

**Acceptabilité et faisabilité d'une approche intégrée de
dépistage du cancer du col de l'utérus, du cancer du sein et
des principales maladies non transmissibles dans les
structures de santé de premier contact en Côte d'Ivoire :
Etude préliminaire**

Présenté par

Franck GNAHATIN

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité **Santé publique internationale**

Directeur de mémoire : Professeur Innocent ADOUBI

Co-directeur : Dr Simon Pierre BONI

le Dimanche 28 Septembre 2025

Devant le jury composé de :

Simplice Dagan Président

Professeur titulaire de santé publique
Université Félix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire

Léon Savadogo Examineur

Professeur titulaire de santé publique
Université Senghor, Egypte

Remerciements

La réalisation de ce mémoire n'aurait pu aboutir sans l'accompagnement, les conseils et le soutien de plusieurs personnes et institutions, que je tiens ici à remercier chaleureusement.

Au **Professeur Simplicie DAGNAN**, Professeur titulaire de santé publique et président du jury. C'est un honneur de vous avoir comme président du jury. Merci cher maître.

Au **Professeur Innocent ADOUBI**, Directeur du mémoire et Directeur-Coordonnateur du Programme National de Lutte contre le Cancer de Côte d'Ivoire, pour son appui constant et son bon encadrement académique et professionnel. Merci infiniment Chef.

Au **Dr Simon Pierre BONI**, Co-directeur du mémoire pour sa disponibilité, sa rigueur bienveillante et ses encouragements constants qui ont été déterminants tout au long de ce travail.

Au **Professeur Léon SAVADOGO**, Directeur du département Santé, pour son bon encadrement académique. Ce fut un plaisir d'apprendre sous votre coupole

Au **Professeur Thierry VERDEL**, Recteur de l'Université Senghor, à Madame **Alice MOUNIR**, Directrice de la scolarité, à Madame **Magui ABDO**, secrétaire exécutive du département santé, ainsi qu'à tout le personnel de l'université, pour le travail accompli au chaque année et l'accompagnement durant ce parcours académique pour notre épanouissement.

À mes collègues auditeurs de l'Université Senghor et particulièrement ceux du département santé, pour leur bienveillance et leur amitié. Que de belles rencontres!

À mes amis senghoriens d'Abidjan, **Obed, Gisèle, Nabéré, Ramatoulaye** et **Junior** pour leur amitié.

À **Dr Justine Agah** et à tous mes collègues du Programme National de Lutte contre le Cancer, ma famille professionnelle.

Aux professionnels impliqués dans la mise œuvre du projet WICS en Côte d'Ivoire et particulièrement ceux du Centre de Santé Urbain d'Azaguié ainsi qu'au femmes bénéficiaires interrogées dans le cadre des entretiens pour leur temps et leurs réponses sincères, qui ont permis d'enrichir considérablement la portée de ce mémoire.

Enfin, à toutes celles et ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à ce travail, par un conseil, un échange ou un mot d'encouragement, je dis merci.

Dédicace

À Dieu, le Maître des temps et des circonstances, pour Sa grâce et Sa fidélité tout au long de ce parcours académique.

À mon père, Eloi Gnahatin, et à ma mère, Jeanne Bli, pour leur amour, leurs sacrifices et leurs prières silencieuses.

À mon épouse bien-aimée, Andrée, soutien indéfectible, courageuse, partenaire de vie et source d'inspiration. Ce travail est aussi le tien, le fruit de tes sacrifices.

À mes enfants, mes plus belles victoires et mes raisons de persévérer.

À mon frère et ami, Alex Bilé, pour son amitié fidèle et son soutien constant.

À mes amis, mes rencontres senghoriennes.

À tous les malades atteints de cancer, puissent nos efforts contribuer à soulager vos souffrances et faire entendre votre voix.

À Alexandrie la belle, au-delà d'un parcours académique, j'y ai vécu une expérience humaine enrichissante.

Résumé

Introduction : Les maladies non transmissibles (MNT), dont l'hypertension artérielle, le diabète et certains cancers, constituent un problème majeur de santé publique en Afrique subsaharienne. En Côte d'Ivoire, le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus représentent plus de la moitié du fardeau oncologique féminin, tandis que l'hypertension et le diabète touchent respectivement 39,9 % et 5 % des adultes. Malgré leur importance, la couverture en dépistage reste faible, en raison de la fragmentation des services et des obstacles structurels. Dans ce contexte, une approche intégrée dépistage des cancers du col, du sein, de l'HTA, du diabète et de santé mentale a été mise en œuvre au Centre de Santé Urbain (CSU) d'Azaguié.

Méthodologie : Une étude mixte a été conduite de février à juillet 2025. La composante quantitative repose sur un échantillonnage exhaustif des données de routine issues du DHIS2 Tracker et des rapports mensuels. La composante qualitative s'appuie sur cinq entretiens semi-directifs menés auprès de deux sages-femmes, deux femmes bénéficiaires et deux agents de santé communautaires. L'analyse statistique a été réalisée sous Excel et SPSS (descriptif) et l'analyse thématique qualitative avec [Atlas.ti](#).

Résultats : Au total, 550 femmes ont été testées pour le HPV, dont 305 ont reçu leurs résultats et 89 (29,2 %) étaient positives. Parmi elles, 29 ont bénéficié d'un triage IVA, sans cas positif confirmé ni thermoablation réalisée. Concernant le cancer du sein, 667 examens cliniques ont permis d'identifier 2 suspicions (0,3 %). Pour les MNT, 704 dépistages ont révélé 148 cas d'hypertension (21 %) et 61 cas de diabète (8,7 %). La santé mentale a été évaluée chez 378 femmes, avec 13 cas de dépression (3,4 %). L'analyse qualitative montre une bonne acceptabilité du modèle (satisfaction, gratuité, gain de temps), mais aussi des contraintes (charge de travail, ruptures d'intrants, retards dans le retour des résultats HPV). Les ASC apparaissent comme un maillon essentiel de la mobilisation communautaire.

Conclusion : L'approche de dépistage intégrée menée au CSU d'Azaguié est perçue comme globalement faisable et acceptable par les acteurs impliqués. Toutefois, sa continuité et sa mise à l'échelle nécessitent de lever plusieurs contraintes opérationnelles : renforcer la logistique, réduire les délais de restitution des résultats HPV, et accroître l'appui aux ASC. Cette étude préliminaire fournit des enseignements précieux pour la conception d'un modèle ivoirien de dépistage intégré des cancers et MNT.

Mots-clés : Dépistage intégré, Cancer du col, Cancer du sein, HTA, Diabète, Santé mentale, Acceptabilité, Faisabilité, Côte d'Ivoire.

