité élevée (2).

Bien qu'il constitue un majeur problème de santé dans les pays en développement, c'est un cancer qui bénéficie des possibilités de prévention primaire par la vaccination, de prévention secondaire par le dépistage et le traitement précoces des cas avérés de néoplasie cervicale.

En effet la relation de cause à effet entre le cancer du col de l'utérus et le virus du papillome humain (VPH) a été établie depuis longtemps ; le cancer du col de l'utérus est précédé par des lésions précancéreuses causées par l'infection persistante et chronique par le VPH. Cependant d'autres facteurs identifiés comme facteurs de risque participent à de degrés divers dans la survenue du cancer du col ; c'est notamment : la précocité des rapports sexuels, le tabac, multiparité, multiplicité des partenaires, etc.(3).

Une meilleure prévention passe par la mise en place d'un programme dont les éléments clé sont la vaccination contre le VPH, l'éducation à la santé et le dépistage suivi d'une prise en charge des lésions précancéreuses (2). Certaines études ont montré que l'efficacité d'un tel programme de dépistage peut être entravé par plusieurs facteurs dont le manque des connaissances, ou des connaissances insuffisantes sur le cancer du col de l'utérus et ses facteurs de risque (4).

Notre étude se propose d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des femmes de 25 à 65 ans sur le cancer du col de l'utérus au CHUK et à l'hôpital de district BUJUMBURA-Nord.

Questions de recherche.

1. Quel est-le niveau global de connaissance des femmes de 25 à 65 ans au CHUK et à l'hôpital de district Bujumbura-nord sur le cancer du col de l'utérus ?
2. Quels sont leurs attitudes face à cette maladie ?
3. Quels sont leurs pratiques pour la prévention de cette maladie ?

Objectifs

Objectif général

Contribuer à la prévention du cancer du col utérin en documentant les connaissances, attitudes et pratiques des femmes.

Objectifs spécifiques :

1) Déterminer le niveau global de connaissance des femmes de 25 à 65 ans au CHUK et à l'hôpital de district Bujumbura-nord sur le cancer du col : les facteurs de risque, les signes cliniques, les moyens de prévention du CCU.
2) Evaluer leurs attitudes face à cette maladie.
3) Evaluer leurs pratiques pour la prévention de cette maladie.

CHAPITRE 1 : GENERALITES

Le cancer est défini comme une maladie qui a pour mécanisme une prolifération anarchique et incontrôlée des cellules d'un organe ou d'un tissu aboutissant à la formation de tumeurs qui peuvent envahir les tissus autour de ce cancer ou former à distance dans d'autres parties du corps de nouvelles tumeurs similaires à la tumeur originelle appelées métastases.

Le cancer du col de l'utérus est un cancer qui se développe aux dépends des tissus du col de l'utérus, portion fibromusculaire basse de l'utérus (2).

Ce dernier comprend deux types de muqueuses: une muqueuse exo-cervicale tapissée par un épithélium pavimenteux stratifié, non kératinisé et une muqueuse endocervicale tapissé par épithélium avec des cellules cylindrique unistratifié ; ces deux muqueuses sont contiguës sur une ligne appelée zone de jonction pavimento-cylindrique(5,6)**.**

En Afrique, en 2018 le cancer du col de l'utérus était la première cause de décès par cancer chez la femme avec 81,687 décès sur les 119,284 cas qui ont été diagnostiqués la même année (7). Cela pourrait être expliqué en général par un risque élevé de transmission sexuelle du VIH, VPH et autres infections sexuellement transmissibles, et en particulier par une inégalité à l'accès aux moyens de dépistage et de traitement du cancer du col dans les pays à ressources limités comme ceux de l'Afrique (1).

Au Burundi, selon une étude sur les cancers induits par les agents infectieux réalisée au CHUK et l'HMK en 2020, le CCU occupait la deuxième place après le Carcinome hépatocellulaire du foie (8).

I.1. Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus est une maladie viro induite à évolution lente depuis la primo-infection par un papillomavirus humain à tropisme génital et à haut risque oncogène (VPH16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,68) jusqu'aux différentes lésions histologiques précancéreuses dues à la persistance de l'infection (9).

Les lésions précurseuses de cette pathologie débutent généralement à la jonction entre les muqueuses malpighiennes et glandulaires du col de l'utérus qui est un site privilégié d'infection par les papillomavirus.

L'histoire naturelle du carcinome épidermoïde du col de l'utérus passe par plusieurs stades correspondant à des lésions histologiques précancéreuses ; Ces lésions précancéreuses sont appelées, selon la classification de Bethesda, des lésions intraépithéliales malpighiennes de bas grade (condylomes et CIN1) ou de haut grade (CIN2 et CIN3) (10).

La plupart des lésions intra-épithéliales malpighiennes de bas grade (LSIL ou CIN 1) régressent spontanément. Elles sont, le plus souvent, l'expression transitoire d'une infection qui n'évolue que rarement vers une lésion cytologique (LSIL) ou histologique (CIN 2 ou 3) de haut grade. La persistance de ces lésions et leur progression vers le haut grade requièrent une infection persistante par un VPH potentiellement oncogène (3).

Bien que l'infection persistante au VPH soit un facteur nécessaire pour développer le cancer du col de l'utérus, d'autres facteurs jouent un rôle non négligeable dans la genèse du CCU. Ces facteurs de risque sont :

- Les infections sexuellement transmissibles (11).
- Le tabac (12).
- L'activité sexuelle (13).
- Grande multiparité (14).
- Longue durée d'usage de contraceptifs (15).
- Conditions socio-économiques défavorables (16).
- Facteurs liés au terrain (17).

I.2. Clinique

Le cancer du col de l'utérus peut être diagnostiqué à un stade précoce en dehors de tout signe clinique par un dépistage fait à la rechercher des lésions précancéreuses par réalisation du frottis cervico vaginal.

Cliniquement, le cancer du col de l'utérus est suspecté devant les signes fonctionnels non spécifiques comme :

- Métrorragies spontanées ou provoquées (par les rapports sexuels) ;
- Leucorrhées purulentes, malodorantes et parfois striées de sang ;
- Des dyspareunies ;
- Et dans les formes évoluées, des douleurs pelviennes type névralgies crural ou obturatrice, œdèmes des membres inferieur, anémie, des symptômes rectaux et vésicaux comme : dysurie, ténesmes, épreintes, hématurie, urétéro-hydronéphrose avec une insuffisance rénale.

L'examen clinique peut retrouver à l'examen du speculum des lésions macroscopiques exophytique évocatrices sous forme des lésions ulcéro-bourgeonnante saignant au contact, ou une ulcération sanieuse, irrégulière, à base indurée.

Au TV on peut retrouver des lésions infiltrantes saignant au contact ; il permet aussi d'apprécier les culs de sac vaginaux, la paroi vaginale et La cloison recto-vaginale. Le TR recherche un envahissement du rectum et des paramètres.

L'examen général permet d'apprécier l'état général et l'examen des autres appareils et systèmes (examen de l'abdomen, des aires ganglionnaires etc.) à la recherche des localisations secondaire.

Diagnostic positif

Le diagnostic positif du cancer du col utérin repose sur l'analyse anatomo-pathologique des biopsies qui étudie respectivement les aspects macroscopique et microscopique :

Macroscopie

Macroscopiquement, plusieurs aspects peuvent être observés :

- **Les formes bourgeonnantes ou exophytiques** :
  - **La forme végétante** : c'est la plus fréquente, la masse cancéreuse est saillante, fragile, se fragmentant facilement avec un aspect en chou-fleur.
  - **La forme ulcéreuse** : elle est due à une nécrose étendue amputant parfois la totalité d'une lèvre du col

La forme infiltrante ou endophytique : elle siège de manière prédominante dans l'endocol et modifie peu les contours et les revêtements des lèvres.

