

Entre savoir et pratique : le paradoxe du dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de Port-au-Prince en contexte de crise

Between knowledge and practice: the cervical cancer screening paradox among women in Port-au-Prince in a crisis context

Sandy Bazelais* et Wilson Jabouin*

Université Quisqueya, Faculté des Sciences de la Santé (FSSA), Programme de Maîtrise en Santé Publique (PMSP), Port-au-Prince, Haïti

Auteurs correspondants: sbazelais1@gmail.com | wjabouin@yahoo.fr

Résumé

Le cancer du col de l'utérus représente un enjeu majeur de santé publique en Haïti. Bien que des méthodes de dépistage efficaces existent, telles que le Pap-test et l'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA), seulement 11 % des femmes haïtiennes ont effectué un test de dépistage selon l'EMMUS-VI (MSPP, 2018). Cette étude qualitative exploratoire, basée sur le cadre Connaissances-Attitudes-Pratiques (CAP) et la méthode de la théorie ancrée, a été réalisée auprès de 28 femmes âgées de 24 à 53 ans à Port-au-Prince entre janvier et mars 2025. Les résultats montrent un niveau de connaissance allant de modéré à bon concernant le virus HPV, ses modes de transmission ainsi que ses conséquences. Les attitudes sont globalement positives, avec une forte motivation liée au contexte familial. Cependant, les pratiques volontaires de dépistage restent marginales : presque tous les tests effectués l'ont été sur recommandation d'un professionnel de santé, y compris chez le personnel soignant. Les principales barrières identifiées sont le coût élevé des examens, l'insécurité due à la crise sociopolitique, la difficulté d'accès géographique aux services et la peur psychologique liée à l'examen. L'étude souligne un paradoxe structurel : malgré une bonne connaissance et une attitude favorable, cela ne se traduit pas automatiquement par une action préventive sans recommandation professionnelle. Ces résultats appellent à une adaptation urgente des stratégies de dépistage au contexte actuel de crise, notamment par un déploiement massif de l'IVA et un renforcement des approches communautaires.

Mots-clés : *cancer du col de l'utérus, étude cap, dépistage, pap-test, Haïti, Port-au-Prince, théorie ancrée, obstacles au dépistage, crise humanitaire, santé publique*

Abstract

Cervical cancer represents a major public health issue in Haiti. Although effective screening methods exist, such as the Pap test and visual inspection with acetic acid (VIA), only 11% of Haitian women have undergone screening according to the EMMUS-VI (MSPP, 2018). This exploratory qualitative study, based on the Knowledge-Attitudes-Practices (KAP) framework and grounded theory methodology, was conducted with 28 women aged 24 to 53 years in Port-au-Prince between January and March 2025. The results show a level of knowledge ranging from moderate to good regarding the HPV virus, its modes of transmission, and its consequences. Attitudes are generally positive, with strong motivation linked to family background. However, voluntary screening practices remain marginal: almost all tests carried out were on the recommendation of a healthcare professional, including among healthcare staff. The main barriers identified are the high cost of testing, insecurity due to the socio-political crisis, difficulty of

geographical access to services, and psychological fear related to testing. The study highlights a structural paradox: despite good knowledge and a favorable attitude, this does not automatically translate into preventive action without professional recommendations. These results call for an urgent adaptation of screening strategies to the current crisis context, notably through a massive deployment of the IVA (Integrated Vodunisation and Assessment) program and a strengthening of community-based approaches.

Keywords: *cervical cancer, kap study, screening, pap test, Haiti, Port-au-Prince, grounded theory, barriers to screening, humanitarian crisis, public health*

I. Introduction

Le cancer du col de l'utérus figure parmi les pathologies malignes les plus courantes et pourtant les plus évitables chez la femme à travers le monde. Il se développe dans la zone de transformation cervicale, une région anatomiquement fragile où se rencontrent l'épithélium cylindrique endocervical et l'épithélium pavimenteux exocervical (Sellors & Sankaranarayanan, 2004). Cette zone est particulièrement vulnérable à une infection persistante par le papillomavirus humain (HPV), principal agent responsable de ce cancer. Les génotypes oncogènes HPV 16 et 18 sont associés à plus de 70 % des cas (Denny et al., 2010). D'autres facteurs comme la modification du microbiote vaginal (Usyk et al., 2020), le tabagisme, la multiparité ainsi qu'un système immunitaire affaibli peuvent aussi contribuer à la progression vers un cancer invasif.

L'infection par le HPV progresse de manière silencieuse, passant par des lésions précancéreuses (CIN 1 à CIN 3) sur une période qui peut dépasser dix ans avant d'atteindre un stade invasif (CDC, 2021). Cette évolution lente offre une fenêtre d'opportunité idéale pour le dépistage et un traitement précoce, capables de diminuer significativement la mortalité liée.

