



HAL
open science

Identification des barrières au diagnostic précoce du cancer invasif du col en Côte d'Ivoire

Marie Kerbie Plaisy

► **To cite this version:**

Marie Kerbie Plaisy. Identification des barrières au diagnostic précoce du cancer invasif du col en Côte d'Ivoire. Santé publique et épidémiologie. 2019. dumas-02439895

HAL Id: dumas-02439895

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02439895>

Submitted on 14 Jan 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Master Sciences, Technologies, Santé Publique

Mention Santé Publique

Spécialité Santé Internationale

Promotion 2018-2019

**IDENTIFICATION DES BARRIERES AU DIAGNOSTIC PRECOCE
DU CANCER INVASIF DU COL EN COTE D'IVOIRE**

Mémoire de stage effectué du 01/04/2019 au 31/08/2019

Programme National de Lutte contre le Cancer à Abidjan (PNLCa), Côte d'Ivoire

Programme PAC-CI, Site de l'Agence Nationale pour la Recherche sur le VIH/SIDA et les hépatites virales
(ANRS) de Côte d'Ivoire

Soutenu publiquement le 20/09/2019 à Bordeaux

Par **Marie Kerbie PLAISY**, née le 30/04/1989

Directeur de stage : Dr. Antoine JAQUET

Tuteur de stage : Dr. Anne BEKELYNCK

Encadrant de stage : Dr. Patrick Ahuatchi COFFIE

Relectrice : Dr. Gaëlle COUREAU

Composition du jury de soutenance :

Dr. Renaud BECQUET, Dr. Joanna ORNE-GLIEMANN, Dr. Mélanie PLAZY

Dr. Shino AKAWIRA, Dr. Antoine JAQUET, Dr. Thierry TIENDREBEOGO

Remerciements

Au terme de ce travail, je tiens à remercier mon directeur de stage **Antoine JAQUET** pour m'avoir permis de faire une première expérience de terrain dans un pays de l'Afrique Subsaharienne en me proposant ce stage. Je tiens également à le remercier pour sa disponibilité, ses conseils et corrections tout au long de ce stage.

Je tiens aussi à remercier **Patrick COFFIE** pour m'avoir accueilli à PACCI et accepté de Co-encadrer ce travail. Merci également pour les séances de travail et de discussion qui ont permis d'enrichir ce rapport.

Je tiens à remercier **Anne BEKELYNCK**, pour ses conseils, sa disponibilité et ses remarques pertinentes surtout sur l'approche qualitative de ce travail. Merci également pour la formation sur l'initiation au logiciel QDA Miner lite qui m'a été très utile dans l'analyse des entretiens qualitatifs.

Je tiens à remercier tout particulièrement le professeur **Roger SALAMON** pour l'orientation sur le cancer invasif du col. Je le remercie également pour son soutien et ses conseils tout au long de la formation.

Je tiens également à remercier **Simon BONI**, pour son accueil et son soutien inconditionnel tout au long de ce stage.

Je remercie toute l'équipe de **PACCI** pour l'accueil, les remarques et les corrections pertinentes lors des différentes discussions et présentations durant ma période de stage.

Je tiens aussi à remercier tous les personnels du **Programme National de Lutte contre le Cancer (PNLCa)** pour l'accueil et les informations sur la situation du cancer invasif du col en Côte d'Ivoire qui nous ont été précieuses dans la réalisation de ce travail.

Je remercie également **Marie Anicette BEDA, Anicet serge EDOUKOU** et les autres moniteurs de RECOCI pour leur bonne collaboration et leur soutien constant lors de la collecte des données en dépit de leur agenda très chargé.

J'exprime ma reconnaissance et ma gratitude à tous **les enseignants et l'équipe pédagogique** du master 2 Santé Internationale pour l'encadrement et la qualité des enseignements.

Mes remerciements à la **promotion du master Santé Internationale** pour les bons moments passés ensemble tout au long de cette formation.

Je remercie du fond du cœur la famille **Yapo GBOCHO** pour leur bonne humeur et leur support inconditionnel durant mon séjour à Abidjan.

Un merci spécial à **Frank Yélamikan TOURE** d'avoir accepté sans hésitation de m'accompagner à PACCI durant tout le stage.

Merci à Lucie, Djamiou et Arsène de m'avoir permis de découvrir tous les bons recoins d'Abidjan et de m'adapter à la culture ivoirienne.

Mes vifs remerciements à mes parents, mes frères et ma sœur pour leur soutien indéfectible et leur sacrifice inestimable.

Un grand merci à Lovely, Sarah, Nethsa, Lorèt, James pour leurs encouragements tout au long de ce master.

Enfin, je remercie toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Sommaire

Remerciements	1
Sommaire	3
Résumé	4
Abstract	5
Liste des acronymes.....	6
Liste des tableaux.....	7
Liste des figures	7
I. INTRODUCTION	8
I.1 Contexte général du cancer invasif du col	8
I.2 Le cancer invasif du col dans le contexte ivoirien	10
II. JUSTIFICATION	12
III. QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS	14
IV. CADRE INSTITUTIONNEL	15
IV.1 Contexte géographique de l'étude	15
IV.2 Structure d'encadrement du stage	16
V. CADRE THEORIQUE ET METHODES	17
V.1 Cadre théorique.....	17
V.2 Schéma et période d'étude.....	18
V.3 Population d'étude.....	18
V.4 METHODES DE L'ENQUETE QUANTITATIVE.....	19
V.4.1 Mode et outil de recueil des données	19
V.4.2 Variables de l'étude.....	19
V.4.3 Collectes des données	20
V.4.4 Contrôle et saisies des données.....	22
V.4.5 Plan d'analyse des données.....	23
V.5 METHODES DE L'ENQUETE QUALITATIVE	24
V.5.1 Population incluse	24
V.5.2 Sélection des participants.....	24
V.5.3 Mode et outils de recueil des données	24
V.5.4 Données collectées	25
V.5.5 Plan d'analyse des données.....	26
V.6 Considérations éthiques	26

VI.	ORGANISATION DE LA MISSION DE TERRAIN	27
VI.1	Rappel des procédures de recrutement des cas de CIC dans RECOCI.....	27
VI.2	Déroulement de l'enquête	27
VI.3	Contribution personnelle	28
VII.	RESULTATS.....	29
VII.1	Description de la population d'enquête	30
VII.1.1	Enquête quantitative	30
VII.1.2	Enquête qualitative	32
VII.2	Caractéristiques cliniques et types histologiques du CIC	24
VII.3	Proportion de cancer invasif du col au stade avancé	26
VII.4	Facteurs associés au diagnostic du CIC au stade avancé ou tardif.....	37
VII.4.1	Facteurs individuels	37
VII.4.2	Facteurs liés aux prestataires de soins	48
VII.4.3	Facteurs liés au système de santé.....	53
VII.4.4	Intervalle entre le début des symptômes et la confirmation du diagnostic du CIC	55
VIII.	DISCUSSION	57
VIII.1	Rappels des principaux résultats	57
VIII.2	Validité interne : Forces et limites de l'étude	57
VIII.3	Validité externe de l'étude.....	58
VIII.3.1	Facteurs associés au diagnostic du CIC au stade avancé	59
VIII.4	Recommandations.....	60
IX.	CONCLUSION	62
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	64
	LISTE DES ANNEXES	68

Résumé

Contexte : Le Cancer Invasif du Col (CIC) reste un problème de santé publique majeur dans les pays en développement en raison d'un diagnostic le plus souvent au stade avancé, associé à une forte mortalité. En Côte d'Ivoire, peu de données sont disponibles sur la proportion de CIC diagnostiquée à un stade avancé et ses facteurs associés.

Méthode : Nous avons mené une étude transversale mixte quantitative et qualitative. Un questionnaire documentant les caractéristiques sociodémographiques et l'histoire de la maladie a été administré aux femmes diagnostiquées pour un CIC entre juillet 2018 et juillet 2019 avec un stade (FIGO) documenté. Les facteurs associés à un stade avancé de CIC (stade III, IV) ont été estimés par un modèle de régression logistique. Un échantillon de ces femmes et des professionnels de santé ont participé à des entretiens semi-directifs afin de caractériser plus précisément les barrières au diagnostic précoce du CIC.

Résultats : Au total, 89 femmes atteintes de CIC ont été incluses dans notre étude quantitative. Parmi elles, 12 femmes et six professionnels de santé ont été interviewés. La majorité (n=62, 69,7%) des patientes a été diagnostiquée au stade avancé du CIC. En analyse multivariée, les facteurs associés à un stade avancé étaient la séronégativité au VIH (RCa= 6,57; [IC95%1,74–24,82]) et l'absence d'assurance maladie (RCa= 9,76 ; [IC95%1,43-66,8]). D'autres facteurs ont été avancés lors des entretiens, notamment le manque d'information et de sensibilisation sur le CIC de la part des prestataires de soins et l'insuffisance des campagnes de sensibilisation/dépistage.

Conclusion : Dans un contexte d'accès limité au dépistage systématique des CIC en Côte d'Ivoire, un accès favorisé au système de santé semble être un élément déterminant au diagnostic précoce de CIC. Il semble également nécessaire d'améliorer la formation des prestataires de soins vis-à-vis des CIC et de leur prévention.

Mots-clés : Cancer invasif du col, Diagnostic au stade avancé, Pays à ressources limitées, Modèle des voies d'accès au traitement

Abstract

Background: Invasive Cervical Cancer (ICC) remains a major public health issue in developing countries due to a diagnosis that is most often at an advanced stage, associated with high mortality. In Côte d'Ivoire, little data is available on the proportion of ICCs diagnosed at an advanced stage and its associated factors.

Method: We conducted a mixed quantitative and qualitative cross-sectional study. A questionnaire documenting the socio-demographic characteristics and history of the disease was administered to women diagnosed with ICC between July 2018 and July 2019 with a documented stage (FIGO). Factors associated with an advanced stage of ICC (stage III, IV) were estimated by a logistic regression model. A sample of these women and health professionals participated in semi-directive interviews to more accurately characterize the barriers to early diagnosis of ICC.

Results: A total of 89 women with ICC were included in our quantitative study. Among them, 12 women and six health professionals were interviewed. The majority (n=62, 69.7%) of patients were diagnosed at the advanced stage of ICC. In multivariate analysis, factors associated with advanced stage were HIV seronegativity (ORa=6.57;[IC95%1.74-24.82]) and lack of health insurance (ORa=9.76;[IC95%1.43-66.8]). Other factors that were mentioned during the interviews included the lack of information and awareness of the ICC among health care providers and insufficient awareness/screening campaigns.

Conclusion: In a context of limited access to systematic screening for ICC in Côte d'Ivoire, facilitated access to the health system appears to be a key determinant of early ICC diagnosis. There also seems to be a need to improve the training of health care providers in relation to ICC and its prevention.

Key Words: Cervical cancer, Late stage diagnostic, Limited resources, Model of Pathways to treatment

Liste des acronymes

AIBEF	Association Ivoirienne pour le Bien-Etre Familial
ASS	Afrique Subsaharienne
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIC	Cancer Invasif du col
CIRC	Centre International de Recherche pour le Cancer
CNRAO	Centre National de Radiothérapie et d'Oncologie médicale d'Alassane Ouattara
COBA	Centre D'oncologie Bonnadonna d'Abidjan
EIQ	Etendue d'Intervalle interquartile
FIGO	Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique
FCFA	Francs des Communautés Financière d'Afrique
HPV	Virus du Papillome Humain
IC	Informateurs clés
leDEA	International epidemiology Databases to Evaluate AIDS
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IVA	Inspection Visuelle à l'Acide acétique
IVL	Inspection Visuelle au soluté de Lugol
PACCI	Programme de recherche sur le VIH/SIDA et les maladies associées en Côte d'Ivoire
PEPFAR	Plan d'Urgence Présidentiel de Lutte contre le SIDA
PISAM	Polyclinique Internationale Sainte-Anne-Marie
PNLCa	Programme National de Lutte contre le Cancer
RECOCI	Renforcement du registre de cancer du col en Côte d'Ivoire
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Liste des tableaux

Tableau 1 : Définitions opérationnelles des intervalles de temps entre les différents évènements dans le processus de recherche de soins au diagnostic du CIC.....	22
Tableau 2 (1/2): Caractéristiques socio-démographiques et économiques chez des patientes diagnostiquées pour un CIC entre juillet 2018 et juillet 2019 selon leur stade clinique, Côte d'Ivoire, (n=89).....	30
Tableau 3: Profil des femmes ayant participées au volet qualitatif de notre étude sur les barrières au diagnostic précoce du CIC en Côte d'Ivoire, mi-juillet 2019.....	33
Tableau 4: Profil des Informateurs clés ayant participé au volet qualitatif de notre étude sur les barrières au diagnostic précoce du CIC en Côte d'Ivoire, mi-juillet 2019.....	24
Tableau 5 : Caractéristiques cliniques et histologiques chez des patientes diagnostiquées pour un CIC entre juillet 2018 et juillet 2019 selon leur stade clinique, Côte d'Ivoire, (n=89).....	25
Tableau 6: Distribution et effectifs de la stadification FIGO chez des patientes diagnostiquées pour un CIC entre juillet 2018 et juillet 2019, Côte d'Ivoire, mi-juillet 2019 (n=89).....	26
Tableau 7 (1/2) : Régressions logistiques univariable et multivariées des caractéristiques individuelles, cliniques, connaissances antérieures du CIC et l'histoire de la maladie associées au diagnostic tardif du CIC chez des patientes diagnostiquées pour un CIC entre juillet 2018 et juillet 2019, Côte d'Ivoire (n=89).....	38

Liste des figures

Figure 1 : Schéma théorique du lien entre les différents facteurs explicatifs et le retard au diagnostic du cancer inspiré du Modèle de Parcours au Traitement (MPT).....	17
Figure 2 : Diagramme de flux des participants de l'étude.....	29
Figure 3 : Schéma récapitulatif des facteurs associés au diagnostic du CIC au stade avancé en Côte d'Ivoire.....	56

I. INTRODUCTION

I.1 Contexte général du cancer invasif du col

Le Cancer Invasif du Col (CIC) représente le quatrième cancer le plus répandu chez les femmes dans le monde avec environ 570 000 nouveaux cas et 311 000 décès chaque année (1). Ce cancer représente approximativement 7 % de la charge mondiale de cancer chez les femmes (2).

Plus de 85% de ces nouveaux cas et 88 % de ces décès surviennent dans les pays à ressources limitées en raison du défaut d'accessibilité des services de dépistage permettant la détection des lésions précancéreuses et le diagnostic du CIC au stade précoce (3,4).

En Afrique, le CIC touche 27,6 femmes pour 100 000 et 17,5 pour 100 000 en décèdent chaque année (5). Dans de nombreux pays de la zone subsaharienne, il représente l'un des deux cancers les plus fréquents chez la femme avec celui du sein et le premier cancer chez les femmes infectées par le virus de l'immunodéficience Humaine (VIH) (6–8).

Le dépistage du CIC constitue une stratégie de santé publique efficace permettant de réduire l'incidence et la mortalité du CIC (9). Cependant, le test standard de dépistage par la cytologie ou Frottis Cervico-Vaginal (FCV) nécessite des ressources techniques, humaines et financières souvent inaccessibles aux pays à ressources limitées (10). Toutefois, pour pallier à ces difficultés, l'OMS recommande à ces pays des techniques de dépistage alternatives à faible coût basées sur l'Inspection visuelle à l'acide acétique (IVA) ou au soluté de Lugol (IVL). Ces méthodes de dépistage présentent la même efficacité que le FCV en termes de prévention du CIC (10). Par ailleurs, plusieurs vaccins sont également disponibles et permettent de prévenir les infections causées par certains sérotypes du VPH, notamment les génotypes 16 et 18 responsables de 70%–75% de tous les CIC et de 40%–60% des lésions précancéreuses (11). Malheureusement, ces stratégies de préventions primaires et secondaires sont difficiles à mettre en œuvre dans les pays à faible ressources à cause du faible budget et la défaillance de leur système de santé (12–14).

En raison de la faible disponibilité des services de santé pour la détection et le diagnostic précoce du CIC dans les pays à faible ressources, la plupart des femmes se présentent souvent à l'hôpital au stade avancé de la maladie (14–17).

Les patientes diagnostiquées au stade avancé du CIC sont plus susceptibles de développer des complications graves telles que : obstruction des uretères associée à l'hydronéphrose et l'hydrourètre, fistule recto-vaginale, métastases pulmonaires, insuffisance rénale et infections du tractus urinaire (16,18,19). Par conséquent, elles ont une survie médiocre en raison des

limitations dans les options de traitement associée à un taux élevé de mortalité (16). Selon la littérature, la survie du CIC à 5 ans diminue avec le stade clinique passant de 85% pour le stade IB et de 4 à 11% pour le stade IVB (18,20).

Outre la faible disponibilité des services de santé, des facteurs socio-culturels et démographiques ont été rapportés dans la littérature associée au stade avancé au diagnostic du CIC. Une étude réalisée en Nouvelle Zélande a retrouvé des difficultés d'accès financiers et géographiques aux structures sanitaires ainsi qu'au dépistage et au traitement des lésions précancéreuses associées à un stade avancé au diagnostic du CIC (21). Selon une autre étude réalisée à Londres, les femmes ayant une mauvaise connaissance du CIC étaient les plus susceptibles à se présenter au stade avancé du CIC (22). Au Maroc, le risque de présentation et de diagnostic avancé du CIC était plus important chez les femmes qui n'étaient pas mariées, illettrées, vivant en zone rurale ou à plus de 100 km du centre de diagnostic, âgées de moins de 50 ans et dont le premier symptôme n'était pas le saignement vaginal (23). Au Ghana, les femmes n'ayant pas bénéficié de dépistage antérieur du CIC étaient plus susceptibles d'être diagnostiquées au stade avancé (24). Dans une étude réalisée au Népal, d'autres facteurs étaient retrouvés tels que la mauvaise interprétation des symptômes par les professionnels de soins lors de la première consultation ainsi que le partage tardif des symptômes ou le partage avec des personnes autres que le mari (25).

En dépit de ces résultats, les données restent insuffisantes, particulièrement dans les pays de l'Afrique de l'Ouest. D'autres études plus approfondies doivent être menées afin d'explorer davantage les différents obstacles au diagnostic précoce du CIC dans les pays à ressources limitées.

I.2 Le cancer invasif du col dans le contexte ivoirien

En Côte d'Ivoire, les taux d'incidence et de mortalité du CIC standardisés selon l'âge sont estimés respectivement à 28,6 cas et 24,1 décès pour 100 000 femmes en 2018 selon le Centre Internationale de Recherche pour le Cancer (CIRC). Il représente le deuxième cancer le plus fréquent chez la femme ivoirienne après le cancer du sein et la première cause de décès par cancer chez la femme (26).

Plusieurs projets de prévention du CIC ont été développés en Côte d'Ivoire depuis 2009, offrant des services de dépistage, de vaccination et de Génotypage des papillomavirus humains (HPV) (27). En 2009, le Ministère de la santé ivoirien, en partenariat avec certains partenaires techniques et financiers tels que PEPFAR, Jhpiego, UNFPA a mis en place un programme de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses basé respectivement sur l'IVA et la cryothérapie.

Avec appui technique de l'UNFPA, ce programme est actuellement implanté au niveau de 133 centres de soins répartis sur tout le territoire ivoirien dont six spécialisés dans la prise en charge du VIH¹. Il cible toutes les femmes de 25 à 55 ans étant les plus à risque de développer les lésions précancéreuses induites par le HPV. Parmi les 133 sites de dépistage du CIC, 68 sont équipés de matériels de cryothérapie et 3 sites pratiquent la LEEP (technique d'excision électro chirurgicale à l'anse diathermique) en cas de lésions larges occupant plus de 70% de la surface du col de l'utérus. Environ 496 prestataires sont formés sur la méthode d'IVA et sont réparties sur toute la Côte d'Ivoire².

En outre, le diagnostic histologique du CIC (biopsie cervicale) est disponible au niveau de trois Centres Hospitalo- Universitaires de la Côte d'Ivoire (CHU) - deux localisés à Abidjan et un dans le district de Bouaké- et de six laboratoires privés localisées dans la zone urbaine d'Abidjan. Le prix de la biopsie est fixé à 15 000 FCFA (22,8 euros) dans les structures publiques et entre 20 000 et 25 000 FCFA dans les structures privées (30,5 et 38 euros)².

¹ Côte d'Ivoire, Programme National de Lutte contre le Cancer (PNLCa). 2019. Document utilisé en interne.

² Données recueillies par le responsable du Service de la multisectorialité et de développement de partenariat du Programme National de Lutte Contre le Cancer de la Côte d'Ivoire (PNLCa).

Mots clés: PEPFAR= Plan d'Urgence Présidentiel de Lutte contre le SIDA; JPHIEGO= Organisation de santé internationale à but non lucratif affiliée à la Johns Hopkins University; UNFPA= Fonds des Nations Unies pour la Population.

En dépit de la mise en œuvre des dispositifs de prévention et de diagnostic du CIC en Côte d'Ivoire, les précédentes études ont montré que les services de dépistage du CIC n'ont pas été utilisés de manière optimale et la plupart des femmes sont diagnostiquées au stade avancé du CIC. A titre d'illustration, une étude récente a souligné que seulement 1,2 % des femmes de la zone urbaine d'Abidjan avaient bénéficié d'un dépistage du CIC (28) (Annexe 6). Une autre étude conduite au sein des trois CHU d'Abidjan entre 2009 et 2011 avaient montré une prévalence de 70% de CIC diagnostiqués au stade avancé (FIGO III ou IV) (29).

Cependant, aucune étude sur les barrières au dépistage et au diagnostic précoce du CIC n'a été réalisée dans le contexte ivoirien. Par conséquent, aucun aspect sur les différents obstacles à l'utilisation optimale des services de dépistage et de diagnostic n'a été documenté.