Microscopie

a. Carcinome épidermoïde

Voisine de celles de la peau ou de l'œsophage, il évolue en 3 stades :

1. **Le carcinome in situ** : l'épithélium est désorganisé sur toute sa hauteur dans la zone de jonction. Les cellules malignes occupent l'épithélium sur une certaine surface mais ne franchit pas la membrane basale.

2. **Le carcinome micro-invasif** : il existe une rupture de la membrane basale et une invasion stromale par les cellules malignes ; le potentiel métastatique de la lésion encore limité, augmente avec l'étendue de la lésion, la profondeur de l'invasion et l'envahissement des espaces vasculaire et lymphatiques.
3. **Le carcinome invasif** : sur le plan histologique il est classé en 2 catégories : kératinisant et non kératinisant et peut correspondre à des carcinomes bien différenciés, modérément ou faiblement différencié.

b. Adénocarcinome

Il nait de la muqueuse cylindrique et a en général un développement endocervical. Les cellules de l'adénocarcinome sont reconnues par leurs aspects sous forme des cellules qui ont un noyau augmenté de volume, avec une chromatine anormale, densifiée, le plus souvent excentrée tandis que leur cytoplasme apparait vacuolisé, ce qui traduit leur nature glandulaire.

On distingue aussi l'adénocarcinome in situ, micro invasif ou invasif en fonction de l'atteinte de la membrane basal et de l'invasion stromale.

I.3. Bilan d'extension et stades d'extension

L'extension du CCU est d'abord locorégionale puis hématogène ou lymphatique ; l'extension locorégionale se fait vers les tissus avoisinant (isthme, vessie, paramètres, rectum, la paroi du pubis etc.).

Le bilan d'extension est indispensable pour évaluer le pronostic et envisager une stratégie thérapeutique ; il repose sur l'examen clinique et les examens paracliniques à la rechercher des métastases à distance.

Au terme de ce bilan, la classification de FIGO classe le CCU en différents stades selon le degré d'extension loco-régionale.

Tableau I. Classification de la FIGO des cancers invasifs du col (2000)

CLASSIFICATION F.I.G.O DES CANCERS DU COL	
Stade	**Description**
0	Carcinome in situ
I	Carcinome limité au col de l'utérus
IA	Carcinome micro-invasif (diagnostic seulement histologique).
IA1	Invasion du stroma ≤ 3 mm sans dépasser 7 mm en largeur
IA2	Invasion du stroma entre 3 et 5 mm sans dépasser 7 mm en largeur
IB	Carcinome clinique limité au col ou lésions précliniques supérieures au stade IA2
IB1	Carcinome du col ≤ 4 cm de diamètre.
IB2	Carcinome du col > 4 cm de diamètre
II	Carcinome étendu au-delà du col sans atteindre la paroi pelvienne ni le tiers inférieur du vagin.
IIA	Extension vaginale 1/3 sans atteinte des paramètres
IIB	Envahissement d'au moins un des paramètres
III	Carcinome étendu à la paroi pelvienne cliniquement et/ou atteinte du tiers inférieur du vagin et/ou hydronéphrose ou rein muet
IIIA	Carcinome étendu au tiers inférieur du vagin sans atteinte de la paroi pelvienne
IIIB	Carcinome étendu jusqu'à la paroi pelvienne et/ou hydronéphrose ou rein muet.
IV	Carcinome étendu aux organes pelviens et métastases à distance
IVA	Carcinome étendu à la vessie et/ou au rectum
IVB	Métastases à distance

Source : (18)

I.4. Traitement des lésions précancéreuses.

➢ Les lésions intra-épithéliales de bas grade (CIN I)

Le choix thérapeutique se fait entre l'abstention thérapeutique (car le risque d'évolution est faible) et destruction des lésions par résection à l'anse diathermique, au laser, cryothérapie si la zone de jonction est bien visible ou l'exérèse des lésions par conisation si la jonction squamocylindrique est mal vue, ou s'il y'a discordance entre frottis colposcopie ou biopsie(18).

➢ Les lésions intra-épithéliales de haut grade (CIN II et CIN III)

Ils doivent obligatoirement être traités. Le choix de la méthode thérapeutique va dépendre du désir de la grossesse chez la patiente et la compliance pour la surveillance post-thérapeutique. Les méthodes de résection par conisation sont habituellement indiquées, la hauteur de la conisation sera guidée par l'examen colposcopie.

Les méthodes de destruction (vaporisation laser ou cryothérapie) peuvent être proposées à une femme désirant une grossesse et qui acceptera un suivi régulier si les conditions suivantes sont respectées : lésion de petite taille, de siège uniquement exocervical, totalement visible à la colposcopie(18).

I.5. Traitement des cancers du col de l'utérus

Différents moyens thérapeutiques sont utilisés pour le traitement du CCU en fonction du stade de progression.

Tableau II. Moyens thérapeutiques selon le stade d'extension.

Stade FIGO	Moyens thérapeutique
Stade 0 : carcinome in situ	Laser, conisation, hystérectomie totale en fonction de l'âge de la patiente et du désir de la grossesse.
IA	< 3 mm, sans emboles vasculaires = hystérectomie totale ou canonisation en fonction du désir de la grossesse. > 3 mm ou emboles vasculaires = colpohystérectomie avec lymphadénectomie.
Ib et II proximal	< 2 cm = colpohystérectomie avec lymphadénectomie. 2-4 cm = curiethérapie+ colpohystérectomie avec lymphadénectomie. 4 cm = irradiation externe + chimiothérapie + curiethérapie + colpohystérectomie simple sans lymphadénectomie.
II distal et plus	Radiothérapie associée á la chimiothérapie et á la curiethérapie.

Source: (18,19)