En 2022, on comptait dans le monde 660 000 nouveaux cas et 350 000 décès liés au cancer du col, ce qui en faisait le quatrième cancer le plus fréquent chez les femmes (Ferlay et al., 2014). Au Canada, en 2024, environ 1 600 femmes ont été diagnostiquées, avec un bilan de 400 décès (Agence de santé publique du Canada, 2025). Aux États-Unis, les estimations pour 2025 prévoyaient 13 360 nouveaux cas et 4 320 décès (National Cancer Institute, 2025). Ces chiffres, bien qu'ils proviennent de pays à revenu élevé, illustrent la persistance de ce fardeau malgré des systèmes de santé avancés.

En Haïti, la situation est profondément différente et particulièrement préoccupante. En 2024, 15 125 femmes ont bénéficié d'une inspection visuelle à l'acide acétique, parmi lesquelles 1 307 ont obtenu un résultat positif et 830 ont été prises en charge (MSPP, 2025). Ces données mettent en lumière à la fois une couverture insuffisante du dépistage et des lacunes dans la continuité des soins. D'après l'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI), bien que 78 % des femmes haïtiennes déclarent avoir entendu parler du cancer du col de l'utérus, seulement 11 % ont effectué un test de dépistage (MSPP, 2018). Ce décalage frappant entre connaissance et pratique constitue le cœur de la problématique développée dans cet article.

La situation épidémiologique est aggravée par une crise sociopolitique et sécuritaire qui perdure. La violence des gangs a provoqué le déplacement interne de plus de 227 017 personnes, principalement à Port-au-Prince (OIM, 2024). Le système de santé, déjà fragile, fait face à une pénurie de personnel qualifié due à une émigration croissante. D'après l'Enquête sur la Prestation des Services de Santé (EPSS 2017-2018), Haïti ne comptait que 3 354 médecins, dont 1 568 généralistes, avec un manque notable de gynécologues (MSPP, 2018). Des organisations non gouvernementales telles que Profamil fournissent partiellement des services de santé sexuelle et reproductive, notamment le dépistage du cancer du col de l'utérus, mais leurs moyens restent limités face à l'ampleur des besoins.

Face à ce constat, une question essentielle se pose : si les femmes de Port-au-Prince connaissent le cancer du col de l'utérus et ses méthodes de prévention, pourquoi participent-elles si peu au dépistage volontaire ? Cette étude a été conçue pour examiner les facteurs cognitifs, attitudeux et comportementaux liés à ce phénomène, en tenant compte des particularités du contexte de crise en Haïti. La méthode CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques), mise au point dans les années 1960 et largement employée en santé publique, permet d'analyser ces trois dimensions de manière intégrée. Selon ce cadre théorique, les connaissances influencent les attitudes, qui elles-mêmes conditionnent les pratiques (Launiala, 2009 ; Essi et al., 2013). Cependant, cette relation linéaire n'est pas toujours observée dans des contextes précaires, ce que cette étude vise précisément à documenter. Cet article poursuit trois objectifs principaux : (i) décrire les connaissances, attitudes et pratiques des femmes de Port-au-Prince concernant la prévention du cancer du col ; (ii) identifier et analyser les obstacles structurels, économiques et psychologiques qui freinent le dépistage volontaire ; (iii) proposer des pistes d'intervention adaptées au contexte de crise afin d'améliorer la couverture du dépistage à Port-au-Prince.

II. Revue de la littérature

2.1 Le cancer du col de l'utérus : biologie et évolution naturelle

La cancérogenèse du col de l'utérus est un processus progressif déclenché par une infection persistante par un papillomavirus humain à haut risque. Le HPV cible les cellules situées dans la zone de transformation et insère son génome dans celui de la cellule hôte, ce qui perturbe les mécanismes habituels de régulation du cycle cellulaire (Denny et al., 2010). Les gènes viraux E6 et E7, propres aux génotypes oncogènes, désactivent respectivement les suppresseurs de tumeur p53 et pRb, favorisant ainsi une prolifération cellulaire incontrôlée.

L'évolution de l'infection se déroule en plusieurs phases : une infection transitoire qui se résout spontanément dans 90 % des cas, puis une infection persistante pouvant entraîner le développement de lésions intraépithéliales cervicales (CIN) de bas grade (CIN 1), lesquelles peuvent évoluer vers des lésions de haut grade (CIN 2, CIN 3) et finalement aboutir à un carcinome invasif. Cette progression s'étend généralement sur une période de dix à quinze ans (Sellors & Sankaranarayanan, 2004), ce qui laisse une large marge pour une intervention thérapeutique.