Dans un contexte où la Côte d'Ivoire développe des initiatives pour lutter contre le cancer invasif du col de l'utérus, il s'avère important d'identifier les interventions les mieux adaptées pour améliorer l'offre de dépistage, la présentation et le diagnostic précoces du CIC.

L'intérêt de notre étude vise à recueillir des données probantes sur les facteurs associés au diagnostic du CIC à un stade avancé en Côte d'Ivoire afin de contribuer à réduire la prévalence du stade avancé du CIC au diagnostic.

II. JUSTIFICATION

La prise en charge du CIC représente un véritable problème de santé publique, particulièrement dans les pays à ressources limitées en raison des consultations et diagnostic au stade avancé de la maladie. De nombreux efforts ont été entrepris par différents acteurs à la mise en place de programmes de dépistage et de détection précoce des lésions précancéreuses dont leur efficacité a été bien démontrée dans la littérature (10). Cependant, les femmes continuent à se présenter tardivement aux structures spécialisées et à être diagnostiquées au stade avancé de la maladie. Beaucoup de ces femmes diagnostiquées à un stade avancé ne sont éligibles qu'à des soins palliatifs, souvent très onéreux, voire inexistants dans certains pays à ressources limités. De plus, elles ont une qualité de vie médiocre et une durée de vie réduite par rapport à celles diagnostiquées à un stade précoce du CIC (30).

Selon la littérature, le diagnostic du CIC au stade précoce nécessite d'une part la reconnaissance des symptômes du CIC par les femmes et la volonté de se présenter rapidement aux structures de soins, d'autre part la reconnaissance de ces symptômes par les prestataires de soins et la référence des cas suspects dans les structures spécialisées (31,32). De ce fait, autant que les patientes, les professionnels et les pouvoirs publics peuvent contribuer à l'allongement de l'itinéraire thérapeutique des patientes atteintes de CIC et au diagnostic du CIC au stade avancé (31,33).

Il est également bien démontré dans la littérature que le cheminement des patientes atteintes de CIC jusqu'à la présentation et la prise en charge initiale dans les structures de premier contact sont des déterminants essentiels de l'issue de la maladie (31,34). Ainsi, un allongement de l'intervalle entre le cheminement des symptômes et le diagnostic impactent négativement sur la précocité du diagnostic (31). Cependant, plusieurs études montrent qu'une réduction de cet intervalle de temps peut améliorer le pronostic et réduire la morbidité et la mortalité lié à la maladie (30,35).

Ces divers constats nous montrent qu'une meilleure compréhension des facteurs contributifs à l'allongement du diagnostic du CIC est indispensable afin de prévenir les diagnostics au stade avancé. Des études sur les freins au diagnostic précoce du CIC et le cheminement thérapeutique menant au diagnostic sont primordiales aussi bien pour les patientes, que pour les professionnels de santé et les pouvoirs publics. Les résultats de ces études pourront aider à la mise en place d'interventions efficaces permettant d'encourager la sensibilisation, le dépistage, la présentation et le diagnostic précoces du CIC adaptées au contexte local du pays.

En Côte d'Ivoire, une étude a montré que plus de la moitié des femmes atteintes de CIC sont diagnostiqués au stade avancé (25). Cependant, cette étude n'a pas pu démontrer les

différents facteurs pouvant être liés à la présentation et au diagnostic du CIC au stade avancé. En outre, très peu d'études qualitatives réalisées dans les pays à ressources limitées ont évalué le cheminement thérapeutique pré-diagnostic des patientes atteintes de CIC. Néanmoins, nous avons trouvé un nombre très limité d'études abordant cette thématique dans les pays de l'Afrique de l'Ouest.

Notre projet de stage sur les barrières au diagnostic précoce du CIC en Côte d'Ivoire est niché au sein d'un projet de Renforcement de l'Enregistrement des cas de Cancers invasifs du Col de l'utérus à travers le registre des cancers d'Abidjan/Côte d'Ivoire (RECOCI). Ce projet est mis en place depuis le 1^{er} juillet 2018 à Abidjan dans le cadre de la collaboration PNLCa et leDEA (consortium de recherche internationale) Afrique de l'Ouest, avec appui technique de l'Université de Bordeaux dans le but d'améliorer l'exhaustivité et la qualité des données collectées sur le CIC en Côte d'Ivoire.

Les retombées de ce projet réalisé dans le cadre de notre stage de master permettront aux décideurs politiques ivoiriennes et de la sous-région de développer des stratégies efficaces et efficientes, basées sur des preuves afin de réduire le retard à la présentation et au diagnostic du CIC.

III. QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS

Question de recherche

Quels sont les facteurs liés au diagnostic du CIC à un stade avancé en Côte d'Ivoire chez les femmes diagnostiquées entre juillet 2018 et juillet 2019.

Objectifs

L'Objectif principal de notre étude est d'identifier les barrières au diagnostic précoce chez les femmes atteintes de cancer invasif du col en Côte d'Ivoire.

Afin d'aboutir à cet objectif, deux objectifs spécifiques seront réalisés :

- 1- Déterminer la proportion et les facteurs associés au diagnostic du cancer invasif du col au stade avancé.
- 2- Décrire les parcours thérapeutiques menant au diagnostic du cancer invasif du col.

IV. CADRE INSTITUTIONNEL

Cette étude s'intègre dans le projet RECOCI qui est porté par le PNLCa, appuyé par la collaboration leDEA (consortium de recherche internationale) de l'Afrique de l'Ouest et l'INSERM U1219 de l'université de Bordeaux. Ce projet vise à identifier et à enquêter en temps réel l'ensemble des femmes diagnostiquées pour un cancer invasif du col dans les centres de diagnostic et de prise en charge à Abidjan afin de contribuer à l'amélioration de l'exhaustivité et de la qualité des données enregistrées dans le registre de cancer. En outre, ce projet permettra de mener des études épidémiologiques spécifiques, notamment une étude cas-témoins sur le lien entre le CIC et le VIH, ainsi qu'une étude de cohorte sur les cas de CIC sur une période de 12 mois.

IV.1 Contexte géographique de l'étude

Le PNLCa a été créé par l'Etat ivoirien en 2008 afin de contribuer à la réduction de l'impact de la maladie cancéreuse en Côte d'Ivoire. Ses principales missions consistent à la mise en œuvre d'activités promotionnelles, préventives, curatives et de recherches sur le cancer. Ce programme est situé à Treichville. Il est dirigé par un Directeur Coordonnateur et secondé par un Directeur Coordonnateur Adjoint. Il contient sept services dirigés chacun par des Chargés d'Etudes exerçant leur fonction sous l'autorité et la supervision directe du Directeur Coordonnateur. Les services du PNLCa sont les suivants :

- Service de la Communication
- Service de la Multisectorialité et de Développement de Partenariat
- Service de la Prise en Charge des Cas
- Service de Planification de suivi et d'Evaluation
- Service Administration et Financier
- Service du Registre Du Cancer
- Service de Prévention

Le registre de cancer - représentant notre centre d'intérêt dans le cadre de notre stage - fut créé en 1994 par le Ministère de la Santé Publique et le CIRC et est situé au sein du PNLCa. Son objectif principal vise à recenser tous les cas de cancer diagnostiqués dans la ville d'Abidjan et ses banlieues. Ses activités se sont par ailleurs interrompues entre 2001 et 2007 en raison de l'arrêt des subventions du CIRC.

La collecte active des cas de cancers se fait au niveau de toutes les structures sanitaires privées et publiques impliquées dans le diagnostic et/ou le traitement du cancer à Abidjan. Tous les cas confirmés sont signalés au registre cancer à travers les professionnels de soins : - des trois centres Hospitalo-universitaires (CHU) (Treichville, Yopougon, Cocody), du service de cancérologie médicale du CHU de Treichville, du Centre National de Radiothérapie et d'Oncologie médicale d'Alassane Ouattara (CNRAO), des cliniques et des laboratoires privées (PISAM, Avicenne, Centre Wilic, COBA).

Toutes les données sont collectées à partir des dossiers médicaux des patients par des enquêteurs du registre de cancer. Ils sont ensuite enregistrés au registre après confirmation microscopique et histologique du diagnostic de cancer. Seuls les nouveaux cas de cancer y sont inclus.

IV.2 Structure d'encadrement du stage

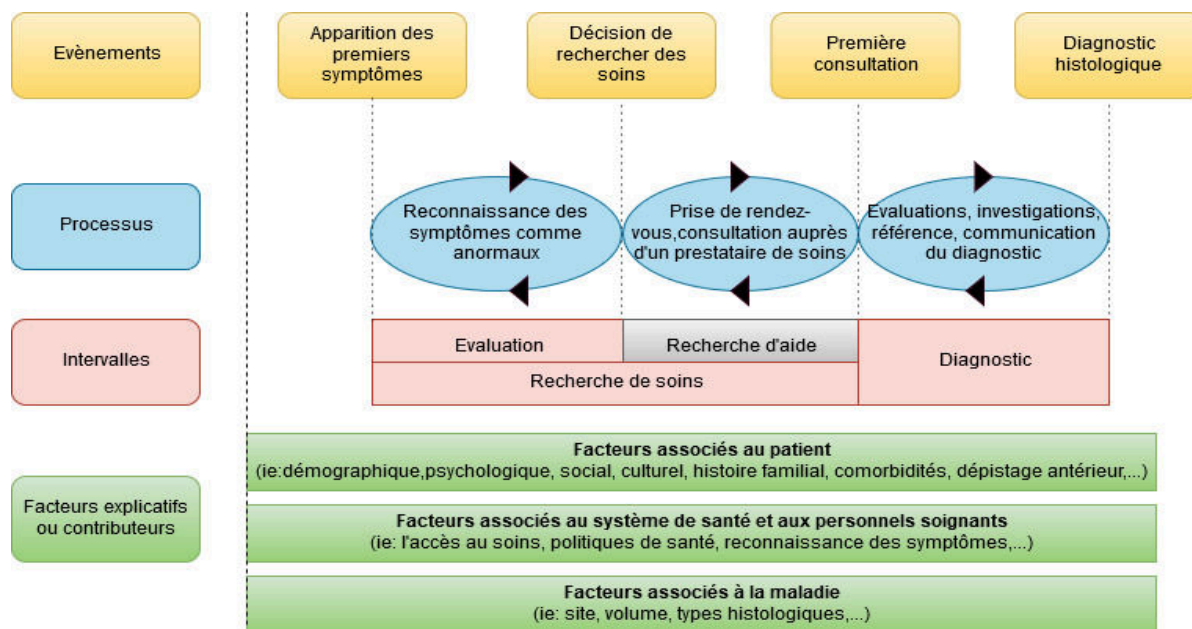
Durant toute notre période de stage, nous avons été hébergés au site du programme PACCI qui est l'un des sites institutionnels de l'Agence Nationale de de Recherche sur le VIH/sida et les hépatites virales (ANRS). Nous avons également été majoritairement encadrés par les chercheurs de cette dite institution.

Le programme PACCI est une équipe de recherche médicale créée en 1996 par les gouvernements de la République de Côte d'Ivoire et de la République Française dans le but de développer la recherche sur l'infection par le VIH et les maladies associées telles que la tuberculose, le paludisme, ou les cancers. L'activité de recherche qu'elle mène contribue, entre autre à former de jeunes professionnels de santé à la recherche médicale. Les institutions de tutelle du programme sont : **pour la partie ivoirienne**, le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, le Ministère de l'Economie et des Finances ; **pour la partie française**, l'Inserm, ANRS, l'Université de Bordeaux et l'Ambassade de France en Côte d'Ivoire.

V. CADRE THEORIQUE ET METHODES

V.1 Cadre théorique

Le cadre théorique guidant notre recherche est inspiré du modèle d'Andersen ou Modèle de Parcours au Traitement (MPT). Il s'agit d'un cadre théorique ayant fait l'objet d'un consensus international, conçu pour décrire les processus décisionnels et comportementaux qui se produisent avant le diagnostic et le traitement du cancer et d'autres maladies infectieuses (34,36). Dans ce modèle (Figure 1), le cheminement de la patiente dès la reconnaissance des premiers symptômes du CIC jusqu'au diagnostic est considéré comme un processus itératif composé d'événements et de processus avec des intervalles distincts. Ces événements et les intervalles associés sont influencés par des facteurs inhérents à la patiente, aux personnels et systèmes de soins et à la maladie (notamment le taux de progression et les sous-types histologiques). En utilisant le MPT, les chercheurs et les décideurs peuvent mieux apprécier au niveau de chaque intervalle les facteurs associés au retard au diagnostic et de concevoir des interventions ciblées (36). Pour notre étude, nous nous sommes focalisés sur les intervalles d'évaluation, de recherches de soins et de temps global. Les définitions opérationnelles de ces différents intervalles sont présentées ultérieurement dans le (tableau 1).



Source : Construction de l'auteure à partir du modèle MPT et des données de la littérature sur les facteurs associés au diagnostic du CIC au stade avancé dans les pays à ressources limitées.

Figure 1 : Schéma théorique du lien entre les différents facteurs explicatifs et le retard au diagnostic du cancer inspiré du Modèle de Parcours au Traitement (MPT)

V.2 Schéma et période d'étude

Nous avons mené une étude transversale mixte (quantitative et qualitative) en Côte d'Ivoire entre le 9 mai et le 10 juillet 2019. Cette approche mixte nous a permis de mesurer l'ampleur du diagnostic du CIC au stade avancé en Côte d'Ivoire par une meilleure appréhension des parcours thérapeutiques pré-diagnostic des femmes atteintes de CIC et les raisons qui ont guidé leurs parcours. En outre, elle nous a permis de reconstituer les perceptions des professionnels de soins et acteur publique sur la thématique.

V.3 Population d'étude

Notre population d'étude était toutes les femmes diagnostiquées pour un CIC de juillet 2018 à juillet 2019, initialement incluses dans le projet RECOCI.

Nos critères d'inclusion étaient :

- Toutes les femmes ayant un examen histologique (biopsie cervicale) confirmant un CIC et qui ont acceptées de participer à notre étude
- Toutes les femmes diagnostiquées pour un CIC et qui sont vivantes durant notre période d'étude

Toutes les femmes dont l'état général était trop altéré, refusaient de participer à notre étude ou qui étaient injoignables par téléphone durant notre période d'étude ont été exclues.

V.4 METHODES DE L'ENQUETE QUANTITATIVE

V.4.1 Mode et outil de recueil des données

Un questionnaire papier a été administré aux participantes ayant consenties à participer à l'étude (Annexe 3). Il a été administré en face-à-face et par téléphone, par moi-même, des moniteurs de RECOCI et une enquêtrice du programme PACCI, préalablement formés sur le sujet. Les questionnaires ont duré approximativement entre vingt et trente minutes. L'enquêtrice du programme dotée d'une expertise dans l'administration de questionnaire par téléphone nous a assistés tout au long du recrutement. Elle nous a également aidés à apporter des précisions en cas d'incompréhension de certaines questions ou de leur formulation par les participantes.

L'outil de recueil a été vérifié et approuvé par notre directeur de Stage, notre tutrice, notre encadreur de stage à PACCI et les responsables du PNLCa.

Les fiches d'inclusion des participantes au projet et la base de données RECOCI ont été utilisées pour compléter les données démographiques, cliniques, paracliniques et le stade FIGO.

V.4.2 Variables de l'étude

Variable dépendante

La variable d'intérêt de notre étude est le retard au diagnostic du CIC. Il est défini par le stade d'extension de la tumeur au diagnostic du CIC en fonction du bilan d'extension au moment du diagnostic. Ce dernier est basé sur la classification de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'obstétrique (FIGO). Normalement les stades FIGO I à IIA sont considérés comme un CIC diagnostiqué à un stade précoce et FIGO IIB à IV à un stade avancé. Cependant, dans notre étude, nous avons classé les stades I³ et II⁴ comme un CIC au stade précoce et les stades III⁵ et IV⁶ au stade avancé, car les stades cliniques rapportés n'étaient pas suffisamment précis dans les fiches d'inclusions initiales pour différencier les stades IIA et IIB chez les patientes.

Variables indépendantes

À partir des données d'études réalisées dans les pays à ressources limitées et selon le cadre théorique MPT construit, nous avons considéré dans notre étude les variables indépendantes ci-dessous qui sont de quatre ordres :

- 1- Les variables portant sur les caractéristiques socio-démographiques et économiques : âge, statut marital, niveau d'éducation, la zone de résidence, la parité, le revenu et l'adhérence à une assurance maladie.

³ Stade I : Le carcinome est strictement limité au col utérin.

⁴ Stade II : Le carcinome s'étend au-delà du col, mais sans atteindre les parois pelviennes.

⁵Stade III : Le carcinome s'étend à la paroi pelvienne.

⁶ Stade IV : Le carcinome s'étend au-delà du petit bassin ou a envahi la muqueuse de la vessie et/ou du rectum.

La variable âge a été utilisée en continu car l'hypothèse de linéarité a été vérifiée et les autres en catégorielles. Les régions ou quartiers ont été renseignés comme zone de résidence des participantes. Puis, ils ont été remplacés par leur correspondance en district afin d'avoir de meilleurs effectifs. Dans notre analyse, nous avons considérés deux modalités pour cette variable pour une meilleure interprétation : celles qui résidaient à Abidjan étaient dans la modalité « Abidjan » et celles qui vivaient dans district autre qu'Abidjan étaient regroupées dans la modalité « intérieur ». Les modalités de la catégorie du niveau d'éducation avec des effectifs faibles ont été regroupées : les modalités suivantes ont été regroupées comme suit: Non scolarisée, primaire, secondaire/supérieur. En ce qui concerne le revenu, cette variable étant initialement recueillie en catégorielle dans la fiche d'inclusion RECOCI, nous l'avons utilisé en dichotomique : 'oui' pour celles qui avaient un revenu mensuel et 'non' pour celles qui n'en avaient pas.

- 2- Les variables portant sur les caractéristiques individuelles, cliniques et l'histoire de la maladie : statut VIH, utilisation de contraceptif, premiers symptômes de la maladie, partage des symptômes et personnes informées, recours à la médecine traditionnelle, distance entre le domicile et le centre de diagnostic du CIC, nombre de consultation pré-diagnostic, mode d'accès à la structure spécialisée (directement ou indirectement via une structure périphérique) et le diagnostic posé par le soignant à la première visite.
Toutes les variables ont été utilisées en catégorielle. Pour des fins d'analyse et à cause d'effectifs très faibles, nous avons regroupés certaines modalités de variables.
- 3- Les variables portant sur les informations antérieures sur le CIC : connaissance antérieure du CIC et du dépistage, sources d'informations, dépistage antérieur et antécédent familial. Dans nos analyses, nous avons enlevées les variables connaissance du dépistage et dépistage antérieur car elles étaient les mêmes qui connaissaient antérieurement le CIC.
- 4- Les variables portant sur les intervalles du parcours de soins : intervalle d'évaluation, de recherche de soins et de temps global.

V.4.3 Collectes des données

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire (voir Annexe 3), basé sur les intervalles du modèle MPT (figure 1) et les résultats des études réalisées sur cette thématique dans les pays à ressources limitées. Ce questionnaire a été administré en français qui est la langue officielle de la Côte d'Ivoire puis a été testé auprès de certaines femmes avec suspicion de CIC dont la biopsie a été négative afin de vérifier que les questions aient été bien comprises. Ce test pilote a permis également de valider et de rendre standard notre questionnaire. Pour les

participantes qui ne s'exprimaient pas en français, les questions ont été traduites en langue locale par des traducteurs volontaires ou par leurs proches.

Le questionnaire d'enquête comportait huit sections. La première section comprenait des questions sur les caractéristiques démographiques des participantes. La deuxième section comprenait des questions sur les connaissances générales du cancer du col utérin. La troisième section regroupait neuf questions (comportant pour certaines des sous-questions) évaluant les connaissances des participantes sur les facteurs de risque, les symptômes et les méthodes de prévention du CIC. Certaines questions nécessiteront des réponses Oui / Non / Ne sait pas, alors que d'autres demandaient aux participantes de choisir une réponse parmi des modalités qui leur étaient proposées. Un score de connaissance a été généré pour cette section avec 1 point attribué pour une réponse correcte et zéro pour une fausse réponse ou Ne sait pas. La quatrième section comprenait huit questions sur les attitudes ou perceptions vis-à-vis du dépistage du CIC et demandait aux participantes d'indiquer leur degré d'accord avec les affirmations sur le cancer du col utérin sur une échelle de Likert noté à 5 points allant de 1 (Pas du tout d'accord) à 5 (Tout à fait d'accord). Pour chaque question de cette section, un pourcentage du niveau d'approbation pour l'ensemble des participantes est présenté dans les résultats. La cinquième section comprenait des questions sur l'histoire antérieure de dépistage du cancer du col. Certaines questions avaient nécessité des réponses Oui / Non, d'autres des réponses à choix multiples. La dernière section comportait des questions portant sur l'histoire du diagnostic du cancer invasif du col. Certaines de ces questions étaient à choix unique ou multiple, d'autres obligeaient la participante à mentionner sa réponse sur les intervalles de temps entre les différents événements présents du début des symptômes jusqu'au diagnostic du CIC. Ces intervalles ou retard sont définis comme des périodes de temps entre les événements et sont basées sur le modèle MPT et sur des données de la littérature (Tableau 1).

À noter que les sections deux, trois et quatre ne seront pas utilisées dans le cadre de ce travail. Ces données seront ultérieurement exploitées dans une autre étude permettant de documenter sur les connaissances et attitudes des patientes atteintes de CIC sur leur maladie.