Abstract

Introduction: Non-communicable diseases (NCDs), including hypertension, diabetes and certain cancers, constitute a major public health problem in sub-Saharan Africa. In Côte d'Ivoire, breast cancer and cervical cancer account for more than half of the female cancer burden, while hypertension and diabetes affect 39.9% and 5% of adults, respectively. Despite their importance, screening coverage remains low, due to fragmented services and structural barriers. In this context, an integrated approach to screening for cervical cancer, breast cancer, hypertension, diabetes and mental health was implemented at the Azaguié Urban Health Center (CSU).

Objective: To assess the feasibility and acceptability of the integrated screening approach as implemented at the Azaguié Urban Health Center (CSU).

Methodology: A mixed-methods study was conducted from February to July 2025. The quantitative component was based on an exhaustive sampling of routine data from the DHIS2 Tracker and monthly reports. The qualitative component relied on five semi-structured interviews conducted with two midwives, two female beneficiaries and two community health workers. Statistical analysis was performed using Excel and SPSS (descriptive), and qualitative thematic analysis was carried out with [Atlas.ti](https://atlas.ti.com/).

Results: A total of 550 women were tested for HPV, of whom 305 received their results and 89 (29.2%) were positive. Among them, 29 underwent VIA triage, with no confirmed positive cases and no thermoablations performed. Regarding breast cancer, 667 clinical breast examinations were carried out, identifying 2 suspected cases (0.3%). For NCDs, 704 screenings revealed 148 cases of hypertension (21%) and 61 cases of diabetes (8.7%). Mental health was assessed in 378 women, with 13 cases of depression identified (3.4%). The qualitative analysis shows good acceptability of the model (satisfaction, free services, time-saving), but also highlights constraints (workload, stock-outs of supplies, delays in the return of HPV results). Community health workers (CHWs) emerged as an essential link in community mobilization.

Conclusion: The integrated screening approach implemented at the Azaguié Urban Health Center (CSU) is perceived as generally feasible and acceptable by the stakeholders involved. However, its continuity and scale-up require addressing several operational challenges: strengthening logistics, reducing delays in the return of HPV test results, and increasing support for community health workers (CHWs). This preliminary study provides valuable insights for the design of an Ivorian model of integrated screening for cancers and NCDs.

Key-words: Integrated screening, Cervical cancer, Breast cancer, Hypertension, Diabetes, Mental health, Acceptability, Feasibility, Côte d'Ivoire.

Liste des sigles et acronymes

MNT	Maladies Non Transmissibles
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ODD	Objectifs de Développement Durable
WICS	Women Integrated Cancer Services
CSU	Centre de Santé Urbain
DHIS2	District Health Information Software version 2
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine
HPV	Human Papilloma Virus
RAD	Résection à l'Anse Diathermique
ASC	Agent de Santé Communautaire
IDH	Indice de Développement Humain
UICC	Union Internationale Contre le Cancer
CFIR	Consolidated Framework for Implementation Research
HTA	Hypertension Artérielle
PNLCa	Programme National de Lutte Contre le Cancer
PNSM	Programme National de Santé Mentale
ESPC	Etablissement Sanitaire de Premier Contact
CSR	Centre de Santé Rural
EPHD	Etablissement Public Hospitalier Départemental
EPHR	Etablissement Public Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
IVA	Inspection Visuelle à l'Acétique
FCV	Frottis Cervico-Vaginal
IMC	Indice de Masse Corporelle

Table des matières

1. Introduction	8
2. Revue de la littérature	10
2.1. Epidémiologie des maladies étudiées	9
2.2. Définition des concepts clés	24
2.3. Cadres conceptuels mobilisés	25
2.4. Études similaires en Afrique et ailleurs	27
2.5. Synthèse des études consultées	28
3. Méthodologie	29
3.1. Type d'étude	29
3.2. Cadre de l'étude	29
3.3. Population d'étude	33
3.4. Échantillonnage	34
3.5. Méthodes de collecte de données	34
3.6. Analyses des données	34
3.7. Aspects éthiques et réglementaires	35
4. Résultats	36
4.1. Résultats quantitatifs	36
4.2. Résultats qualitatifs	43
5. Discussions	45
6. Conclusion	49
7. Références bibliographiques	51
8. Liste des illustrations	57
9. Liste des tableaux	58
10. Glossaire	59
11. Annexes	61

1. Introduction

Les maladies non transmissibles (MNT) constituent un réel fardeau dans le monde. Elles ont tué au moins 43 millions de personnes en 2021, soit 75 % des décès non liés à une pandémie dans le monde. Les plus dévastatrices sont les maladies cardiovasculaires dont l'hypertension artérielle, suivies des cancers, des maladies respiratoires chroniques et du diabète car elles sont responsables 80 % de tous les décès prématurés dus aux MNT dont 73 % surviennent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (World Health Organization, 2025).

Parmi elles, les cancers du sein et du col de l'utérus représentent une charge particulièrement préoccupante pour la santé des femmes. Le cancer du sein est aujourd'hui le cancer le plus fréquent chez la femme dans le monde, tandis que le cancer du col de l'utérus demeure la première cause de mortalité cancéreuse féminine en Afrique subsaharienne (Bray et al., 2022). Bien que largement évitables ou curables lorsqu'ils sont diagnostiqués précocement, ces cancers sont encore souvent détectés à un stade avancé, du fait de l'insuffisance des programmes de dépistage organisés, de l'accès limité aux services spécialisés et des obstacles socioculturels et économiques (Sankaranarayanan et al. 2010; Arbyn et al. 2020).

Face à cette situation, des initiatives mondiales ont été mises en place pour réduire la mortalité liée aux maladies non transmissibles (MNT) et aux cancers féminins. L'Agenda 2030 des ODD, par sa cible 3.4, engage les États à réduire d'un tiers la mortalité prématurée due aux MNT d'ici 2030 (United Nations, 2015). L'OMS a, par ailleurs, lancé en 2020 la Stratégie mondiale pour l'élimination du cancer du col de l'utérus (World Health Organization, 2015), puis en 2021 l'Initiative mondiale contre le cancer du sein (World Health Organization, 2021). Toutefois, la mise en œuvre de ces stratégies se heurte à des difficultés structurelles dans de nombreux pays africains : sous-financement chronique, infrastructures limitées, insuffisance de personnel qualifié et fragmentation des services (Maruthappu, 2016).

C'est dans ce contexte que les approches intégrées apparaissent comme une solution innovante. Elles consistent à offrir, dans une même structure de soins primaires, un paquet coordonné de services préventifs couvrant les cancers et les principales MNT. Ces modèles intégrés permettent de renforcer l'accessibilité des soins, de rationaliser l'utilisation des ressources et d'améliorer la satisfaction des bénéficiaires (World Health Organization, 2016).