Le microbiome vaginal joue aussi un rôle modulateur dans le déroulement naturel de l'infection à HPV. Des recherches récentes indiquent qu'une dysbiose vaginale, marquée par une diminution des *Lactobacillus*, favorise la persistance de l'infection ainsi que la progression vers des lésions précancéreuses (Usyk et al., 2020). Cette dimension écologique met en lumière la complexité des cofacteurs impliqués.

2.2 Méthodes de prévention et de dépistage

La stratégie de prévention du cancer du col s'appuie sur deux axes complémentaires : la prévention primaire via la vaccination et la prévention secondaire par le biais du dépistage.

a) La vaccination anti-HPV

Trois vaccins prophylactiques sont actuellement disponibles : le Gardasil (2006), le Cervarix (2009) et le Gardasil 9 (2014), qui ciblent respectivement 4, 2 et 9 génotypes de HPV. D'après les recommandations de l'OMS, les filles âgées de 9 à 14 ans devraient recevoir deux doses avant le début de leur vie sexuelle. Dans certains pays, les garçons sont aussi vaccinés afin de prévenir d'autres cancers liés au HPV et de renforcer l'immunité collective (OMS, 2025 ; Arbyn et al., 2010).

Cependant, la couverture vaccinale reste faible en Haïti, en raison de la fragmentation du système de santé et d'un fort niveau de méfiance populaire envers les vaccins.

b) Les méthodes de dépistage

Le Pap-test, ou frottis cervico-vaginal, demeure la méthode de référence dans les pays à revenu intermédiaire. Il est recommandé de le réaliser tous les un à trois ans. Récemment, le test HPV utilisé en dépistage primaire s'est imposé comme la méthode privilégiée dans les pays à haut revenu, grâce à sa sensibilité accrue pour détecter les lésions de haut grade (Delpero et & Selk, 2022).

Dans les pays où les ressources sont limitées, comme Haïti, l'Inspection Visuelle à l'Acide Acétique (IVA) ou au soluté de Lugol (IVL) représentent des alternatives efficaces. L'IVA offre plusieurs avantages pratiques : coût réduit, simplicité technique, possibilité d'un traitement immédiat par cryothérapie ou thermocoagulation, et nécessite moins de visites qu'une cytologie classique (UNFPA, 2011). Un dépistage unique par IVA peut diminuer le risque de cancer invasif de 25 à 36 % (WHO, 2020). Des résultats positifs ont été rapportés en Inde (Poli et al., 2015) ainsi qu'en Ouganda (Nakalembe et al., 2020).

2.3 Le cadre CAP et ses applications en santé publique

La méthode CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques) est un outil de recherche en santé publique mis au point dans les années 1960. Elle permet d'évaluer de manière structurée ce que les individus savent (connaissances), ce qu'ils pensent et ressentent (attitudes), ainsi que ce qu'ils font effectivement (pratiques). L'hypothèse principale est que les connaissances influencent les attitudes, lesquelles déterminent ensuite les pratiques (Launiala, 2009). Toutefois, des études ont révélé que ce modèle linéaire se heurte fréquemment à des obstacles contextuels et structurels qui limitent l'impact des connaissances sur les comportements (Essi et al., 2013).

Concernant le cancer du col, une étude menée en Turquie a révélé qu'une intervention éducative augmentait de manière significative la propension des femmes à effectuer un test Pap (Yücel, 2009). Néanmoins, dans des situations de précarité et de crise, l'intention se traduit rarement en action concrète sans un soutien structurel approprié.

2.4 Obstacles au dépistage : revue de la littérature

La littérature internationale distingue plusieurs types d'obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus. Parmi les barrières économiques, on retrouve le coût des examens et les frais de transport, qui pèsent particulièrement dans les pays dépourvus d'une couverture santé universelle. Les barrières culturelles englobent les tabous autour de la sexualité, la gêne liée aux examens gynécologiques ainsi que la stigmatisation sociale. Les obstacles psychologiques incluent la peur du diagnostic, l'appréhension face à la douleur et l'évitement cognitif associé à l'idée que cancer rime avec mort (Coleman et al., 2016). Enfin, les barrières structurelles concernent l'éloignement géographique, le manque de personnel qualifié et la mauvaise organisation du système de santé.

Dans le contexte particulier d'Haïti, la crise sécuritaire vient ajouter une nouvelle dimension à ces obstacles habituels. Les déplacements internes massifs, la fermeture des centres de santé et la priorité donnée aux soins d'urgence transforment le dépistage gynécologique, qui était une priorité de santé publique, en une quasi-impossibilité pratique pour un grand nombre de femmes (OIM, 2024).

2.5 Objectifs de l'OMS et enjeux pour Haïti

WHO (2020) a mis en place une stratégie mondiale visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus d'ici 2030, basée sur les objectifs 90-70-90 : vacciner 90 % des filles avant l'âge de 15 ans, dépister 70 % des femmes au moins deux fois dans leur vie, et assurer la prise en charge de 90 % des femmes présentant une lésion précancéreuse ou un cancer (WHO, 2020). Pour Haïti, atteindre ces objectifs dans le contexte actuel nécessite une refonte profonde des stratégies d'intervention, prenant en compte la réalité sécuritaire, économique et structurelle du pays.