I.6. Prévention

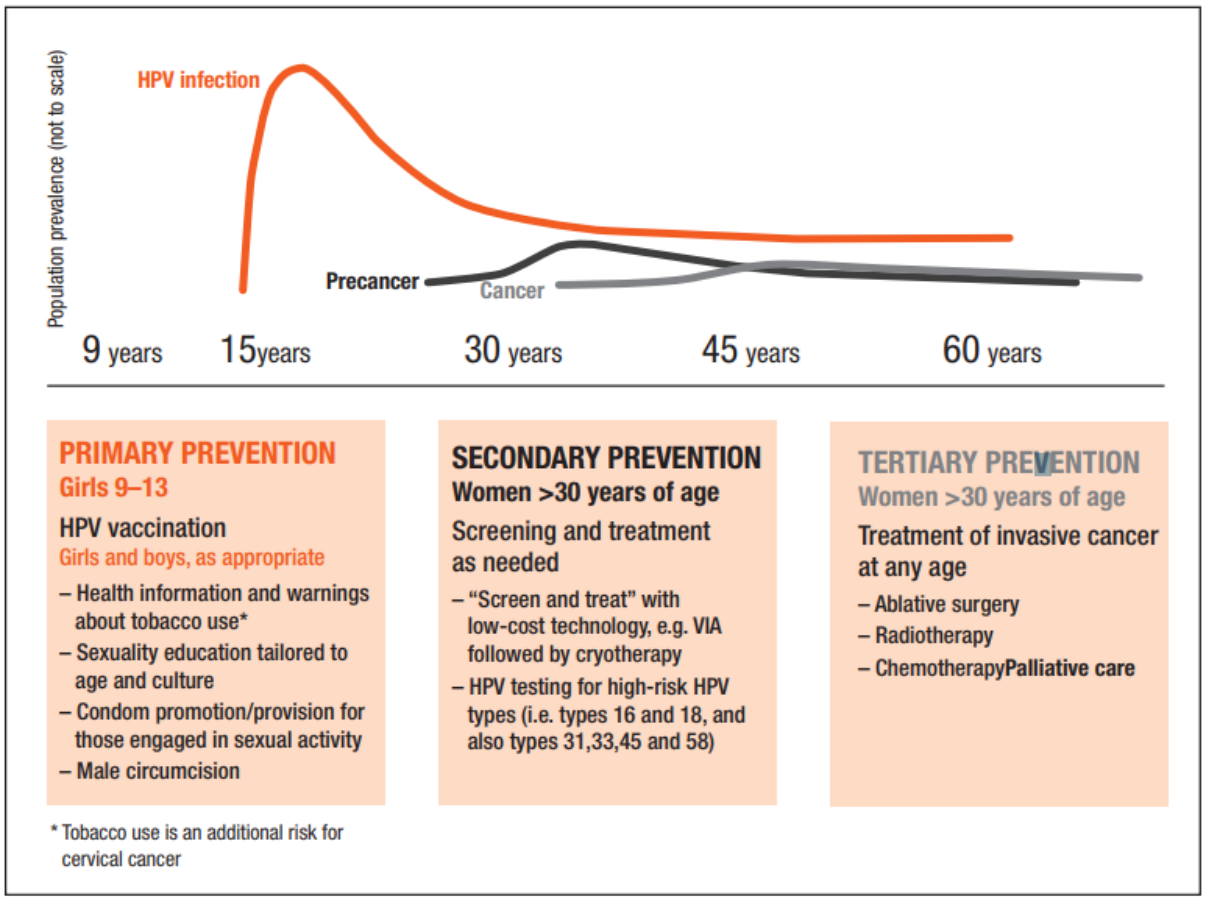


Figure 1. L'approche globale de l'OMS pour la lutte contre le cancer du col de l'utérus. Source (2)

I.6.1. Prévention primaire

La prévention primaire vise à réduire risque d'infection par le VPH ; elle consiste en ce qui suit :

- Vaccination contre le VPH pouvant être administré aux filles et aux garçons avant qu'elles ne commencent une activité sexuelle ; les types de vaccins disponibles sont :
  - **LE GARDASIL®** : Ce sont des vaccins quadrivalents dirigés contre les souches de VPH 6, 11, 16, 18
  - **LE CERVARIX®** : c'est un vaccin bivalent dirigé contre les souches de VPH 16 et 18
  - **Le GARDASIL®9** : c'est un vaccin nanovalent dirigé contre les souches de VPH 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45,52, et 58 (20).
- Informations sanitaires et messages de prévention sur l'usage du tabac.

- Éducation à une sexualité saine adaptée en fonction de l'âge et du contexte culturel ; les messages clés doivent inclure le fait de retarder l'âge du premier rapport sexuel, et la diminution des comportements sexuels à risque.
- Chez les personnes sexuellement actives, promotion de l'utilisation du préservatif et distribution de préservatifs.
- circoncision masculine (2).

I.6.2. Prévention secondaire

Elle repose sur le dépistage suivi par un traitement des lésions précancéreuses identifiées avant qu'elles ne progressent vers un cancer invasif. Même chez les femmes vaccinées contre le VPH, le dépistage et le traitement doivent être réalisés lorsque ces femmes atteignent l'âge cible pour le dépistage (2).

I.6.2.1. Dépistage du cancer du col de l'utérus.

Le cancer du col de l'utérus est un cancer qui peut être prévenu ; en effet, la lenteur de la progression des lésions précancéreuses jusqu'au stade de cancer du col laisse une fenêtre d'au moins dix ans pendant lesquels il est possible de détecter et de traiter ces lésions et de prévenir ainsi leur progression jusqu'au stade de cancer invasif ;

Très peu de cancers du col de l'utérus sont décelés avant l'âge de 25 à 30 ans, leurs incidences augmentent pour atteindre un pic entre 50 et 70 ans ; Les lésions précancéreuses, en revanche, sont généralement plus fréquentes avec un pic autour de 35 ans.

C'est ainsi qu'il est recommandé de faire au moins un seul dépistage chez les femmes âgées de 30 à 50 ans (2,21), et si les moyens le permettent de faire des dépistages fréquents, de les faires tous les trois ans entre 25 et 49 ans, puis tous les 5 ans jusqu'à 64 ans (21).

Plusieurs tests sont aujourd'hui utilisés pour faire le dépistage du cancer du col de l'utérus notamment :

- **Frottis cervico-vaginal** : Il permet de détecter les cellules anormales dans un échantillon prélevé sur le col utérin, à l'aide d'une spatule ou d'une brosse, dans la zone de jonction pavimento cylindrique car c'est à cet endroit que se développent presque toutes lésions de haut grade.
- **Méthode de dépistage visuelle :** Les tests visuels utilisent la propriété que possèdent les cellules précancéreuses à se colorer après application d'une

solution de l'acide acétique (dilué à 3-5 %) ou de lugol, devenant ainsi visibles lors d'un examen à l'œil nu après la mise en place d'un spéculum (21).

- **Test de VPH :** Le test VPH est une méthode de détection moléculaire qui permet la détection des acides nucléiques des génotypes de VPH à haut risque oncogène, c'est à dire associées au risque de développer une lésion cervicale précancéreuses ou cancéreuse, par différents technique de biologie moléculaire dont la plus utilisée est la PCR (22).

I.6.3. Prévention tertiaire

Ici l'objectif est de diminuer le nombre de décès dus au cancer du col de l'utérus ; la prévention tertiaire repose sur le traitement du cancer invasif en fonction du stade de progression ;

Si le cancer est limité au col de l'utérus et à la région située à proximité (région pelvienne), un traitement peut permettre la guérison ; le choix thérapeutique se fait entre la chirurgie (hystérectomie, conisation, colpohystérectomie), en association avec la radiothérapie et/ou la chimiothérapie.

Si le cancer atteint des tissus situés au-delà du col de l'utérus et de la région pelvienne et/ou s'il existe des métastases, le traitement a pour but d'améliorer la qualité de vie, diminuer les symptômes et diminuer les souffrances ; en plus du traitement administrer, on y associe les soins palliatifs les plus appropriés et les plus efficaces(2).

CHAPITRE II : MATERIELS ET METHODES

II.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive dont la collecte des données a été faite du 10 mai au 30 septembre 2020.

II.2. Lieu d'étude

Cette étude a été menée au CHUK et à l'hôpital de district BUJUMBURA Nord situé à KAMENGE.

II.3. Population d'étude

Notre étude a été réalisée sur les femmes qui consultaient le service de médecine communautaire, le service de consultation externe du département de gynécologie-obstétrique du CHUK et le service de médecine communautaire à l'hôpital de district BUJUMBURA NORD.

II.4. Critères d'inclusion

Était inclus dans notre étude les femmes qui consultaient dans les services ci haut-cités du CHUK et de l'hôpital de district sanitaire BUJUMBURA NORD, âgées de 25 ans à 65 ans et ayant accepté de participer à notre étude après un consentement éclairé écrit.

II.5. Echantillonnage

a. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été déterminée par la formule de SCHWARTZ (23) :

$$N = \frac{Z^2 P(1-P)}{d^2}$$

N = la taille de l'échantillon

P= la proportion de la population cible ayant des bonnes connaissances sur le cancer du col de l'utérus ; cette proportion au Burundi n'est pas connue ; p =50% (0,50).

Z= est la valeur correspondant au degré de confiance estimé à 95% (z= 1,96)

d = Marge d'erreur de 0,05.

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5(1-0.5)}{0.05^2} = 384$$

Notre échantillon était de 384 femmes dans chaque structure.

II.6. Collecte des données

La collecte des données a été effectuée à l'aide d'un questionnaire préétabli ; la confection du questionnaire s'est faite en s'inspirant d'autres travaux qui ont été faits sur l'étude des connaissances, attitudes et pratique sur le CCU (24,25) et on l'a adapté en excluant certaines questions qui n'étaient pas adaptées à notre population d'étude.

Nous avons utilisé Microsoft world 2013 pour confectionner notre questionnaire.