Tableau 1 : Définitions opérationnelles des intervalles de temps entre les différents évènements dans le processus de recherche de soins au diagnostic du CIC

Concepts	Définition	Auteur
Intervalle d'évaluation des symptômes	Temps écoulé entre l'apparition des premiers symptômes et la décision de discuter les symptômes avec un prestataire de soins	Scott SE, et al (36)
Intervalle de recherche de soins	Temps écoulé entre les premiers symptômes et la première consultation chez un prestataire de soins	Scott SE, et al (36)
Intervalle de diagnostic	Temps écoulé entre la première consultation auprès d'un prestataire de soins et le diagnostic histologique du CIC	Scott SE, et al (36)
Intervalle de temps global	Temps écoulé entre les premiers symptômes et le diagnostic histologique du CIC	Fatima O, et al(15)
Nombre de consultation pré-référence	Toute consultation auprès d'un prestataire de soins (Tradipraticien, structures de soins publics ou privées) avant la présentation et le diagnostic à la structure spécialisée	Lyratzopoulos G, et al (37)

V.4.4 Contrôle et saisies des données

Une base de données a été créée sur le logiciel ACCESS pour la saisie des données collectées pour l'ensemble des participantes. Une autre base de données a été créée sur le même logiciel pour la saisie de certaines informations sur les caractéristiques socio-démographiques, économiques et cliniques des patientes préalablement incluses dans RECOCI et qui n'ont pas participé à notre étude. De telles analyses nous a permis d'identifier l'existence ou non de biais de sélection.

V.4.5 Plan d'analyse des données

Les données saisies sur ACCESS ont été extraites sous format Excel. Nous avons ensuite utilisé la version 3.5.0 du logiciel R pour le traitement et l'analyse des données.

Les variables quantitatives ont été décrites en termes de médiane et Etendue InterQuatile (EIQ). Les variables qualitatives ont été décrites en termes de fréquence et de pourcentage.

V.4.5.1 Traitement des données manquantes

Nous avons réalisé un apurement de nos données saisies qui nous a permis de repérer les données manquantes. Pour l'analyse descriptive, nous n'avons pas exclu des participantes en raison de la présence de données manquantes pour certaines variables. Pour les analyses de régression (univariable et multi variable), nous avons utilisé la méthode d'imputation unique des données pour les variables manquantes. Pour la variable quantitative « Parité », nous avons remplacé les données manquantes par la médiane des valeurs données par les répondantes. En ce qui concerne le revenu, l'imputation a été faite en utilisant les données sur l'activité professionnelle des participantes. Lorsque la participante est femme au foyer ou au chômage, nous l'avons considéré comme n'ayant aucun revenu. Si elle est commerçante, femme de ménage ou artisan, nous avons considéré le cas comme possédant un revenu. Pour les 9 participantes dont la stadification FIGO était manquante, l'imputation n'a pas pu être faite car nous n'avons pas trouvé assez d'informations cliniques et paracliniques dans la fiche d'inclusion initiale.

V.4.5.2 Modélisation statistique : Régression logistique

Pour déterminer les principaux facteurs associés au retard au diagnostic du CIC, des analyses de régressions logistiques univariable et multivariable ont été réalisées. La linéarité entre les variables quantitatives (âge, parité, distance entre le domicile et le centre de diagnostic du CIC, intervalle de recherche de soins au diagnostic) et la variable dépendante (diagnostic du CIC au stade avancé) a été testée. Pour vérifier la linéarité de ces variables continues, un modèle de régression logistique incluant ces variables en qualitatives (découpage en quartile) a été utilisé. La distribution du retard au diagnostic du CIC en fonction de la variable âge était linéaire. Donc, l'âge a été gardé sous forme quantitatif. Pour les autres variables numériques - leur distribution n'étant pas linéaire - ont été présentées sous forme catégorielle dans notre analyse.

Des interactions ont été testées entre les variables indépendantes suivantes : l'âge, le niveau d'éducation, l'assurance maladie, le statut VIH, la connaissance antérieure du CIC, les personnes informées des premiers symptômes, le recours aux tradipraticiens ainsi que le mode d'entrée dans la structure de diagnostic. Elles ont été testées dans le but d'affiner la mesure

d'association des variables testées sur le retard au diagnostic du CIC. Aucune de nos interactions n'étaient significatives, nous ne les avons donc pas associées à notre modèle multivariable.

Toutes les variables significatives au seuil de 0,20 dans l'analyse de régression univariable ont été incluses dans le modèle multivariable. Dans l'analyse multivariable, nous avons effectué une procédure de pas à pas descendante au seuil de 0,05 pour obtenir le modèle final. Cependant, les variables qui jouaient un rôle de confusion lors de la procédure de pas à pas descendante ont été prises en compte dans le modèle final. Les estimations des Odds ratio ont été calculées avec leurs intervalles de confiance à 95% (IC à 95%). Les p-values associées aux variables ont été calculées par le test du Rapport de Vraisemblance et le test de Wald.

V.5 METHODES DE L'ENQUETE QUALITATIVE

V.5.1 Population incluse

Nos populations d'étude étaient :

- Les femmes diagnostiquées pour un CIC de juillet 2018 à juillet 2019, initialement incluses dans le projet RECOCI
- Les personnels de santé exerçant dans les centres de diagnostic et de traitement du CIC à Abidjan
- Un représentant du PNLCa de Côte d'Ivoire

V.5.2 Sélection des participants

Les femmes ont été sélectionnées au moment des entretiens quantitatifs. Elles ont été sélectionnées en fonction de l'âge, du stade de FIGO, du niveau d'éducation, du statut VIH, du centre de première consultation et du quartier et/ou district de résidence afin d'assurer l'hétérogénéité des profils des femmes participant à l'étude. Le nombre de femmes à interroger a été déterminé en fonction du principe de saturation des données. Des entretiens complémentaires ont été réalisés auprès de certains professionnels de santé et acteurs publics appelés Informateurs Clés (IC) dans notre travail. Ces derniers ont été sélectionnés par convenance pour des raisons pratiques d'accessibilité et ont été interviewés sur leur lieu de travail.

V.5.3 Mode et outils de recueil des données

Des entretiens semi-directifs à l'aide d'une grille d'entretien (Annexe 4 et 5) ont été effectués en face à face auprès de certaines femmes et IC. Ils ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone après le consentement éclairé de l'enquêté. La grille d'entretien concernant les patientes a été testée au préalable auprès de deux femmes dont leur biopsie était négative pour le CIC afin de

vérifier le niveau de compréhension et la pertinence des différentes questions. Pour les IC, des entretiens enregistrés ont été réalisés sur leur lieu de travail. Chaque entretien a duré entre trente et quarante-cinq minutes afin de donner assez de temps aux participants pour partager leur expérience et leur vécu.

V.5.4 Données collectées

Les participantes atteintes de CIC ont été interrogées sur les thématiques et sous-thématiques suivantes lors des entretiens (Annexe 4) :

- Suivi gynécologique antérieur au diagnostic du CIC
 - Connaissance du CIC et du test de dépistage
 - Obstacles liés à la consultation et au diagnostic précoces du CIC
 - o Récits sur la réalisation du test de dépistage avant la maladie
 - Récit sur les différentes motivations
 - Récits sur le regard de l'entourage sur ce test de dépistage
 - o Motifs liés au fait de n'avoir effectué aucun test de dépistages auparavant
 - Cheminement thérapeutique menant au diagnostic du cancer du col
 - o Acteurs sollicités dès l'apparition des premiers symptômes
 - o Problèmes rencontrés
 - o Regard sur les premiers symptômes de la maladie
 - o Interprétation des premiers symptômes par le personnel soignant
 - o Support familial dans les différentes démarches
 - o Récits sur le test histologique de diagnostic
 - Bien que le CIC soit le cancer le plus fréquent chez les femmes infectées par le VIH, les participantes n'ont pas été questionnées sur leur statut VIH. Toutefois, certaines l'ont mentionné lors des entretiens.
- Pour les IC, les thématiques et sous-thématiques suivantes ont été abordées au cours des entretiens (Annexe 5):
- Facteurs liés au retard à la consultation et au diagnostic du CIC
 - Facteurs liés à la patiente
 - Facteurs liés aux professionnels de soins
 - Facteurs liés au système de soins
 - Facteurs liés aux politiques de santé
 - Regard sur l'offre de dépistage du CIC en Côte d'Ivoire

- Regard sur les méthodes de lutte du CIC en Côte d'Ivoire
- Message à adresser au Ministère pour renforcer les programmes de lutte

V.5.5 Plan d'analyse des données

Tous les entretiens ont été retranscrits manuellement à partir du logiciel Word le jour de l'entretien. Les données ont été ensuite analysées à partir du logiciel QDA Miner Lite en utilisant une analyse de contenu thématique dans laquelle les thématiques ont été identifiées, indexées, interreliées et décrites. Celles-ci ont été ensuite codées par couleur et des citations ont été sélectionnées pour représenter chaque thème émergent (38,39). Cette méthode d'analyse nous a permis par la suite de développer des modèles qui ont permis d'illustrer et/ou de compléter les résultats de l'analyse quantitative. Des pseudonymes ont été utilisés pour chaque participante afin de garantir la confidentialité. Les professionnels de santé et acteurs publics ont été désignés en Informateurs Clés (IC).

V.6 Considérations éthiques

Avant le début de chaque entretien et le recueil de données quantitatives, une présentation de l'étude, de ses objectifs et de ses retombées ont été réalisées à partir d'une notice d'information. Un consentement oral de l'enregistrement des audios pour l'enquête qualitative a été recueilli auprès des participants tout en les rassurant de la confidentialité et de la sécurité des données. En cas de refus de l'enregistrement, les informations ont été recueillies par prise de notes. Une relation de confiance a été établie entre les participants et les enquêteurs.

Cette étude sur les barrières au diagnostic précoce du CIC et les parcours de soins menant au diagnostic correspond à un volet complémentaire de la recherche planifiée dans RECOCI. L'ensemble des démarches conduites (administration d'une fiche d'enquête, entretiens auprès des femmes atteintes de CIC) sont inscrites dans le protocole d'étude RECOCI initialement validé par le comité national d'éthique de Côte d'Ivoire. Toutes les femmes ayant participé à notre étude disposaient d'une fiche de consentement éclairé signé dans la fiche d'inclusion initiale et avaient accepté d'être recontacté pour des informations complémentaires dans le cadre du projet RECOCI.

VI. ORGANISATION DE LA MISSION DE TERRAIN

VI.1 Rappel des procédures de recrutement des cas de CIC dans RECOCI

Notre étude étant nichée dans le projet RECOCI a suivi ses procédures de recrutement et d'enregistrement des cas confirmés de CIC.

Normalement, toutes les femmes diagnostiquées pour un CIC depuis juillet 2018 sont signalées au registre des cancers d'Abidjan par les structures de diagnostic et/ou de prise en charge du CIC à Abidjan qui ont acceptées de participer dans le projet RECOCI. Ces structures sont les suivantes :

- Service de gynécologie du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Treichville
- Service de gynécologie du CHU de Cocody
- Service de gynécologie du CHU de Yopougon
- Clinique privée de Cobra
- Service de cancérologie médicale du CHU de Treichville
- Centre National de Radiothérapie et d'Oncologie médicale d'Alassane Ouattara (CNRAO)

Les référents médicaux de ces structures sont chargés d'une surveillance prospective et active des nouveaux cas de CIC. Pour chaque femme ayant une suspicion de CIC, un questionnaire lui est administré par un référent après son consentement éclairé. Ensuite, il lui fait le prélèvement de la biopsie, normalement financé par le projet et lui propose également un test de dépistage du VIH. Tous ces cas sont signalés aux moniteurs cliniques du projet qui vont sur les sites vérifier les fiches d'inclusions et rentrer en contact avec les patientes. Les moniteurs sont chargés de recueillir les prélèvements histologiques, puis de les acheminer au laboratoire d'anatomopathologie. Généralement, les résultats sont disponibles environ deux semaines après le prélèvement. Une fois que le résultat histologique confirme un CIC, il est systématiquement enregistré dans le registre cancer et est donc éligible pour faire partie du projet RECOCI.

VI.2 Déroulement de l'enquête

Au préalable, nous avons consultés la base de données RECOCI pour identifier les cas de CIC, ainsi que les données accessibles et exploitables dans le cadre de notre recherche. Ensuite, nous avons consultés les fiches d'inclusions préalablement remplis par les référents médicaux afin de pouvoir sélectionné les participantes éligibles dans notre étude et de rentrer en contact par téléphone avec elles ou à leurs proches.

Durant les appels pour les prises de contact ou de rendez-vous, nous les avons expliqués les objectifs de l'étude ainsi que les différentes retombées. Il a été aussi question de les rappeler

que le questionnaire est complémentaire à celui préalablement rempli lors de leur premier contact au centre de diagnostic et/ou de prise en charge du CIC.

Les entretiens quantitatifs et qualitatifs auprès des femmes atteintes de CIC ont été réalisés simultanément du 9 mai au 10 juillet 2019. Ceux auprès des professionnels de santé et acteurs publics ont été réalisés durant la deuxième semaine du mois de juillet. Les participantes domiciliées à Abidjan au moment de la période d'étude ont été majoritairement interrogées aux services de cancérologie ou de gynécologie du CHU de Treichville selon la disponibilité des salles. Celles ne pouvant pas venir au CHU de Treichville ont été interrogées soit au CHU de Cocody, de Yopougon ou à domicile. La date et l'heure des entretiens étaient conjointement déterminées avec la participante et/ou ses proches. Des frais entre 2500 à 5000 FCFA (3,8 – 7,8 euros) ont été donnés à l'ensemble des participantes interrogées en face à face pour payer leur transport ou pour ajouter des unités sur leur téléphone.

Les femmes qui résidaient à l'intérieur de la Côte d'Ivoire et qui n'étaient pas dans le circuit de soins ont été interrogées par téléphone en fonction de leur disponibilité.

VI.3 Contribution personnelle

J'ai participé à l'ensemble des étapes de cette étude. Avant la mise en place de l'enquête sur le terrain, j'ai effectué une recherche bibliographique sur la thématique, rédigé le protocole de stage et conçu les outils de recueil qualitatifs et quantitatifs.

Une fois sur le terrain, j'ai testé l'ensemble des outils de recueil des données. Ensuite, j'ai réalisé les entretiens quantitatifs et qualitatifs auprès des femmes en me faisant aider par une enquêtrice du programme PACCI et des moniteurs de RECOCI. Ces derniers étaient préalablement formés sur le sujet ainsi que les outils de recueil des données. J'ai réalisé seule les entretiens qualitatifs auprès des professionnels de santé et acteurs publics.

En outre, j'ai créé la base de données sur le logiciel ACCESS, procédé à l'ensemble des saisies des données collectées et la retranscription intégrale des audios. Après la phase de collecte des données, j'ai effectué un apurement des données et un recodage de certaines variables.

Enfin, j'ai réalisé l'ensemble des analyses (quantitatives et qualitatives) et rédigé le rapport de stage qui a été validé par mon directeur, ma tutrice et mon encadreur de stage.

VII.RESULTATS

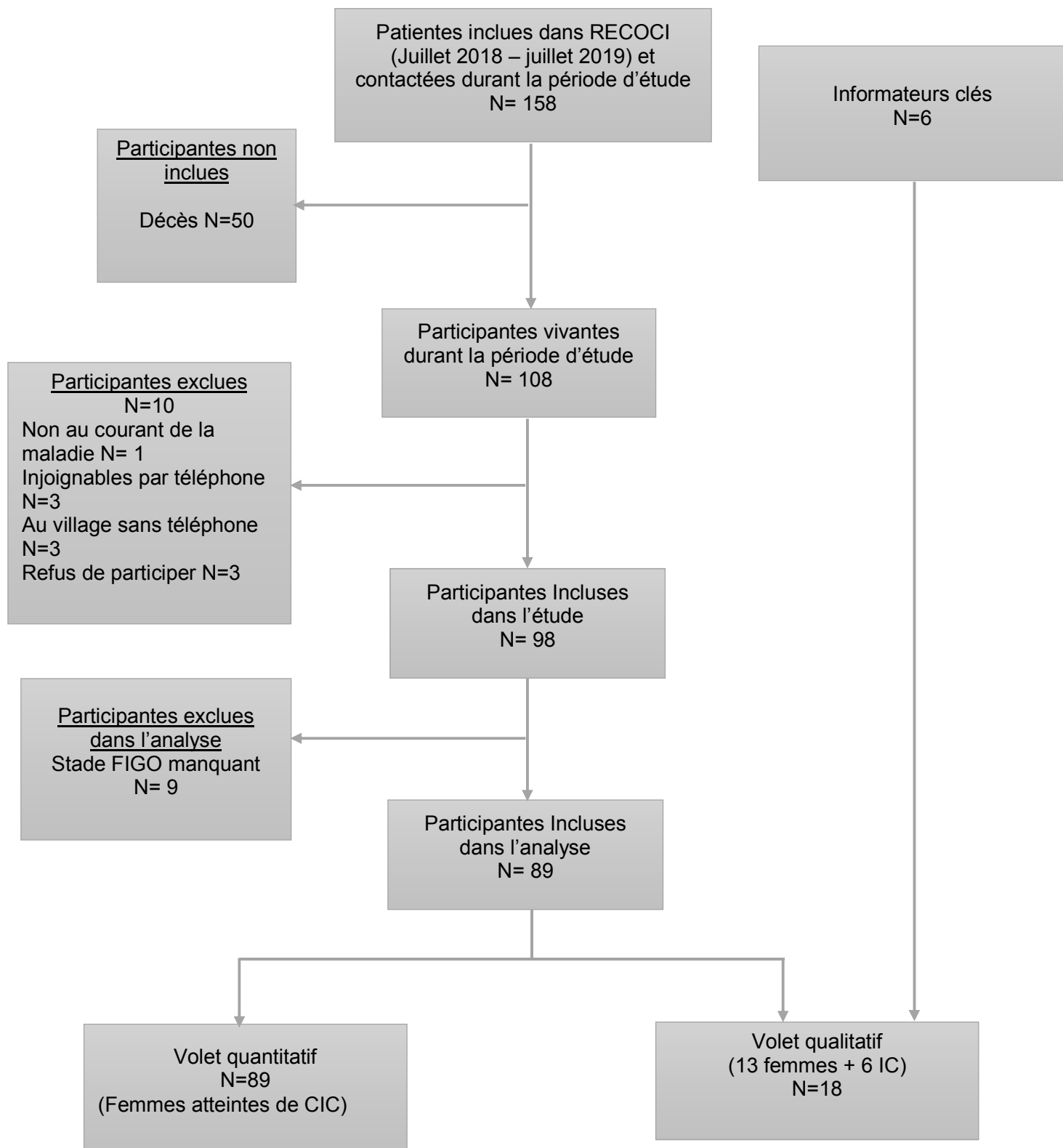


Figure 2 : Diagramme de flux des participants de l'étude

VII.1 Description de la population d'enquête

VII.1.1 Enquête quantitative

Au total 158 femmes présentant un diagnostic histologique de CIC entre juillet 2018 et juillet 2019 incluses dans le projet RECOCI ont été contactées pour participer à notre étude.

Parmi elles, 50 étaient déjà décédées au moment de la collecte de données. Sur les 108 participantes à RECOCI vivantes au moment de l'étude, 19 ont été exclues dans l'étude pour les raisons suivantes : injoignables par téléphone (n=3), pas de téléphone au village (n=3), refus (n=3), pas au courant de la maladie durant la période de recueil des données (n=1), stadification FIGO non disponible (n=9). 89 ont été incluses dans nos analyses quantitatives.

VII.1.1.1 Caractéristiques générales

L'âge médian des 89 participantes incluses dans notre analyse étaient de 51 ans allant de 28 à 82 ans. Plus de la moitié (64%) n'étaient pas mariées, 53,9% vivaient avec un partenaire au moment de l'étude. 47,2% n'étaient pas scolarisées et 28,1% avaient atteint le niveau d'étude primaire. Plus de la moitié des participantes (57,3%) résidaient à l'intérieur de la Côte d'Ivoire et 50,6% étaient sans emploi. 53,5% avaient 5 enfants ou plus et 50,6% résidaient à 100 Km ou plus du centre de diagnostic de leur CIC (médiane= 107 km ; intervalle 4 km – 635 km). Environ 20% des enquêtées étaient infectées par le VIH au moment de l'étude, 10,1% disposaient d'une assurance de santé, 30,3% n'avaient aucun revenu mensuel et 57,3% disposaient de moins de 150 000 FCFA par mois (soit moins de 228,8 euros) au moment de l'inclusion. Les principales caractéristiques sont présentées dans le tableau 2.