III. Méthodologie

3.1 Contexte et environnement de l'étude

Cette étude qualitative exploratoire s'appuie sur le modèle Connaissances-Attitudes-Pratiques (CAP) (Essi et al., 2013) pour examiner les comportements de prévention du cancer du col de l'utérus. Il s'agit d'une étude transversale descriptive utilisant une analyse basée sur la théorie ancrée (grounded theory), une méthode qualitative développée en 1967 par Glaser et Strauss, dont l'application en santé publique est bien reconnue (Bryant & Charmaz, 2007). La théorie ancrée a pour objectif de faire émerger des théories directement à partir des données recueillies, sans hypothèses préalables, ce qui la rend particulièrement adaptée à des contextes nouveaux comme la crise haïtienne.

3.2 Population et échantillonnage

La population étudiée se compose de femmes âgées de 20 ans et plus, membres d'associations à vocation sociale, religieuse, universitaire ou politique à Port-au-Prince. L'échantillonnage de convenance, une méthode non aléatoire favorisant l'accessibilité et la réduction des coûts, a été associé à l'échantillonnage en boule de neige afin de recruter des participantes répondant aux critères de sélection (Ancelle et Brucker, 2011).

Au départ, trente-trois questionnaires ont été recueillis. Cinq ont été écartés selon les critères suivants : questionnaire rempli à moins de 50 %, résidence hors de Port-au-Prince depuis plus de trois mois, ou âge supérieur à 65 ans. L'échantillon final comprend donc 28 participantes, avec une saturation des données observée dès la sixième semaine.

3.3 Instrument de collecte

En raison de l'instabilité sécuritaire à Port-au-Prince, un auto-questionnaire en ligne via Google Forms a été mis en place, permettant aux participantes de répondre à distance et en toute confidentialité (Mondal et al., 2018). Ce formulaire, rédigé en créole haïtien, comprenait des questions ouvertes et semi-ouvertes portant sur quatre dimensions : profil sociodémographique, connaissances, attitudes et pratiques. Il a été testé au préalable auprès de trois volontaires afin d'évaluer la compréhension et de limiter les biais liés à la formulation.

Afin de réduire le biais de désirabilité sociale, c'est-à-dire la tendance à répondre de manière socialement acceptable plutôt que sincère (Holbrook et al., 2003), des questions de contrôle ont été ajoutées (questions 8, 10, 13, 19, 20, 22). L'anonymat a été garanti en désactivant l'enregistrement des adresses IP et des courriels dans les paramètres de l'application, conformément aux principes éthiques.

3.4 Analyse des données

L'analyse des verbatim a été réalisée selon la méthode en trois étapes de la théorie ancrée:

- **Codage ouvert:** Analyse détaillée ligne par ligne des 28 verbatim ayant conduit à l'identification de 130 codes préliminaires, répartis en trois catégories : connaissances (62 codes), attitudes (43 codes) et pratiques (25 codes) ;
- **Codage axial:** Regroupement des codes similaires en sous-thèmes et thèmes principaux, mettant en lumière huit catégories conceptuelles : représentation de la maladie, connaissance des facteurs de risque, impact perçu, motivation et réticences face au dépistage, obstacles structurels, pratiques de prévention, expérience du dépistage et facteurs contextuels ;
- **Codage sélectif :** Intégration des catégories menant au thème central : le paradoxe entre la prise de conscience de la gravité du cancer du col et l'impossibilité concrète d'accéder aux soins préventifs en situation de crise.

Les données sociodémographiques ont été analysées de manière descriptive à l'aide de Google Forms et Excel, puis présentées sous forme de tableaux. La bibliographie a été réalisée selon les normes APA (7e édition).

IV. Résultats et discussion

4.1 Profil sociodémographique

L'échantillon final comprend 28 femmes âgées de 24 à 53 ans, avec une moyenne d'âge de 37 ans. Toutes ont un niveau d'études universitaires ou techniques. Parmi elles, 8 travaillent principalement comme infirmières dans le secteur de la santé, 5 sont enseignantes, 5 occupent des postes en gestion ou administration, 3 sont étudiantes, 7 exercent dans le commerce ou l'entreprise, et 4 n'ont pas précisé leur profession (tableau 1).

