Health Sciences & Disease
The Journal of Medicine and Biomedical Sciences
EISSN: 2309-6535 ISSN: 1684-2782

Article Original

Infection à Papillomavirus Humain et Lésions Précancéreuses du Col Chez les Travailleuses de Sexe à Parakou (Bénin) en 2025 : Prévalence et Acceptabilité du Traitement

Human Papillomavirus Infection and Cervical Precancerous Lesions Among Female Sex Workers in Parakou (Benin) in 2025 : Prevalence and Treatment Acceptability

Atade Sèdjro Raoul[1], Sidi Imorou Rachidi[2], Vodouhe Mahublo Vinadou[2], Yessoufou Junior Abd'ousmane[2], Klikpezo Roger[2], Bakary Samiath[2], Doha Valdes[2], Salifou Kabibou[2]

https://doi.org/10.67260/hsd.v27i9.7865

Affiliations
1- Département Mère-Enfant, Institut de Formation en Soins Infirmiers et Obstétricaux (IFSIO) Université de Parakou, Bénin.
2- Département Mère-Enfant, Faculté de Médecine (FM), Université de Parakou, Bénin
Auteur correspondant
Atade Sèdjro Raoul
Tél : 01 95 59 25 41
Mail : raoulatade@yahoo.fr

Mots clés : HPV, travailleuses de sexe, lésions précancéreuses, Parakou

Key words: HPV, sex workers, precancerous lesions, Parakou

Article history
Submitted: 11 July 2026
Revisions requested: 5 August 2026
Accepted: 25 August 2026
Published: 30 August 2026

RÉSUMÉ

Introduction. Les travailleuses de sexe constituent une population à haut risque d'infection à Papillomavirus humain (HPV) et de lésions précancéreuses du col de l'utérus. Au Bénin, les données sur le dépistage et le traitement dans ce groupe vulnérable sont rares. Cette étude visait à déterminer la prévalence des lésions précancéreuses et à évaluer l'acceptabilité du traitement chez les travailleuses de sexe à Parakou en 2025. **Méthodes**. Nous avons mené une étude transversale descriptive du 3 août au 20 septembre 2025 dans les maisons closes de Parakou. L'échantillonnage non probabiliste a combiné la technique de boule de neige et un recrutement de convenance. Le dépistage a associé l'inspection visuelle à l'acide acétique et au lugol (IVA/IVL) et le test HPV par biologie moléculaire. **Résultats**. Sur 83 travailleuses de sexe identifiées, 65 étaient éligibles et ont participé (taux de participation 78,3 %). L'âge moyen était de 29,7 ± 5,6 ans. La plupart étaient célibataires (84,6 %), de niveau secondaire (58,5 %) et de nationalité étrangère (84,6 %). La prévalence des lésions précancéreuses (IVA/IVL positif) était de 12,3 %, et celle de l'infection à HPV de 26,2 %. Les HPV 16 et 18 représentaient respectivement 11,8 % et 29,4 % des souches identifiées. Aucune des huit femmes éligibles à la thermocoagulation n'a accepté le traitement, invoquant principalement la contrainte de l'abstinence sexuelle post-traitement. **Conclusion**. La prévalence des lésions précancéreuses chez les travailleuses de sexe à Parakou est deux fois plus élevée que dans la population générale. L'acceptabilité du traitement est nulle, en raison des contraintes économiques liées à l'abstinence sexuelle. Des stratégies alternatives, incluant un accompagnement socio-économique, sont nécessaires pour améliorer l'adhésion au traitement.