Tableau 2 (1/2): Caractéristiques socio-démographiques et économiques chez des patientes diagnostiquées pour un CIC entre juillet 2018 et juillet 2019 selon leur stade clinique, Côte d'Ivoire, (n=89)

	Stade précoce (I, II) (n=27)		Stade avancé (III, IV) (n=62)		Total (n=89)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Age						
Médiane [EIQ]	48	[35 - 68]	52	[28 - 82]	51	[28 - 82]
Age en catégories						
<40	5	(18,5)	10	(16,1)	15	(16,8)
40-59	18	(66,7)	37	(59,7)	55	(61,8)
≥60	4	(14,8)	15	(24,2)	19	(21,4)
Niveau d'éducation						
Non scolarisé	11	(40,7)	31	(50,0)	42	(47,2)
Primaire	8	(29,6)	17	(27,4)	25	(28,1)

Secondaire	5	(18,5)	12	(19,4)	17	(19,1)
Supérieure	3	(11,1)	2	(3,2)	5	(5,6)
Statut matrimonial						
Marié	12	(44,4)	20	(32,3)	32	(36,0)
Veuve	5	(18,5)	19	(30,6)	24	(27,0)
Concubinage	6	(22,2)	11	(17,7)	17	(19,1)
Célibataire	3	(11,1)	8	(12,9)	11	(12,4)
Divorcée	1	(3,7)	4	(6,5)	5	(5,6)
Vit avec un partenaire						
Oui	18	(66,7)	30	(48,4)	48	(53,9)
Non	9	(33,3)	32	(51,6)	41	(46,1)
Parité						
Médiane [EIQ]	5	[0 - 12]	5	[1 - 12]	5	[0 - 12]
Parité en catégories						
< 5	12	(46,2)	29	(46,8)	41	(46,5)
≥5	14	(53,8)	33	(53,2)	47	(53,5)

Tableau 2 (2/2): Caractéristiques socio-démographiques et économiques chez des patientes diagnostiquées pour un CIC entre juillet 2018 et juillet 2019 selon leur stade clinique, Côte d'Ivoire, (n=89)

	Stade précoce (I, II) (n=27)		Stade avancé (III, IV) (n=62)		Total (n=89)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Ménopause						
Oui	12	(44,4)	44	(71,0)	56	(62,9)
Non	15	(55,6)	18	(29,0)	33	(37,1)
Utilisation de contraceptif						
Oui	10	(37,0)	13	(21,0)	23	(25,8)
Non	17	(63,0)	49	(79,0)	66	(74,2)
Statut HIV						
Positive	9	(33,3)	9	(14,5)	18	(20,2)
Négative	18	(66,7)	53	(85,5)	71	(79,8)
District de résidence						
Abidjan	10	(37,0)	28	(45,2)	38	(42,7)
Intérieur	17	(63,0)	34	(54,8)	51	(57,3)
Assurance santé						
Assuré	6	(22,2)	3	(4,8)	9	(10,1)
Non-Assuré	21	(77,8)	59	(95,2)	80	(89,9)
Revenu mensuel						
Oui	19	(73,1)	41	(70,7)	60	(71,4)
Non	7	(26,9)	17	(29,3)	24	(28,6)

VII.1.2 Enquête qualitative

18 entretiens semi-directifs ont été effectués durant notre période d'étude dont un était informel⁷. Douze ont été réalisés auprès des femmes ayant participées à l'enquête quantitative et 6 auprès d'informateurs clés (professionnels de santé et acteurs publics). L'entretien informel a été réalisé lors de l'administration d'un questionnaire par téléphone à une participante résidant à l'intérieur. Certains propos intéressants ont été ressortis et ont été retranscrits dans un carnet de prise de notes.

VII.1.2.1 Caractéristiques socio-démographiques, économiques et cliniques des participantes

La plupart des participantes résidaient dans le district d'Abidjan au moment du diagnostic du CIC (8/12) mais dans des communes différentes. La moitié n'était pas scolarisée et avait un faible niveau économique (celles qui disposaient un revenu mensuel inférieur à 150 000 FCFA ou à 228,8 euros). Quatre d'entre elles étaient infectées par le VIH au moment de l'étude et huit étaient diagnostiquées au stade avancé du CIC (FIGO III ou IV). Les principales caractéristiques sont présentées dans le tableau 3.

⁷ Ici, l'entretien informel se réfère à un entretien réalisé par téléphone dont toutes les questions de la grille d'entretien n'ont pas été abordées.

Tableau 3: Profil des femmes ayant participées au volet qualitatif de notre étude sur les barrières au diagnostic précoce du CIC en Côte d'Ivoire, mi-juillet 2019

Participant*es	Age	Commune/District de résidence	Niveau d'éducation	Statut économique	Statut VIH	Centre de première consultation	Stade FIGO
Linda	59	Yopougon/Abidjan	Primaire	Faible	Négatif	Clinique privée	III
Elizabeth	38	Dabou/Lagunes	Non scolarisée	Faible	Négatif	Tradipraticien	IV
Marise	54	Vridi/Abidjan	Non scolarisée	Très faible	Positif	Dispensaire	IV
Claude	34	Yopougon/Abidjan	Non scolarisée	Très faible	Négatif	Tradipraticien	III
Jeanne	56	Bondoukou/Zanzan	Non scolarisée	Faible	Négatif	Tradipraticien	III
Patricia	38	Abobo/Abidjan	Non scolarisée	Faible	Positif	Hôpital général	I
Marlie	36	Abobo/Abidjan	Non scolarisée	Très faible	Négatif	Tradipraticien	III
Rose	43	San-Pedro/Bas-Sassandra	Primaire	Faible	Négatif	Tradipraticien	III
Sandra	43	Marcory/Abidjan	Primaire	Faible	Positif	Hôpital général	II
Amanda	49	Abengourou/Comoé	Primaire	Très faible	Positif	Hôpital général	II
Nanie	38	Cocody/Abidjan	Supérieur	Moyen	Négatif	Hôpital général	II
Zila	49	Yopougon/Abidjan	Secondaire	Moyen	Négatif	Dispensaire	IV

*Nom anonymisé

Statut économique très faible : Toutes les participantes qui ne disposaient d'aucun revenu mensuel.

Statut économique faible : Les participantes qui avaient un revenu mensuel inférieur à 150 000 FCFA (soit 228,8 euros).

Statut économique moyen : Les participantes qui avaient un revenu mensuel entre 150 000 et 300 000 FCFA

VII.1.2.2 Caractéristiques démographiques des professionnels de santé et acteurs publics

Tous les professionnels de soins et acteurs publics qui ont participé à notre étude exerçaient dans des établissements de soins à Abidjan. La majorité était des hommes, leur moyenne d'âge et d'années d'expérience de travail était respectivement de 41 et 12 ans. Deux étaient cancérologues dont un était responsable du service de la multisectorialité et de développement de partenariat au PNLCA. Deux étaient gynécologues exerçant respectivement dans une structure de niveau tertiaire et secondaire. Les deux autres étaient des sages-femmes dont l'une était coordonnatrice des activités cliniques de l'Association Ivoirienne pour le Bien-être familial (AIBEF) (Tableau 4).

Tableau 4: Profil des Informateurs clés ayant participé au volet qualitatif de notre étude sur les barrières au diagnostic précoce du CIC en Côte d'Ivoire, mi-juillet 2019

Caractéristiques	IC (1)	IC (2)	IC (3)	IC (4)	IC (5)	IC (6)
Age	48	44	59	36	45	49
Sexe ⁸	F	H	F	H	H	H
Spécialité	Sage-femme	Cancérologue	Sage-femme	Gynécologue	Gynécologue	Cancérologue
Nombre d'années d'expérience	10	9	22	9	15	11
Structure principale d'exercice	CHU	CNRAO	AIBEF	CHU	Hôpital général	PNLCA

VII.2 **Caractéristiques cliniques et types histologiques du CIC**

Toutes les femmes de notre étude ont consultées un prestataire de soins devant la survenue des signes et des symptômes. Les saignements (en dehors des règles et pendant les rapports sexuels) ont été présents chez plus de la moitié des participantes (58,4%), lesquels sont considérés comme les premiers symptômes du CIC (tableau 5).

Concernant les types histologiques, les carcinomes épidermoïdes étaient les tumeurs les plus fréquentes dans notre étude (89,8%), suivis d'adénocarcinome (9,2%). (Voir tableau 5).

⁸ Sexe : F=femme, H=homme

Tableau 5 : Caractéristiques cliniques et histologiques chez des patientes diagnostiquées pour un CIC entre juillet 2018 et juillet 2019 selon leur stade clinique, Côte d' Ivoire, (n=89)

	Stade précoce (I, II) (n=27)		Stade avancé (III, IV) (n=62)		Total (n=89)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Premier symptômes de la maladie						
Douleurs abdomino-pelviennes	6	(22,0)	9	(15,0)	15	(17,0)
Saignement en dehors des règles	16	(59,0)	36	(58,0)	52	(58,0)
Pertes vaginales	3	(11,0)	4	(6,5)	7	(7,9)
Autres ⁹	2	(7,4)	13	(21,0)	15	(17,0)
Partage des premiers symptômes						
Oui	23	(85,0)	53	(86,0)	76	(85,0)
Non	4	(15,0)	9	(15,0)	13	(15,0)
Personnes informées						
Aucune	4	(15,0)	9	(15,0)	13	(15,0)
Partenaire	14	(52,0)	19	(31,0)	33	(37,0)
Parents proches/enfants/amis	9	(33,0)	34	(55,0)	43	(48,0)
Recours aux tradipraticiens						
Oui	5	(19,0)	23	(37,0)	28	(32,0)
Non	22	(82,0)	39	(63,0)	61	(69,0)
Nombre de consultations pré-diagnostic en catégories						
<3	9	(33,0)	23	(37,0)	32	(36,0)
≥3	18	(67,0)	39	(63,0)	57	(64,0)
Types histologiques						
Adénocarcinome	1	(3,7)	6	(9,7)	7	(7,9)
Carcinome épidermoïde	26	(96,0)	56	(90,0)	82	(92,0)

⁹ Autres regroupent les symptômes suivants : hydrorrhée, polyurie, douleurs lors des rapports sexuels, perte de poids, masse au niveau du périnée, douleurs au dos.

VII.3 Proportion de cancer invasif du col au stade avancé

Parmi les 89 participantes de notre étude présentant un diagnostic histologique confirmé de CIC, seulement 27 (30,3%) avaient une tumeur au stade précoce. La part de cette population diagnostiquée au stade avancé du CIC était estimée à 69,7% (tableau 6).

Tableau 6: Distribution et effectifs de la stadification FIGO chez des patientes diagnostiquées pour un CIC entre juillet 2018 et juillet 2019, Côte d' Ivoire, mi-juillet 2019 (n=89)

	Nombre (N=89)	Pourcentage
Stade d'extension (FIGO)		
Stade I	4	4,6
Stade II	23	25,8
Stade III	36	40,4
Stade IV	26	29,2
Stade d'extension (FIGO) en catégories		
Stade précoce (I - II)	27	30,3
Stade avancé (III - IV)	62	69,7

VII.4 Facteurs associés au diagnostic du CIC au stade avancé ou tardif

Des analyses de régression logistique (univariable et multivariable) et de contenu thématique ont été réalisées pour identifier les facteurs associés au diagnostic tardif du CIC. Nous avons regroupé ces facteurs en trois niveaux : individuels, professionnels de soins et système de santé (tableau 7).

VII.4.1 Facteurs individuels

VII.4.1.1 La ménopause chez des participantes

Parmi les dames ayant participé à notre étude, la plupart (62,9%) était ménopausée. Dans notre analyse univariable, ces participantes ménopausées étaient plus susceptibles d'être diagnostiquées au stade avancé du CIC comparées à celles qui n'étaient pas ménopausées (OR= 3,06 ; IC [1,2 - 7,79], p=0,01). Ces résultats sont présentés dans le tableau 7. Par contre, après ajustement sur la possession d'une assurance santé et des variables de confusions (connaissance antérieure du CIC, premiers symptômes de la maladie, type de personnes informées, mode d'entrée à la structure de diagnostic du CIC), la ménopause n'était plus associée au diagnostic avancé du CIC.

Interprétations

Le fait que les dames ménopausées ou en péri-ménopauses associaient les saignements vaginaux à une réapparition des menstrues ou un changement corporel normal pourrait expliquer un retard dans la recherche des soins et un diagnostic du CIC au stade avancé. Lors de nos entretiens, ce point est souvent ressorti,

« [...] Je ne voyais pas mes menstrues pendant environ dix ans. Puis un jour, elles sont réapparues comme avant. Quand je les voyais, j'étais convaincue que c'étaient mes menstrues qui ont recommencées. Mais, un jour, je voyais sortir de mon vagin de l'eau très sale qui m'a fait très peur. » (Marise, 54 ans, IV)

« [...] Je constatais des petits saignements pendant les rapports avec mon mari. Je ne les considérais pas car je pensais que c'était normal quand on court vers la ménopause. Ce n'est qu'une année après que je me suis rendu compte que mon problème était sérieux. » (Sandra, 43 ans, II)

Tableau 7 (1/2) : Régressions logistiques univariable et multivariables des caractéristiques individuelles, cliniques, connaissances antérieures du CIC et l'histoire de la maladie associées au diagnostic tardif du CIC chez des patientes diagnostiquées pour un CIC entre juillet 2018 et juillet 2019, Côte d' Ivoire (n=89)

	Stadification FIGO du CIC au diagnostic		Modèle Univariable		Modèle Multivariable	
	Précoce (n/N)	Avancé (n/N)	OR [IC 95%]	valeur p	ORa [IC 95%]	valeur p
Age * 10 (Médiane) *	48	52	1,25 [0,83-1,88]	0,29		
Ménopause						
Non	15/33	18/33	1			
Oui	12/56	44/56	3,06 [1,2-7,79]	0,01		
Utilisation de contraceptifs						
Oui	10/23	13/23	1			
Non	17/66	49/66	2,22 [0,82-5,98]	0,11		
Statut HIV						
Positive	9/18	9/18	1		1	
Négative	18/71	53/71	2,94 [1,01-8,56]	0,04	6,57 [1,74-24,82]	0,006
Assurance santé						
Assuré	6/9	3/9	1		1	
Non-Assuré	21/80	59/80	5,62 [1,29-24,5]	0,02	9,76 [1,43-66,8]	0,02
District de résidence*						
Abidjan	10/38	28/38	1			
Intérieur	17/51	34/51	0,71 [0,28-1,81]	0,47		
Revenu mensuel*						
Oui	19/62	43/62	1			
Non	8/27	19/27	1,05 [0,39-2,82]	0,92		
Connaissance antérieure du CIC						
Oui	19/46	27/46	1		1	
Non	8/43	35/43	3,08 [1,17-8,09]	0,02	2,28 [0,74-7,03]	0,15

*Ces variables n'ont pas été intégrées dans le modèle initial de régression multivariable.

Tableau 7 (2/2) : Régressions logistiques univariable et multivariables des caractéristiques individuelles, cliniques, connaissances antérieures du CIC et l'histoire de la maladie associées au diagnostic tardif du CIC chez des patientes diagnostiquées pour un CIC entre juillet 2018 et juillet 2019, Côte d' Ivoire, (n=89)

	Stadification FIGO du CIC au diagnostic		Modèle Univariable		Modèle Multivariable	
	Précoce (n/N)	Avancé (n/N)	OR [IC 95%]	valeur p	ORa [IC 95%]	valeur p
Premier symptôme de la maladie				0,17		0,47
Saignement en dehors des règles	16/52	36/52	1		1	
Douleurs abdominales/pertes vaginales	13/22	9/22	0,64 [0,23-1,81]		0,86 [0,25-2,97]	
Autres ¹⁰	2/15	13/15	2,89 [0,58-14,32]		2,62 [0,43-16,16]	
Personnes informées				0,13		0,23
Partenaire	14 /33	19/33	1		1	
Parents proches/enfants/amis	9/43	34/43	2,78 [1,02-7,63]		2,78 [0,83-9,27]	
Aucune	4/13	9/13	1,66 [0,42-6,49]		1,61 [0,31-8,37]	
Recours aux tradipraticiens						
Non	22/61	39/61	1			
Oui	5/28	23/28	2,59 [0,86-7,79]	0,08		
Mode d'accès à une structure spécialisée						
Directement	2/16	14/16	1		1	
Indirectement (via un référencement)	25/73	48/73	0,27 [0,06-1,30]	0,1	0,23 [0,03-1,70]	0,14
Nombre de consultations pré-diagnostic*						
<3	9/32	23/32	1			
≥3	18/57	39/57	0,85 [0,33-2,2]	0,73		
Intervalle de temps global*						
<180	10/27	27/62	1			
≥180	17/27	35/62	0,76 [0,3-1,93]	0,56		

¹⁰ « Autres » regroupent les symptômes suivants : Hydrorrhée, douleurs au dos, polyurie, douleurs pendant les rapports sexuels, masse au niveau du périnée, perte de poids.

*Ces variables n'ont pas été intégrées dans notre modèle initial de régression multivariable.

VII.4.1.2 Le statut VIH des participantes

Dans le modèle multivariable, le fait d'être non infecté par le VIH était significativement associé avec le fait d'être diagnostiqués au stade avancé du CIC, après ajustement sur les variables de confusion cités précédemment et la possession d'une assurance maladie, (ORa= 5,57 ; IC [1,74–24,82], p=0,006) (tableau 7).

Interprétations :

Bien que le VIH soit un facteur favorisant le CIC, les femmes infectées par le VIH dans notre étude était moins susceptible d'être diagnostiquées au stade avancé. Ceci pourrait être dû à l'augmentation de l'accès aux établissements de soins chez ce groupe de population facilitant ainsi l'investigation précoce des symptômes. La plupart des patientes séropositives pour le VIH de notre étude sont suivies dans un programme de prise en charge du VIH et recourent aux soins dès qu'elles remarquent des signes et symptômes anormaux. Ce point est ressorti lors de nos entretiens avec certaines participantes,

« Quand mes douleurs aux ventres ont commencé, je suis partie tout de suite voir le médecin qui me suit pour le VIH à l'hôpital général. » (Amanda, 49 ans, II)

« Quand j'ai remarqué que les symptômes étaient anormaux, je suis partie voir le médecin qui me suit pour le VIH. » (Sandra, 43 ans, II)

Néanmoins, le fait que la proposition d'un test de dépistage du CIC soit recommandée de façon systématique aux femmes infectées par le VIH pourrait aussi faciliter le diagnostic du CIC à un stade plus précoce par rapport aux femmes non infectées. Ce point a été soulevé dans nos entretiens,

« [...] Je faisais chaque année ce test dans le centre où je suivais pour le VIH. La dernière fois, c'était en 2017. » (Patricia, 38 ans, I)

« À l'hôpital où je suivais pour le VIH, le médecin me prescrivait le test de dépistage du CIC chaque année. » (Sandra, 43 ans, II)

De plus, le manque de suivi gynécologique, particulièrement chez les femmes non infectées par le VIH pourrait représenter une barrière au diagnostic précoce du CIC. Lors de certains entretiens, des participantes de notre étude ont mentionné le fait que le suivi gynécologique quand les femmes ne sont pas malades est quasi-inexistant dans la culture africaine ou ivoirienne. Ces propos sont ressortis comme suit,

« Avant la maladie, je ne prenais pas cette habitude d'aller consulter un gynécologue parce que je n'avais rien, je ne souffrais d'aucune maladie » (Elizabeth, 38 ans, IV))

« Bon comme pour de nombreuses femmes africaines, je consulte un gynécologue seulement quand j'ai un problème au niveau de mon appareil génital. En Afrique on nous dit souvent que les médecins sont là que quand ça va mal » (Nanie, 38 ans, II)

« [...] Dans la culture africaine, on ne cherche pas à aller voir un médecin si ce n'est pas accouchement ou autres problèmes graves de santé. Et souvent chez nous, on dit qu'il ne faut pas aller réveiller la maladie qui dort. Rire » (Rose, 43 ans, III)

VII.4.1.3 L'absence de possession d'une assurance maladie

Ajusté sur le statut VIH et les facteurs de confusions (connaissance antérieure du CIC, premiers symptômes de la maladie, type de personnes informées, mode d'entrée à la structure de diagnostic du CIC), le fait de ne pas avoir une assurance maladie était associé significativement à une augmentation du diagnostic du CIC au stade avancé (ORa= 9,76 [1,43 - 66,8], p=0,02) (tableau 7). En côte d'Ivoire, les coûts globaux pour un diagnostic du CIC sont estimés entre 20 000 et 22 000 FCFA (30 à 33 euros) dans le public et entre 35 000 et 45 000 FCFA (53 à 68 euros) dans le privé (Frais de consultation + prix de la biopsie)¹¹.

Interprétations :

Nos résultats pourraient montrer une barrière au diagnostic précoce du CIC liés à des contraintes financières. Les dames qui ne disposaient pas d'une assurance ont une probabilité plus importante d'être diagnostiquées au stade avancé du CIC. Ces obstacles financiers pourraient aussi retarder la réalisation des bilans diagnostics confirmant le CIC. Ce problème financier a été soulevé par plusieurs participantes de notre étude,

« Quand on m'a prescrit la biopsie, je n'ai pas pu le faire tout de suite car je n'avais pas les moyens financiers. Je suis donc repartie chercher de l'argent et revenir faire le test quelques semaines après » (Claude, 34 ans/III)

« Je n'ai pas pu faire la biopsie le même jour qu'on me l'avait prescrite par manque d'argent. J'ai donc attendu deux semaines avant de revenir la faire gratuitement au CHU. » (Marlie, 36 ans/III)

¹¹ Informations recueillies auprès d'un personnel du service de multisectorialité et de partenariat du PNLCa.

« J'ai attendu deux mois avant de réaliser la biopsie car le prix était trop élevé. Les deux tournaient autour de 200 000 FCFA (305 euros). Donc, il a fallu que je trouve les moyens financiers pour les faire. » (Zila, 49 ans, III)

« [...] La biopsie est quand même chère. Moi, j'ai eu la chance de la réaliser le même jour qu'on me l'avait prescrite grâce à mon assurance qui a pris en charge plus de la moitié du coût » (Nanie, 38 ans, II)

Un IC a également soulevé ce point qui selon lui représente l'un des freins au diagnostic du CIC au stade précoce.

« [...] Le coût de la biopsie cervicale limite la précocité du diagnostic (la lecture de la lame coûte entre 15 000 et 25 000 FCFA (23 et 38 euros). Ce qui fait que certaines femmes rentrent à la maison avec la prescription et y retournent quand elles ont les moyens financiers. » (IC 6, 49 ans)

VII.4.1.4 Absence de connaissance antérieure du CIC

Environ la moitié des participantes (51,7%) avaient déjà entendu parler de CIC avant de contracter la maladie. La plupart d'entre elles (63%) ont eu l'information à travers les médias (radio, TV). Seulement 24% l'ont eu à travers les agents de santé. 96,6% des participantes ne se percevaient pas à risque de développer le CIC.