Tableau 1. Profil sociodémographique des participantes (n = 28) [Source : Bazelais, 2026]

Caractéristique	Catégorie	n
Âge moyen : 37 ans (24-53 ans)	24-35 ans	13
	36-45 ans	10
	46-53 ans	5
Niveau d'instruction	Universitaire / Technique	28 (100 %)
Catégorie professionnelle	Personnel de santé	8
	Enseignantes	5
	Gestion / Administration	5
	Étudiantes	3
	Commerce / Entreprise	7
	Non précisé	4

4.2 Compréhension de la maladie et des méthodes de dépistage

Les participantes présentent des niveaux de connaissance qui varient de modéré à bon. Toutes identifient le papillomavirus humain (HPV) comme la cause principale, et 100 % d'entre elles reconnaissent la transmission sexuelle. Les principales sources d'information sont les réseaux sociaux, les campagnes de sensibilisation dans les hôpitaux et cliniques, ainsi que les séminaires dédiés à la santé maternelle.

Les professionnels de santé proposent des définitions médicales précises : par exemple, une infirmière décrit la maladie comme la présence de cellules anormales dans la muqueuse qui tapisse le col de l'utérus (V007). D'autres préfèrent des images plus accessibles : Yon ti Bouton ki tounen on maleng nan kol matris la (V022). Cette coexistence entre savoir biomédical et représentations populaires illustre la diversité des parcours éducatifs ainsi que la pluralité des sources d'information disponibles.

Les facteurs de risque les plus souvent cités comprennent les rapports sexuels non protégés (73 % des répondantes), les relations précoces (67 %), l'absence de vaccination ainsi que les avortements répétés (une mention incorrecte faite par certaines participantes). La majorité des participantes connaissent bien les symptômes précoces, tels que des saignements vaginaux anormaux, des pertes inhabituelles et des douleurs pelviennes. En revanche, les signes plus avancés (troubles urinaires, fistules vésico-vaginales) restent peu familiers, sauf chez le personnel soignant. Aucune participante ne fait spontanément référence aux cas de fistules survenant à un stade très avancé (OMS, 2025).

Des croyances liées à la médecine traditionnelle et à l'alimentation cohabitent avec les connaissances biomédicales : Tisane yo k ede nan prevention kanse nan kol matris... Fey kowosol m konnen (V007) ; Fow manje bio chak jou epi evite manje twòp epis ak sa ki atifisyèl. Bwe te korosol (V017). Ces pratiques empiriques, même si elles restent limitées en termes de prévention, témoignent d'une quête active de solutions dans un contexte où les soins font défaut.

4.3 Attitudes envers la maladie et le dépistage

a) Une image marquée principalement par la mort

L'attitude la plus marquante mise en évidence par l'analyse est l'association presque systématique entre cancer et mort : Kanse = mouri (V022) ; mo kanse a se yon mo nou tout pe, lanmo (V016). Une seule participante mentionne la possibilité de guérir le cancer du col : Se sel cancer ke ou ka depiste, ou pa oblije mouri de li (V027). Cette vision fataliste représente un obstacle important à la prévention, en favorisant un évitement cognitif plutôt qu'une réelle motivation à se faire dépister.

b) Effets sur la féminité et la capacité reproductive

Les répercussions sur la fertilité et l'identité féminine sont nettement ressenties : Li ka non selman anpeche w fe pitit, li ka Gaye nan tout ko w epi l touye w (V022). Cette inquiétude liée à la reproduction influence profondément les comportements, surtout chez les femmes en âge d'avoir des enfants.

c) La motivation liée à la famille comme moteur

Un aspect positif et profondément ancré dans la culture se dégage : la motivation familiale en tant que facteur protecteur. Plusieurs participantes expriment leur volonté de se préserver pour leur famille : Pwoteje pitit mwen yo pou yo ka Viv plis tan (V020) ; poul ka an sante, poul prezan pou fanmil (V001). Ce moteur motivationnel, solidement enraciné dans les valeurs familiales haïtiennes, pourrait être mis en avant dans les campagnes de sensibilisation.

d) Réserve vis-à-vis de la vaccination

Une minorité de participantes manifeste une certaine méfiance à l'égard des vaccins anti-HPV : Mpa gen konfyans nan vaksen yo anko (V023) ; m pridan a koze vaksen sa yo (V025). Cette hésitation vaccinale, qui peut refléter une défiance institutionnelle plus large, représente un obstacle supplémentaire pour la prévention primaire.

4.4 Pratiques de dépistage

L'analyse des pratiques met en lumière un paradoxe important : malgré un niveau de connaissance allant de modéré à bon et des attitudes généralement favorables, les pratiques de dépistage volontaire demeurent très insuffisantes (Tableau 2).