Le projet de prévention intégrée des maladies non transmissibles (Women Integrated Cancer Services in Africa, WICS), soutenu par l'OMS, s'inscrit dans cette logique. Il vise à renforcer à travers une approche centrée sur la femme et en soins de santé primaires, un modèle intégré de dépistage du cancer du col, du cancer du sein, de l'hypertension, du diabète et de la santé mentale au sein des structures de soins primaires dans trois pays africains, dont la Côte d'Ivoire (WHO Regional Office for Africa, 2023). Dans ce pays, l'un des sites pilotes retenus

est le centre de santé urbain (CSU) d’Azaguié, dans le district sanitaire d’Agboville, région de l’Agnéby-Tiassa. Ce site combine l’offre de dépistages multiples avec une plateforme numérique de suivi (DHIS2 Tracker) et l’appui d’agents de santé communautaires pour la mobilisation des femmes (Ministère de la Santé, de l’Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, 2023).

Cependant, il existe très peu de données empiriques en Afrique sur la faisabilité et l’acceptabilité de modèle de services de prévention intégrés des cancers féminin et les principales MNT en Afrique en général et Afrique francophone en particulier. En Côte d’Ivoire et particulièrement à Azaguié, il est donc nécessaire d’évaluer cette expérience afin d’en tirer des enseignements pour une éventuelle mise à l’échelle nationale.

Problématique

La problématique de ce mémoire se situe dans la tension entre, d’une part, l’urgence d’améliorer l’accès aux services de dépistage des cancers féminins et des MNT, et d’autre part, les défis liés à la faisabilité et l’acceptabilité d’une approche intégrée dans les soins primaires. Si ce programme de prévention intégrée des MNT constitue une innovation pertinente, son succès dépend de plusieurs facteurs : l’adhésion et la capacité des prestataires de santé à le mettre en œuvre, la compréhension et l’acceptation par les femmes bénéficiaires et l’implication effective des agents de santé communautaires dans la sensibilisation et l’orientation.

Ainsi, la question centrale est la suivante :

Dans quelle mesure l’approche intégrée de dépistage telle qu’expérimentée au CSU d’Azaguié, est-elle perçue comme faisable et acceptable par les prestataires de soins, les agents de santé communautaires et les femmes bénéficiaires ?

Objectifs de l’étude

Objectif général

Évaluer la faisabilité et l’acceptabilité de l’approche intégrée de dépistage du projet de prévention des MNT au CSU d’Azaguié, telle qu’elle est perçue par les prestataires de santé, les agents de santé communautaires et les femmes bénéficiaires.

Objectifs spécifiques

1. Décrire l’organisation opérationnelle de l’approche intégrée telle qu’implémentée au CSU d’Azaguié.

2. Apprécier les perceptions des prestataires sur la faisabilité technique et organisationnelle de l'approche.
3. Examiner l'acceptabilité de l'approche auprès des bénéficiaires.
4. Examiner le rôle et l'expérience des agents de santé communautaires dans la mise en œuvre l'approche intégrée.
5. Identifier les conditions nécessaires à la pérennisation et à une éventuelle mise à l'échelle de l'approche.

2. Revue de la littérature

2.1. Epidémiologie des maladies étudiées

2.1.1. Cancer du col de l'utérus

À l'échelle mondiale, le cancer du col de l'utérus est le quatrième cancer le plus courant chez la femme, avec 660 000 nouveaux cas en 2022. Toujours en 2022, plus de 94 % des 350 000 décès dus au cancer du col de l'utérus sont survenus dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Les taux d'incidence de cancer du col de l'utérus et de mortalité due à ce type de cancer sont les plus élevés en Afrique subsaharienne, en Amérique centrale et en Asie du Sud-Est (World Health Organization, 2024). Les différences régionales en ce qui concerne la charge du cancer du col de l'utérus sont dues aux inégalités en matière d'accès aux services de vaccination, de dépistage et de traitement, à des facteurs de risque, y compris la prévalence du VIH et à des déterminants sociaux et économiques (World Health Organization, 2024). Les femmes vivant avec le VIH sont six fois plus susceptibles d'avoir un cancer du col de l'utérus que la population générale et on estime que 5 % de tous les cas de cancer du col de l'utérus sont attribuables au VIH (Stelze, 2020). Le cancer du col de l'utérus touche de manière disproportionnée les femmes plus jeunes et il en résulte que 20 % des enfants qui perdent leur mère à cause d'un cancer le doivent à un cancer du col de l'utérus (Guida, 2020).

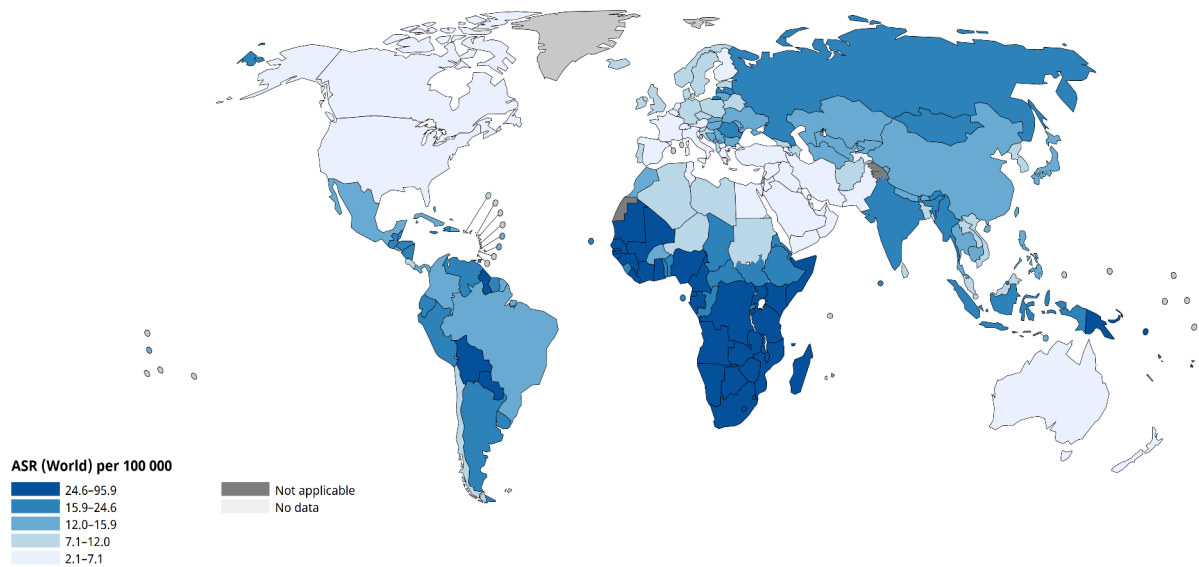


Figure 1 : Incidence standardisée du cancer du col de l'utérus selon l'âge tout sexe confondu en 2022 (Global Cancer Observatory, 2022).