ABSTRACT

Introduction. Female sex workers are at high risk of human papillomavirus (HPV) infection and cervical precancerous lesions. In Benin, data on screening and treatment in this vulnerable group are scarce. This study aimed to determine the prevalence of precancerous lesions and assess treatment acceptability among female sex workers in Parakou in 2025. **Methods**. We conducted a descriptive cross-sectional study from August 3 to September 20, 2025, in brothels in Parakou. Non-probability sampling combined snowball and convenience recruitment. Screening included visual inspection with acetic acid and Lugol's iodine (VIA/VILI) and HPV testing by molecular biology. **Results**. Of 83 identified female sex workers, 65 were eligible and participated (participation rate 78.3%). Mean age was 29.7 ± 5.6 years. Most were single (84.6%), had secondary education (58.5%) and were of foreign nationality (84.6%). Prevalence of precancerous lesions (positive VIA/VILI) was 12.3%, and HPV infection prevalence was 26.2%. HPV 16 and 18 accounted for 11.8% and 29.4% of identified strains, respectively. None of the eight women eligible for thermocoagulation accepted treatment, mainly citing the constraint of post-treatment sexual abstinence. **Conclusion**. The prevalence of precancerous lesions among female sex workers in Parakou is twice that of the general population. Treatment acceptability is null, due to economic constraints related to sexual abstinence. Alternative strategies, including socio-economic support, are needed to improve treatment adherence.

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

POUR LES LECTEURS PRESSÉS

Ce qui est connu du sujet. Le cancer du col de l'utérus est un problème majeur de santé publique en Afrique subsaharienne, où il constitue la deuxième cause de mortalité par cancer chez la femme. L'infection à HPV est la cause nécessaire de ce cancer. Les travailleuses de sexe, en raison de la multiplicité des partenaires sexuels, présentent un risque accru d'infection à HPV et de lésions précancéreuses. L'approche « 3T » (tester, trier, traiter) de l'OMS recommande le dépistage par test HPV suivi du traitement des lésions par thermocoagulation.

L'aspect abordé dans cette étude. Au Bénin, peu de données existent sur le dépistage des lésions précancéreuses chez les travailleuses de sexe. Cette étude évalue la prévalence des lésions précancéreuses et l'acceptabilité du traitement chez cette population à Parakou en 2025.

Ce que cette étude apporte de nouveau. Sur 65 travailleuses de sexe, 12,3 % présentaient des lésions précancéreuses (IVA/IVL positif), soit le double de la prévalence de la population générale à Parakou (6,2 %). L'infection à HPV touchait 26,2 % des femmes. Les HPV 16 et 18 représentaient 11,8 % et 29,4 % des souches identifiées. Toutes les femmes éligibles à la thermocoagulation (n=8) ont refusé le traitement. La principale raison invoquée était l'obligation d'abstinence sexuelle post-traitement, incompatible avec la nécessité de maintenir leurs revenus quotidiens.

Les implications pour la pratique. Ces résultats soulignent l'urgence d'adapter les stratégies de dépistage et de traitement aux contraintes socio-économiques des travailleuses de sexe. Des approches alternatives, comme des traitements avec des périodes d'abstinence plus courtes ou un accompagnement financier temporaire, pourraient améliorer l'adhésion. Des études qualitatives sont nécessaires pour comprendre les freins et co-construire des solutions acceptables.

INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus constitue un problème majeur de santé publique. En 2022, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estimait à 660 000 nouveaux cas et 350 000 décès dans le monde, dont près de 94 % surviennent dans les pays en développement [1]. En Afrique subsaharienne, il représente la deuxième cause de mortalité par cancer chez la femme, après le cancer du sein, avec 125 699 nouveaux cas et 80 614 décès recensés en 2022 [2]. Au Bénin, bien que les données nationales précises soient limitées, le cancer du col est le deuxième cancer le plus fréquent chez la femme, avec une incidence standardisée de 15,1 pour 100 000 habitantes [3]. La survenue de ce cancer est presque toujours liée à une infection persistante par le Papillomavirus humain (HPV), une infection sexuellement transmissible [1]. Parmi les facteurs de risque bien documentés, la multiplicité des partenaires sexuels est un facteur majeur de contamination [4]. Les travailleuses de sexe constituent donc une population particulièrement exposée au HPV et aux lésions précancéreuses du col de l'utérus.C'est pour évaluer la prévalence des lésions précancéreuses et l'acceptabilité du traitement dans cette population vulnérable que la présente étude a été initiée chez les travailleuses de sexe de la ville de Parakou. L'objectif était d'étudier le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus chez les travailleuses de sexe à Parakou en 2025.