Tableau 2. Distribution des dépistages multiples (3 tests) chez les participantes (Source : Bazelais, 2025)

Participante	Profession	Âge	Nombre de tests réalisés
V001	Enseignante	46 ans	5
V016	Responsable subvention	37 ans	> 5 (ne peut compter)
V021	Entreprise personnelle	53 ans	4
V031	Médecin	37 ans	4

Parmi les 28 participantes, 10 n'ont jamais passé de test de dépistage, 11 en ont effectué au moins un, et seulement 4 mentionnent avoir réalisé plusieurs dépistages (3 tests). Dans presque tous les cas, le dépistage a été fait sur recommandation médicale plutôt que par initiative personnelle.

L'un des résultats les plus marquants concerne le personnel soignant. Parmi les 8 professionnels de santé de l'échantillon, 3 n'ont jamais passé de Pap-test ; parmi les 5 autres, 4 l'ont réalisé suite à une recommandation médicale. Ce paradoxe illustre de manière frappante une rupture dans le modèle des croyances en santé (Health Belief Model) : même avec des connaissances médicales approfondies et une conscience des risques, un comportement préventif n'est pas assuré sans recommandation professionnelle ou face à des obstacles structurels insurmontables.

4.5 Barrières au dépistage

a) Barrières économiques

Les contraintes financières représentent la principale barrière, commune à tous les verbatim. Le coût du Pap-test peut atteindre 2 000 gourdes ou plus, sans compter les frais de transport : la majorité des personnes souvent victimes ont des moyens économiques toujours faibles (V003) ; le Pap-test devrait être gratuit (V008). L'absence d'une couverture santé universelle pénalise de manière disproportionnée les femmes les plus vulnérables.

b) Barrières géographiques et sécuritaires

La crise sécuritaire ajoute une nouvelle dimension aux obstacles structurels habituels. Les déplacements de population ont rendu difficiles d'accès des zones qui étaient auparavant accessibles : Pwoblem ensekirite peyi a fè tout zon vin lwen (V013) ; Pa gen laboratwa ki fè

egzamen sa nan zon nan (V011). La fermeture de nombreux établissements de santé ainsi que la relocalisation de certains services accentuent cette inaccessibilité géographique.

c) Barrières psychologiques et procédurales

La peur de la douleur liée à l'utilisation du spéculum représente un frein comportemental important : Li pa fasil mwenm patikilyan mwen pa renmen sensasyon espekoulòn lan. Li vreman dezagreab (V021) ; gen fi ki pè spekouloum nan (V008). À cela s'ajoutent la pudeur, la crainte du diagnostic et la stigmatisation sociale, qui renforcent ces obstacles psychologiques..

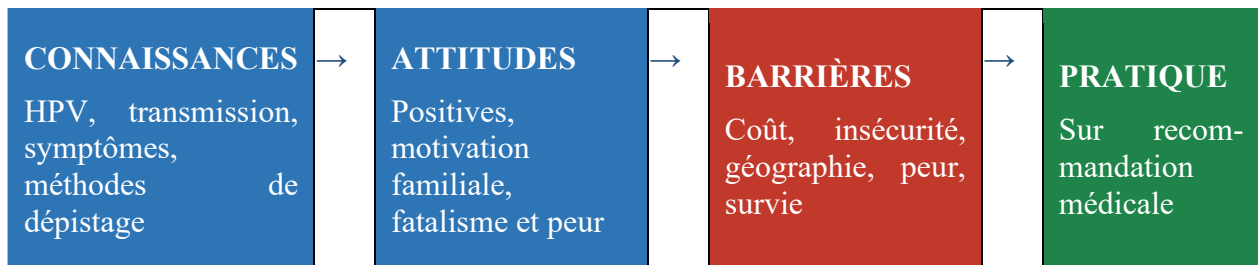
d) La survie au quotidien comme priorité

Dans un contexte de crise humanitaire, les soins préventifs laissent inévitablement place aux urgences du quotidien : m gen lot ijans (V002) ; m pa konn sil fasil pou fè test la paske nan moman an la m gen lot ijans (V015). Cette hiérarchie des priorités, dictée par la crise, modifie les comportements en matière de santé et fragilise les programmes de prévention.

4.6 Analyse systémique et théorie émergente

L'intégration des résultats des trois dimensions, connaissances, attitudes et pratiques (figure 1), met en lumière un thème central que l'on peut formuler ainsi :

« La pratique du dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes haïtiennes à Port-au-Prince dépend principalement de la recommandation d'un professionnel de santé. Même si la connaissance et l'attitude sont importantes, elles ne suffisent pas à motiver un dépistage volontaire sans cette recommandation. Ainsi, la recommandation des professionnels joue un rôle clé en tant que médiateur entre la connaissance, l'attitude et la pratique des femmes. »



La recommandation professionnelle joue un rôle clé de médiateur entre la connaissance, l'attitude et la pratique. (Source : Bazelais, 2026).