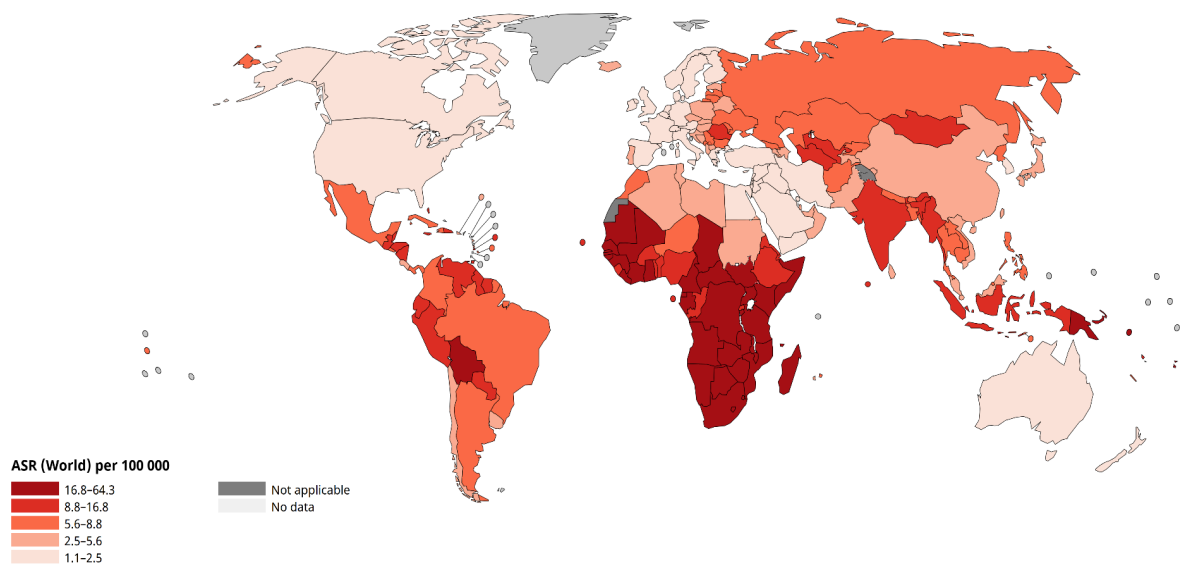


Figure 2 : Mortalité standardisée du cancer du col de l'utérus selon l'âge tout sexe confondu en 2022 (Global Cancer Observatory, 2022)

La principale cause des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus est une infection persistante par un type de HPV à haut risque dit oncogène (Ward ak et al, 2016). Les papillomavirus humains constituent un groupe de virus qui sont extrêmement répandus à travers le monde : il en existe plus de 100 types, dont au moins 14 à haut risque. Les HPV 16 et 18, qui sont à eux seuls responsables d'environ 70 % des cancers du col de l'utérus dans le monde, sont les types les plus oncogènes. Les infections à HPV du col de l'utérus sont les infections sexuellement transmissibles les plus fréquentes. La pathogenèse du cancer du col de l'utérus est la même partout dans le monde. La quasi-totalité des personnes sexuellement actives seront infectées à un moment de leur vie, le plus souvent sans présenter de symptômes. Dans la plupart des cas, le système immunitaire élimine le virus de l'organisme (World Health Organization, 2024). Les taux

d'incidence et de mortalité du cancer du col de l'utérus plus élevés que l'on observe dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ne sont pas dus à des différences d'infection du col utérin par tel ou tel type de HPV oncogène. Ils sont surtout dus à la qualité relativement mauvaise du dépistage du cancer du col de l'utérus et à l'absence de traitements généralisés et de qualité des cancers invasifs du col de l'utérus dans ces pays. Les infections par certains types de HPV sont également à l'origine d'un certain nombre de cancers de l'anus, de la vulve, du vagin, du pénis et de l'oropharynx, qui peuvent être évités en utilisant des stratégies de prévention primaire analogues à celles proposées pour le cancer du col de l'utérus (World Health Organization, 2020 ; De Martel et al, 2017).

Si elle n'est pas traitée, l'infection persistante du col de l'utérus par le HPV est à l'origine de 95 % des cancers du col de l'utérus. En règle générale, il faut de 15 à 20 ans pour que les anomalies cellulaires deviennent cancéreuses, mais chez les femmes dont le système immunitaire est affaibli, notamment dans le cas d'un VIH non traité, ce processus peut être plus rapide et prendre de 5 à 10 ans (World Health Organization, 2024). Parmi les facteurs de risque d'une évolution vers un cancer figurent le niveau d'oncogénicité du type de HPV, l'immunité, la présence d'autres infections sexuellement transmissibles, le nombre de naissances, un jeune âge au moment de la première grossesse, l'utilisation de contraceptifs hormonaux et le tabagisme (World Health Organization, 2024).

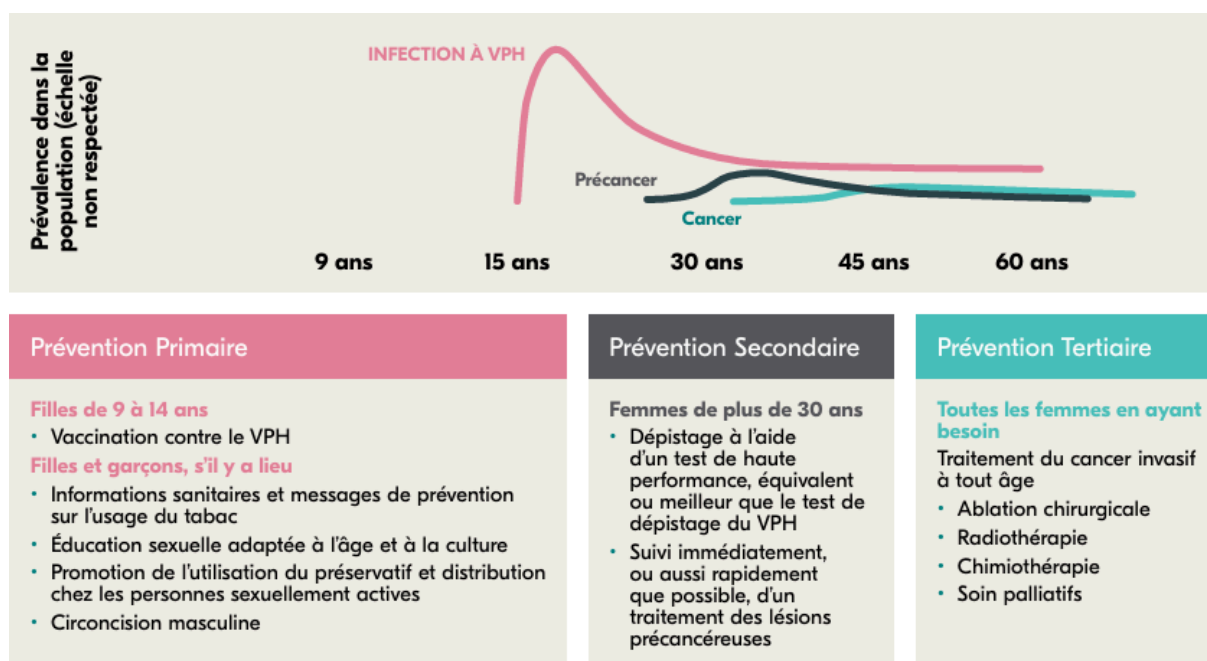


Figure 3 : L'approche fondée sur le parcours de vie pour les interventions de lutte contre le cancer du col de l'utérus (World Health Organization, 2020).

