

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 – Deuxième approche

Sandy Bazelais*, Wilson Jabouin* et Jean Claude Felix*

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 | jcfelix26@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 VIA 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 demeure l'un des principaux problèmes de santé publique chez les femmes à l'échelle mondiale. 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 qui y est liée.

Bien qu'il s'agisse de l'un des cancers les plus évitables grâce à la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV), au dépistage des lésions précancéreuses et au traitement précoce, 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., 2024). 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 particulièrement préoccupante au regard des cibles régionales fixées pour l'élimination du cancer du col de l'utérus. Les chiffres parlent d'eux-mêmes : en 2024, 15 125 femmes ont bénéficié d'une inspection visuelle à l'acide acétique. Parmi elles, 1 307, soit 8,6 % ont obtenu un résultat positif. Mais seulement 830 ont ensuite été prises en charge, ce qui représente 63,5 % des cas positifs (MSPP, 2025). Autrement dit, près d'une femme sur trois dépistée positive échappe au circuit de soins.

Cette rupture dans la continuité des soins n'est que la partie visible d'un problème plus large. La PAHO fixe pour 2030 un objectif régional de 70 % de couverture de dépistage par test de haute performance chez les femmes de 35 et 45 ans. Certains pays y sont déjà : le Brésil dépasse aujourd'hui les 80 % de couverture. Haïti, en revanche, en reste très éloigné au vu des volumes actuellement rapportés (PAHO, 2024a).

Cet écart n'est pas isolé, il s'inscrit dans des inégalités structurelles bien documentées à l'échelle de la région. L'Amérique latine et les Caraïbes concentrent à elles seules 80 % des cas et 84 % des décès par cancer du col recensés dans les Amériques ; les taux de mortalité y sont trois fois plus élevés qu'en Amérique du Nord (PAHO, 2024b).

Le problème ne se limite pas à l'accès aux soins : il commence en amont, dans le décalage entre ce que les femmes savent et ce qu'elles font. Selon l'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des

Services (EMMUS-VI), 78 % des femmes haïtiennes déclarent avoir entendu parler du cancer du col de l'utérus, mais seulement 11 % ont réellement effectué un test de dépistage (MSPP, 2018). Sept ans après cette enquête, faute de données populationnelles plus récentes, ce chiffre reste la meilleure approximation dont on dispose.

C'est précisément ce décalage entre connaissance et pratique, entre dépistage et prise en charge effective qui constitue le cœur de la problématique développée dans cet article.

La situation épidémiologique est aggravée par une crise sociopolitique, économique 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) et avec la migration des professionnels déjà formés, le nombre exact de médecins en activité reste incertain. 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, attitudeaux 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) Signaler les possibles liens entre le niveau de connaissance et les attitudes et pratiques des femmes ; (iii) Donner un aperçu des barrières au recours du Pap test volontairement chez les femmes.

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, cependant, sa persistance peut 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, en Haïti, ce vaccin ne fait pas partie du calendrier national de vaccination .

b) Les méthodes de dépistage

Le Pap-test demeure la méthode de dépistage de référence dans de nombreux pays à revenu intermédiaire, où sa réalisation est généralement recommandée à intervalle d'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). Selon cette méthode, 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 met en évidence des barrières institutionnelles, structurelles et logistiques qui limitent l'accès au dépistage et à la prise en charge, notamment le manque d'équipements, les coûts élevés des services et la pénurie de personnel qualifié. Elle souligne également les difficultés de suivi des patientes, entraînant un nombre important de pertes de vue entre le dépistage et le traitement (Coleman et al., 2016) .

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 à 35 ans puis à 45 ans, 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 réorientation stratégique, 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) 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 selon les critères d'inclusion. 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. 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 (Himel Mondal et Al, 2019).

3.4 Analyse des données

L'analyse des données textuelles pour chaque formulaire a été réalisée selon la méthode en trois étapes de la théorie ancrée :

- **Codage ouvert** : les données textuelles brute pour chaque formulaire ont été analysées ligne par ligne pour identifier les concepts émergents. Cette première étape a généré 130 codes préliminaires regroupés en trois catégories principales : 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 pratique d'accéder aux soins préventifs en situation de crise.