Figure 1. Modèle théorique émergent : facteurs influençant le dépistage du cancer du col en situation de crise

Ces résultats confirment et approfondissent des données précédemment établies. L'étude de Yücel et al., (2009) montrait que des sessions d'information augmentaient la tendance des femmes à effectuer un Pap-test, mais uniquement dans un contexte structurel favorable. L'étude de Launiala (2009) sur le paludisme au Malawi soulignait déjà que la connaissance seule explique peu les comportements en matière de santé. Dans le cas haïtien de 2025, la crise agit comme un amplificateur des obstacles déjà présents, rendant toute intervention éducative isolée fondamentalement insuffisante.

V. Conclusion

Cette étude offre un regard inédit et scientifiquement rigoureux sur la situation des femmes de Port-au-Prince concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, dans un contexte marqué par une crise humanitaire. Elle met en lumière un paradoxe structurel : des femmes éduquées, bien informées et favorables à la prévention, mais qui restent incapables de se faire dépister de manière autonome sans recommandation médicale, confrontées à des obstacles économiques, sécuritaires et géographiques insurmontables.

Plusieurs pistes d'actions futures découlent directement de ces résultats :

- Mettre en œuvre à grande échelle la méthode IVA, moins coûteuse, plus rapide et offrant un traitement immédiat, comme alternative prioritaire au Pap-test dans le contexte actuel, à l'image des résultats concluants observés dans des pays comme l'Inde et l'Ouganda ;
- Former des pairs-éducatrices provenant des communautés afin de décentraliser la sensibilisation et de surmonter les obstacles d'accès aux services formels ;
- Intégrer le dépistage aux services de santé de base, notamment la santé reproductive et les soins liés au VIH, afin d'optimiser les interactions avec le système de santé ;
- Reformuler les messages de sensibilisation en mettant l'accent sur la possibilité de guérir le cancer du col à un stade précoce, tout en intégrant la dimension familiale comme source de motivation ;
- Renforcer la formation des médecins généralistes et des infirmières sages-femmes pour le dépistage et la prise en charge, afin de compenser la pénurie de gynécologues ;
- Adapter les politiques de santé publique aux situations d'urgence humanitaire, en facilitant l'accès direct du personnel médical aux outils de prévention.

Si ces adaptations ne sont pas rapidement mises en place, une hausse de l'incidence du cancer du col de l'utérus dans les années à venir est à prévoir. Les résultats obtenus avec cet échantillon de femmes instruites incitent également à s'interroger sur la situation dans des segments de la population moins éduqués et moins connectés aux réseaux d'information.

L'objectif d'éliminer le cancer du col de l'utérus à l'échelle mondiale d'ici 2030, tel que défini par WHO (2020), reste un défi ambitieux mais réalisable, à condition que les stratégies soient véritablement adaptées aux contextes locaux et aux réalités humanitaires particulières, comme celles rencontrées en Haïti.

Références bibliographiques

Agence de santé publique du Canada. (2025). *Progrès réalisés dans la lutte contre le cancer du col de l'utérus au Canada 2024*. Disponible sur <https://sante-infobase.canada.ca/cancer/progres-contre-cancer/rapports.html?type=1>

Ancelle, T., Brucker, G. (2011). *Statistique épidémiologique. Édition Maloine, Paris*. ISBN 978-2-224-03042-1

Bryant, A., Charmaz, K. (2007). Grounded theory in historical perspective: An epistemological account. *The SAGE handbook of grounded theory*, 31-57.

Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N, Wiener H, Herbert A, von Karsa L. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second edition--summary document. *Ann Oncol*. 2010 Mar;21(3):448-458. doi: 10.1093/annonc/mdp471. PMID: 20176693; PMCID: PMC2826099. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2826099>

Bazelais, S. (2026). *Étude des connaissances, attitudes et pratiques des femmes âgées de 20 ans et plus à Port-au-Prince face aux soins préventifs du cancer du col de l'utérus de janvier à mars 2025*. Mémoire de Maîtrise en Santé Publique, Université Quisqueya, Faculté des Sciences de la Santé (FSSA), Port-au-Prince, Haïti.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). *Human Papillomavirus (HPV) Infection*. <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/hpv.htm>

Coleman, J. S., Cespedes, M. S., Cu-Uvin, S., Kosgei, R. J., Maloba, M., Anderson, J., ... & Wools-Kaloustian, K. (2016). An insight into cervical cancer screening and treatment capacity in sub Saharan Africa. *Journal of lower genital tract disease*, 20(1), 31-37. DOI : <https://doi.org/10.1097/lgt.0000000000000165>

Delpero, E., & Selk, A. (2022). Transition de la cytologie à la détection du VPH pour le dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada. *CMAJ*, 194(28), E1012-E1014. <https://doi.org/10.1503/cmaj.211568-f>

Denny, L., Bhatla, N., & Wittet, S. (2010). Papillomavirus humain et cancer du col de l'utérus: prévention et traitement dans les contextes de ressources limitées. *Protection contre les infections à l'origine de cancers*, 5, 19.