II.7. Paramètres du questionnaire

Notre questionnaire comprenait différents items portant sur :

1. **Données socio- démographiques** : âge, statut matrimonial, gestité (Nulligeste : 0 grossesse ; Primigeste : 1 grossesse ; Paucigeste : 2 à 3 grossesses ; multigeste : 4 grossesses et plus), parité (nullipare : 0 accouchement ; primipare : 1 accouchement ; Paucipare : 2 à 3 accouchements ; multipare : 4 accouchements et plus)
2. **Connaissances sur le cancer col de l'utérus** : connaissance de l'existence du cancer du col de l'utérus, facteurs de risque, moyens de préventions du CCU.
3. **Attitude sur le cancer du col de l'utérus** : favorable ou non sur le dépistage systématique du cancer du col de l'utérus.
4. **Pratique sur le cancer du col de l'utérus :** demande ou non de conseil sur le CCU auprès d'un prestataire de santé, la pratique ou non d'un test de dépistage du CCU

II.8. Saisie et Analyse des données

La saisie, le traitement et l'analyse des données ont été réalisés par Microsoft Excel 2013.

Dans un premier temps, la description de la population en fonction de différentes caractéristiques sociodémographiques a été faite à l'aide des moyennes (écarts types) et des pourcentages des variables quantitatives et qualitatives.

L'évaluation du niveau de connaissance a été faite en constituant des scores correspondant aux différents items : facteurs de risque, signes cliniques, moyens de prévention.

- L'item 'Facteurs de risque' a été évalué sur 9 points : chaque bonne réponse était cotée sur 1 point et une mauvaise réponse à 0 point (soit 9 points au total).
- L'item « signes cliniques » a été évalué sur 4 points : chaque bonne réponse était cotée sur 1 point et une mauvaise réponse à 0 point.
- L'item « Moyens de prévention » a été évalué sur 4 points : chaque bonne réponse était cotée sur 1 point et une mauvaise réponse à 0 point.

Ainsi le niveau de connaissance de nos participantes sur le cancer du col de l'utérus de l'utérus a été évalué sur 3 niveaux :

- Un score inférieur à 50% correspondait à un niveau de connaissance bas ;
- Un score de 50 à 70% correspondait à un niveau de connaissance moyen ;
- Un score supérieure à 70% correspondait à un niveau de connaissance bon ;

Concernant l'attitude et les pratiques sur le cancer du col de l'utérus les variables ont été analysés et décrits en utilisant des proportions et des pourcentages.

II.9. Considérations administratives et éthiques

Avant de procéder à la collecte des données au CHUK et à l'hôpital de district BUJUMBURA-Nord, des lettres de demande d'autorisation pour recueillir les données dans lesdits centres, ont été adressées aux autorités du CHUK et de l'hôpital de district BUJUMBURA-Nord qui nous ont répondus favorablement.

Un consentement éclairé écrit a été adressé à tous les femmes qui ont été recrutées avant de procéder au recueil des données ; tout au long de notre étude, nous avons gardé l'anonymat de nos femmes recrutées.

II.10. Limites de notre étude.

Nôtre étude qui a été réalisée au CHUK et à l'hôpital de district Bujumbura, est la toute première étude qui explore les connaissances, attitudes et pratique des femmes face au cancer du col de l'utérus au BURUNDI ; signalons que d'autres études similaires avaient été réalisées auprès des prestataires de santé.

Les limites principales de notre étude sont d'abord le fait que les résultats ne peuvent pas être extrapolés à tous les hôpitaux du pays du fait de la taille de l'échantillon ; néanmoins, nous ne trouvons pas de raisons qui évoquera des bonnes connaissances et pratiques des femmes face au CCU dans d'autres hôpitaux ; la situation serait peut-être la même ou proche de la nôtre.

CHAPITRE III : RESULTATS

III.1. Caractéristiques sociodémographiques

Tableau III : Répartition des participants selon les caractéristiques sociodémographiques.

Variables	**Effectif total n(%) N=768**	**CHUK N=384 (Effectifs n (%))**	**Hôpital de district Bujumbura-Nord N=384 (Effectifs n (%))**
Age moyen	**31.94 (ET 5.06)**	**32.08 (ET 5,06)**	**32.08 (ET 5,06)**
I. Tranche d'âgé			
25-34	**539(70,18%)**	**266(69.27%)**	**273(71.09%)**
35-44	218(28,38%)	109(28.39%)	109(28.39%)
45-54	10(1,3%)	8(2.08%)	2(0.52%)
55-65	1(0,13%)	1(0.26%)	0(0%)
Statut matrimonial			
Mariée	**699(91,01%)**	**355 (92.45%)**	**344(89.58%)**
Célibataire	50(6,51%)	21 (5.47%)	29(7.55%)
Divorcée	4(0,52%)	0 (0%)	4(1.04%)
Veuve	15(1,95%)	8 (2.08%)	7(1.82%)
Gestité			
Nulligeste	4	4 (1.04%)	0 (0%)
Primigeste	146	71 (18.49%)	75 (19.53%)
Paucigeste	365	**171 (44.53%)**	**194 (50.52%)**
Multigeste	253	138 (39.93%)	115 (29.94%)
Parité			
Nullipare	127	59 (15.36%)	68 (17.70%)
Primipare	135	64 (16.66)	71 (18.49%)
Paucipare	334	**165 (42.96%)**	**169 (44.01%)**
Multipare	161	88 (22.92%)	73 (19.01%)
Grande multiparité	11	8 (2.08%)	3 (0.78%)

Le tableau III résume les caractéristiques sociodémographiques des femmes qui ont participé dans notre étude ;

L'âge moyen des femmes recrutées était de 31.94 avec un ET de 5.06 (au CHUK 32.08 avec un ET de 5,06 et à l'hôpital de district Bujumbura-nord 32.08 avec un ET de 5,06), avec des extrêmes d'âge de 25 et 56 ans au CHUK, 25 et 47 ans à l'hôpital de district Bujumbura nord. 70,18% des femmes recrutées appartenaient dans la tranche d'âge de 25-34 ans (69.27% au CHUK et 71.09% à l'hôpital de district Bujumbura nord), et **91,01%** étaient mariées (92.45% au CHUK et 89.58% à l'hôpital de district Bujumbura-nord) ;

La majorité des femmes qui ont participé dans notre étude était constituée par des Paucigestes à 44.53% (44.53% au CHUK ; 50.52% à l'hôpital district Bujumbura – nord) et des Paucipares à 42.96% (42.96% au CHUK ; 44.01% à l'hôpital de district Bujumbura -nord), c'est-à-dire des femmes qui ont eu respectivement 2 à 3 grossesses et qui ont accouché 2 à 3 grossesses.

III.2. Connaissances sur le cancer du col de l'utérus

Tableau IV : Répartition des femmes enquêtées selon la connaissance à propos du cancer du col de l'utérus ainsi que la source principal d'information à propos du CCU

I. ont déjà entendu parler du cancer du col de l'utérus.	Effectif total N=768	EFFECTIF n (%)	
		CHUK N=384	L'hôpital de district Bujumbura – nord N=384
Oui	**568(73,95%)**	306 (79.69%)	262(68.23%)
II. sources principales d'information sur le cancer du col de l'utérus			156(59.16%)
1. media (radio/télévision)	**354(46.09%)**	198(64.70%)	99(36.64%)
2. Amis	**185(24.08%)**	86(28.10%)	0(0%)
3. prestataires de santé	9(1.71%)	9(2.94%)	7(4.19%)
4. personne atteinte/décédée du cancer du col de l'utérus	11(1.43%)	11(3.59%)	
5. Autres sources d'information	2(0.26%)	2(0.65%)	0(0%)

Le tableau IV montre les femmes qui connaissaient l'existence du cancer du col de l'utérus ainsi leurs sources d'information à propos du cancer du col de l'utérus.

La majorité des femmes dans notre série, soit 73.95% des femmes enquêtées, connaissait l'existence du cancer du col de l'utérus (79.69% au CHUK et 68.23% à l'hôpital de district Bujumbura -nord), les principales sources d'information citées étaient les médias à 46.09% (64.70% au CHUK, et 59.16% à l'hôpital de district Bujumbura -nord), leurs amis à 24.08% (28.10% au CHUK, 36.64% à l'hôpital de district Bujumbura -nord).