Bien qu'il ne soit pas ressorti dans notre modèle multivariable, les participantes qui ne connaissaient pas le CIC étaient plus susceptibles d'être diagnostiquées au stade avancé du CIC dans notre modèle univariable (OR=3,08 ; IC [1,17 - 8,09], p= 0,02) (Tableau 7). Ce qui suggère une mésinterprétation des symptômes et un retard au recours aux structures de soins. Lors de nos différents entretiens, le manque de connaissance antérieure du CIC a été évoqué par plusieurs participantes.

« Avant que je sois malade, j'avais l'habitude d'entendre à la radio parler de cancer du sein, mais pas de cancer du col de l'utérus. Franchement, si on m'en avait parlé plus tôt, je n'aurais pas eu cette maladie. » (Marise, 54 ans, IV)

« [...] Je n'avais jamais entendu parler de cette maladie avant que je sois atteinte. On parlait souvent de cancer du sein, mais de ce mal-là jamais. » (Jeanne, 56 ans, III)

« On parle de cancer du sein tout le temps, mais ce mal-là reste inconnu dans mon village. » (Marlie, 36 ans, III)

A contrario, celles qui connaissaient un peu le CIC étaient plus susceptibles d'être diagnostiquées plus précocement comme le décrit ces illustrations ;

« [...] Je sais que le cancer du col est une maladie qui peut guérir quand c'est dépisté tôt. Il est héréditaire et on peut l'attraper quand on a des rapports sexuels tôt » (Patricia, 38 ans, I)

« [...] J'avais entendu parler de cette maladie à l'hôpital où je suivais pour le VIH. Je n'avais jamais pensé que c'était une maladie aussi grave » (Sandra, 43 ans, II)

Interprétations :

Ces résultats montrent que le manque de connaissance antérieure du CIC pourrait expliquer le fait que les participantes banalisent les signes et symptômes initiaux du CIC. En outre, ce défaut de connaissance fait que certaines femmes attribuent ces symptômes soit à une punition de Dieu ou à une maladie mystique. De ce fait, ces facteurs pourraient retarder la recherche des soins auprès d'un professionnel de soins et favoriser le diagnostic du CIC au stade avancé.

« Au début, je n'avais pas pris cela en considération, je pensais que c'était une maladie banale. C'est trois mois plus tard, quand j'ai vu que je saignais trop que je suis partie à l'hôpital. » (Linda, 59 ans, III)

« [...] Concernant ma maladie, je pense qu'il y a une main noire derrière qui veut me faire du mal. Après, je pense aussi que Dieu veut me punir à cause de la vie antérieure que j'ai menée. » (Claude, 34 ans, III)

« [...] On m'a dit que ma maladie avait une cause spirituelle et satanique. C'est ma propre fille qui m'avait donné cette maladie ; elle avait même programmé mon décès en décembre 2018. » (Claude, 34 ans, III)

VII.4.1.5 Absence de dépistage antérieure du CIC

Le taux de dépistage antérieur du CIC était très faible chez les participantes de notre étude. Seulement 8 (9%) l'ont fait au moins une fois de leur vie avant de contracter la maladie. Pour celles ne l'ayant pas fait avant d'être atteinte de la maladie, les deux principaux motifs étaient le manque de connaissance antérieure vis-à-vis du CIC et des méthodes de prévention et l'absence de propositions par les soignants (Annexe 8).

Dans nos analyses de régression, le dépistage antérieur n'était pas significativement associé au diagnostic du CIC au stade avancé. Néanmoins, nos entretiens avec les participantes ont fait ressortir ce point qui semblerait jouer un rôle important dans le diagnostic du CIC au stade avancé.

« Je consultais régulièrement un gynécologue pour des problèmes de ménopause précoce depuis plusieurs années. IL ne m'avait jamais proposé le dépistage du CIC et ne me parlait pas non plus de la maladie. » (Zila, 49 ans, IV)

« J'ai entendu parler de cet examen pendant ma maladie, je me dis que c'est un mal qui est déjà venu, le dépistage ne changera rien maintenant. » (Linda, 59 ans, III)

Dans nos différents entretiens avec les IC, il semblerait que ce manque de dépistage soit lié à un défaut de sensibilisation et une diminution de l'offre de dépistage du CIC en Côte d'Ivoire.

« [...] Peu de personnels sont formés sur la sensibilisation et l'utilisation de l'IVA et ceux qui sont formés ne pratiquent pas à cause des manques de plateaux techniques. Il y a des sites de dépistage qui sont aussi inactifs, surtout à l'intérieur d'Abidjan ; soit parce qu'ils n'ont pas de matériels ou de prestataires formés. » (IC 1, 48 ans)

« [...] Tous les centres de dépistage du CIC ne sont pas actifs en raison de manque de matériels et de prestataires. En outre, toutes les femmes ne sont pas informées de l'existence de ces centres. Ce qui pose de véritables problèmes. » (IC 2, 44 ans)

L'absence de dépistage du CIC a fait émerger deux points au cours de nos discussions avec les participantes et IC : premièrement, la réticence des dames face aux messages de prévention autour du CIC ainsi qu'aux procédures de dépistage ou la perception de n'être pas à risque du CIC pourrait expliquer le défaut d'utilisation des services de dépistage, comme l'illustrent ces discours,

« J'ai entendu parler du test de dépistage mais ça ne m'avait pas intéressée, je pensais que je n'étais pas concernée par cette maladie vue que personne dans la famille ne l'avait pas eu. » (Elizabeth, 38 ans, IV)

« [...] Vous savez, si les femmes n'ont pas eu des proches ou des connaissances atteintes de la maladie, elles deviennent réticentes aux informations de sensibilisation. Elles pensent qu'elles sont à l'écart du CIC. ... La plupart des patientes qu'on reçoit pour le dépistage, viennent parce qu'elles ont eu une tante, une sœur ou amie qui en était atteinte. » (IC 5, 45 ans)

« [...] il y a des femmes qui sont difficiles et réticentes. Parfois je passe dans des villages pour faire la sensibilisation autour du CIC. Cependant, même la moitié de la population concernée n'y participe pas. Elles disent parfois qu'elles ne vont pas se déshabiller devant leur camarade, qu'elles ont honte etc... C'est un problème culturel sérieux ici en Côte d'Ivoire. » (IC 1, 48 ans)

Deuxièmement, l'absence de gratuité du test de dépistage qui pourrait faire diminuer la participation des femmes aux activités de dépistage du CIC. Depuis 2016, l'IVA est fixé entre 1000 et 2000 FCFA pour les femmes infectées par le VIH et entre 3 000 et 10 000 FCFA pour celles qui ne sont pas infectées¹².

« [...] Avec le retrait des bailleurs (PEPFAR, Jhpiego), on était obligé de faire payer une somme modique aux femmes, soit entre 1 000 et 3 000 FCFA (1,5 et 3 euros) pour pouvoir payer les intrants. Cependant, avec cette nouvelle politique, on a remarqué que le nombre de femmes participant aux activités de dépistage ont baissé considérablement. Toutefois, quand il s'agit des activités foraines gratuites, on remarque qu'il y a une grande affluence des femmes qui prennent part aux activités. » (IC 6, 49 ans)

VII.4.1.6 Le partage des premiers symptômes du CIC à des personnes autres que le partenaire

La majorité des participantes de notre étude (85,4%) a partagé les premiers symptômes de sa maladie avant la décision de rechercher des soins, dont 37,1% avec leur partenaire.

Les résultats de l'analyse univariable ont montré, au seuil de 5%, que le fait de partager les premiers signes et symptômes du CIC avec des personnes autres que le partenaire était significativement associé au stade avancé du CIC (OR= 2,78 ; IC [1,02 - 7,63], p=0,04) (Tableau 7). Dans le modèle multivariable, cette association n'était pas retrouvée. Toutefois, il jouait un rôle de confusion dans l'association entre le statut VIH et le diagnostic tardif du CIC. Néanmoins, au cours de nos entretiens, il a été ressorti comme un facteur clé qui pourrait être associé au diagnostic du CIC au stade avancé.

Interprétations :

Les premières personnes auxquelles les participantes ont partagé les symptômes initiaux de la maladie ont été celles qui leurs inspiraient confiance, incluant les parents proches, partenaires, enfants et amis. Les réponses qu'elles ont eues de ces personnes jouent un rôle important dans leurs parcours de soins. Durant nos entretiens, les participantes qui ont partagé les symptômes avec des personnes autres que leur partenaire sembleraient prolonger le délai dans la recherche des soins ou retarder le recours à une structure de soins modernes. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les proches ou amis des participantes manquent également de connaissance sur les signes et symptômes du CIC et les conseillent donc sur les pratiques de soins traditionnels. Ce point est ressorti comme suit,

¹² Informations recueillies auprès d'un personnel du PNLCA

« L'odeur du sang m'avait tellement inquiété que je suis partie l'expliquer à une camarade. Elle m'a dit qu'elle avait eu ce même mal et c'est un homme du village qui l'a traité avec un médicament. Elle m'a ensuite conduite vers cet homme qui m'a traité pendant longtemps pour mon mal » (Rose, 43 ans, III)

Toutefois, celles qui les avaient partagées avec leur partenaire disent obtenir une orientation immédiate vers une structure de soins qui pourrait favoriser la précocité du diagnostic du CIC. Ceci pourrait être expliqué dans notre contexte par le fait que les finances familiales sont gérées par les maris et sont plus susceptibles d'encourager leurs femmes à rechercher précocement les soins dans des établissements de soins modernes.

« Quand j'ai vu le sang, je l'ai immédiatement expliqué à mon mari car ça gênait les rapports sexuels. Il m'a tout de suite demandé d'aller voir un médecin à l'hôpital général. Il ne pouvait pas m'accompagner à cause de son travail, mais il m'appelait à chaque minute pour être au courant de mon état » (Patricia, 38 ans, I)

VII.4.1.7 Recours à la médecine traditionnelle

Parmi les participantes de notre étude, 31,5% ont été chez des tradipraticiens au début des signes et symptômes de la maladie. En ce qui concerne le recours aux établissements de santé, 31,1% ont été à une structure de deuxième échelon (HG, CHR), suivies de 30,3% qui ont été à une structure de soins primaires (dispensaire, centre de santé).

Dans le modèle univariable, le recours à la médecine traditionnelle, au seuil de 10% était significativement associé au diagnostic du CIC au stade avancé (OR= 2,59 ; IC [0,86 - 7,79], p= 0,08). Cette significativité n'a pas été retrouvée dans le modèle multivariable. Cependant, il a été retrouvé au cours de nos différents entretiens comme un facteur primordial dans le diagnostic du CIC au stade avancé.

Interprétation :

Cette tendance à se tourner vers les tradipraticiens lorsque surviennent des signes et symptômes d'une maladie pourrait être liée aux pratiques culturelles des femmes ivoiriennes. Lors des entretiens qualitatifs avec les femmes, certaines nous ont dit qu'elles faisaient très confiance aux tradipraticiens. Aussi, d'autres y étaient allées par contraintes financières ou en raison de l'accès limité aux structures de soins modernes. Elles disent que ces tradipraticiens arrivaient à traiter leurs maladies à moindre coût.

« Quand j'ai remarqué que l'eau sortait trop dans mon vagin, je suis partie voir la vieille femme du village parce que je n'avais pas les moyens financiers pour aller à un hôpital. » (Elizabeth, 38 ans, IV)

« Au début, quand j'ai remarqué que le sang sortait trop, je suis allée voir la tradipraticienne du village. Dans mon village, quand on a des problèmes de menstrues et des maux de ventres, c'est vers elle qu'on se tourne. On lui fait beaucoup confiance car ces médicaments sont très bons, pas chers et guérissent vite le mal. » (Claude, 34 ans, III)

« Comme je minimisais la maladie, je suis partie voir une tradipraticienne du village qui m'a prescrite de 'l'indigénat'. Quand je l'ai pris, le sang s'est arrêté. » (Marlie, 36 ans, III)

Comme illustré dans les discours précédents, pour beaucoup de femmes, le cheminement thérapeutique passe par un premier recours à la tradithérapie. En cas de persistance ou d'aggravation des symptômes, elles se tournent vers une structure de soins si elles ont les moyens. Dans le cas contraire, elles continuent les médicaments traditionnels ou attendent qu'elles aient de l'argent.

« Depuis que j'ai fini de prendre l'indigénat, la maladie s'est aggravée, le sang venait plus abondamment. J'ai donc attendu que je trouve un peu d'argent afin de me rendre chez un médecin pour mon mal. » (Claude, 34 ans, III)

« Malgré que je j'ai bu la tisane pendant plusieurs jours, la maladie a empiré. J'ai donc décidé de partir voir le pasteur de mon église, il a prié pour moi pendant plusieurs jours et m'a encouragé d'aller ensuite à l'hôpital. » (Rose, 43 ans, III)

Cette tendance a été également soulignée par un IC exerçant depuis plus de 22 ans dans un centre de santé de la reproduction. Selon lui, cela pourrait jouer un rôle important dans le diagnostic du CIC au stade avancé.

« [...] Au début des symptômes de la maladie, les dames préfèrent d'abord consulter des tradipraticiens ou faire de l'automédication, puis quand elles constatent qu'il n'y a aucune amélioration décident de se rendre dans notre structure. » (IC 3, 59 ans)

VII.4.2 Facteurs liés aux prestataires de soins

Durant nos entretiens, il a été souligné le rôle des professionnels de soins dans le diagnostic du CIC au stade avancé bien qu'il ne soit pas ressorti dans nos analyses de régression. Quatre sous-thèmes ont été identifiés : absence d'informations et de sensibilisation sur le CIC, connaissance insuffisante des signes et symptômes du CIC, prise en charge inappropriée des symptômes du CIC et un nombre important de consultation avant le diagnostic du CIC.

VII.4.2.1 Absence d'information et de sensibilisation sur le CIC et les tests de dépistage

Certaines des participantes de notre étude ont rapporté que le fait que le diagnostic de leur CIC ait été fait au stade avancé est lié aux professionnels de soins qu'elles fréquentaient avant de contracter la maladie. Au cours des visites antérieures, ils ne les avaient jamais informés du CIC, ni leur avaient proposés le test de dépistage. Pour d'autres, si l'information autour du CIC et du test de dépistage a été faite, il semblerait qu'elle n'a pas été claire et explicite. Ces femmes disaient qu'elles n'avaient pas compris l'intérêt du test, ni la gravité de la maladie. Ce qui aurait entraîné un défaut de fidélisation au test de dépistage et un diagnostic au stade avancé du CIC.

« Si je parlais voir le gynécologue avant ma maladie, c'était aussi pour m'orienter et m'aider à éviter d'autres maladies. Il me prescrivait les examens de sang et échographie, mais il ne m'avait jamais parlé du CIC, ni me proposer un frottis. » (Zila, 49 ans, IV)

« Le médecin qui me suivait pour le VIH m'avait demandé de faire le test de dépistage chaque année. À chaque fois que je venais le faire, il me demandait de rentrer dans une salle mais ne me communiquait jamais le résultat. Je ne savais même pas pourquoi je le faisais !!! Depuis quatre ans, je ne retourne plus faire cet examen. » (Marise, 54 ans, IV)

De nos entretiens avec les IC, l'absence d'information et de sensibilisation autour du CIC et des examens de dépistage est souvent ressortie,

« [...] Si on prend les gynécologues ici en Côte d'Ivoire ; ils ne sont pas nombreux à informer et proposer aux femmes le test de dépistage du CIC ! Parfois, il y a des dames que mes collègues réfèrent dans le centre où je travaille, quand je leur demande si elles ont déjà fait le test de dépistage, elles me demandent abasourdies : 'Qu'est-ce que c'est cancer du col et test de dépistage ?' Si on n'informe pas et ne propose pas le test aux dames, c'est normal qu'elles viennent au stade avancé du CIC » (IC 5, 45 ans)

« Les prestataires n'expliquent pas bien la maladie et le test de dépistage aux patientes. C'est ce qui arrive avec plusieurs femmes PVVIH. On leur prescrit à chaque fois le test de dépistage sans qu'elles sachent exactement son importance, ni les communiquer le résultat en cas de négativité.

Au bout d'un moment, ces femmes ne le font plus et développent le CIC qui évolue très vite en stade avancé. » (IC 6, 49 ans)

Le manque d'information et de sensibilisation autour du CIC semble faire émerger un point intéressant qui semblerait jouer un rôle important dans le diagnostic du CIC au stade avancé. Il s'agit du manque de communication autour de la maladie au moment de la référence dans les structures spécialisées.

« [...] J'avais reçu une dame en consultation pour une référence, quand je lui demandais ce pourquoi elle était venue me voir, elle me secouait la tête et me disait que le médecin lui avait seulement dit de venir me voir. Et quand je lisais sa note de référence, j'ai vu qu'elle a été référé depuis quelques semaines pour une suspicion de CIC. » (IC 6, 49 ans)

VII.4.2.2 Connaissance insuffisante des signes et symptômes du CIC

Au cours de nos entretiens avec les participantes, certaines ont mentionné le manque de connaissance de certains professionnels de soins sur les signes et les symptômes du CIC. Ce résultat souligne la forte responsabilité des professionnels de soins des structures périphériques qui ne connaissent pas suffisamment les signes et symptômes du CIC, ce qui pourrait entraîner de faux diagnostics représentant une barrière au diagnostic précoce du CIC.

« [...] A l'hôpital général (HG) du district, le médecin qui m'a examiné m'a fait un examen de sang, puis m'a dit que je faisais le palu. » (Jeanne, 56 ans, III)

« Le médecin qui m'a consulté au début de ma maladie m'avait dit que c'était juste une infection vaginale » (Zila, 49 ans, IV)

« [...] Comme le saignement persistait, je suis partie voir une sage-femme à l'hôpital général. Après qu'elle ait fini de m'examiner, elle m'a dit que c'est juste mon col qui était ouvert. Si au moins elle connaissait les petits signes du cancer du col, elle aurait pu me référer au CHU immédiatement afin de voir un gynécologue. » (Marlie, 36 ans, III)

Les IC ayant participé à notre étude ont également fait ressortir une connaissance inadéquate des soignants exerçant surtout dans les structures périphériques comme un facteur qui pourrait entraîner le diagnostic du CIC au stade avancé.

« [...] Certaines patientes sont souvent diagnostiquées et traitées au départ pour une cervicite. Et quand ça ne marche pas, on les réfère à une structure tertiaire. » (IC 3, 59 ans)

« [...] Certains prestataires ne sont pas bien formés sur le CIC. Ils posent ainsi de faux diagnostic constituant ainsi une barrière au diagnostic précoce de la maladie. » (IC 5, 45 ans)

« [...] Il y a aussi le fait que nos collègues médecins généralistes ne maîtrisent pas bien les symptômes du CIC. Certaines fois, ils passent sur certains cas de CIC qui auraient pu être diagnostiquées et traités à un stade plus précoce. » (IC 2, 44 ans)

VII.4.2.3 Prise en charge inappropriée des symptômes du CIC

La prise en charge inappropriée des signes et symptômes du CIC a été aussi mentionné comme une barrière au diagnostic précoce du CIC. Ceci pourrait aller dans le sens que certaines patientes sont traitées pour de fausses pathologies comme mentionné précédemment, entraînant un CIC au stade avancé. En l'occurrence, lors de nos entretiens, certaines participantes semblent avoir reçu durant les consultations initiales des médicaments pour calmer leur symptôme, sans même avoir été préalablement examinée.

« [...] Le médecin m'avait conseillé de boire trois litres d'eau par jour pour mes pertes vaginales. Il me disait que c'était pour pouvoir évacuer les déchets qui perturbent mes reins. Je pense que c'est ce qui fait que ma maladie est à un stade avancé » (Zila, 49 ans, IV)

« Là-bas, au dispensaire, on m'avait donné des ovules sans même m'examiner... Quand je remarquais que le sang persistait, je suis repartie consulter un médecin dans une clinique privée, il m'a prescrit à nouveau des médicaments » (Marise, 54 ans, IV)

« [...] Quand le sang a recommencé, j'ai décidé d'aller voir une sage-femme qui m'a prescrite des antibiotiques et des ovules pour une infection vaginale. Malgré que je les aie pris, mon mal a persisté. » (Claude, 34 ans, III)

« [...] Arrivée au dispensaire, le soignant m'a fait deux piqûres pour arrêter le sang, puis m'a demandé de revenir une semaine après. Je n'y suis plus retournée car la piqûre qu'il m'a donnée m'a fait trop mal et a aggravé mon mal. » (Jeanne, 56 ans, III)

Interprétations :

Ces résultats montrent que le traitement inapproprié des signes et symptômes initiaux est courant dans notre contexte et semble contribuer au retard au diagnostic du CIC. Toutefois, cette problématique pourrait aussi s'expliquer par le fait que certains signes et symptômes du CIC sont aussi identiques à ceux retrouvés dans les maladies inflammatoires pelviennes (PID) et les infections sexuellement transmissibles qui pourraient entraîner une mésinterprétation et une prise en charge inappropriée des cas suspects (40,41). De plus le manque d'équipements au niveau de certaines structures de soins primaires pourrait aussi influencer sur la prise en charge.