METHODOLOGIE

L'étude s'est déroulée dans la ville de Parakou plus spécifiquement dans les maisons closes de la ville, lieux d'exercice des travailleuses du sexe. Elle s'était déroulée du 3 août au 20 septembre 2025. Il s'est agi d'une étude transversale descriptive avec recueil prospectif des données. La population d'étude était composée des travailleuses de sexe exerçant dans la ville de Parakou. Ont été incluses dans cette étude les travailleuses de sexe exerçant à Parakou depuis au moins 6 mois et ayant entre 25 et 49 ans. Celles ayant refusé de participer à l'étude ou celles présentant un cancer du col du col utérin ont été exclues de l'étude. Il en était de même pour celles ayant un antécédent d'hystérectomie totale. Il a été procédé à un échantillonnage non probabiliste, combinant la technique de boule de neige et un recrutement de convenance. Le nombre de sujets requis a été estimé selon la formule de Schwartz :

$$N = \frac{Z^2 \times p \times q}{i^2}$$

Avec

- N : nombre minimal de sujets
- Z : l'écart réduit du niveau de confiance = 1,96 pour un intervalle de confiance de 95%
- p : prévalence des lésions précancéreuses à Parakou au Bénin selon Salifou et *al*. = 6% [5].
- i : la marge d'erreur = 6%.
- q = 1 - p = 93,8%

Ainsi : $N = \frac{1{,}96^2 \times 0{,}062 \times 0{,}938}{0{,}06^2} = 62{,}05$

La taille minimale requise était donc de 62 travailleuses de sexe.

Les travailleuses de sexe dépistées étaient celles répondant à nos critères d'inclusion et ayant donné leur consentement éclairé à la réalisation de l'étude.

L'identification des maisons closes de Parakou a été réalisée grâce à l'appui d'une médiatrice communautaire qui a fourni des informations approximatives sur le nombre de sites par quartier. L'équipe de recherche a ensuite parcouru ces sites et contacté les responsables ainsi que les travailleuses de sexe afin de présenter l'étude et obtenir leur consentement éclairé. Les variables portaient sur les caractéristiques sociodémographiques, les variables liées au comportement, les variables liées aux antécédents, les variables liées aux tests visuels et au test HPV, les variables liées au traitement. La collecte des données s'était déroulée directement dans les maisons closes de Parakou, dans la chambre des travailleuses de sexe ; leur lit servant de table d'examen. La collecte des données a été réalisée à l'aide d'une fiche préalablement testée pour son applicabilité, validée, structurée autour des catégories correspondant aux groupes de variables de l'étude. L'équipe de collecte était constituée de 4 sages-femmes diplômées et formées pour le dépistage et

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

pratiquant en routine le dépistage des lésions précancéreuses avec la fondation Claudine TALON, 2 médecins en spécialisation gynécologie-obstétrique, un étudiant en 7ème année de médecine, 2 étudiantes sages-femmes en 3eme année et une médiatrice. L'équipe a été briefée sur le remplissage de la fiche d'enquête.

La collecte des données s'est déroulée en deux phases principales : la phase de dépistage et la phase de traitement.

Au cous de la phase de dépistage, les participantes ont été informées de l'étude et du processus de dépistage. Un consentement éclairé a été obtenu. Les données sociodémographiques et cliniques ont été recueillies. Ensuite un prélèvement pour le test HPV a été réalisé à l'aide d'une cytobrush puis mis dans du milieu liquide. Le prélèvement HPV était suivi de l'inspection visuelle du col à l'acide acétique et au lugol. Les résultats ont été consignés sur la fiche d'enquête. Le prélèvement pour le test HPV a été acheminé au laboratoire pour analyse.