Tableau V. Evaluation des connaissances sur le CCU chez les femmes recrutées au CHUK

ITEMS	Bonne réponse n (%) N=384	Niveau de connaissance sur le CCU N=348			Niveau globale de connaissance sur le CCU		
		Bas (< 50%)	Moyen (50-70%)	Bon (>70%)	Bas (<50%)	Moyen (50-70%)	Bon (> 70%)
1. facteurs de risque					**338(88,02%)**	46 (11.97%)	0 (0%)
a. Rapport sexuels précoces	220(57.29%)						
b. partenaires sexuels multiples	267(69.53%)						
c. consommation du tabac	32(8.3%)						
d. infection par le papillomavirus humain	0(0%)	271 (70.57%)	98(25.52%)	15 (3.9%)			
e. immunodépression au VIH	129(33.59%)						
f. grossesse multiple	133(34.63%)						
g. niveau socio-économique bas	27(7.03%)						
h. Longue durée d'usage de contraceptives	114(29.68%)						
i. Infections sexuellement transmissible	252(65.62%)						
2. signes cliniques							
a. Saignement vaginal	62(16.14%)						
b. douleurs pelviennes	49(12.76%)	321 (83.59%)	43 (11.19%)	20 (5.02%)			
c. écoulement vaginal purulent	60(15.62%)						
3. moyens de prévention							
a. dépistage et traitement précoce des lésions précancéreuses	88(22.91%)	361 (94.01%)	21 (5.46%)	2 (0.52%)			
b. arrêts du tabac	16(4.16%)						
c. vaccination contre le VPH	0(0%)						
d. réalisation de frottis cervico vaginal	14(3.64%)						

Le tableau V montre le niveau de connaissance sur le cancer du col de l'utérus des femmes recrutées au CHUK ;

Nous constatons que 88.02 % des femmes recrutées au CHUK avaient un niveau global des connaissances sur le CCU bas**,** avec des connaissances insuffisantes sur les facteurs de risques (70.57%), les signes clinique (83.59%), moyens de prévention du cancer du col utérin (94.01%).

La majorité des participantes ont identifié les partenaires sexuels multiples (69.53%), Les infections sexuellement transmissibles (65.62%), les rapports sexuels précoces (57.29%), comme des facteurs de risque du cancer du col de l'utérus ; aucune des femmes enquêtées n'a cité le VPH comme facteur de risque du CCU.

Concernant les connaissances sur les signes cliniques du CCU chez les femmes enquêtées au CHUK, 16.1% ont cité le saignement vaginal, 15.62% l'écoulement vaginal purulent et 12.76% les douleurs pelviennes.

Et concernant les connaissances sur les moyens de prévention du CCU, 22.91% et 4.16% ont identifié respectivement le dépistage et traitement précoce des lésions précancéreuses et l'arrêt du tabac comme moyen de prévention ; la réalisation de frottis cervico vaginal a été identifiée seulement par 3.64%, et aucune des femmes enquêtées n'a identifié la vaccination du VPH comme moyens de prévention.

Tableau VI. Evaluation des connaissances sur le CCU chez les femmes recrutées à l'hôpital de district Bujumbura-nord

ITEMS	Bonne réponses n (%) N=384	Niveau de connaissance sur le CCU N=384			Connaissance globale sur le CCU n (%) N=384		
		Bas (< 50%)	Moyen (50-70%)	Bon (>70%)	Bas (< 50%)	Moyen (50-70%)	Bon (>70 %)
1. facteurs de risque							
a. Rapport sexuels précoces	146(38.02%)				353 (91,92 %)	31 (8.07 %)	0 (%)
b. partenaires sexuels multiples	227(59.11%)	310 (80.72 %)	69 (17.96 %)	5 (1.30%)			
c. consommation du tabac	26(6.77%)						
d. infection par le papillomavirus humain	0(0%)						
e. immunodépression au VIH	78(20.31%)						
f. grossesse multiple	124(32.29%)						
g. niveau socio-économique bas	4(1.04%)						
h. Longue durée d'usage de contraceptives	116(30.20%)						
i. Infections sexuellement transmissible	219(57.03%)						
2. signes cliniques							
a. Saignement vaginal	62(16.14%)						
b. douleurs pelviennes	38(9.89%)	328 (85.41 %)	37(9.63 %)	19 (4.94%)			
c. écoulement vaginal purulent	49(12.76%)						
3. moyens de prévention							
a. dépistage et traitement précoce des lésions précancéreuses	53(13.80%)						
b. arrêts du tabac	17(4.42%)	373 (97.13 %)	11(2.86 %)	0(0%)			
c. vaccination contre le VPH	0(0%)						
d. réalisation de frottis cervico vaginal	0(0%)						

Le tableau VI montre le niveau de connaissance sur le cancer du col de l'utérus des femmes recrutées à l'hôpital de district Bujumbura-nord ;

Nous constatons que 91,92% des femmes recrutées à l'hôpital de district Bujumbura-nord avait un niveau global de connaissance sur le CCU bas ; avec des connaissances insuffisantes sur les facteurs de risques (80.72%), les signes clinique (85.41%), moyens de prévention du cancer du col utérin (97.13%).

La majorité des participantes ont identifié les partenaires sexuels multiples (59.11%), Les infections sexuellement transmissibles (57.03%), comme des facteurs de risque du cancer du col de l'utérus ; aucune des femmes enquêtées n'a cité le VPH comme facteur de risque du CCU.

Concernant les connaissances sur les signes cliniques du CCU chez les femmes enquêtées à l'hôpital de district Bujumbura-nord 16.14% ont cité le saignement vaginal, 12.76% l'écoulement vaginal purulent et 9.89% les douleurs pelviennes.

Et concernant les connaissances sur les moyens de prévention du CCU, 13.80% et 4.42% ont identifié respectivement le dépistage et traitement précoce des lésions précancéreuses et l'arrêt du tabac comme moyen de prévention ; aucune des femmes enquêtées n'a identifié la réalisation de frottis cervico vaginal et la vaccination du VPH comme moyens de prévention.

III.3. Attitude face au cancer du col de l'utérus

Tableau VII : Répartition des femmes recrutées au CHUK et à l'hôpital de district Bujumbura Nord selon leur attitude face au CCU.

Favorable au dépistage systématique du cancer du col.	Effectif total n (%) N=768	CHUK effectif n (%) N=384	HOPITAL DE DISTRICT BUJUMBURA NORD effectif n (%) N=384
• Oui	560(72.92%)	303(78.9%)	257(66.92%)
Raisons pour les femmes non favorable dépistage systématique du cancer du col.			
Pas nécessaire si pas des signes alarmant du cancer	8(1.04%)	3(0.78%)	5(1.30%)

Tableau VII montre l'attitude face au dépistage du CCU recrutées CHUK et à l'hôpital de district Bujumbura Nord.

La majorité des femmes recrutées, soit 72,92%, était favorable au dépistage systématique (78.9% au CHUK ; 66.92% l'hôpital de district Bujumbura nord) ; l'absence des signes alarmant du CCU étaient la seule raison avancée par 1.04% des femmes recrutées (0.78% au CHUK et à l'hôpital de district Bujumbura Nord) qui n'étaient pas favorable dépistage systématique du CCU.

III.4. Pratiques face au cancer du col de l'utérus.