Enfin, durant nos discussions avec les IC, la prise en charge inappropriée du CIC semble faire ressortir un sous-thème qui pourrait être un facteur important dans le diagnostic du CIC à un stade avancé. L'un des participants a mentionné la négligence des prestataires de soins dans la prise en charge des patientes. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'il y a une insuffisance de professionnels de soins au niveau de certaines régions sanitaires (1médecin/20803habitants) (42), qui du fait de la demande importante de soins ne consacrent pas beaucoup de temps à l'examen clinique des patientes. Un spéculum n'est pas toujours utilisé pour examiner le col de l'utérus de patientes qui saignent abondamment comme mentionné ci-dessous,

« Il y a une sorte de négligence des prestataires de soins par rapport à la prise en charge du CIC. Certains ne prennent même pas le temps de mettre un spéculum pour examiner le col d'une femme qui saigne et qui font défiler à chaque fois la dame pour des rendez-vous de médicaments. J'ai eu une dame que le médecin a fait attendre 6 mois avant de la prescrire un IVA et une biopsie. Cette dame aurait pu être diagnostiquée à un stade opérable si la biopsie était prescrite plus tôt. »
(IC 6, 49 ans)

VII.4.2.4 Nombre important de consultations avant le diagnostic du CIC

Plus de la moitié des participantes (64%) a eu trois consultations ou plus avant d'arriver au centre de diagnostic de leur CIC. Bien que le nombre de consultation pré-diagnostic ne soit pas ressorti comme significatif dans nos analyses de régression, il a été mentionné dans nos entretiens comme un facteur qui pourrait être associé au diagnostic au stade avancé du CIC.

Interprétations :

Le nombre élevé de consultation pré-diagnostic pourrait s'expliquer par les errements thérapeutiques des femmes à la recherche d'un diagnostic et d'un traitement approprié de leurs symptômes. La plupart des femmes disent avoir consulté un premier prestataire de soins où des médicaments modernes ou traditionnels leur ont été prescrits. Quand elles ne voyaient aucune amélioration, elles se tournaient vers d'autres structures pour être mieux prises en charge. Ce n'est qu'après plusieurs consultations, qu'elles ont été référées à une structure spécialisée comme illustré dans les propos ci-dessous,

« [...] Quand mon mal a commencé, j'ai été chez la vieille du village qui m'a prescrite une tisane. Mon mal persistait, je suis donc partie à un dispensaire, puis à une clinique et un autre hôpital. Dans tous ces hôpitaux où j'ai été, on ne me prenait pas bien en charge. Parfois on ne m'examinait même pas et on me donne des médicaments. À chaque fois, on me demande d'aller à un autre hôpital, et quand j'arrive dans l'autre on me dit d'aller à un autre. Tous ces parcours m'ont fatigué et fait avancer la maladie. » (Elizabeth, 38 ans, IV)

Dans le discours de certaines participantes, elles disent avoir consulté un prestataire de soins dès la reconnaissance des signes et des symptômes comme étant anormaux. Cependant, les premiers prestataires n'avaient pas fait le bon diagnostic et ne leur avaient pas administré le traitement approprié. Après aucune amélioration de leurs symptômes, elles sont référées ou sont parties directement à un établissement de soins secondaires pour être mieux assistées. Toutefois, ces établissements n'arrivent pas à les prendre en charge correctement et retournent chez des tradipraticiens. La plupart du temps, le CIC évolue au stade avancé au moment du diagnostic comme l'illustre cette participante,

« [...] Je suis partie au dispensaire pour mon mal. Arrivé là-bas, l'infirmière m'a fait deux piqûres pour arrêter le sang, puis m'a demandé de revenir. J'ai préféré retourner au village pour aller voir une autre tradipraticienne car je recherchais une solution à mon mal. Quand elle a vu le sang, elle m'a suggéré d'aller à l'hôpital car ça venait trop. Je suis donc partie dans une clinique privée où on m'a prescrit une échographie et des médicaments. Malgré le médicament, le sang et la douleur ont persistés. Un mois après, je suis partie à l'hôpital général, le médecin m'a fait immédiatement un examen de sang et m'a dit que je fais le « palu ». Mais, comme je parlais de sang dans le vagin, il m'a fait trois piqûres d'anticoagulants sans m'examiner. Je suis retournée au village et le même jour le sang et la douleur ont recommencés. J'ai donc décidé d'aller chez une troisième femme du village qui m'a donné un médicament pour introduire dans mon anus pour que le mauvais sang sorte. Je l'ai fait, mais le sang persistait toujours. J'étais découragée et c'est ainsi que ma famille m'a conduite chez un gynécologue dans le privé avec les résultats de l'échographie qu'on m'avait prescrit à l'HG. C'est lui qui m'a dit que mon mal pourrait être un début de CIC et m'a référé à Abidjan pour faire les examens de confirmation ! Malheureusement, je suis arrivée trop tard à Abidjan car mon mal était déjà au stade avancé. » (Jeanne, 56 ans, III)

Au cours d'un entretien informel avec une participante résidant à l'intérieur, elle dit avoir entrepris ses premières démarches au centre de suivi de son VIH, mais n'a eu son diagnostic de CIC qu'après plusieurs visites de soins et une intervention chirurgicale,

« [...] Quand mes douleurs ont commencé, je suis partie tout de suite voir le gynécologue qui me suit pour le VIH. Sans m'examiner, il m'a dit que je souffrais de fibrome utérin et que je dois me faire opérer. Le jour de l'intervention, quand il ouvrait mon ventre, il a vu que c'était trop gâté et me disait qu'il ne comprenait pas ma maladie. Il avait donc refermé mon ventre puis m'avait dit d'aller voir le tradipraticien du village. Là-bas, il m'avait traité pendant environ six mois avec l'indigénat. Mais, quand j'ai vu que le mal s'empirait davantage, j'étais donc partie voir l'infirmier

du village qui m'avait référé au CHU. Et quand on m'a fait la biopsie, le médecin m'a dit que mon mal était presque au stade avancé. » (Amanda, 49 ans, II)

Ces différents propos semblent confirmer le fait que des prestataires de soins ont peu de connaissances sur les signes et symptômes du CIC comme mentionné précédemment, ce qui pourrait favoriser un nombre important de consultations pré-diagnostic retardant le diagnostic du CIC.

VII.4.3 Facteurs liés au système de santé

Le système de santé en Côte d'Ivoire a été aussi mentionné dans le diagnostic du CIC au stade avancé. Deux sous-thèmes ont été soulevés lors de nos différentes discussions avec les enquêtés: une hyperconcentration des structures de diagnostic du CIC dans la zone urbaine d'Abidjan et une insuffisance des campagnes de sensibilisation et de dépistage.

VII.4.3.1 Hyperconcentration des centres de diagnostic du CIC à Abidjan

Bien que nos analyses de modélisations n'aient pas pris en compte le lieu de résidence des participantes comme étant significativement associé au diagnostic tardif du CIC, certaines des participantes qui résidaient à l'intérieur de la Côte d'Ivoire et les IC l'ont évoqué comme un frein à la précocité du diagnostic du CIC. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ces femmes font souvent face à certaines obligations leur empêchant de rentrer à Abidjan pour réaliser l'examen histologique. Pour rentrer à Abidjan, les dames nous disent qu'elles doivent faire une certaine préparation et notamment trouver de l'argent pour payer le logement, le transport, la nourriture et honorer les frais médicaux. Ce qui semblerait contraindre ces femmes à rester pendant longtemps chez elles ou à prendre des médicaments traditionnels en attendant qu'elles aient de l'argent pour continuer la prise en charge à Abidjan.

« [...] Le gynécologue m'a examiné puis m'a dit que mon mal pourrait être un début de CIC. Il m'a dit de rentrer à Abidjan car à son niveau il ne peut pas le confirmer, ni le traiter. Je suis retournée au village attendre un peu que je trouve de l'argent pour partir. Quand je suis venue ici, on m'a dit que mon cancer est à un stade avancé. » (Jeanne, 56 ans, III)

« J'ai eu des dames qui ont reçu la prescription pour rentrer à Abidjan pour le suivi mais qui y sont venues quelques mois après. Elles me disent qu'il faut qu'elles aient un budget pour le transport, le séjour à Abidjan, la consultation et le prix de la biopsie. Ce sont des situations qui favorisent le diagnostic du CIC au stade avancé. » (IC 1, 48 ans)

« Toutes les ressources techniques et humaines impliquées dans le diagnostic et le traitement du CIC se trouvent à Abidjan, il est parfois difficile pour une femme suspectée de CIC de laisser

ses activités et de se rendre à Abidjan pour réaliser la biopsie cervicale et le traitement d'un éventuel CIC. » (IC 6, 49 ans)

« [...] Il y a aussi le fait qu'il n'existe pas de centres de diagnostic à l'intérieur. Actuellement, les seules structures de diagnostic et de prise en charge se trouvent à Abidjan. Pour venir jusqu'ici, consulter un oncologue, c'est un peu compliqué. Ce qui fait que les dames n'arrivent pas souvent à temps en consultation et sont diagnostiquées à un stade plus tardif » (IC 2, 44 ans)

« La biopsie n'est disponible qu'au niveau d'Abidjan. Exceptionnellement, le prélèvement peut se réaliser au CHU de Bouaké mais doit ensuite être acheminé à Abidjan pour l'analyse. Ceci est un problème dans le diagnostic précoce du CIC. » (IC4, 36 ans)

VII.4.3.2 Campagnes de sensibilisation et de dépistage du CIC insuffisante

L'insuffisance des campagnes de sensibilisation et de dépistage du CIC a été soulevée par certains des participants de notre étude comme un facteur qui pourrait retarder le diagnostic du CIC. Certains mentionnent une répartition inégale de ces campagnes qui sont plus présentes dans les grandes villes au détriment des villages. Par ailleurs, d'autres soulignent que ces campagnes sont irrégulières et ne diffusent pas clairement les informations. Ces divers facteurs pourraient favoriser le diagnostic du CIC au stade avancé par le fait que les communications autour du CIC et du dépistage ne touchent pas les personnes à risque de développer les lésions précancéreuses et le CIC, notamment celles qui sont vulnérables et éloignées du système de soins. De plus, l'irrégularité de ces campagnes entrave la performance et l'efficacité sur la lutte contre le CIC. Plusieurs propos reçus lors des entretiens illustrent ces arguments,

« [...] Les gens organisent plus de campagnes de sensibilisations sur le cancer du sein que celui du col de l'utérus. On n'a pas assez d'informations sur les causes et les symptômes de ce cancer. » (Zila, 49 ans, IV)

« [...] Le message sur le cancer du col et sur le dépistage se passe seulement à la radio. Or, dans le village, je n'ai pas la radio. C'est ce qui fait que je n'ai pas eu accès aux informations sur ce cancer avant ma maladie. » (Claude, 34 ans, III)

« L'accès à la communication autour du CIC reste encore limité vu qu'il y a très peu de fonds qui lui est alloué. Le prix des publicités doit être négocié par l'état et le système d'information doit être révisé et adaptés en fonction de chaque communauté ou chaque groupe ethnique si on veut vraiment réduire le diagnostic au stade avancé. » (IC 2, 44 ans)

« [...] Il n'existe pas actuellement une politique de sensibilisation de masse du CIC à travers les médias, ce qui constitue un frein au diagnostic précoce du CIC. Mais on est en train de travailler là-dessus afin de couvrir une plus large population. » (IC 6, 49 ans)

Alors que certains parlent d'insuffisance des campagnes de sensibilisation et de dépistage du CIC, d'autres évoquent le fait que toutes les lésions précancéreuses lors des activités de dépistage n'arrivent pas à être traitées, ce qui pourrait constituer une barrière au diagnostic précoce du CIC. Ceci pourrait s'expliquer par un déficit en matériels de cryothérapie ou du coût du traitement qui est parfois exorbitant pour certaines femmes. Lors des entretiens avec certains IC, ce point a été ressorti presque à l'unanimité,

« Malheureusement, toutes les lésions précancéreuses détectées n'arrivent pas à être traitées en raison du manque de matériels de cryothérapie dans certains sites et du coût élevé du traitement. Ce qui fait que certaines femmes restent chez elles et se présentent à l'hôpital au moment de l'apparition des symptômes qui annoncent le plus souvent le stade avancé du CIC. » (IC 6, 49 ans)

« Avec le retrait des bailleurs tels que UNFPA, PEPFAR, on a plus de matériels pour pouvoir traiter les lésions précancéreuses suite au dépistage. Ce qui fait que ces patientes sont perdues de vue et développent ultérieurement le CIC qui dans la plupart des cas est à un stade avancé. » (IC3, 45 ans)

« La référence des lésions précancéreuses en raison de manque de matériels de cryothérapie augmente le nombre de perdue de vue. Certaines femmes rentrent chez elles et expliquent cela à leur entourage qui leur dit d'aller faire un traitement traditionnel. Et quelques temps après, elles reviennent avec un CIC à un stade avancé. C'est pour cela que le dépistage couplé au traitement des lésions est beaucoup mieux. » (IC 3, 59 ans)

« Depuis quelques mois, il y a un problème au niveau du bloc opératoire qui le rend non fonctionnel. Ce qui fait que certaines femmes n'arrivent pas à être traitées immédiatement pour leurs lésions précancéreuses. Cela aussi est un véritable problème. » (IC, 48 ans)

VII.4.4 Intervalle entre le début des symptômes et la confirmation du diagnostic du CIC

Environ la moitié des participantes de notre étude (50,6%) ont considéré comme anormaux les premiers signes et symptômes de leur maladie deux mois ou plus après leur apparition. Parmi elles, 66,6 étaient diagnostiquées au stade avancé.

Environ 48% ont fait leur première consultation auprès d'un prestataire de soins trois mois ou plus après qu'elles les ont considéré comme étant anormaux dont 74,1% étaient

diagnostiquées au stade avancé du CIC. Plus de la moitié (69,7%) ont obtenu le diagnostic du CIC six mois ou plus après le début des symptômes. Parmi elles, 67,3% étaient au stade avancé (Annexe 7).

Un modèle de régression univariable sur les différents intervalles de recherche de soins a été réalisé et présenté dans le tableau 7. Aucune association statistiquement significative n'a été retrouvée entre les intervalles de recherche de soins et le diagnostic du CIC au stade avancé.

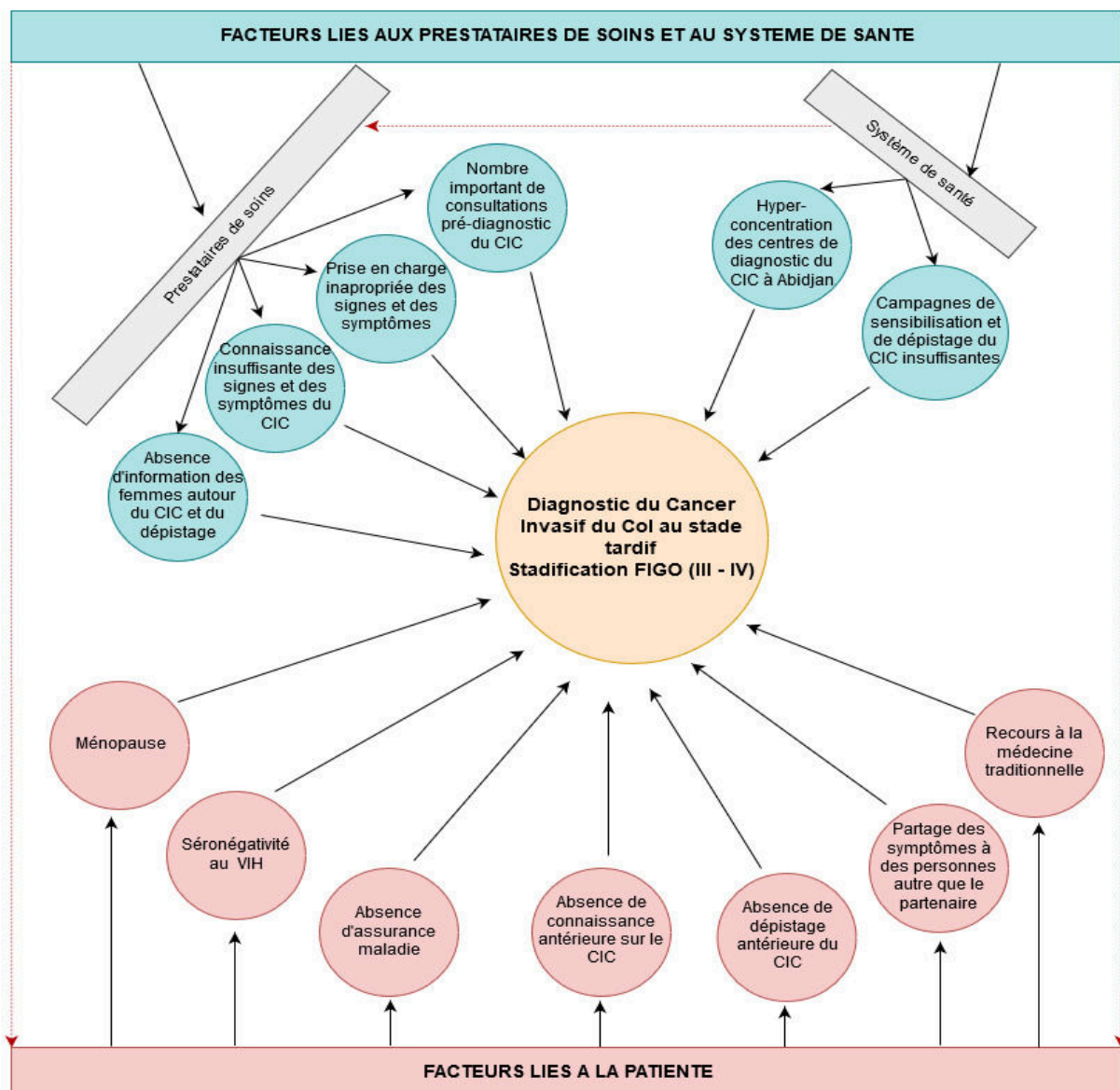


Figure 3 : Schéma récapitulatif des facteurs associés au diagnostic du CIC au stade avancé en Côte d'Ivoire.

VIII. DISCUSSION

VIII.1 Rappels des principaux résultats

Cette étude fournit un aperçu sur les différentes barrières associées au diagnostic précoce du cancer invasif du col en Côte d'Ivoire. Les résultats de cette étude montrent que certaines caractéristiques liées aux patientes (ménopause, séronégativité au VIH, absence de connaissance et de dépistage antérieur du CIC, absence d'assurance maladie, recours à la médecine traditionnelle et partage des symptômes à des personnes autre que le partenaire), aux prestataires de soins (connaissance insuffisante des signes et des symptômes du CIC, prise en charge inappropriée, absence d'information et de sensibilisation des femmes sur le CIC, nombre important de visites pré-diagnostic du CIC) et au système de santé (hyperconcentration des centres de diagnostic du CIC à Abidjan et insuffisance des campagnes de sensibilisation et de dépistage du CIC) peuvent favoriser le diagnostic du CIC au stade avancé.

VIII.2 Validité interne : Forces et limites de l'étude

La principale force de notre étude est le fait d'être inspiré d'un modèle théorique validé (figure 1) pour la collecte et l'analyse des données afin d'identifier les facteurs pouvant influencer sur les intervalles allant du début des symptômes au diagnostic du CIC ; ainsi que le diagnostic du CIC au stade avancé. En outre, pour le recueil de nos données qualitatives, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs permettant aux participants de partager librement leur vécu, leurs expériences sur le CIC et leurs parcours de soins. Par ailleurs, les participantes de notre étude ont été recrutées prospectivement, ce qui a permis de minimiser les différents biais associés aux études rétrospectives.

Notre étude comporte plusieurs limites notamment au niveau de la représentativité. Comme mentionné dans nos résultats, toutes les structures de diagnostic du CIC sont concentrées à Abidjan, ce qui fait que certains cas suspectés à l'intérieur ne sont pas acheminés à Abidjan pour être diagnostiqués et inclus dans le projet RECOCI. De plus, certaines structures privées spécialisées ne faisant pas partie du projet RECOCI ne signalent pas les cas de CIC pris en charge dans leur structure. Les caractéristiques de ces patientes qui n'ont pas pu atteindre les structures de diagnostic et/ou de prise en charge participant dans le projet RECOCI restent cependant inconnues. En outre, un nombre important de femmes initialement incluses dans RECOCI étaient décédées au moment de notre enquête, ce qui a probablement induit une sous-estimation de la prévalence du diagnostic du CIC au stade avancé. Cependant, en tenant compte du volet qualitatif de notre étude, nos résultats sur les barrières au diagnostic précoce du CIC pourraient donc être extrapolés à l'ensemble des cas de CIC en Côte d'Ivoire.

Notre étude est également limitée en raison des rappels rétrospectifs lors de la détermination des délais exacts entre le début des symptômes et le diagnostic du CIC. C'était souvent difficile pour les participantes de déterminer avec précision la date de début des symptômes, ou de savoir si les symptômes étaient réellement associés au CIC. La mauvaise attribution des symptômes est un phénomène fréquent évoqué dans la littérature lorsqu'ils sont similaires à d'autres maladies ou chroniques (57). Néanmoins, nous n'avons pas pu bien déterminer les délais entre les premières consultations et le diagnostic du CIC à la structure spécialisée, ce qui fait que nous n'avons pas pris en compte le délai de diagnostic dans notre analyse quantitative. Toutefois, dans une étude mixte comme celle-ci, l'incapacité de déterminer avec précision les intervalles d'apparition des symptômes, de recherche de soins et de diagnostic n'affectent pas la perception des participantes concernant l'itinéraire thérapeutique au diagnostic du CIC.

VIII.3 Validité externe de l'étude

Plus des deux tiers des femmes diagnostiquées pour un CIC de juillet 2018 à juillet 2019 en Côte d'Ivoire et qui ont accepté de participer à notre étude étaient diagnostiquées au stade avancé. Le stade du CIC au moment du diagnostic a été évoqué dans la littérature comme le plus important facteur prédictif du taux de survie et de mortalité (43,44). Deux études réalisées au Nord du Nigéria et au Népal avaient retrouvé une prévalence plus élevée que celle de notre étude (98% vs 69,7% ; 80,9 Vs 69,7%) (25,45). Ces fortes prévalences pourraient s'expliquer d'une part par le fait que leurs études ont été réalisées dans des services d'oncologie où les patientes étaient majoritairement référées pour des soins palliatifs et à un retard dans le référencement des cas au niveau périphérique qui fait que la plupart des patientes arrivaient au stade avancé du CIC ; d'autre part le fait que nous n'avons enquêté que des femmes vivantes durant notre période d'étude pourrait entraîner une sous-estimation de la prévalence du CIC au stade avancé. Ces prévalences élevées peuvent aussi s'expliquer par la différence dans la classification des stades avancés du CIC ; leurs études ont catégorisé les stades IIB-IVB en stade avancé alors que nous avons regroupé les stades III et IVB en stade avancé.