Direction de la santé de la famille. (2019, mars). *Plan stratégique national de santé sexuelle et reproductive 2019-2023*. Ministère de la Santé Publique et de la Population (Haïti). <https://www.prb.org/wp-content/uploads/2020/06/Haiti-Plan-Strategique-National-de-Sant%C3%A9-Sexuelle-et-Reproductive-2019-2023.pdf>

Essi, M. J., & Njoya, O. (2013). L'enquête CAP en recherche médicale. *Health sciences and Disease*, 14(2).. *Health Sciences and Disease*, 14, 1-3.

Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., ... & Bray, F. (2014). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International journal of cancer*, 136(5), E359-E386. <https://doi.org/10.1002/ijc.29210>

Mondal, H., Mondal, S., Ghosal, T., & Mondal, S. (2018). Using Google forms for medical survey: A technical note. *Int J Clin Exp Physiol*, 5(4), 216-218. <https://doi.org/10.5530/ijcep.2018.5.4.26>

Holbrook, A. L., Green, M. C., & Krosnick, J. A. (2003). Telephone versus face-to-face interviewing of national probability samples with long questionnaires: Comparisons of respondent satisficing and social desirability response bias. *Public opinion quarterly*, 67(1), 79-125. DOI : <https://doi.org/10.1086/346010>

Launiala, A. (2009). How much can a KAP survey tell us about people's knowledge, attitudes and practices? Some observations from medical anthropology research on malaria in pregnancy in Malawi. *Anthropology Matters*, 11(1). <https://doi.org/10.22582/am.v11i1.31>

Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). (2018). *Haïti, Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services EMMUS-VI 2016-2017*. Port-au-Prince:MSPP

Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). (2018). *Enquête sur la Prestation des Services de Santé (EPSS 2017-2018)*. Port-au-Prince:MSPP

Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). (2025). *Rapport statistique 2024*. Port-au-Prince:MSPP

Nakalembe, M., Makanga, P., Kambugu, A., Laker-Oketta, M., Huchko, M. J., & Martin, J. (2020). A public health approach to cervical cancer screening in Africa through community-based self-administered HPV testing and mobile treatment provision. *Cancer medicine*, 9(22), 8701-8712. DOI : <https://doi.org/10.1002/cam4.3468>

National Cancer Institute (2025). *Cervical Cancer Prevention (PDQ®)–Health Professional Version*. National Cancer Institute. https://www.cancer.gov/types/cervical/hp/cervical-prevention-pdq#cit/section_1.2

OIM, UN Migration. (2024). *Displacement situation in Haiti - Round 9*. <https://dtm.iom.int/sites/g/files/tmzbd11461/files/reports/Displacement%20situation%20in%20Haiti%20-%20Round%209%20-%20December%202024.pdf>

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2024). *Cancer du col de l'utérus*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>

Poli, U. R., Bidinger, P. D., & Gowrishankar, S. (2015). Visual inspection with acetic acid (via) screening program: 7 years experience in early detection of cervical cancer and pre-cancers in rural South India. *Indian Journal of Community Medicine*, 40(3), 203-207. <https://doi.org/10.4103/0970-0218.158873>

Sellers, J. W., & Sankaranarayanan, R. (2004). *Colposcopie et traitement des néoplasies cervicales intraépithéliales: manuel à l'usage des débutants*. Lyon: Centre international de Recherche sur le Cancer. 101-105. Diamond Pocket Books (P) Ltd.

UNFPA. (2011). *Approche globale de prévention et de contrôle du cancer du col de l'utérus. Recommandations d'orientation des programmes à l'intention des pays*. <https://aa.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/FRENCH-Cervical%20Cancer%20Guidance.pdf>

Usyk, M., Zolnik, C. P., Castle, P. E., Porras, C., Herrero, R., Gradissimo, A., ... & Costa Rica HPV Vaccine Trial (CVT) Group. (2020). Cervicovaginal microbiome and natural history of HPV in a longitudinal study. *PLoS pathogens*, 16(3), e1008376. <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1008376>

WHO (2020). *Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>

Yücel, U., Ceber, E., & Özentürk, G. (2009). Efficacy of a training course given by midwives concerning cervical cancer risk factors and prevention. *Asian Pac J Cancer Prev*, 10(3), 437-442

Citation:

Sandy Bazelais et Wilson Jabouin (2026). Entre savoir et pratique : le paradoxe du dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de Port-au-Prince en contexte de crise. InfosNation-Espace Sciences et Société le 13 mai 2026. <https://infosnation.com/entre-savoir-et-pratique-le-paradoxe-du-depistage-du-cancer-du-col-de-luterus-chez-les-femmes-de-port-au-prince-en-contexte-de-crise/>