Les données sociodémographique 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

Sur les 28 questionnaires considérés, les femmes étaient âgées de 24 à 53 ans. L'âge moyen est de 37 ans. Elles ont toutes un niveau universitaire ou technique et exercent diverses professions comme comptable, infirmières, gestionnaire... (tableau 1).

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

Caractéristique	Catégorie	n
Âge moyen : 37 ans (24-53 ans)	20-29 ans	3
	30-39 ans	19
	40-49 ans	5
	50 ans et plus	1
Niveau d'instruction	Universitaire / Technique	28 (100 %)

Catégorie professionnelle	Personnel de santé	8
	Enseignantes	2
	Gestion / Administration	7
	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 participante décrit la maladie comme la présence de cellules anormales dans la muqueuse qui tapisse le col de l'utérus (V007). D'autres participantes, qui ne sont pas des professionnels de la santé, utilisent des expressions plus accessibles : Un petit bouton qui s'est transformé en une plaie au niveau du col de l'utérus (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 sexuelles précoces (67 %), 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) 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 : Les tisanes qui aident à la prévention du cancer du col de l'utérus... Les feuilles de corossol, je connais (V007). Il faut manger des aliments biologiques chaque jour et éviter les aliments trop épicés ainsi que les produits artificiels. Buvez du thé de feuilles de corossol (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 : Cancer = mourir » (V022) ; « Le mot cancer est un mot que nous craignons tous, c'est la mort.(V016). Une seule participante mentionne la possibilité de guérir le cancer du col : C'est le seul cancer que l'on peut dépister ; on n'est pas obligé d'en mourir (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 : Non seulement il peut vous empêcher d'avoir des enfants, mais il peut aussi se propager dans tout votre corps et vous tuer (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 Protéger mes enfants afin qu'ils puissent vivre plus longtemps » (V020) ; « pour qu'ils soient en bonne santé, pour être présents pour leur famille (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 : Je n'ai pas confiance dans les vaccins » (V023) ; « Je suis prudent(e) avec cette histoire de vaccins » (V025) . Cette hésitation vaccinale, qui peut refléter une défiance institutionnelle plus large, représente un obstacle supplémentaire pour la prévention.

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 : Bazalais, 2025)

Participant	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 effectué 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 effectué 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 L'insécurité dans le pays fait que toutes les zones sont devenues difficiles d'accès » (V013) ; « Il n'y a pas de laboratoire qui effectue cet examen dans la région » (V011). La fermeture de nombreux établissements de santé ainsi que la relocalisation de certains services accentuent cette inaccessibilité géographique.

c) Barrières psychologiques et procédurales

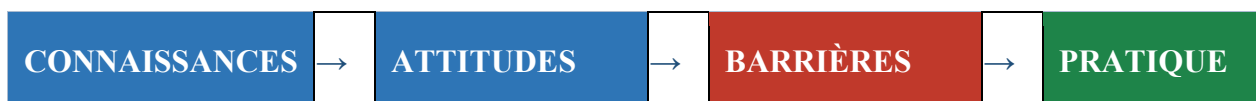
La peur de la douleur liée à l'utilisation du spéculum représente un frein comportemental important : Ce n'est pas facile. Personnellement, je n'aime pas la sensation du spéculum. C'est vraiment désagréable (V021) ; certaines femmes ont peur du spéculum (V008). . À cela s'ajoutent la pudeur, la crainte 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 : J'ai d'autres urgences » (V002) ; « Je ne sais pas si c'est facile de faire le test, car en ce moment j'ai d'autres urgences » (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