Tableau VIII : Répartition des enquêtées selon leurs pratiques sur le CCU

1. Ont déjà demandées un conseil sur le CCU au près d'un prestataire de santé.	**Effectif n (%) N=768**	**CHUK effectif n (%) N=384**	**HOPITAL DE DISTRICT BUJA NORD effectif n (%) N=384**
• Non	746 (97.13%)	368(95.84%)	378(98.44%)
2. Ont pratiquées un test de dépistage du cancer du col de l'utérus			
• Non	760(98.95%)	377(98.17%)	383(99.73%)
3. Raisons pour la non pratique du test de dépistage ou pour la demande du conseil sur le CCU au près du prestataire de santé			
• Manque de connaissance sur la maladie	413(53.77%)	203(52.86%)	210(54.68%)
• Manque d'information sur la pratique du dépistage du CCU	303(39.45%)	192(50%)	211(54.94%)
• Manque de structures de santé qui font le dépistage	64(8.33%)	48(12.5%)	16(4.16%)
• Autre	11(1.43%)	7(1.82%)	4(1.04%)

Le tableau VIII résume les pratiques des femmes enquêtées sur le cancer du col de l'utérus ;

La plupart des femmes, soit 97,13% des femmes recrutées (95.84% au CHUK ; 98.44% à l'hôpital de district Bujumbura Nord) ont répondu qu'elles n'ont jamais demandé un conseil auprès d'un prestataire de sante à propos du cancer du col de l'utérus et qu'elles n'ont jamais réalisé un test de dépistage du cancer du col utérus soit 98,35% (98.17% au CHUK ; 99.73% à l'hôpital de district Bujumbura Nord).

Les principales raisons évoquées étaient le manque de connaissance à 53,77% (52.86% au CHUK, 54.68% à l'hôpital de district Bujumbura Nord) et le manque d'information sur la pratique du dépistage du cancer du col de l'utérus à 39,45% (50% au CHUK, 54.94% à l'hôpital de district Bujumbura Nord).

CHAPITRE IV : DISCUSSIONS ET REVUE DE LA LITTERATURE

IV.1. Caractéristiques sociodémographiques.

Dans notre série, la majorité des femmes appartenaient dans la tranche d'âge de 25-34 ans avec un âge moyen de 31.94 avec, ET 5.06 elles étaient mariées soit 91.01%.

Ces résultats peuvent s'expliquer par les lieux où notre étude a été réalisée et les données de l'EDSIII 2016-2017 (26) qui montrent que parmi les femmes âgées de 25 ans et plus, la tranche d'âge de 25-34 ans était la plus représentée, avec un indice synthétique de fécondité élevé et que la majorité des femmes étaient en union;

Ce qui pourrait expliquer nos résultats au CHUK et à l'HDBN vu que nôtre étude s'intéressait aux femmes dans les services offrant les services de santé sexuelle et reproductive aux femmes en âge de procréer.

IV.2. Connaissances sur le cancer du col de l'utérus

La majorité des participantes dans notre étude au CHUK et à l'HDBN soit 79.69% et 68.23% des femmes recrutées avaient déjà entendu le CCU ; ces résultats sont semblables à ceux de Mengesha A et coll. en Ethiopie(27), MARIAM K.O D au mali (25) , Ali-Risasi C et coll. en RDC (28) qui ont trouvé que respectivement 65.1%, 86% et 81.9% des femmes avaient déjà entendu parle du CCU.

Dans notre série la principale source d'information sur le CCU au CHUK et à l'HDBN était les médias respectivement à 64.70% et 59.16%; ces résultats sont comparables à ceux de MARIAM K.O D au mali(25) ou la source d'information sur le CCU était principalement les médias à 63,96%.

Ceci peut être explique par le fait que nôtre étude a été réalisée dans un milieu urbain où on trouve une couverture médiatique qui est plus large (26).

Néanmoins ces résultats sont différents de ceux de Ali-Risasi C et coll (28) ou la communication verbale entre les amis constituait la principale source d'information sur le CCU (73.4%) ;même si dans notre série les media constituaient la principale la source principale d'information sur le CCU; la communication verbale entre amis a aussi occupé un place considérable comme source d'information sur CCU (28.10% au CHUK, 36.64% à l'HDBN**).**

On remarque dans notre série que l'information sur le CCU par les prestataires de santé était presque négligeable contrairement à Dakenyo N.R et coll au Cameroun(29) ou les formations sanitaire constituait la principale source d'information sur le CCU (61,42%). ceci pourrait être expliquer par une étude similaire faite au CHUK auprès des infirmiers au CHUK (24) qui a montré un niveau de connaissance insuffisant de ces dernières sur le CCU et que la majorité dans leur pratique ne proposaient pas le test de dépistage du CCU à leur patientes ; en effet notre étude a été réalisée dans des services ou les infirmiers sont essentiellement les seuls prestataires de santé en contact avec leurs clientes.

Les résultats de notre étude ont montré que la majorité des femmes recrutées au CHUK et à l'hôpital de district Bujumbura avait un niveau global de connaissance sur le CCU très bas avec, des connaissances insuffisantes sur les facteurs de risques, les signes clinique, moyens de préventions du cancer du col de l'utérus. D'autres auteurs ont trouvé un niveau de connaissance insuffisant sur le CCU (les facteurs de risques, les signes clinique, moyens de préventions) notamment Gyamfua A. A et coll au Ghana (30) qui a trouvé que 69.7% des femmes.

Aucune femme n'a mentionné l'infection par le VPH comme facteurs de risque, contrairement aux résultats de Gyamfua A. A et coll au Ghana (30) ou 28% ont identifié l'infection par le VPH comme facteur de risque du CCU.

Parmi les moyens de prévention du CCU identifiés, seules 3.64 % au CHUK ont identifié le frottis cervical mais aucune femme n'a cité la vaccination du VPH comme moyen de prévention.

Ceci peut être explique par le fait que le CCU est une maladie négligée dans beaucoup de pays en développement dont le Burundi ou aucun effort n'est ménagé pour sensibiliser la population cible sur les FDR, ainsi que les moyens de prévention dont le dépistage et la vaccination contre le VPH.

Les autres FDR du CCU identifiés par la majorité des participantes étaient la multiplicité des partenaires sexuels, les IST, des rapports sexuels précoce; nos résultats sont similaire à ceux de Mengesha A et coll. en Ethiopie(27) ou la majorité des participantes ont identifié les IST, avoir les partenaires sexuels multiple et la mariage précoce comme FDR du CCU à des proportions respectives de 75.7%, 66.8%, 63.8%.

Cela peut être expliqué par le fait que ces facteurs de risque sont les mêmes que ceux des maladies sexuellement transmissibles dont la population maitrise grâce à leurs sensibilisations.

IV.3. Attitude face au CCU

Concernant l'attitude des femmes recrutées face au CCU, la majorité ont répondu être favorable au dépistage systématique du cancer du col de l'utérus **;** ces résultats sont comparable à ceux de Olubodun T et col au Nigeria (31) qui a trouvé que 88.9% des femmes avaient un volonté de faire un test de dépistage du CCU.

Cette attitude favorable au dépistage du CCU peut être due à l'impact des autres programmes existant au Burundi comme ceux de prévention des MST et du VIH/SIDA qui sensibilise souvent la population au dépistage d'où le sentiment favorable au dépistage.

IV.4. Pratiques face au CCU

Dans notre série, seules 1.05% des femmes recrutées au CHUK avaient déjà fait un test de dépistage ; Ce taux de pratique du dépistage du CCU est inferieur par rapport à celui de Dakenyo N.R et coll. au Cameroun(29) qui a trouvé dans son série 7,41% des femmes qui ont fait le dépistage du CCU.

Cela peut être expliqué par le fait qu'au Burundi il n'y a ni un programme national de prévention du CCU sensibilisant la population à se faire dépister contrairement au MST et au VIH/SIDA, ni des centres de dépistage et de personnels qualifiés ; d'où la nécessite d'informer la population sur le dépistage du cancer du col et de mettre en place des centres pour le dépistage.

CHAPITRE V : CONCLUSION ET SUGGESTIONS

V.1. Conclusion

Le cancer du col de l'utérus est une maladie grave et fréquente pourtant évitable ; des connaissances suffisante, avec des bonnes attitudes et pratiques face à cette maladie pourra contribuer à l'amélioration de la prévention de cette maladie.