Phase de traitement des lésions précancéreuses : les travailleuses de sexe testées positives pouvaient être traitées sur place par thermocoagulation. Les autres ont été conviées au CHUD-B/A pour le traitement en fonction de leur disponibilité.

L'analyse des données collectées a été réalisée selon un plan d'analyse défini à l'avance. La première étape a consisté en la validation des données. Il s'est agi de faire la vérification de la complétude des informations collectées et saisies directement dans le logiciel EPIDATA version 3.1 Fr. les analyses statistiques des données ont été réalisées à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics 21. Les observations ont été présentées au moyen de mesures de fréquence, notamment les proportions ou pourcentages pour les variables qualitatives avec les intervalles de confiance à 95 %. Les données quantitatives ont été présentées à l'aide de paramètres de tendance centrale, tels que la moyenne avec l'écart type, la médiane selon le cas, le mode et les extrêmes. Ce travail a été réalisé en conformité avec les normes déontologiques en vigueur. Le protocole a été soumis au Comité Local d'Éthique pour la Recherche Biomédicale de l'Université de Parakou (CLERB-UP) avec un avis favorable et une approbation de l'étude au numéro de référence : 911/2024/CLERB-UP. L'anonymat et la confidentialité des informations collectées ont été assurés. Un numéro d'identification a été utilisé pour chaque fiche d'enquête.

Biais : Il pourrait exister un biais dans l'interprétation des résultats du test à l'acide acétique et au lugol. La réalisation de ces tests par des agents de santé expérimentés en la matière, a permis de minimiser ce biais.

RESULTATS

Au total 83 travailleuses de sexe ont été identifiées. Parmi elles 65 étaient éligibles et ont donné leur consentement éclairé pour l'étude

- **Prévalence globale des lésions précancéreuses chez les travailleuses de sexe de Parakou**

Les lésions précancéreuses étaient présentes chez 12,3% des travailleuses de sexe tandis que l'infection à HPV a été détectée chez 26,2 % d'entre elles.Tout ceci est résumé dans le tableau I

- **Caractéristique socio-démographiques de la population étudiée**

L'âge moyen des travailleuses de sexe enquêtées était de 29,69 ± 5,61 ans avec des extrêmes de 25 ans et de 42 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de [25-30 [ans. La plupart des travailleuses de sexe enquêtées étaient des célibataires (84,62 %), avaient un niveau d'instruction secondaire (58,46 %) et étaient de nationalité étrangère (84,62 %). Également, plus de la moitié des travailleuses de sexe avaient un revenu mensuel de plus de 200 000 FCFA (Tableau II).

Plus des 2/3 des travailleuses de sexe (64,62%) exerçaient le métier depuis 1 à 5 ans. Elles recevaient leur clientèle dans les maisons closes (98,46%) ou dans les maisons closes et hôtels (1,54%).

Tableau I. Répartition des travailleuses de sexe dépistées pour le cancer du col de l'utérus en 2025 en fonction du résultats des test visuels et du test HPV.

Variables	N	%
Tests visuels		
Oui	08	12,3
Non	57	87,7
Test HPV		
Oui	17	26,2
Non	48	73,8

- **Mode de vie**

Les travailleuses de sexe consommaient l'alcool dans 52,31%, le tabac/cigarette dans 20% des cas, et le chanvre indien dans 3,08%. Elles avaient eu leur premier rapport sexuel avant 18 ans dans 44,62% des cas, et entre 18 et 20 ans dans également 44,62 % et après 20 ans dans 10,77%.

Toutes les travailleuses de sexe utilisaient le préservatif et 98,46 % l'utilisaient toutes les fois. Le nombre moyen de partenaires sexuels/jour était de 5,24 ± 1,63 partenaires avec les extrêmes de 1 et de 8 partenaires/jour.