Cependant, deux autres études menées à Tanzanie et au Maroc avaient trouvé une prévalence plus faible (69,7% Vs 63,9% ; 69,7% Vs 54,5%) (16,23). Ceci pourrait s'expliquer par le faible statut socio-économique de la plupart des participantes, ce qui limite leur accessibilité aux établissements de santé contrairement à celles de notre étude.

VIII.3.1 Facteurs associés au diagnostic du CIC au stade avancé

Dans notre étude, les femmes infectées par le VIH étaient moins susceptibles d'être diagnostiquées au stade avancé que celles qui n'étaient pas infectées. Ce même résultat a été mis en évidence dans une étude au Zimbabwe (46). En outre, celles qui ne disposaient pas d'une assurance maladie au moment du diagnostic du CIC étaient plus fréquemment diagnostiquées à un stade avancé. Ce constat a été également fait dans une étude réalisée au Soudan montrant une corrélation entre l'absence d'assurance maladie et le diagnostic du CIC au stade avancé (OR: 7,7 ; [3,76–15,38]) (47). Ces résultats évoquent le problème d'accès aux soins dans les pays à ressources limitées. L'offre de soins insuffisants ne permet pas un suivi gynécologique des femmes pour un diagnostic précoce du CIC. Ceci justifie la nécessité d'une couverture santé universelle. Par ailleurs, plusieurs études ont montré l'effet bénéfique de l'assurance maladie sur le diagnostic au stade précoce de certains cancers (sein, colon, poumon, utérus, prostate, ...) (48–50).

Notre étude a montré une faible connaissance tant au niveau des femmes qu'au niveau des professionnels de soins. Ces résultats ont été retrouvés dans une étude menée au Rwanda et au Malawi où le manque de connaissance des signes et des symptômes du CIC par les femmes et les professionnels de soins était un facteur important dans le diagnostic au stade avancé du CIC (51,52). Ce manque de connaissance du CIC chez les femmes semble entraîner un défaut d'utilisation des services de dépistage constituant l'un des facteurs clés dans le diagnostic du CIC au stade avancé comme souligné dans notre étude. Ce défaut d'utilisation des services de dépistage a été également retrouvé dans une récente étude menée dans la zone urbaine d'Abidjan montrant une faible couverture du dépistage du CIC (28). D'autres études réalisées au Ghana, en Iran et au Zimbabwe ont également retrouvé un lien entre l'absence de dépistage du CIC et le diagnostic au stade avancé (24,46,53).

Le nombre important de consultations pré-diagnostic a été souligné dans notre étude comme étant l'un des facteurs associés au diagnostic du CIC au stade avancé, quoique statistiquement non significatif dans notre modèle multivariable. Ce même constat a été fait dans une étude réalisée au Malawi où la majorité des participantes a été diagnostiquée après plusieurs visites au niveau des établissements de soins périphériques (52). En outre, les participantes, les personnels des soins et les acteurs publics de notre étude ont souligné le rôle important de la médecine traditionnelle dans le retard au diagnostic du CIC, bien qu'il soit également statistiquement non significatif dans notre modèle multivariable. À titre de comparaison, deux autres études réalisées en Afrique du Sud et en Tanzanie avaient également retrouvé le rôle de la médecine traditionnelle dans le diagnostic du CIC au stade avancé (16,31).

Ces résultats justifient la nécessité d'un renforcement des initiatives des pouvoirs publics pour des campagnes d'information, de sensibilisation, de dépistage et de formations des prestataires de soins. Par ailleurs, les résultats de notre étude ont montré que l'insuffisance des campagnes de sensibilisation et de dépistage du CIC mises en place par les pouvoirs publics semble être associée au diagnostic du CIC au stade avancé. Ceci justifie d'autant plus l'intérêt de la sensibilisation et de l'éducation dans la réduction de la prévalence du stade avancé du CIC. Une étude réalisée en Inde a montré effectivement une amélioration du stade de diagnostic du CIC par l'éducation et la sensibilisation accrue des femmes autour des signes et des symptômes du CIC (54). D'où la nécessité que les pouvoirs publics des pays à ressources limitées allouent des financements suffisants pour la prévention du CIC et d'autres pathologies non transmissibles.

Le dépistage systématique du CIC semble être incontournable dans la réduction du taux de CIC diagnostiqué au stade avancé d'autant que le délai entre l'apparition des symptômes et le diagnostic du CIC (intervalle de temps total) n'influe pas le stade de diagnostic du CIC. En effet, nous n'avons retrouvé aucune corrélation entre l'intervalle de temps total et le stade avancé du CIC au diagnostic. Ce résultat est similaire à celui retrouvé dans une étude réalisée au Nord de l'Ouganda où l'intervalle de temps total au diagnostic n'était pas associé au diagnostic du CIC au stade avancé (33). Par ailleurs, toutes les participantes de notre étude étaient diagnostiquées pour un CIC avant la survenue de signes et de symptômes. La plupart était déjà à un stade avancé du CIC au moment de la reconnaissance de ces signes et symptômes comme étant anormaux quels que soient le nombre et les intervalles de temps des symptômes au diagnostic. Ceci pourrait laisser présager qu'une bonne sensibilisation couplée au dépistage systématique aboutirait à la réduction du taux de CIC diagnostiqués au stade avancé comme souligné précédemment. Il est donc impératif que les autorités sanitaires des pays à ressources limitées fassent de la lutte contre le CIC une priorité de santé publique.

VIII.4 Recommandations

Les résultats de notre étude nous ont permis d'émettre les recommandations suivantes afin de réduire la proportion de CIC diagnostiqué au stade avancé.

À court terme (3 mois à 1 an) :

- ✓ Renforcer les programmes de dépistage et de sensibilisation du CIC et améliorer la communication sur l'existence des centres de dépistage.
- ✓ Mettre en place des stratégies avancées de dépistage du CIC particulièrement chez les femmes vulnérables et éloignées du système de santé.

- ✓ Former/sensibiliser les prestataires de soins au niveau primaire et secondaire vis-à-vis-à-vis des CIC (diagnostic et dépistage).
- ✓ Organiser des séances de causeries sur la sexualité, les infections sexuellement transmissibles et le dépistage du CIC lors des activités foraines, des fêtes patronales et certaines journées mondiales auprès de la population ivoirienne.

À moyen terme (1 à 2 ans):

- ✓ Augmenter l'offre de dépistage du CIC au niveau de tous les établissements de premier contact en Côte d'Ivoire pour permettre à toutes les femmes d'avoir accès au dépistage.
- ✓ Rendre gratuit le dépistage du CIC en l'intégrant dans le panier de soins qui sera pris en charge par le système de couverture santé universelle de Côte d'Ivoire.
- ✓ Subventionner le prix du traitement des lésions précancéreuses et de la biopsie ; et pérenniser l'approvisionnement des centres de dépistage du CIC en intrants et équipements.
- ✓ Mettre en place des interventions efficaces et pérennes pour pouvoir fidéliser les femmes aux activités de dépistage du CIC (système de rappel téléphonique par exemple).

À long terme (3 à 5 ans):

- ✓ Rendre disponible l'examen histologique du CIC (biopsie cervicale) au moins dans les grands hôpitaux régionaux à l'intérieur de la Côte d'Ivoire.

Toutefois, la réduction du taux de CIC diagnostiqué au stade avancé nécessite une volonté politique faisant de la lutte contre le CIC une priorité par l'injection de financements suffisants pour pérenniser les activités de lutte contre le CIC - d'autant que ce cancer est évitable grâce au dépistage et à la vaccination. En outre, une bonne coordination et une implication de toutes les parties prenantes, à savoir les décideurs politiques nationaux, les organisations non gouvernementales, les institutions nationales de santé, les partenaires financiers privés (fabricants de vaccins et de test de dépistage, firmes pharmaceutiques), les chercheurs, les cliniciens et toute la population ivoirienne est primordiale afin de lutter efficacement contre le CIC.

IX. CONCLUSION

Les résultats de notre étude ont montré que les facteurs associés au diagnostic à un stade avancé du CIC en Côte d'Ivoire sont multiples et complexes. Néanmoins, des facteurs impliquant un accès facilité au système de santé avant le diagnostic de CIC (existence d'une assurance santé, infection à VIH suivi dans un centre spécialisé) semblent être des facteurs protecteurs majeurs d'un diagnostic à un stade avancé de la maladie. Ces éléments appuient la nécessité de la part des autorités sanitaires de renforcer le suivi médical des femmes afin d'améliorer le pronostic des femmes atteintes de CIC en Côte d'Ivoire. L'absence de lien entre l'allongement du délai entre les premiers symptômes et le diagnostic et le stade de la maladie souligne l'importance du dépistage systématique du CIC en l'absence de symptômes.

L'accès au dépistage systématique des CIC était très limité dans notre population de femmes atteintes de CIC. L'enquête qualitative menée auprès de ces femmes et des professionnels de santé et acteurs publics a mis en lumière un certain nombre de lacunes dans l'information des femmes et des prestataires de soins vis-à-vis du dépistage des CIC.

Des campagnes de sensibilisation et d'éducation à large échelle sur le CIC pour favoriser la reconnaissance des signes et des symptômes ; et des programmes de formations continues des prestataires de soins sont à envisager en Côte d'Ivoire afin de réduire la prévalence du CIC diagnostiqué au stade avancé.

Ce travail représente la première étude réalisée en Côte d'Ivoire sur cette thématique et l'une des premières en Afrique de l'ouest. Elle a permis d'étudier les principaux facteurs associés au diagnostic du CIC au stade avancé dans les pays à ressources limitées. Toutefois, d'autres études complémentaires, incluant les tradipraticiens et les professionnels des structures de soins primaires doivent être entrepris afin de compléter nos résultats.

Ce stage fut ma première expérience en Afrique Subsaharienne et m'a beaucoup passionné. Cela m'a permis d'appréhender d'une part la problématique du CIC en Afrique, notamment les difficultés dans la prise en charge ; d'autre part les difficultés dans l'organisation spatio-temporelle du terrain de recherche.

Au départ, j'avais prévu d'enquêter les femmes au niveau des structures spécialisées et uniquement en mode face à face. Cependant, la plupart des femmes avaient abandonné les soins en raison des contraintes financières, ce qui fait que nous avons réalisé des entretiens à domicile et par téléphone afin de limiter les biais de sélection. En outre, il n'a pas été souvent facile de

joindre les femmes par téléphone pour leur proposer de participer à l'étude. Par ailleurs, c'était parfois difficile de trouver un créneau horaire adéquat les jours ouvrables (en raison de manque de disponibilité ou d'argent pour le transport et de réalisation de soins en radiothérapie....) pour pouvoir les enquêter. Ainsi, nous étions obligés de réaliser des entretiens à domicile dans la soirée ou durant les weekends. Toutefois, ces difficultés rencontrées m'ont permis d'avoir une vision plus précise de la réalité du terrain.

À l'issu de ce master, je souhaite réaliser une thèse sur cette même thématique en Côte d'Ivoire ou dans un autre pays de l'Afrique Subsaharienne.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018 Nov;68(6):394–424.
2. International Agency for Research on Cancer (IARC), Organisation mondiale de la Santé (OMS). Latest global cancer data: Cancer burden rises to 18.1 million new cases and 9.6 million cancer deaths in 2018. 2018 Sep 12;(263):1-3.
3. Ferlay J, Shin H-R, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer*. 2010 Dec 15;127(12):2893-917.
4. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin*. 2011;61(2):69–90.
5. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015;136(5):359–86.
6. IARC, Cancer today [Internet]. [cited 2019 Jun 19]. Available from: <http://gco.iarc.fr/today/home>
7. ONUSIDA. Cervical cancer 2019 [Internet]. [cited 2019 May 3]. Available from: http://www.unaids.org/fr/cervical_cancer
8. De Vuyst H, Alemany L, Lacey C, Chibweshu CJ, Sahasrabudde V, Banura C, et al. The Burden of Human Papillomavirus Infections and Related Diseases in Sub-Saharan Africa. *Vaccine*. 2013 Dec 29;31(0 5):32–46.
9. Peirson L, Fitzpatrick-Lewis D, Ciliska D, Warren R. Screening for cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 2013 May 24;2:35.
10. World Health Organization, editor. Cervical cancer screening in developing countries: report of a WHO consultation. Geneva: World Health Organization; 2002. 75 p.
11. Clifford G, Franceschi S, Diaz M, Muñoz N, Villa LL. Chapter 3: HPV type-distribution in women with and without cervical neoplastic diseases. *Vaccine*. 2006 Aug 31;24 Suppl 3:26-34.
12. Andrus JK, Sherris J, Fitzsimmons JW, Kane MA, Aguado MT. Introduction of human papillomavirus vaccines into developing countries - international strategies for funding and procurement. *Vaccine*. 2008 Aug 19;26 Suppl 10:87-92.
13. Campos NG, Kim JJ, Castle PE, Ortendahl JD, O’Shea M, Diaz M, et al. Health and economic impact of HPV 16/18 vaccination and cervical cancer screening in Eastern Africa. *Int J Cancer*. 2012 Jun 1;130(11):2672-684.
14. Denny L, Quinn M, Sankaranarayanan R. Chapter 8: Screening for cervical cancer in developing countries. *Vaccine*. 2006 Aug 31;24 Suppl 3:71-77.

15. Ouasmani F, Hanchi Z, Rahou BH, Bekkali R, Benazzouz B, Mesfioui A. The Measurement of Delay in Diagnosis and Treatment among Moroccan Women with Cervical Cancer. *Cancer Oncol Res.* 2017;10.
16. Mlange R, Matovelo D, Rambau P, Kidenya B. Patient and disease characteristics associated with late tumour stage at presentation of cervical cancer in northwestern Tanzania. *BMC Womens Health.* 2015 Dec 1;16:5
17. Mishra K, Desai A, Patel S, Mankad M, Dave K. Role of Percutaneous Nephrostomy in Advanced Cervical Carcinoma with Obstructive Uropathy: A Case Series. *Indian J Palliat Care.* 2009;15(1):37–40.
18. Akine Y, Arimoto H, Ogino T, Kajiura Y, Tsukiyama I, Egawa S, et al. Carcinoma of the Uterine Cervix Treated by Irradiation Alone: Results of treatment at the National Cancer Center, Tokyo. *Acta Oncol.* 1990 Jan;29(6):747–53.
19. Atuhairwe S, Busingye RB, Sekikubo M, Nakimuli A, Mutyaba T. Urologic complications among women with advanced cervical cancer at a tertiary referral hospital in Uganda. *Int J Gynecol Obstet.* 2011 Dec 1;115(3):282–4.
20. Hopkins MP, Morley GW. Prognostic factors in advanced stage squamous cell cancer of the cervix. *Cancer.* 1993 Oct 15;72(8):2389–93.
21. Brewer N, Pearce N, Jeffreys M, White P, Ellison-Loschmann L. Demographic differences in stage at diagnosis and cervical cancer survival in New Zealand, 1994-2005. *J Womens Health* 2002. 2009 Jul;18(7):955–63.
22. Yu CK, Chiu C, McCormack M, Olaitan A. Delayed diagnosis of cervical cancer in young women. *J Obstet Gynaecol.* 2005 May;25(4):367–70.
23. Berraho M, Obtel M, Bendahhou K, Zidouh A, Errihani H, Benider A, et al. Sociodemographic factors and delay in the diagnosis of cervical cancer in Morocco. *Pan Afr Med J.* 2012 May 25;12:8.
24. Dunyo P, Effah K, Udofia EA. Factors associated with late presentation of cervical cancer cases at a district hospital: a retrospective study. *BMC Public Health.* 2018 Oct;18:1156
25. Gyenwali D, Pariyar J, Raj Onta S. Factors Associated with Late Diagnosis of Cervical Cancer in Nepal. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP.* 2013 Jul 30;14:4373–7.
26. IARC, OMS. Cancer today [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 5]. Available from: <http://gco.iarc.fr/today/home>
27. Coulibaly JD-K, Comoé J-CK, Gbedon CBA, Touré O, Horo A, Adoubi I. Projets et protocoles concernant le cancer du col de l'utérus et HPV en Côte d'Ivoire- Résultats du Programme National de Lutte contre le Cancer (PNLCA). 2012;38.

28. Boni S, Tchounga B, Comoe K, Guie P, Adie M, Horo A, Messou E, Ekouévi D.K., Dabis F, Adoubi I, Jaquet A. Assessment of the scale-up of cervical cancer screening in Abidjan stratified by HIV status. *Int J Gynaecol Obstet*. 2019;23.
29. Tanon A, Jaquet A, Ekouevi DK, Akakpo J, Adoubi I, Diomande I, et al. The Spectrum of Cancers in West Africa: Associations with Human Immunodeficiency Virus. *PLoS ONE*. 2012 Oct 29;7(10):8.
30. Van der Aa MA, Schutter EMJ, Looijen-Salamon M, Martens JE, Siesling S. Differences in screening history, tumour characteristics and survival between women with screen-detected versus not screen-detected cervical cancer in the east of The Netherlands, 1992-2001. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2008 Aug;139(2):204–9.
31. Van Schalkwyk SL, Maree JE, Wright SCD. Cervical cancer: the route from signs and symptoms to treatment in South Africa. *Reprod Health Matters*. 2008 Nov;16(32):9–17.
32. Ali SF, Ayub S, Manzoor NF, Azim S, Afif M, Akhtar N, et al. Knowledge and awareness about cervical cancer and its prevention amongst interns and nursing staff in Tertiary Care Hospitals in Karachi, Pakistan. *PLoS One*. 2010 Jun 10;5(6):110-59.
33. Mwaka AD, Garimoi CO, Were EM, Roland M, Wabinga H, Lyratzopoulos G. Social, demographic and healthcare factors associated with stage at diagnosis of cervical cancer: cross-sectional study in a tertiary hospital in Northern Uganda. *BMJ Open*. 2016 Jan 21;6(1):e007690.
34. Walter F, Webster A, Scott S, Emery J. The Andersen Model of Total Patient Delay: a systematic review of its application in cancer diagnosis. *J Health Serv Res Policy*. 2012 Apr;17(2):110–8.
35. Smith LK, Pope C, Botha JL. Patients' help-seeking experiences and delay in cancer presentation: a qualitative synthesis. *The Lancet*. 2005 Sep 3;366(9488):825–31.
36. Scott SE, Walter FM, Webster A, Sutton S, Emery J. The model of pathways to treatment: conceptualization and integration with existing theory. *Br J Health Psychol*. 2013 Feb;18(1):45–65.
37. Lyratzopoulos G, Abel GA, McPhail S, Neal RD, Rubin GP. Measures of promptness of cancer diagnosis in primary care: secondary analysis of national audit data on patients with 18 common and rarer cancers. *Br J Cancer*. 2013 Feb 19;108(3):686–90.
38. Vaismoradi M, Jones J, Turunen H, Snelgrove S. Theme development in qualitative content analysis and thematic analysis. *J Nurs Educ Pract*. 2016 Jan 15;6(5):100.
39. Buetow S. Thematic analysis and its reconceptualization as “saliency analysis.” *J Health Serv Res Policy*. 2010 Apr;15(2):123–5.
40. Blake DR, Fletcher K, Joshi N, Emans SJ. Identification of symptoms that indicate a pelvic examination is necessary to exclude PID in adolescent women. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2003 Feb;16(1):25–30.

41. Svensson L, Weström L, Mårdh PA. Chlamydia trachomatis in women attending a gynaecological outpatient clinic with lower genital tract infection. *Br J Vener Dis.* 1981 Aug;57(4):259–62.
42. Côte d'Ivoire, Ministère de la santé et de l'hygiène publique. [cited 2019 Aug 16]. Plan National de développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020, [online]. Available from: http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/cote_divoire/pnds_2016-2020.pdf
43. Barillot I, Horiot JC, Pigneux J, Schraub S, Pourquoi H, Daly N, et al. Carcinoma of the intact uterine cervix treated with radiotherapy alone: a French cooperative study: update and multivariate analysis of prognostics factors. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1997 Jul 15;38(5):969–78.
44. Fyles AW, Pintilie M, Kirkbride P, Levin W, Manchul LA, Rawlings GA. Prognostic factors in patients with cervix cancer treated by radiation therapy: results of a multiple regression analysis. *Radiother Ther Oncol.* 1995 May;35(2):107–17.
45. Oguntayo O, Zayyan M, Kolawole A, Adewuyi S, Ismail H, Koledade K. Cancer of the cervix in Zaria, Northern Nigeria. *Ecancermedicalscience.* 2011;5:219.
46. Ndlovu N, Kambarami R. Factors associated with tumour stage at presentation in invasive cervical cancer. *Cent Afr J Med.* 2003 Oct;49(9–10):107–11.
47. Ibrahim A, Rasch V, Pukkala E, Aro AR. Predictors of cervical cancer being at an advanced stage at diagnosis in Sudan. *Int J Womens Health.* 2011 Nov 11;3:385–9.
48. Halpern MT, Ward EM, Pavluck AL, Schrag NM, Bian J, Chen AY. Association of insurance status and ethnicity with cancer stage at diagnosis for 12 cancer sites: a retrospective analysis. *Lancet Oncol.* 2008 Mar;9(3):222–31.
49. Roetzheim RG, Pal N, Tennant C, Voti L, Ayanian JZ, Schwabe A, et al. Effects of health insurance and race on early detection of cancer. *J Natl Cancer Inst.* 1999 Aug 18;91(16):1409–15.
50. Ayanian JZ, Kohler BA, Abe T, Epstein AM. The relation between health insurance coverage and clinical outcomes among women with breast cancer. *N Engl J Med.* 1993 Jul 29;329(5):326–31.
51. Benemariya E, Chironda G, Nkurunziza A, Katende G, Sego R, Mukeshimana M. Perceived factors for delayed consultation of cervical cancer among women at a selected hospital in Rwanda: An exploratory qualitative study. *Int J Afr Nurs Sci.* 2018 Jan 1;9:129–35.
52. Chadza E, Chirwa E, Maluwa A, Malata A, Kazembe A, Chimwaza A. Factors that contribute to delay in seeking cervical cancer diagnosis and treatment among women in Malawi. *Health (N Y).* 2012;04(11):1015–22.
53. Behnamfar F, Azadehrah M. Factors associated with delayed diagnosis of cervical cancer in Iran--a survey in Isfahan City. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP.* 2015;16(2):635–9.