Cette étude a été menée dans le but Contribuer à la prévention du cancer du col utérin en documentant les connaissances, attitudes et pratiques des femmes de femmes consultant le service de médecine communautaire du CHUK et de l'HDBN et le service de consultation externe gynécologie-obstétrique du CHUK.

Les résultats de cette étude nous ont amenés à constater que la majorité des femmes recrutées dans notre étude connaissait le cancer du col de l'utérus, mais en global leur niveau de connaissance sur le cancer du col de l'utérus était bas avec des connaissances insuffisantes sur les facteurs de risque, les signes cliniques et les moyens de préventions du CCU.

En effet, la majorité des femmes qui ont été recrutées dans notre étude, ne connaissaient pas les FDR, les signes cliniques, les moyens de prévention du CCU.

Leur attitude face dépistage du cancer du col de l'utérus était encourageante mais discordant avec leurs pratiques face au CCU ; et cela était dû principalement au manque de connaissance sur le CCU et au manque d'information sur la pratique du dépistage du CCU qui est inaccessible pour la plupart des femmes qui sont dans le besoin.

V.2. Suggestions

Au terme de notre étude ; des suggestions ont été formulées à l'endroit :

1. **Du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA** :
    - De mettre en place d'un programme de prévention du CCU
    - Organiser une sensibilisation massive sur la prévention du CCU ainsi que le dépistage du CCU á l'égard des femmes éligibles.
    - D'intégrer et de décentraliser dans les formations sanitaires les services du dépistage du CCU.

2. **Aux personnels du CHUK et de l'HDBN**
    - D'utiliser les outils modernes d'information et autres documents pour renforcer leurs capacités sur la prévention et dépistage du CCU.
    - D'informer les femmes qui leur consultent sur les facteurs de risque du CCU
    - De conseiller le test de dépistage du CCU chez les femmes qui les consultent.
3. **Au CHUK**
    - De sensibiliser les femmes qui consultent le service de consultation du département de gynécologie obstétrique et le service de médecine communautaire de faire le dépistage du CCU.
    - D'équiper le service de gynécologie obstétrique et le laboratoire d'anatomie pathologie les matériels pour le dépistage du CCCU.
4. **Aux femmes en âge de procréer en général et aux femmes de 25 à 65 ans en particulier**
    - D'éviter certains facteurs de risque évitable du CCU comme le tabac, les rapports sexuels précoces et mariages précoces.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, de Sanjosé S, Saraiya M, Ferlay J, et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. The Lancet Global Health. févr 2020;8(2):191-203.

2. OMS. La lutte contre le cancer du col de l'utérus: guide des pratiques essentielles. 2e éd. 2017.

3. Orth G. Les papillomavirus humains et leur rôle dans l'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus. Perspectives dans le domaine de la prévention de ce cancer. Dans: Le dépistage du cancer du col de l'utérus. Paris: Springer-Verlag; 2005. p 15-33.

4. Chidyaonga-Maseko F, Chirwa ML, Muula AS. Underutilization of cervical cancer prevention services in low and middle income countries: a review of contributing factors. Pan Afr Med J. 2015.

5. Lansac J, Lecomte P, Marret H. Gynécologie. 7e éd. Elsevier Masson; 2007.

6. Sankaranarayanan R, Wesley RS, International Agency for Research on Cancer. A practical manual on visual screening for cervical neoplasia. Lyon: International Agency for Research on Cancer, World Health Organization; 2003.

7. Bruni L, Albero G, Serrano B, Mena M, Gómez D, Muñoz J, et al. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Diseases in Africa. Summary Report 17 June 2019.

8. IRAKOZE J B. Cancers induits par les agents infectieux au Burundi : cas du cancer de l'estomac, du col de l'utérus et du foie. Etude retro-prospective au centre Hospitalo-Universitaire et Hôpital Militaire de Kamenge. UNIVERSITE DU BURUNDI FACULTE DE MEDECINE; 2020.

9. Nicolas D. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus État des connaissances – Actualisation 2008. Institut national de veille sanitaire, Paris; 2008.

10. Solomon D. The 2001 Bethesda System Terminology for Reporting Results of Cervical Cytology. JAMA. 24 avr 2002;287(16):2114.

11. Wohlmeister D, Vianna DRB, Helfer VE, Gimenes F, Consolaro MEL, Barcellos RB, et al. Association of human papillomavirus and Chlamydia trachomatis with intraepithelial alterations in cervix samples. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2 févr 2016;111(2):106-13.

12. Matsumoto K, Oki A, Furuta R, Maeda H, Yasugi T, Takatsuka N, et al. Tobacco smoking and regression of low-grade cervical abnormalities. Cancer Science. sept 2010;101(9):2065-73.

13. Drolet M, Boily M-C, Greenaway C, Deeks SL, Blanchette C, Laprise J-F, et al. Sociodemographic Inequalities in Sexual Activity and Cervical Cancer Screening: Implications for the Success of Human Papillomavirus Vaccination. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. avr 2013; 22(4):641-52.

14. Hinkula M, Pukkala E, Kyyrönen P, Laukkanen P, Koskela P, Paavonen J, Lehtinen M, and Kauppila A. A population-based study on the risk of cervical cancer and cervical intraepithelial neoplasia among grand multiparous women in Finland. British Journal of Cancer. 2004; 90(5):1025-9.

15. Jennifer S Smith, Jane Green, Amy Berrington de Gonzalez, Paul Appleby, Julian Peto, Martyn Plummer, Silvia Franceschi, Valerie Beral. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. The Lancet. 361:1159-67.

16. Fernandez M.E, Diamond P.M, Rakowski W, Gonzales A, Tortolero-Luna G, Williams J. et al. Development and validation of cervical screening self-efficacy scale for low-income mexican american women. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. mars 2009; 18(3):75-866.

17. Denny L, Franceschi S, de Sanjosé S, Heard I, Moscicki A, and Palefsky J. Human papillomavirus, human immunodeficiency virus and immunosuppression. 2012.

18. Lansac J, Lecomte P, Marret H, Rochet Y, Péron A. Gynécologie pour le praticien. Issy-les-Moulineaux: Elsevier, Masson; 2012.

19. Lansac J, Body G, Magnin G, Bruyère F, Trocquenet G. La pratique chirurgicale en gynécologie-obstétrique. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson; 2011.

20. Doufekas K, Achampong Y, Olaitan A. Prevention of Cervical Cancer. In: Farghaly SA, éditeur. Uterine Cervical Cancer: Clinical and Therapeutic Perspectives [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2019. p. 17-29. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-3-030-02701-8_2.

21. Alliance pour la Prévention du Cancer du Col (APCCP). Planification et Mise en Œuvre des Programmes de Prévention et Lutte contre le Cancer du Col. Manuel à l'Usage des Organisateurs. Seattle : ACCP; 2006.

22. Haute Autorité de Santé. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immunomarquage p16/Ki67 Synthèse et recommandations. 2019.

23. SCHWARTZ D. Méthodes statistiques à l'usage des médecins et biologistes. Flammarion éd. M. sciences, Éd; 1969.

24. Juste M. Evaluation des connaissances, attitudes et pratiques des infirmières du CHUK en matière de prévention du cancer du col de l'utérus. Université du BURUNDI, faculté de médecine; 2017.

25. MARIAM K.O D. connaissances, attitudes et pratiques des femmes face au dépistage du cancer du col de l'utérus. Université des Sciences techniques et des technologies de Bamako, faculté de médecine et d'odonto-stomatologie; 2018.

26. Ministère à la Présidence chargé de la Bonne Gouvernance et du Plan [Burundi] (MPBGP), Ministère de la Santé, Publique et de la Lutte contre le Sida [Burundi] (MSPLS), Institut de Statistiques et d'Études Économiques du, Burundi (ISTEEBU), et ICF. Troisième Enquête Démographique et de Santé. 2017.

27. Mengesha A, Messele A, Beletew B. Knowledge and attitude towards cervical cancer among reproductive age group women in Gondar town, North West Ethiopia. BMC Public Health. 2020.