Plus d'une travailleuse de sexe sur cinq (21,54%) avaient un partenaire à qui elles offraient ses services gratuitement (partenaire non payant) et utilisaient avec ce dernier le préservatif occasionnellement/rarement dans 42,86 % des cas.

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

- **Antécédents gynécologiques et obstétricaux des travailleuses de sexe**

L'age de la ménarche était inférieur à 14 ans chez 15,38% des travailleuses, entre 14 et 18 ans chez 66,15% d'entre elles et 18 ans et plus chez 18,46%. La contraception autre que le préservatif a été utilisé par 18,46% d'entre elles. Il s'agissait le plus souvent de l'implant (66,67%) et d'un contraceptif injectable (33,33 %). Aucune d'entre elles n'avait bénéficié d'une vaccination contre le HPV.

Tableau I. Répartition des travailleuses de sexe dépistées pour le cancer du col de l'utérus en 2025 en fonction des caractéristiques socio-démographiques.

Variables	N	%
Age (Ans)		
]25-30[	41	63,08
[30-35[	09	13,84
35 et plus	15	23,08
Situation matrimoniale		
Célibataire	55	84,62
Mariée	3	4,62
Divorcée	5	7,69
Veuve	2	3,08
Niveau d'instruction		
Non instruite	11	16,92
Primaire	10	15,38
Secondaire	38	58,46
Supérieur	6	9,23
Nationalité		
Etrangère*	55	84,62
Béninoise	10	15,38
Revenu mensuel (FCFA)		
< 100.000	9	13,85
[100.000-200.000]	23	35,38
> 200.000	33	50,77

*** : Nigériane (52), Togolaise (4)**

Tableau III. Répartition des travailleuses de sexe dépistées pour le cancer du col utérin à Parakou en 2025 selon les données cliniques et biologiques.

Variables	N=65	%
Aspect macroscopique du col		
Normal	64	98,46
Rougeur péri orificielle	1	1,54
IVA/IVL		
Négatif	57	87,69
Positif	8	12,31
Sérologie HIV	(n=65)	
Négatif	63	96,92
Positif	2	3,08
Types d'HPV	(n=20)	
HPV 16	2	11,76
HPV 18	5	29,41
Autres HPV	13	76,47
Associations de HPV	(n=17)	
HPV 16 seul	1	5,88
HPV 18 seul	3	17,64
HPV 16 + autres HPV	1	5,88
HPV 18 + autres HPV	3	17,64
Autres HPV	9	52,94

La majorité des travailleuses de sexe étaient des multigestes/grandes multigestes (43,08%), multipares/grandes multipares (32,31%). Elles avaient eu leur première grossesse avant 20 ans dans 28,26% des cas.

- **Antécédent de dépistage du cancer du col de l'utérus**

Plus des 2/3 des travailleuses de sexe n'avaient jamais bénéficié au paravent d'un dépistage du cancer du col utérin. Pour celles l'ayant déjà réalisé (21,54%), aucune n'avait obtenu un résultat positif. Le dernier dépistage remontait à plus de 5 ans pour 86,7% d'entre elles.

- **Données cliniques et biologiques**

Le col avait un aspect macroscopiquement sain chez presque toutes les femmes enquêtées (98,46 %). La sérologie VIH était positive chez 3,08 % et les tests d'IVA et d'IVL étaient positifs chez 12,31 % des travailleuses de sexe. Les type HPV 16 et 18 ont été

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

retrouvés respectivement dans 11,76% et 29,41% (Tableau III).

- **Traitement**

Les travailleuses de sexe dépistées positives aux lésions précancéreuses (12,31%) étaient toutes éligibles à la thermocoagulation. Mais aucune n'a accepté recevoir le traitement le jour du dépistage. Un rendez-vous allant d'une semaine à deux semaines a été donné mais aucune d'entre elles ne s'est présentée le jour du rendez-vous.