54. Jayant K, Rao RS, Nene BM, Dale PS. Improved stage at diagnosis of cervical cancer with increased cancer awareness in a rural Indian population. *Int J Cancer*. 1995 Oct 9;63(2):161–3.

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Chronogramme suivi durant l'étude portant sur les barrières au diagnostic précoce du CIC en Côte d'Ivoire, mi-juillet 2019	69
Annexe 2 : Distribution des intervalles de recherche de soins au diagnostic associés au diagnostic tardif du CIC chez des patientes diagnostiquées pour un CIC entre juillet 2018 et juillet 2019, Côte d'Ivoire, mi-juillet 2019 (n=89)	70
Annexe 3 : Outil de recueil de l'enquête quantitative sur les barrières au diagnostic précoce du CIC en Côte d'Ivoire, mai à juillet 2019	71
Annexe 4 : Outil de recueil de l'enquête qualitative administré aux femmes atteintes de CIC sur les barrières au diagnostic précoce du CIC en Côte d'Ivoire, mai à juillet 2019	77
Annexe 5 : Outil de recueil de l'enquête qualitative administrée aux professionnels de santé et acteurs publics sur les barrières au diagnostic précoce du CIC en Côte d'Ivoire, mai à juillet 2019	79
Annexe 6: Taux de couverture du dépistage du CIC dans le district d'Abidjan (2010 – 2014)...	81
Annexe 7: Régressions logistiques univariable des intervalles de recherche de soins au diagnostic associées au diagnostic tardif du CIC chez des patientes diagnostiquées pour un CIC entre juillet 2018 et juillet 2019, Côte d' Ivoire, mi-juillet 2019 (n=89)	82
Annexe 8 : Connaissance et dépistage antérieurs du CIC chez des patientes diagnostiquées pour un CIC entre juillet 2018 et juillet 2019 selon leur stade clinique, Côte d' Ivoire, (n=89)	83

Annexe 1 : Chronogramme suivi durant l'étude portant sur les barrières au diagnostic précoce du CIC en Côte d'Ivoire, mi-juillet 2019

		Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet				Août			
Tâches						S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Phase préparatoire	Rédaction du protocole de stage												
	Rédaction des outils de recueil des données												
	Réalisation de l'enquête pilote												
	Création de la masque de saisies des données												
Phase de réalisation ou de mise en œuvre	Recueil des données qualitative et quantitative												
	Saisie des données de l'enquête quantitative												
	Retranscription des entretiens de l'enquête qualitative												
	Recodage et apurement des données collectées												
	Analyse des données (Quanti+ Quali)												
	Rédaction du projet de stage												

Annexe 2 : Distribution des intervalles de recherche de soins au diagnostic associés au diagnostic tardif du CIC chez des patientes diagnostiquées pour un CIC entre juillet 2018 et juillet 2019, Côte d'Ivoire, mi-juillet 2019 (n=89)

	Stade précoce (I, II) (n=27)		Stade avancé (III, IV) (n=62)		Total (n=89)	
	n	%	n	%	n	%
Intervalle d'évaluation des symptômes						
<60	12	(44,4)	32	(51,6)	44	(49,4)
≥60	15	(55,6)	30	(48,4)	45	(50,6)
Intervalle de recherche de soins						
<90	16	(59,3)	30	(48,4)	46	(51,7)
≥90	11	(40,7)	32	(51,6)	43	(48,3)
Intervalle de temps global						
<180	10	(37,0)	27	(43,5)	37	(41,6)
≥180	17	(63,0)	35	(56,5)	52	(58,4)

11- Selon-vous à quel l'âge une femme devrait débiter le dépistage du cancer du col de l'utérus ?

(Ne pas citer les modalités de réponses)

- [15-20 ans] [25-30 ans] [55-60 ans] Ne sait pas

12- Selon vous, quelle serait la fréquence recommandée pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en Côte d'ivoire ? **(Ne pas citer les modalités de réponses)**

- [0 - 3 ans] [3 - 5 ans] [5 - 10 ans] 10 ans et plus Ne sait pas

13- Quel serait le test de dépistage de cancer du col recommandé en Côte d'ivoire ?

(Ne pas citer les modalités de réponses)

- Frottis cervico-vaginal / pap test IVA /IVL Biopsie Ne sait pas

2- Attitudes ou perceptions vis-à-vis du cancer du col et de la prévention

14- Seules les femmes ayant eu des rapports sexuels peuvent bénéficier du dépistage

- Tout à fait d'accord⁵ D'accord⁴ Ni en désaccord ni d'accord³
 Pas d'accord² Pas du tout d'accord¹

15- Les femmes ayant une infection sexuellement transmissible sont plus à risque d'avoir le cancer du col de l'utérus

- Tout à fait d'accord⁵ D'accord⁴ Ni en désaccord ni d'accord³
 Pas d'accord² Pas du tout d'accord¹

16- Les chances de survie sont meilleures si le cancer est diagnostiqué au stade précoce

- Tout à fait d'accord⁵ D'accord⁴ Ni en désaccord ni d'accord³
 Pas d'accord² Pas du tout d'accord¹

17- Le cancer du col de l'utérus n'est pas une malédiction ou une punition de Dieu

- Tout à fait d'accord⁵ D'accord⁴ Ni en désaccord ni d'accord³
 Pas d'accord² Pas du tout d'accord¹

18- Le début tardif des rapports sexuels peut réduire le risque de cancer du col de l'utérus

- Tout à fait d'accord⁵ D'accord⁴ Ni en désaccord ni d'accord³
 Pas d'accord² Pas du tout d'accord¹

19- Les procédures de dépistage du cancer du col de l'utérus ne sont pas douloureuses

- Tout à fait d'accord⁵ D'accord⁴ Ni en désaccord ni d'accord³
 Pas d'accord² Pas du tout d'accord¹

3- Histoire antérieure de dépistage du cancer du col de l'utérus

20- Aviez-vous fait un test de dépistage du cancer du col de l'utérus avant la découverte de votre maladie?

- Oui¹ Non²

20b- **Si oui** à quand remonte le dernier dépistage ? _____

20c- **Si non pourquoi ne l'avez-vous pas fait? (plusieurs réponses possibles)**

(ne pas citer les modalités de réponses / précision ou reformulation des réponses si nécessaire)

- a- Crainte des procédures diagnostic¹
- b- Manque de connaissance vis-à-vis des méthodes de prévention du CIC²
- c- Crainte qu'un cancer soit diagnostiqué³
- d- Manque d'argent⁴
- e- Eloignement des structures de dépistage⁵
- f- Méconnaissance des structures de soins⁶
- g- Absence de proposition du dépistage par les soignants⁷
- h- Autres (préciser)⁸ : _____

4- Histoire du diagnostic du cancer invasif du col

21- Quel a été le mode de découverte de votre maladie?

- a- Dépistage systématique¹
- c- Présence de signes et symptômes²
- b- Autres (préciser)³ : _____

21b- **Si c**, quel a été le premier symptôme ? **(Sinon, passer à la question 25)**

- Douleurs abdomino-pelviennes¹
- Saignements en dehors des règles²
- Pertes vaginales³
- Autres (préciser)⁴ : _____

22- Combien de temps (en jours ou mois ; précisez) aviez-vous pris pour reconnaître ces premiers symptômes comme étant anormaux et décidez de consulter ?

R : _____

23- Quels sont les personnes que vous aviez informées de ces symptômes? **(Ne pas citer les modalités de réponses)**

- Partenaire¹
- Parents proches²
- Enfants³
- Amis⁴
- Autres, précisez⁵ : _____

24- Quel est le délai (en jours ou mois ; précisez) entre le début des symptômes et la première consultation auprès d'un soignant ?

R : _____

25- Quel a été le centre de première consultation pour votre maladie? (**Ne pas citer les modalités de réponses**)

- Dispensaire¹ Tradipraticien² Hôpital général³
 CHU⁴ Cliniques privée⁵ Autres⁶ : _____

26- A combien estimez-vous la distance en véhicule (en minutes) entre votre domicile et le centre de la première consultation ? Réponse : _____

27- Quel a été la prise en charge du soignant lors de la première consultation? (**plusieurs choix possibles, Citer les modalités de réponses**)

- Référence dans un service spécialisé¹ Prescription de bilans paracliniques²
 Abstention/surveillance³ Traitement symptomatique⁴
 Autres⁵ : _____

28- Quelle maladie que le soignant a dit que vous souffrez ? (**Puis passer à Q32 si référence depuis la première consultation ou à Q35 si consultation directe au centre de prise en charge (PEC)**)

R : _____

29- Quel est le délai (en jours) entre la première consultation et la deuxième consultation auprès d'un soignant ? (**Passer à Q32 si référence ou à Q35 si consultation directe au centre de PEC**)

R : _____

30- Quel est le délai (en jours) entre la deuxième consultation et la troisième consultation auprès d'un soignant ? (**Passer à Q32 si référence ou à Q35 si consultation directe au centre de PEC**)

R : _____

31- Quel est le délai (en jours) entre la troisième consultation et la quatrième consultation auprès d'un soignant ? (**Passer à Q32 si référence ou à Q35 si consultation directe au centre de PEC**)

R : _____

32- Quel est le délai (en jours ou mois) entre la 1^{ère} ou /2^{ème} ou /3^{ème} ou /4^{ème} consultation auprès d'un soignant et la référence vers un médecin spécialiste ?

R : _____

33- A partir de combien de jours suivant la référence, vous êtes allées au centre de diagnostic ou de référence?

R : _____

34- A partir de combien de jours suivant la référence on vous a prescrit le test diagnostic (biopsie) ?

R : _____

35- A partir de combien de jours suivant la 1^{ère} ou /2^{ème} ou /3^{ème} ou /4^{ème} consultation on vous a prescrit le test diagnostic (biopsie) ?

R : _____

36- Quel est le délai (en jours ou mois) entre la prescription du test diagnostic et sa réalisation?

R : _____

37- Quel est le délai (en jours ou mois) entre la réalisation du test diagnostic et les résultats?

R : _____

C- Obstacles liés à l'accès au diagnostic du cancer du col à l'hôpital

- 10- Avez-vous été référé vers cet hôpital ou êtes-vous venu de votre plein gré? **(si réponse autre que référence, passer à la question 12)**
- 11- Combien de temps (jour/semaine/mois) vous a-t-il fallu pour venir dans cet hôpital à partir de cette période de référence? Pourquoi aviez-vous pris ce temps ?
- 12- Quand vous êtes arrivé à cet hôpital, combien de temps a-t-il fallu (jour/semaine/mois) pour obtenir les résultats des tests de diagnostic du cancer du col ? Selon vous pourquoi ce délai avant que vous receviez les résultats ?
- 13- Quelles ont été les informations que l'on vous a données avant et après la confirmation du diagnostic de CIC ? Avez-vous été satisfaite de l'accueil et de la prise en charge faite par le personnel soignant ?

D- Besoins et attentes des femmes enquêtées concernant l'accès aux services de dépistage du cancer du col

- 14- Que pensez-vous de l'offre de dépistage du cancer du col à Abidjan ?
- 15- Quel message aimeriez-vous adresser au ministère de la santé de la Côte d'Ivoire pour améliorer l'offre de dépistage et de diagnostic du cancer du col ?

Grille d'entretien sur l'identification des barrières au diagnostic précoce du cancer invasif du col à Abidjan, Côte d'ivoire / projet RECOCI

Identifiant	: ___/___/___
Age	: ___/___/
Spécialité	: _____
Nombres d'années d'expérience	: ___/___
Structure principale d'exercice	: _____

1- Pouvez-vous me parler de l'offre de dépistage dans votre structure d'exercice ?

(Relances)

- Ressources humaines et matérielles mobilisées
- Appui technique et financier
- Types de communication et sensibilisation
- Cout du dépistage et traitement des lésions précancéreuses
- Stimulation de la demande

2- Pouvez-vous me dire selon vous les facteurs pouvant être liés au retard à la consultation et au diagnostic des femmes atteintes de cancer du col de l'utérus en Côte d'Ivoire

(Relances)

- Facteurs liés à la patiente
- Facteurs liés aux professionnels de soins
- Facteurs liés au système de soins (disponibilité + accessibilité financière outil de diagnostic du CIC/ système de référence des cas etc.)
- Facteurs politiques (peu de campagnes de sensibilisation et d'information etc.)

3- De manière générale, que pensez-vous de l'offre de dépistage du cancer du col en Côte d'Ivoire ?

(Relances). Plus spécifiquement, que pensez-vous de l'offre en termes de :

- accessibilité financière
- accessibilité géographique
- performance du test
- suivi et évaluation (des patientes ??)

- Au cours de votre carrière, avez-vous perçu une évolution (amélioration/dégradation)?
- 4- Que pensez-vous du programme de lutte contre le cancer du col de l'utérus en Côte d'Ivoire (en termes de sensibilisation et d'éducation) ? Pensez-vous que les méthodes de lutte mises en place sont incitatives et adaptées au contexte Ivoirien ?
 - 5- A votre avis, que faudrait-il faire pour améliorer l'offre de dépistage, la présentation et le diagnostic précoces du CIC en Côte d'Ivoire?

Annexe 6: Taux de couverture du dépistage du CIC dans le district d'Abidjan (2010 – 2014)

Districts	Frequency of women aged 25-55 years (2014)	Frequency of women screened 2010-2014		Coverage rate (%)
		n	(%)	
ABOBO	284 914	2050	12.7	0,719
ADJAME	101 838	428	2.6	0,420
ATTECOUBE	72 132	171	1.1	0,237
COCODY	153 944	1522	9.4	0,988
KOUMASSI	129 347	1901	11.8	1,469
MARCORY	81 626	1253	7.7	1,535
PLATEAU	2 400	128	0.8	5,333
PORT-BOUET	128 998	2204	13.6	1,708
TREICHVILLE	30 455	1722	10.6	5,654
YOPOUGON	328 447	4601	28.5	1,400
DABOU	15812	189	1.2	1,195
TOTAL	1 329 913	16169	100.0	1,215

Source : Boni S, Tchounga B, Comoe K, Guie P, Adie M, Horo A, Messou E, Ekouévi D.K., Dabis F, Adoubi I, Jaquet A. Assessment of the scale-up of cervical cancer screening in Abidjan stratified by HIV status. Int J Gynaecol Obstet. 2019 [Ahead of print].

Annexe 7: Régressions logistiques univariable des intervalles de recherche de soins au diagnostic associées au diagnostic tardif du CIC chez des patientes diagnostiquées pour un CIC entre juillet 2018 et juillet 2019, Côte d' Ivoire, mi-juillet 2019 (n=89)

	Stade du CIC au diagnostic		Modèle Univariable	
	Précoce (n/N)	Avancé (n/N)	OR [IC 95%]	valeur p
Intervalle d'évaluation des symptômes¹³				
<60	12/27	32/62	1	
≥60	15/27	30/62	0,75 [0,3 - 1,86]	0,53
Intervalle de recherche de soins¹⁴				
<90	16 /27	30/62	1	
≥90	11/27	32/62	1,55 [0,62 - 3,87]	0,34
Intervalle de temps global¹⁵				
<180	10 /27	27/62	1	
≥180	17/27	35/62	0,76 [0,3 - 1,93]	0,56

¹³ Temps écoulé entre l'apparition des premiers symptômes et la décision de consulter un prestataire de soins

¹⁴ Temps écoulé entre les premiers symptômes et la première consultation chez un prestataire de soins

¹⁵ Temps écoulé entre les premiers symptômes et le diagnostic histologique du CIC

Annexe 8 : Connaissance et dépistage antérieurs du CIC chez des patientes diagnostiquées pour un CIC entre juillet 2018 et juillet 2019 selon leur stade clinique, Côte d' Ivoire, (n=89)

	Stade précoce (I, II) (n=27)		Stade avancé (III, IV) (n=62)		Total (n=89)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Connaissance antérieure du CIC						
Oui	19	(70,4)	27	(43,5)	46	(51,7)
Non	8	(29,6)	35	(56,5)	43	(48,3)
Perception à risque de CIC						
Oui	1	(3,7)	2	(3,2)	3	(3,4)
Non	26	(96,3)	60	(96,8)	86	(96,6)
Antécédent familial						
Oui	3	(11,1)	6	(9,7)	9	(10,1)
Non	22	(81,5)	54	(87,1)	76	(85,4)
Ne sait pas	2	(7,4)	2	(3,2)	4	(4,5)
Dépistage antérieure						
Oui	3	(11,1)	5	(8,1)	8	(9,0)
Non	24	(88,9)	57	(91,9)	81	(91,0)
Raison de non dépistage						
Méconnaissance du test de dépistage	18	(75,0)	49	(85,9)	67	(75,28)
Absence de propositions par les soignants	5	(20,8)	12	(21,0)	17	(19,1)
Négligence	4	(16,6)	1	(1,7)	5	(5,6)
Autres ¹⁶	3	(12,5)	6	(10,52)	9	(10,1)

¹⁶ Autres regroupent les modalités suivantes : ne se sentait pas concernée, crainte qu'un CIC soit diagnostiqué et manque de temps pour faire le test de dépistage.

Résumé

Contexte : Le Cancer Invasif du Col (CIC) reste un problème de santé publique majeur dans les pays en développement en raison d'un diagnostic le plus souvent au stade avancé, associé à une forte mortalité. En Côte d'Ivoire, peu de données sont disponibles sur la proportion de CIC diagnostiquée à un stade avancé et ses facteurs associés.

Méthode : Nous avons mené une étude transversale mixte quantitative et qualitative. Un questionnaire documentant les caractéristiques sociodémographiques et l'histoire de la maladie a été administré aux femmes diagnostiquées pour un CIC entre juillet 2018 et juillet 2019 avec un stade (FIGO) documenté. Les facteurs associés à un stade avancé de CIC (stade III, IV) ont été estimés par un modèle de régression logistique. Un échantillon de ces femmes et des professionnels de santé ont participé à des entretiens semi-directifs afin de caractériser plus précisément les barrières au diagnostic précoce du CIC.

Résultats : Au total, 89 femmes atteintes de CIC ont été incluses dans notre étude quantitative. Parmi elles, 12 femmes et six professionnels de santé ont été interviewés. La majorité (n=62, 69,7%) des patientes a été diagnostiquée au stade avancé du CIC. En analyse multivariée, les facteurs associés à un stade avancé étaient la séronégativité au VIH (RCa= 6,57; [IC95%1,74–24,82]) et l'absence d'assurance maladie (RCa= 9,76 ; [IC95%1,43-66,8]). D'autres facteurs ont été avancés lors des entretiens, notamment le manque d'information et de sensibilisation sur le CIC de la part des prestataires de soins et l'insuffisance des campagnes de sensibilisation/dépistage.

Conclusion : Dans un contexte d'accès limité au dépistage systématique des CIC en Côte d'Ivoire, un accès favorisé au système de santé semble être un élément déterminant au diagnostic précoce de CIC. Il semble également nécessaire d'améliorer la formation des prestataires de soins vis-à-vis des CIC et de leur prévention.

Mots-clés : Cancer invasif du col, Diagnostic au stade avancé, Pays à ressources limitées, Modèle des voies d'accès au traitement

Abstract

Background: Invasive Cervical Cancer (ICC) remains a major public health issue in developing countries due to a diagnosis that is most often at an advanced stage, associated with high mortality. In Côte d'Ivoire, little data is available on the proportion of ICCs diagnosed at an advanced stage and its associated factors.

Method: We conducted a mixed quantitative and qualitative cross-sectional study. A questionnaire documenting the socio-demographic characteristics and history of the disease was administered to women diagnosed with ICC between July 2018 and July 2019 with a documented stage (FIGO). Factors associated with an advanced stage of ICC (stage III, IV) were estimated by a logistic regression model. A sample of these women and health professionals participated in semi-directive interviews to more accurately characterize the barriers to early diagnosis of ICC.

Results: A total of 89 women with ICC were included in our quantitative study. Among them, 12 women and six health professionals were interviewed. The majority (n=62, 69.7%) of patients were diagnosed at the advanced stage of ICC. In multivariate analysis, factors associated with advanced stage were HIV seronegativity (ORa=6.57;[IC95%1.74-24.82]) and lack of health insurance (ORa=9.76;[IC95%1.43-66.8]). Other factors that were mentioned during the interviews included the lack of information and awareness of the ICC among health care providers and insufficient awareness/screening campaigns.

Conclusion: In a context of limited access to systematic screening for ICC in Côte d'Ivoire, facilitated access to the health system appears to be a key determinant of early ICC diagnosis. There also seems to be a need to improve the training of health care providers in relation to ICC and its prevention.

Key Words: Cervical cancer, Late stage diagnostic, Limited resources, Model of Pathways to treatment