28. Ali-Risasi C, Mulumba P, Verdonck K, Vanden Broeck D, Praet M. Knowledge, attitude and practice about cancer of the uterine cervix among women living in Kinshasa, the Democratic Republic of Congo. BMC Womens Health. 2014 Feb 18;14(1):30

29. Dakenyo N.R, Kenfack B, Vogue N, Tsakoue E, Ebode M, Cumber S. Connaissances, attitudes et pratiques des femmes en âge de procréer du District de Santé de la Mifi sur la prévention du cancer du col de l'utérus, Cameroun. Pan Afr Med J. 12 nov 2018;31

30. Gyamfua A. A, Nkrumah I, Ibitoye B. M, Agyemang B. A, Ofosu E. S, Tsoka-Gwegweni J. M, Cumber S. N. The level of knowledge and associated socio-demographic factors on cervical cancer among women: a cross-sectional study at Kenyase Bosore community, Ghana. The Pan African medical journal. 2019.

31. 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

ANNEXES

FICHE D'ENQUÊTE

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Dans le cadre de mon travail de fin d'étude universitaire dans la faculté de médecine à l'université du BURUNDI, je suis en train de mener une étude sur les connaissances, attitudes et pratique des femmes de 25 à 65 ans sur le cancer du col de l'utérus au CHUK et à l'hôpital de district BUJUMBURA-NORD à Kamenge;

La participation est libre et volontaire, toutefois les informations recueillies seront d'une grande importance et pertinentes et pourront servir les décideurs en matière de santé de mettre en place et/ou d'améliorer le programme nationale de prévention du cancer du col de l'utérus qui constitue un problème majeur de santé chez les femmes surtout vivants dans les pays en voie de développement dont le BURUNDI.

Toutes les informations seront conservées de façon anonyme et confidentielle

Apres être informée de l'étude, j'accepte de participer à cette étude et de fournir des informations correctes.

Signature de la participante.

I. DONNÉES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1. Âge :
2. Statut matrimonial :
   Célibataire : ☐ mariée ☐ veuve ☐ divorcée ☐ nion libre ☐
3. Antécédents gynéco-obstétrique :
   Gestité ☐ parité ☐

II. Connaissances sur le cancer du col

1. Avez-vous entendu parler du cancer du col ?

Oui ☐ non ☐

2. Quel a été votre source principale d'information à propos du cancer du col

Médias (radio/télévision) ☐
Prestataire de santé ☐
Amis ☐
Personne atteinte ou décédée du cancer du col de l'utérus ☐
Autre source d'information ☐

3. Pensez-vous que les éléments suivants favorisent la survenue du cancer du col

	Oui	Non	Ne sait pas
1. rapport sexuels précoces			
2. partenaires sexuels multiples			
3. consommation du tabac			
4. infection par le papillomavirus humain			
5. immunodépression au VIH			
6. grossesse multiple			
7. niveau socio-économique bas			
8. longue durée d'usage de contraceptives			
9. Infections sexuellement transmissible			

4. **Connaissez-vous les signes cliniques du cancer du col ?** oui ☐ on ☐
5. **Si oui lesquels ?**

Saignement vaginal ☐
Écoulement vaginal purulent ☐
Douleurs pelviennes ☐
Douleurs lors des rapports sexuels ☐

6. P**ensez-vous qu'on peut prévenir le cancer du col ?**

Oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

7. **Si oui Par quel moyen ?**

Vaccination contre le papillomavirus ☐
Dépistage et traitement précoces des lésions précancéreuses ☐
Arrêt du tabac ☐
Réalisation du frottis cervico vaginal ☐

III. ATTITUDE FACE AU CANCER DU COL

1. **Etes-vous favorable au dépistage systématique du cancer du col de l'utérus**

Oui ☐ non ☐

2. **Si non pourquoi ?**

Ne se sente pas concerné par le cancer ☐
Peur d'un dépistage positif ☐
Pas nécessaire si pas des signes cliniques alarmant du cancer ☐

IV. Pratiques

1. **Avez-vous déjà demandé un conseil au près d'un prestataire de sante quant au dépistage du cancer du col ?**

Oui ☐ non ☐

2. **Avez-vous déjà pratique un test de dépistage du cancer du col ?**

Oui ☐ non ☐

3. **Si non pourquoi ?**

Manque d'information sur le dépistage ☐
Manque des structures de sante faisant le dépistage ☐
Manque des connaissances sur la maladie ☐
Autre ☐

SERMENT DE GENEVE

Au moment d'être admis au nombre des membres de la profession médicale ;

Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité ;

Je garderai à mes maitres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Mes collègues seront mes frères.

J'exercerai mon art avec conscience et dignité ;

Je maintiendrai dans toute la mesure de mes moyens l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale ;

Je considèrerai la santé de mon patient comme mon premier souci ;

Je respecterai le secret de celui qui se sera confié à moi.

Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de races, de partis ou de classes sociales viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

Même sous menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Je fais ces promesses solennellement, librement et sur l'honneur.

RESUME

Objectif : Contribuer à la prévention du cancer du col utérin en documentant les connaissances, attitudes et pratiques des femmes.

Matériels et méthodes : il s'agit d'une étude transversale descriptive menée sur 2 sites, le CHUK et l'hôpital de district Bujumbura nord, et au total 784 femmes y ont participé.

Résultats : L'âge moyen des femmes recrutées était de 31.94 ans, ET de 5.06 (CHUK :32.08 ans, ET de 5,06 ; hôpital de district Bujumbura-nord 32.08 ans, ET de 5,06), avec des extrêmes d'âge de 25 et 56 ans au CHUK, 25 et 47 ans à l'hôpital de district Bujumbura nord ;70,18% des femmes recrutées appartenaient dans la tranche d'âge de 25-34 ans (CHUK :69.27% ; hôpital de district Bujumbura nord :71.09%), et 91,01% étaient mariées (CHUK :92.45% ;hôpital de district Bujumbura-nord :89.58%) ;44,53% étaient des Paucigestes (CHUK :44.53% ;hôpital district Bujumbura –nord :50.52%) et 42.96 % des Paucipares (CHUK :42.96% ; hôpital de district Bujumbura –nord :44.01%) ; 73.95% des femmes enquêtées, connaissait l'existence du cancer du col de l'utérus (CHUK :79.69% ; hôpital de district Bujumbura –nord :68.23%), les principales sources d'information étaient les médias à 46.09% (CHUK :64.70% ; hôpital de district Bujumbura –nord :59.16%), leurs amis à 24.08% (CHUK :28.10% ; hôpital de district Bujumbura –nord :36.64%). La majorité des femmes recrutées (CHUK :88.02 % **;** hôpital de district Bujumbura-nord :91,92%) avaient un niveau global des connaissances sur le CCU bas**,** avec des connaissances insuffisantes sur les facteurs de risques (CHUK :70.57%; hôpital de district Bujumbura-nord :80.72%), les signes clinique (CHUK :83.59%; hôpital de district Bujumbura-nord :85,41%), moyens de prévention du cancer du col utérin (CHUK :94.01%; hôpital de district Bujumbura-nord: 97.13%). Au total 72,92% des femmes recrutées était favorable au dépistage systématique (CHUK :78.9%; hôpital de district Bujumbura nord :66.92%), 97,13% des femmes recrutées (CHUK :95.84%; hôpital de district Bujumbura Nord :98.44%) n'avaient jamais demandé un conseil auprès d'un prestataire de sante à propos du cancer du col de l'utérus et 98,35% n'avaient jamais réalisé un test de dépistage du cancer du col utérus soit (CHUK :98.17% ; hôpital de district Bujumbura Nord :99.73%).

CONCLUSION : le cancer du col de l'utérus reste une maladie fréquente mai qui n'est pas connue par les femmes, ce qui nécessite une sensibilisation massive avec la mise en place du programme approprié pour sa prévention

Mots clés : cancer du col de l'utérus, connaissances, attitude, pratiques, CHUK, hôpital de district Bujumbura-nord.