Somme toute, on peut remarquer que les barrières multiples existantes constituent les principales causes expliquant le faible taux de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes haïtiennes. On peut également supposer, à la suite des données recueillies, que la pratique du dépistage résulte d'une interaction entre connaissance, attitude et influence du professionnel médical. La connaissance de la maladie, l'association du cancer à la mort ne suffisent pas pour déclencher le dépistage volontaire. De ce fait, si la perception d'un individu, c'est-à-dire la manière dont il comprend et interprète une maladie, repose sur le principe selon lequel la connaissance influence l'attitude et oriente les comportements de santé et deuxièmement, si l'on considère que les pratiques renvoient au dépistage volontaire et possiblement à la prise en charge appropriée, il est possible d'avancer la théorie suivante *''la pratique du dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes haïtiennes à Port-au-Prince, est principalement déterminée par la recommandation d'un professionnel de santé ; la connaissance et l'attitude, bien que importante, n'entraînent pas forcément un dépistage volontaire en l'absence de cette recommandation. La recommandation professionnelle agit donc comme un facteur essentiel 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 : Bazelaïs, 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.

Tableau 3. Analyse des barrières au dépistage du cancer du col de l'utérus selon les six piliers du système de santé de l'OMS

Pilier OMS	Barrières consolidées
1. Leadership et gouvernances	• Insécurité et instabilité sociopolitique, contexte structurant qui conditionne l'ensemble des capacités de gouvernance du système de santé, largement hors du contrôle direct du secteur. • Prévention souvent reléguée derrière les urgences sanitaires et sécuritaires, conséquence directe de cette instabilité, qui oriente l'attention politique et budgétaire vers la gestion de crise. • Faible continuité des politiques et programmes de prévention en contexte de crise, traduction temporelle de l'instabilité, empêchant la pérennisation des initiatives. • Gouvernance insuffisamment coordonnée, barrière centrale à l'origine de la plupart des dysfonctionnements suivants. • Coordination insuffisante entre le MSPP, le secteur public, le secteur privé, les ONG et les partenaires, traduction concrète de ce déficit de gouvernance à l'échelle multi-acteurs. • Cloisonnement des programmes, résultante organisationnelle directe de cette faible coordination. • Participation limitée des acteurs étatiques et non étatiques, un déficit d'inclusion dans les processus décisionnels qui affaiblit la légitimité et l'ancrage des politiques.
2. Prestation de services	• Priorité donnée aux soins urgents au détriment des services préventifs, cause profonde et particulièrement saillante en contexte de crise, qui oriente l'allocation des ressources et l'attention institutionnelle.

	• Fermeture ou fonctionnement perturbé des centres de santé, conséquence directe de l'instabilité sécuritaire, réduisant la capacité opérationnelle globale du système. • Coordination insuffisante entre secteur public, privé et ONG, en l'absence de pilotage unifié de l'offre, favorisant duplications et zones non couvertes. • Fragmentation et cloisonnement des services, résultante structurelle de ce déficit de coordination. • Difficulté d'accès géographique, barrière de premier ordre pour toute population éloignée des centres urbains. • Déplacements de population, facteur aggravant spécifique au contexte haïtien actuel, rompant le lien stable avec un point de service. • Offre concentrée dans certains établissements, traduction spatiale de cette fragmentation, qui limite la couverture territoriale réelle
3. Ressources humaines pour la santé	• Mauvaises conditions de travail, cause profonde alimentant à la fois l'émigration et le désengagement professionnel du personnel de santé. • Faibles incitations et perspectives de carrière, corollaire direct des conditions de travail et déterminant majeur des choix de carrière et de maintien en poste. • Émigration des professionnels, conséquence directe des deux barrières précédentes, phénomène particulièrement documenté dans le contexte haïtien. • Pénurie de personnel qualifié, résultante cumulative de l'ensemble de ces dynamiques. • Répartition inéquitable des ressources humaines, qui traduit géographiquement cette pénurie globale. • Concentration géographique du personnel, corollaire concret de cette répartition inégale, généralement au détriment des zones rurales et des populations déplacées. • Manque de gynécologues et d'autres profils-clés, un déficit spécifique aux compétences requises pour le dépistage et la prise en charge du cancer du col
4. Système d'information sanitaire	• Fragmentation du système d'information, cause première à l'origine de la plupart des dysfonctionnements suivants, en l'absence d'une architecture unifiée. • Faible inclusion du secteur privé et des ONG, un angle mort structurel qui laisse une part significative de l'activité de dépistage hors du système national. • Manque de personnel qualifié en gestion et analyse des données, sans lequel aucun système d'information ne peut être exploité efficacement, quelle que soit sa qualité technique. • Faible intégration des données, corollaire direct de cette fragmentation, qui empêche toute vision consolidée du système. • Données incomplètes, tardives ou peu fiables, conséquence concrète de ces barrières structurelles.