DISCUSSION

Dans la présente étude, la prévalence des lésions précancéreuses chez les travailleuses de sexe était de 12,3%. Cette prévalence est le double de celle de la population générale de Parakou qui était de 6,2% [5].Les résultats de l'étude d' Afzal et al. [6] étaient identiques aux nôtres : Prévalence des lésions précancéreuses chez les travailleuses de sexe était plus élevée que dans la population générale. Namale et al.[7] par contre rapportaient une faible prévalence de lésions précancéreuses chez cette population à risque. Le dépistage des lésions précancéreuses par l'acide acétique est la méthode recommandée par l'OMS pour les pays en développement. Mais l'interprétation des résultats de cette méthode dépend de la compétence et de l'expérience de l'opérateur. Actuellement le dépistage des lésions précancéreuses passe par le typage viral en premier selon l'approche ''3T '' de l'OMS [8]. A Parakou 26,2% des travailleuses de sexe étaient porteuses du HPV. Une étude menée conjointement au Bénin et au Mali rapportaient des proportions très élévées de portage de HPV chez les travailleuses de sexe : 95,5% au Bénin et 81,4% au Mali [9].

Au Caméroun, plus d'une travailleuse de sexe sur 2 (62,1%) était porteuse du HPV [10]. Dans la population générale la prévalence du HPV est variable selon les régions : 34% au Bénin [11], 38,3% au Burkina Faso [12], 3,9% au Caméroun [13]. Cette prévalence élevée du HPV chez les travailleuses de sexe s'explique par la multiplicité des partenaires sexuels avec risque continuel de réinfections par différentes souches de HPV et d'autres infections sexuellement transmissibles notamment le VIH. Cette réinfection continuelle va entraîner plusieurs cycles de clairance du HPV; ce qui sera à la base d'une persistance du HPV, condition indispensable pour une dysplasie cervicale.

Concernant les différentes souches de HPV identifiées, elles sont variables selon les études et les régions : Wu et al.[14] rapportaient qu'au plan mondial qu'il y a 5 souches identifiées fréquemment chez les travailleuses de sexe. Il s'agit par ordre décroissant du HPV16 (9,0%), VPH 52 (8,3%), HPV89 (7,0%), HPV58 (6,2%) et le HPV53 (5,3%). Au Caméroun, les souches HPV 16 et HPV 18 ne sont pas les souches les plus prédominantes chez les travailleuses de sexe [10]; ce qui est en accord avec les résultats de la présente étude. Par contre au Mali ce sont les souches HPV16 (15,7%), le HPV51 (14,3%) et le HPV52 (12,9%) qui sont les plus fréquentes dans cette population de femmes [9]. Cette variabilité de souches de HPV par région relance le débat sur la nécessité de faire des études multicentriques afin de dresser la liste des HPV couramment rencontrés en Afrique. Il existe une multitude de souches de HPV et il serait intéressant de typer les différentes souches et de faire une classification en fonction de la région, de l'age, des facteurs de risque, des co-morbidités etc...Ceci permettra d'etre exhaustif dans la prévention primaire du cancer du col utérin par vaccination. Un autre élément de prévention primaire reste le port de préservatif. Dans la présente étude, 98,46% des travailleuses de sexe utilisaient chaque fois et toutes les fois le préservatif. On pourrait penser que le préservatif protégerait à 100% de l'infection à HPV; en réalité le port correct et régulier de préservatif ne protège pas totalement de l'infection à HPV car le préservatif ne couvre pas l'intégralité des parties génitales [15]. Mais il est à noter que l'utilisation du préservatif est recommandée surtout avec cette population de femmes car, même s'il est d'une efficacité limitée pour HPV, il empêche la transmission d'infections sexuellement transmissibles plus virulentes telles que le virus du SIDA.