➤ L'initiative mondiale pour l'élimination du cancer du col de l'utérus

Pour éliminer le cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique à l'échelle mondiale, tous les pays doivent s'efforcer de ramener son taux d'incidence à

moins de 4 pour 100 000 femmes-années. Pour réaliser cet objectif, des cibles visant à obtenir un niveau de couverture élevé par la vaccination contre le HPV, par le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses, et par la prise en charge du cancer doivent impérativement être atteintes d'ici 2030 et maintenues à ce niveau élevé pendant plusieurs décennies (World Health Organization, 2020).

La présente stratégie mondiale pour éliminer le cancer du col de l'utérus propose une vision d'un monde où le cancer du col de l'utérus est éliminé en tant que problème de santé publique ; un seuil de 4 pour 100 000 femmes-années pour l'élimination en tant que problème de santé publique ; les cibles 90-70-90 suivantes qui doivent être atteintes d'ici 2030 pour que les pays soient en voie d'éliminer le cancer du col de l'utérus (World Health Organization, 2020):

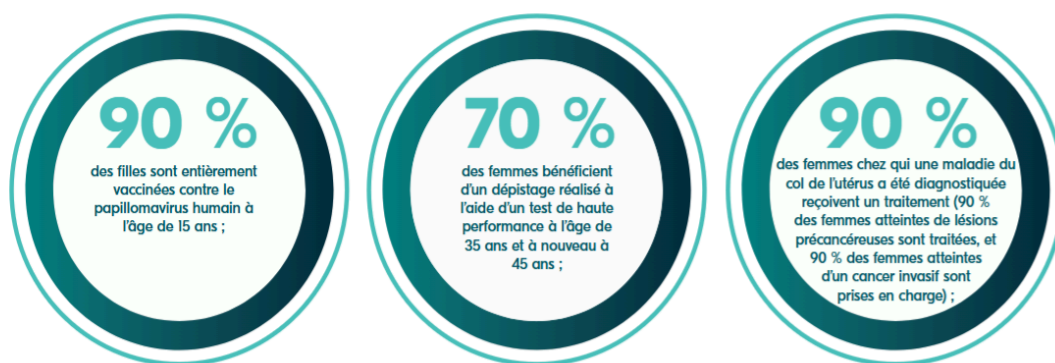


Figure 4 : Cibles 90-70-90 pour l'élimination du cancer du col de l'utérus d'ici 2030 (World Health Organization, 2020).

L'OMS a modélisé les répercussions sanitaires et socio-économiques de la réalisation des cibles 90-70-90 d'ici 2030 dans 78 pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure. L'hétérogénéité actuelle de l'incidence entre les pays va entraîner des variations permanentes de l'incidence du cancer du col de l'utérus et du délai nécessaire pour parvenir à éliminer (World Health Organization, 2020).

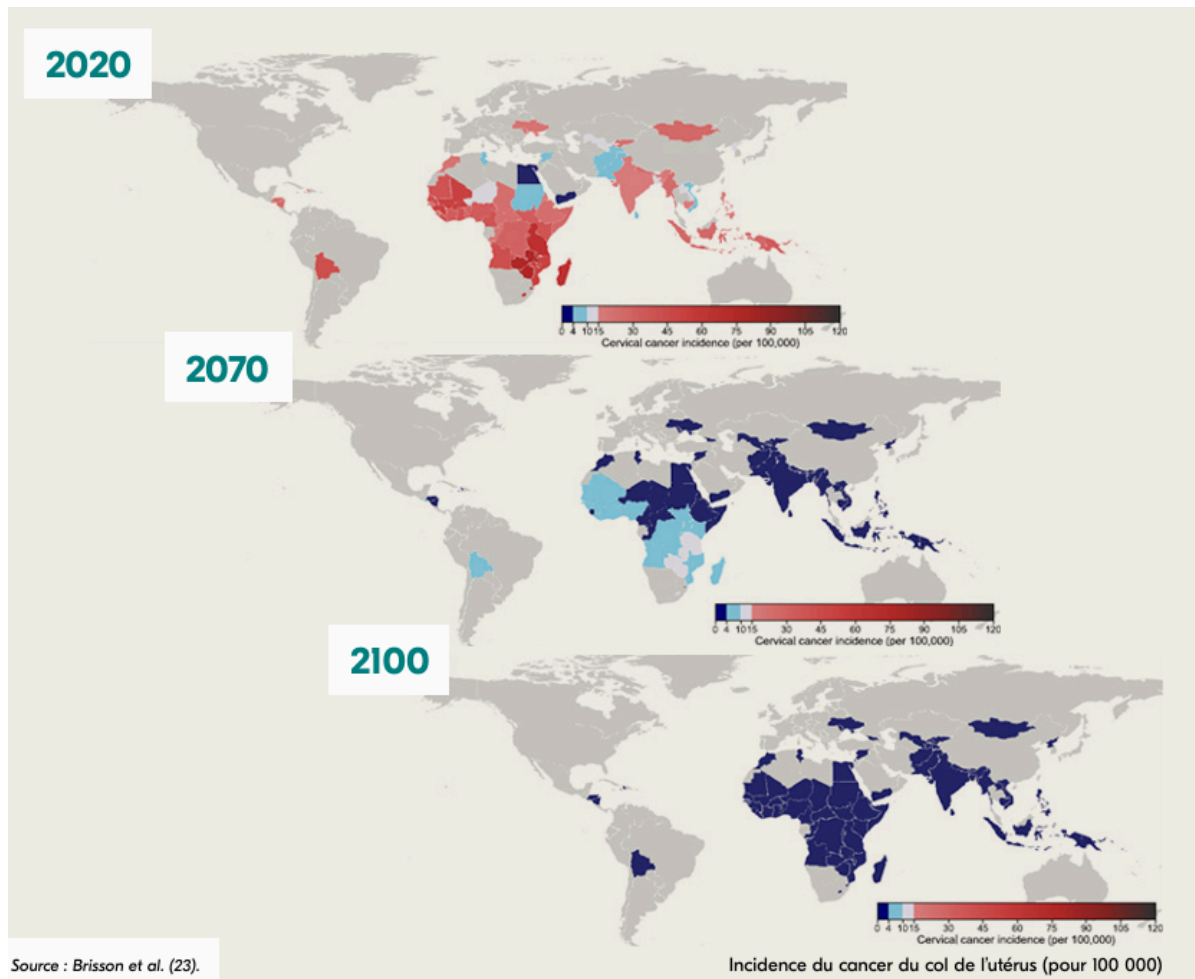


Figure 5 : Taux d'incidence du cancer du col de l'utérus standardisé selon l'âge dans 78 pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure en 2020, 2070 et 2100 après la mise en œuvre de la stratégie d'élimination (World Health Organization, 2020 ; Brisson et al, 2020)