	• Absence ou faiblesse d'un registre permettant de suivre les femmes éligibles, dépistées, positives, traitées et perdues de vue, une lacune critique directement liée aux 36,5 % de perte de vue identifiés dans les données du MSPP
5. Produits et technologies médicaux essentiels	• Insuffisance de ressources financières pour l'approvisionnement, cause première qui empêche de sécuriser le moindre maillon de la chaîne en l'absence d'un budget adéquat. • Dépendance envers le financement externe, fragilisant à la fois la prévisibilité et la pérennité de l'approvisionnement. • Fragmentation des circuits d'approvisionnement, en l'absence de circuit unifié, source de déperdition et d'inefficience. • Cadre réglementaire insuffisant ou désuet pour certains dispositifs médicaux, freinant l'homologation et l'introduction de nouvelles technologies, telles que l'auto-prélèvement HPV. • Ruptures de stocks prolongées, traduction concrète et récurrente de ce déficit d'approvisionnement. • Faiblesse des mécanismes de sélection, de contrôle qualité et d'utilisation rationnelle, compromettant la fiabilité des produits disponibles, même lorsqu'ils existent
6. Financement de la santé	• Insuffisance des dépenses publiques de santé, qui détermine directement la capacité globale du système à financer la prévention. • Stratégie nationale de financement insuffisamment coordonnée, laissant les efforts fragmentés et peu durables faute de cadre cohérent. • Fragmentation du financement, résultant d'une multiplicité de sources non alignées qui nuit à l'efficacité globale du système. • Dépendance envers l'aide extérieure, fragilisant à la fois la pérennité et la souveraineté des programmes de santé. • Coût élevé du dépistage, une barrière spécifique qui pèse directement sur le geste préventif lui-même.

Certaines barrières ne correspondent pas strictement à un seul pilier, mais influencent directement le recours au dépistage : peur de la douleur et du spéculum ; pudeur ; crainte du diagnostic ; stigmatisation sociale ; association du cancer à la mort ; faible passage de la connaissance à l'action ; dépendance à la recommandation du professionnel de santé ; et priorisation de la survie quotidienne dans un contexte de crise.

L'analyse combinée des données de l'étude et du Plan Directeur Santé 2021-2031 met en évidence que le faible recours au dépistage du cancer du col de l'utérus à Port-au-Prince ne saurait être imputé à un déterminant unique, mais résulte plutôt d'une interaction complexe entre facteurs individuels et contraintes systémiques. Les barrières recensées s'inscrivent dans un système de santé confronté à des défis structurels touchant simultanément l'ensemble des six piliers définis par l'Organisation mondiale de la santé : une gouvernance et une coordination institutionnelle insuffisantes, une fragmentation marquée de la prestation des services, des déficits quantitatifs et une répartition géographique inéquitable des ressources humaines, des limites significatives du système d'information sanitaire, des difficultés persistantes d'approvisionnement en produits et technologies essentiels, ainsi qu'une protection financière insuffisante des ménages. Cette

convergence de dysfonctionnements contribue à rompre la continuité du parcours de soins, depuis la connaissance du risque jusqu'au dépistage, au diagnostic et au traitement effectif.