Le refus unanime du traitement par thermocoagulation malgré l'éligibilité constitue un résultat marquant et préoccupant de notre étude. Ce phénomène s'inscrit dans les difficultés bien documentées de l'accès et de l'adhésion aux soins parmi les populations marginalisées. La principale raison évoquée, à savoir la contrainte d'abstinence sexuelle post-traitement, représente une barrière majeure déjà identifiée par Opito et al. [16] chez les travailleuses du sexe, dont les revenus dépendent directement de l'activité sexuelle. Toute interruption, même temporaire, entraîne une perte financière critique, souvent jugée incompatible avec les exigences de la survie quotidienne. Des résultats similaires ont été rapportés par Wilson et al. [17] en Inde, où la majorité des participantes avaient repris le travail sexuel quelques jours seulement après une cryothérapie, invoquant la nécessité de subvenir à leurs besoins essentiels et à ceux de leurs enfants. Cette réalité économique, combinée à l'absence de soutien financier post-traitement, tend à limiter l'acceptabilité des soins, malgré une bonne compréhension des enjeux de santé. Ces constats soulignent la nécessité de promouvoir des approches thérapeutiques mieux adaptées aux contraintes socio-économiques des travailleuses du sexe, telles que des traitements alternatifs exigeant des périodes d'abstinence plus courtes (sous réserve de leur efficacité et sécurité) ou un accompagnement temporaire par des dispositifs de soutien matériel et social.

CONCLUSION

Les travailleuses de sexe constituent une population à risque d'infection HPV. La prévalence des lésions précancéreuses dans ce groupe est plus élevée que dans la population générale à Parakou. Les différentes souches de HPV retrouvées étaient majoritairement les souches autres que le 16 et le 18. Aucune des travailleuses de sexe testées positives aux lésions précancéreuses n'avaient donné leur accord pour un traitement des lésions le jour du dépistage. Des réflexions doivent menées pour faire adhérer ces femmes vulnérables au

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

traitement proposé sans leur faire perdre leur revenu quotidien.

Limite de l'étude

Cette étude présente plusieurs limites méthodologiques. Premièrement, la taille modeste de l'échantillon ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble des travailleuses de sexe du Bénin. Deuxièmement, le recueil des données dans les maisons closes peut avoir introduit un biais de sélection, excluant les travailleuses de sexe exerçant en dehors de ces structures. Troisièmement, le refus total du traitement observé n'a pas été exploré en profondeur, ce qui ne permet pas d'en comprendre les raisons (stigmatisation, méfiance, contraintes financières, etc.). Quatrièmement, l'absence de suivi ne permet pas d'évaluer l'évolution des lésions chez les femmes qui ont refusé le traitement. Enfin, le caractère transversal de l'étude ne permet pas d'établir une relation causale entre les facteurs de risque et la survenue des lésions précancéreuses.

DÉCLARATIONS

Remerciements

Nos remerciements vont à l'endroit de la Fondation Claudine Talon (FCT) et du ministre de la santé (le Professeur HOUNKPATIN Benjamin) qui ont mis en place le projet « Tester, Trier et Traiter » les lésions précancéreuses du col à Parakou ; un projet au travers duquel les femmes sont traitées gratuitement.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Financement

Le travail a été effectué sur fonds propres

Considérations éthiques

Toutes les étapes du travail ont été effectuées en conformité avec la déclaration d'Helsinki. L'approbation du comité d'éthique institutionnel a été obtenue avant le début de l'étude. En outre, ce travail n'a impliqué aucune expérimentation sur des êtres humains ou des animaux et ne contient aucune information personnelle permettant d'identifier les patients.

Disponibilité des données

Les données sont disponibles sur demande raisonnable à l'auteur principal.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la rédaction de ce manuscrit.