En Côte d'Ivoire, le cancer du col de l'utérus est le troisième cancer le plus fréquent tous sexes confondus derrière les cancers de la prostate et du sein. Le nombre de cas incidents était estimés à 2 360 sur l'ensemble des 21 352 cas tous sexes confondus, soit 11,1% ; et 11 557 chez la femme (20,4%). Il représente avec le cancer du sein la moitié du fardeau dû au cancer chez la femme avec 6 229 (53,9%) nouveaux cas (Global Cancer Observatory, 2022, ; Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, 2025). Le taux d'incidence connaît une augmentation passant de 24,3 à 32 cas pour 100 000 femmes/années entre 2012 et 2022. Le taux d'incidence standardisée actuel est l'un des plus élevés en Afrique de l'Ouest et dans la région subsaharienne. Le taux de mortalité dû au cancer du col de l'utérus est passé de 68% à 62% (soit 1 461 décès) entre 2020 et 2022. Malgré cette réduction de mortalité enregistrée, le cancer du col de l'utérus constitue le cancer le plus létal chez la femme, devant le cancer du sein (54%). La mortalité élevée s'expliquerait en grande partie par la détection tardive (74%), la faible accessibilité au programme du dépistage à l'échelle nationale, ainsi qu'au diagnostic et au traitement des cancers invasifs (Global Cancer Observatory, 2022, ; Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, 2025).

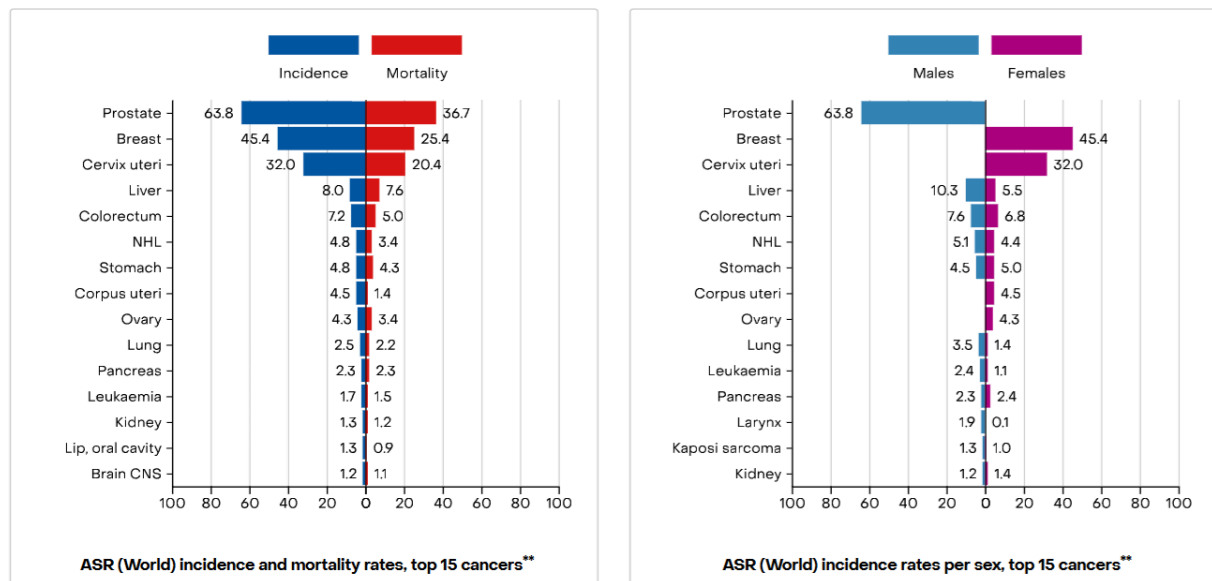


Figure 6 : Incidence et mortalité standardisées des cancers en Côte d'Ivoire (Global Cancer Observatory, 2022).

2.1.2. Cancer du sein

Le cancer du sein, qui représente près de 12 % de tous les cas de cancer à l'échelle mondiale, est devenu la forme de cancer la plus diagnostiquée dans le monde et est la principale cause de décès par cancer chez les femmes (Ferlay, 2020).

En 2022, on estimait à 2,3 millions le nombre de femmes chez qui un cancer du sein a été diagnostiqué et à 670 000 le nombre de décès dû à cette maladie dans le monde. Présent dans tous les pays, le cancer du sein touche les femmes de tous âges à partir de la puberté, mais son incidence augmente avec l'âge.

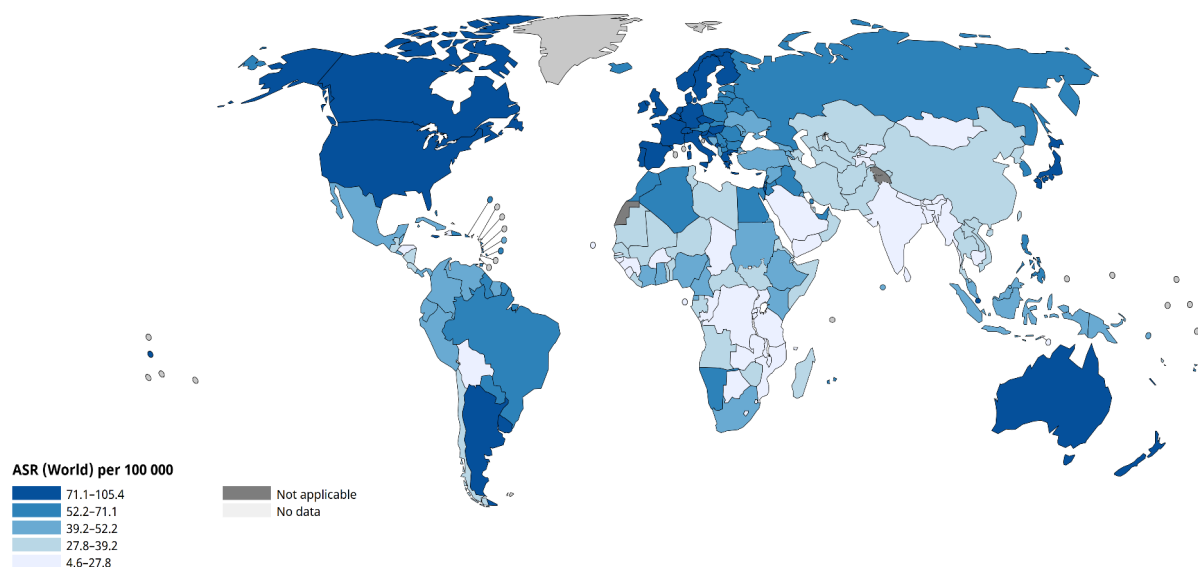


Figure 7: Incidence standardisée du cancer du sein selon l'âge tout sexe confondu en 2022 (Global Cancer Observatory, 2022).