Dans cette perspective, le paradoxe observé entre le niveau de connaissance et le recours effectif au dépistage ne peut être interprété comme un phénomène strictement comportemental, imputable aux seules perceptions ou attitudes individuelles des femmes concernées. Il doit au contraire être appréhendé comme l'expression d'une tension structurelle entre la capacité individuelle à agir et la capacité du système de santé à rendre l'action préventive accessible, abordable, continue et sécurisée. Cette lecture systémique invite ainsi à reconsidérer les stratégies d'intervention, en déplaçant l'attention d'une approche centrée exclusivement sur la sensibilisation individuelle vers une approche intégrée, articulant renforcement des capacités systémiques et transformation des comportements

V. Conclusion

Cette étude visait à comprendre pourquoi, malgré une connaissance modérée à bonne du cancer du col de l'utérus et des attitudes globalement favorables, les femmes de Port-au-Prince recourent si peu au dépistage volontaire. Les résultats révèlent que ce paradoxe ne relève pas d'un déficit individuel de sensibilisation, mais d'une rupture systémique : la recommandation d'un professionnel de santé agit comme médiateur quasi obligatoire entre connaissance et pratique. Il représente donc un mécanisme si déterminant que même des professionnelles de santé formées ne se font pas dépister en son absence. Ce médiateur est lui-même fragilisé par des barrières convergentes touchant l'ensemble des six piliers du système de santé, encore amplifiées par l'effondrement sécuritaire et institutionnel que traverse Haïti depuis 2025.

Ce constat invite à repenser les stratégies de prévention non comme un problème de communication, mais comme un problème d'accès structurel à l'action préventive. Le déploiement de l'IVA, l'intégration du dépistage aux services de santé reproductive déjà fréquentés, et le renforcement du rôle des professionnels de santé de première ligne comme relais actifs de recommandation apparaissent comme des leviers prioritaires, adaptés aux contraintes actuelles du pays.

Ces résultats appellent des recherches complémentaires, notamment sur l'accès aux soins gynécologiques des femmes déplacées internes et sur les déterminants du non-recours chez le personnel soignant lui-même. Sans adaptation urgente des stratégies de dépistage au contexte de crise, le risque est que le cancer du col de l'utérus progresse silencieusement dans les années à venir, hypothéquant davantage l'objectif d'élimination fixé par l'OMS pour 2030

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>

Bazelaïs, 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, E. M. (2024). *Observatoire mondial du cancer : Le cancer aujourd'hui (version 1.0)*. International Agency for Research on Cancer. Récupéré sur <https://gco.iarc.who.int/today>

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>

HImel Mondal et Al. (2019, Mars). Utilisation de google forms pour les enquêtes médicales : note technique. *Revue internationale de physiologie clinique et expérimentale* 5(4), pp. 216-218. Doi. <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>

Li, M., Nyabigambo, A., Navvuga, P., Babigumira, J., & Kim, J. (2017, Decembre). Acceptability of cervical cancer screening using visual inspection among women attending a childhood immunization clinic in Uganda. *Papillomavirus research*, 4, 30-35. doi:<https://www.google.com/search?q=https://doi.org/10.1016/j.pvr.2017.06.002>

Maza, M., Schmeler, K. M., Castellanos, M. E., & WHO Cervical Cancer Prevention Demonstration Project Working Group. (2012). Visual inspection with acetic acid as a feasible,

safe, and effective strategy for cervical cancer prevention in Sub-Saharan Africa. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 119(Suppl. 3), S341–S342. doi.org

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. (2021). *Plan directeur de santé 2021-2031*. HaitiDocs. haitidocs.org. <https://www.haitidocs.org/doc/mspp-plan-directeur-sante-2021-2031?lang=fr>

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>

Pan American Health Organization. (2024, September 24). *PAHO Director calls for urgent action to eliminate cervical cancer in the Americas*. <https://www.paho.org/en/news/24-9-2024-paho-director-calls-urgent-action-eliminate-cervical-cancer-americas>

Pan American Health Organization. (2026, February 3). *PAHO urges strengthening cervical cancer prevention and care to advance toward its elimination*. <https://www.paho.org/en/news/3-2-2026-paho-urges-strengthening-cervical-cancer-prevention-and-care-advance-toward-its>

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 :

Bazelais, S., Jabouin, W., & Félix, J. C. (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 – Deuxième approche. *Espace Sciences et Société - InfosNation*, 2(3). <https://doi.org/10.5281/zenodo.22118833>