REFERENCES

1. Organisation Mondiale de la Santé. Cancer du col utérin. 2025. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer.
2. Globocan.Statistics at a glance. 2022. https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/903-africa-fact-sheet.pdf
3. Ministère de la Santé du Bénin. Plan national de lutte contre les cancers au Bénin 2024-2028. 2024. https://www.iccp-portal.org/sites/default/files/2025-11/B%C3%A9nin_PNLC_2024_2028.pdf
4. Société canadienne du cancer .Facteurs de risque du cancer du col de l'utérus.2025. https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/cervical/risks
5. Salifou K, Brun L, Akpona LFJ, Obossou AAA, Perrin RX. facteurs associés aux lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus dans la ville de Parakou au Bénin. European Scientific Journal. 2015;36(11): 275-83
6. Afzal O, Lieber M, Dottino P, Beddoe AM. Cervical cancer screening in rural South Africa among HIV-infected migrant farm workers and sex workers. Gynecologic oncology reports. 2017;20:18–21
7. Namale G, Mayanja Y, Kamacooko O, Bagiire D, Ssali A, Seeley J, et al. Visual inspection with acetic acid (VIA) positivity among female sex workers: a cross-sectional study highlighting one-year experiences in early detection of pre-cancerous and cancerous cervical lesions in Kampala, Uganda. Infect Agent Cancer. 2021;16:31
8. Organisation Mondiale de la Santé. Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus.2013 https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241548694
9. Tounkara FK, Téguéé I, Guédou AF, Goma-Matsétsé E , Koné A, Béhanzin L, et al. Human papillomavirus genotype distribution and factors associated among female sex workers in West Africa. PLoS One 2020. 25;15(11): 1-18. doi: 10.1371/journal.pone.0242711.
10. Manga SM, Ye Y, Nulah KL, Manjuh F, Fokom-Domgue J, Scarinci I, et al.Human Papillomavirus Types and Cervical Cancer Screening among Female Sex Workers in Cameroon.Cancers. 2024 ;16(243): 2-17 doi: 10.3390/cancers16020243.
11. Chabi MA, Zohoncon TM, Aguemon C, Ambaliou A, Simpore J. Circulating High-risk HPV Genotypes in the South of Benin and Disparity with General Immunization Target. American Journal of Epidemiology and Infectious Disease. 2019;7(1):16-2.
12. Traore IMA, Zohoncon TM, Ndo O, Djigma FW, Obiri-Yeboah D, Compaore TR et al. Oncogenic Human Papillomavirus Infection and Genotype Characterization among Women in Orodara, Western Burkina Faso. Pak J Biol Sci. 2016;19(7):306-11
13. Mbimenyuy Cynthia Malung, Cho Jerome Fru, Mugyia, Akongnwi Emmanuel, Ikomey George, Tebit, Denis Manga, and Nota Damian Anong. Comparative HPV genotype distribution among women with normal and abnormal cervical cytology in Yaoundé, Cameroon. Afr J Clin Exper Microbiol. 2023;24(2):158-67.

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

14. Wu J , Ding C , Liu X , Zhou Y , Tian G , Lan L , et al. Worldwide burden of genital human papillomavirus infection in female sex workers: a systematic review and meta-analysis.Int J Epidemiol. 2021; 50(2):527-37. doi: 10.1093/ije/dyaa289
15. OMS Papillomavirus Humain et cancer. 2024. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-papilloma-virus-and-cancer
16. Opito R, Ayikobua TE, Akurut H, Alwedo S, Ssentongo SM, Erabu WD, et al. Factors associated with uptake and acceptability of cervical cancer screening among female sex workers in Northeastern Uganda: A cross-sectional study. Morhason-Bello IO, éditeur. PLoS ONE.2025; 20(1):1-16
17. Wilson E, Barnard S, Mahmood S, Nuccio O, Rathod SD, Chowdhury R, et al. Experiences of a 'screen and treat' cervical cancer prevention programme among brothel-based female sex workers in Bangladesh: A qualitative interview study. Womens Health (Lond Engl). 2021;17: 2-

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license