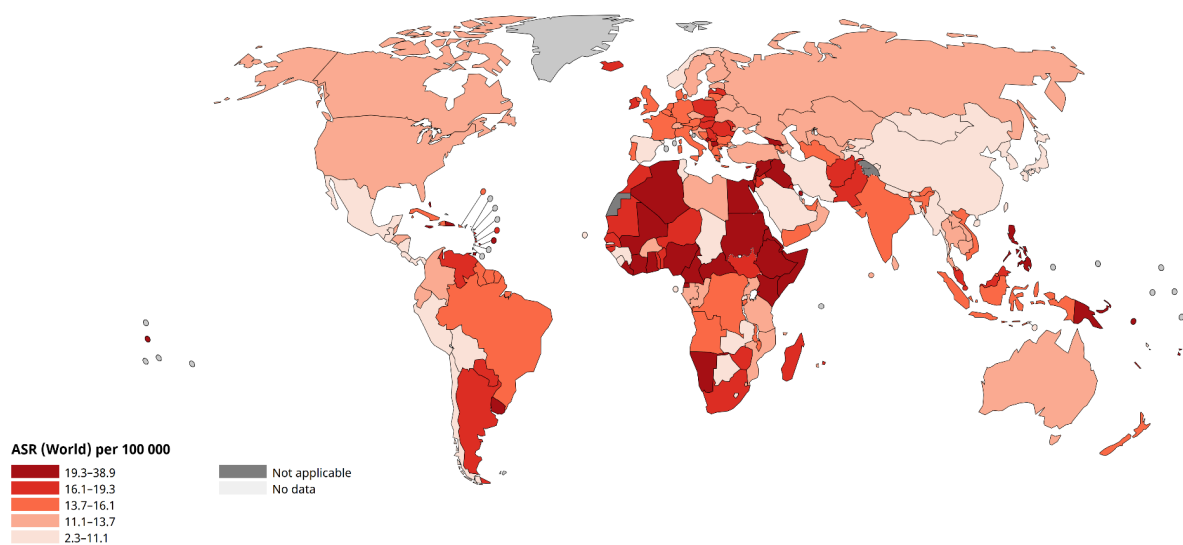


Figure 8 : Mortalité standardisée du cancer du sein selon l’âge tout sexe confondu en 2022 (Global Cancer Observatory, 2022).

Les estimations mondiales révèlent des inégalités frappantes dans la charge du cancer du sein en fonction du développement humain. Par exemple, dans les pays où l’indice de développement humain (IDH) est très élevé, 1 femme sur 12 reçoit un diagnostic de cancer du sein au cours de sa vie et 1 femme sur 71 en meurt. En revanche, dans les pays à faible IDH, seule 1 femme sur 27 reçoit un diagnostic de cancer du sein au cours de sa vie et 1 femme sur 48 en meurt (World Health Organization, 2024).

Estimation de l’augmentation entre 2020 et 2040 (quel que soit le genre et quel que soit l’âge)	IDH faible	IDH moyen	IDH élevé	IDH très élevé
	%			
Nouveaux cas de cancer du sein	97,2	59,6	30,8	15,8
Décès par cancer du sein	98,9	69,2	53,6	30,0

3 Ferlay J, Laversanne M, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L et al.. Cancer tomorrow. Lyon, Centre international de recherche sur le cancer, 2020 (<https://gco.iarc.fr/tomorrow>, consulté le 3 janvier 2023).

Figure 9 : Estimation de l’augmentation (%) du nombre de nouveaux cas et de décès par cancer du sein en fonction de la classification des pays, en s’appuyant sur l’indice de développement humain (IDH) des Nations Unies, 2020-2040 (Ferlay, 2020).

Le sexe féminin est le facteur de risque de cancer du sein le plus important. Environ 99 % des cancers du sein surviennent chez les femmes, contre 0,5 à 1 % chez les hommes. Le traitement du cancer du sein chez l'homme suit les mêmes principes que celui du cancer du sein chez la femme (World Health Organization, 2024).

➤ **L'initiative mondiale contre le cancer du sein**

L'objectif de l'Initiative mondiale contre le cancer du sein de l'OMS est de réduire la mortalité qu'il provoque de 2,5 % par an et d'éviter ainsi 2,5 millions de décès par ce type de cancer entre 2020 et 2040 dans le monde. Une baisse annuelle de 2,5 % permettrait d'éviter 25 % des décès par cancer du sein d'ici à 2030 chez les femmes de moins de 70 ans et 40 % d'ici à 2040. La réalisation de ces objectifs repose sur trois piliers : la promotion de la santé en vue d'une détection précoce, un diagnostic rapide et une prise en charge complète du cancer du sein (Organisation mondiale de la Santé, 2023).

Les mesures d'éducation en santé publique visant à sensibiliser les femmes et leurs proches aux signes et symptômes du cancer du sein et à leur faire comprendre l'importance d'une détection et d'un traitement précoces amèneront davantage de femmes à consulter un médecin dès qu'un cancer du sein est suspecté et avant qu'il ne parvienne à un stade avancé. Ces progrès sont possibles même en l'absence de mammographie de dépistage technique actuellement difficile à mettre en place dans un grand nombre de pays (Organisation mondiale de la Santé, 2024).

En Côte d'Ivoire, le cancer du sein occupe le premier rang des cancers incidents chez la femme, constituant ainsi un problème majeur de santé publique. Selon Globocan 2022, 3 869 nouveaux cas ont été enregistrés, avec un taux d'incidence standardisé de 45,4 pour 100 000 femmes et mortalité de 2 092 décès ont été estimés en 2022, soit un taux de mortalité standardisé de 25,4 pour 100 000 femmes (World Health Organization, 2024).

L'âge moyen au diagnostic est relativement jeune, à 44 ans. Un fait particulièrement préoccupant réside dans le retard diagnostique : près de 74 % des patientes sont diagnostiquées à un stade tardif (T3 ou T4 selon la classification UICC) (Programme National de Lutte contre le Cancer, 2022).

Ainsi, le cancer du sein en Côte d'Ivoire apparaît comme un cancer fréquent, diagnostiqué tardivement et responsable d'une mortalité élevée. Cette situation plaide pour le renforcement des stratégies de dépistage précoce, l'amélioration de l'offre de soins oncologiques et la sensibilisation communautaire afin d'inverser la tendance et réduire le poids de cette maladie sur la santé des femmes (Programme National de Lutte contre le Cancer, 2022).

2.1.3. Hypertension artérielle

L'hypertension ou l'élévation de la tension artérielle est une affection grave qui augmente considérablement le risque de développer des maladies cardiaques, cérébrales, rénales

et autres. Elle constitue une cause majeure de décès prématurés dans le monde entier. L'hypertension est diagnostiquée si, lorsqu'elle est mesurée deux jours distincts, la tension artérielle systolique à ces deux reprises est supérieure à 140 mmHg et/ou la tension artérielle diastolique à ces deux reprises est supérieure à 90 mmHg (chez les personnes qui ne sont pas déjà sous traitement antihypertenseur). La plupart des personnes souffrant d'hypertension ne sont pas conscientes du problème car l'hypertension peut ne pas présenter de signes avant-coureurs ou de symptômes ; c'est pourquoi il est essentiel que la tension artérielle soit mesurée régulièrement (World Health Organization, 2023).

L'hypertension touche 1 adulte sur 3 dans le monde. Ce trouble courant et potentiellement mortel est à l'origine d'accidents vasculaires cérébraux, d'infarctus du myocarde, d'insuffisance cardiaque, de lésions rénales et de nombreux autres problèmes de santé (World Health Organization, 2023).

On estime que 1,28 milliard de personnes dans le monde âgées de 30 à 79 ans sont atteintes d'hypertension, et que la plupart d'entre elles (les deux tiers) vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. On estime que 46 % des adultes atteints d'hypertension l'ignorent. Moins de la moitié des adultes (42 %) souffrant d'hypertension sont diagnostiqués et bénéficient d'un traitement. L'hypertension est maîtrisée chez environ un adulte sur 5 (21 %). L'hypertension est l'une des premières causes de décès prématuré dans le monde (World Health Organization, 2023).

La prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes (âgés de 30 à 79 ans) dans la région africaine reste élevée. En 2019, environ 33 % des adultes souffraient d'hypertension artérielle, par rapport à 35,7 % des adultes en 2010, soit une baisse relative de 7,5 %. La prévalence de l'hypertension artérielle était plus élevée chez les femmes que chez les hommes (34 % et 29,75 % respectivement) dans la région en 2019 (Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2023).

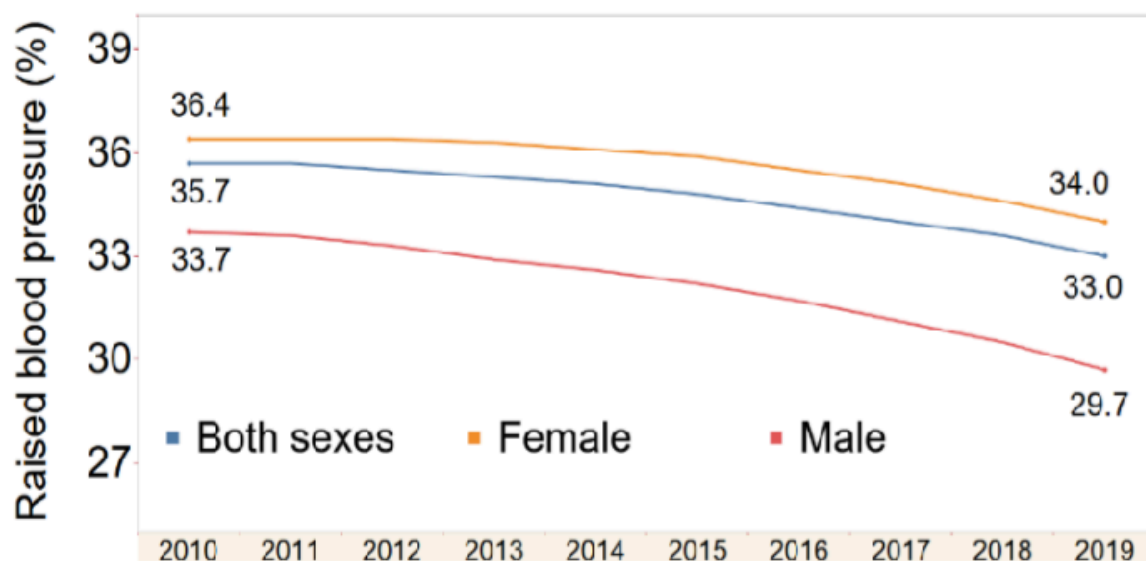


Figure 10 : Tendances de la prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes âgés de 30 à 79 ans (normalisée selon l'âge) dans la Région africaine, 2010–2019 (OMS-AFRO, 2023)

En Côte d'Ivoire, environ 12 millions de personnes souffrent d'hypertension artérielle et 9 millions de la population ignorent totalement leur statut. Le taux de prévalence globale est de 39,9%, chez les adultes âgés de 20 à 79 ans (Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, 2024). Les maladies cardiovasculaires, en dont l'hypertension artérielle représentent le quart des décès annuels. En outre, les addictions et les insuffisances cardiaques ont augmenté de 30% entre 2020 et 2024 (APAnews - Agence de Presse Africaine, 2025).

2.1.4. Diabète

Le nombre de personnes atteintes de diabète est passé de 200 millions en 1990 à 830 millions en 2022. La prévalence du diabète a augmenté plus rapidement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire que dans les pays à revenu élevé. Plus de la moitié des personnes atteintes de diabète n'ont pas pris de traitement en 2022. C'est dans les pays à revenu faible ou intermédiaire que la couverture du traitement du diabète était la plus basse (OMS, 2024).

Le diabète peut entraîner une cécité, une insuffisance rénale, un infarctus du myocarde, un accident vasculaire cérébral et une amputation des membres inférieurs (OMS, 2024).

En 2021, le diabète et la néphropathie diabétique ont entraîné plus de deux millions de décès. En outre, environ 11 % des décès d'origine cardiovasculaire étaient dus à une hyperglycémie (OMS, 2024 ; International Diabetes Federation, 2025).

Avoir une alimentation saine, une activité physique régulière, un poids normal et éviter la consommation de tabac sont autant de moyens de prévenir ou de retarder l'apparition du diabète de type 2 (OMS, 2024 ; International Diabetes Federation, 2025).

Un régime alimentaire sain, l'activité physique, des médicaments, un dépistage régulier et la prise en charge des complications permettent de traiter le diabète et d'éviter ou de retarder les conséquences qu'il peut avoir (OMS, 2024).

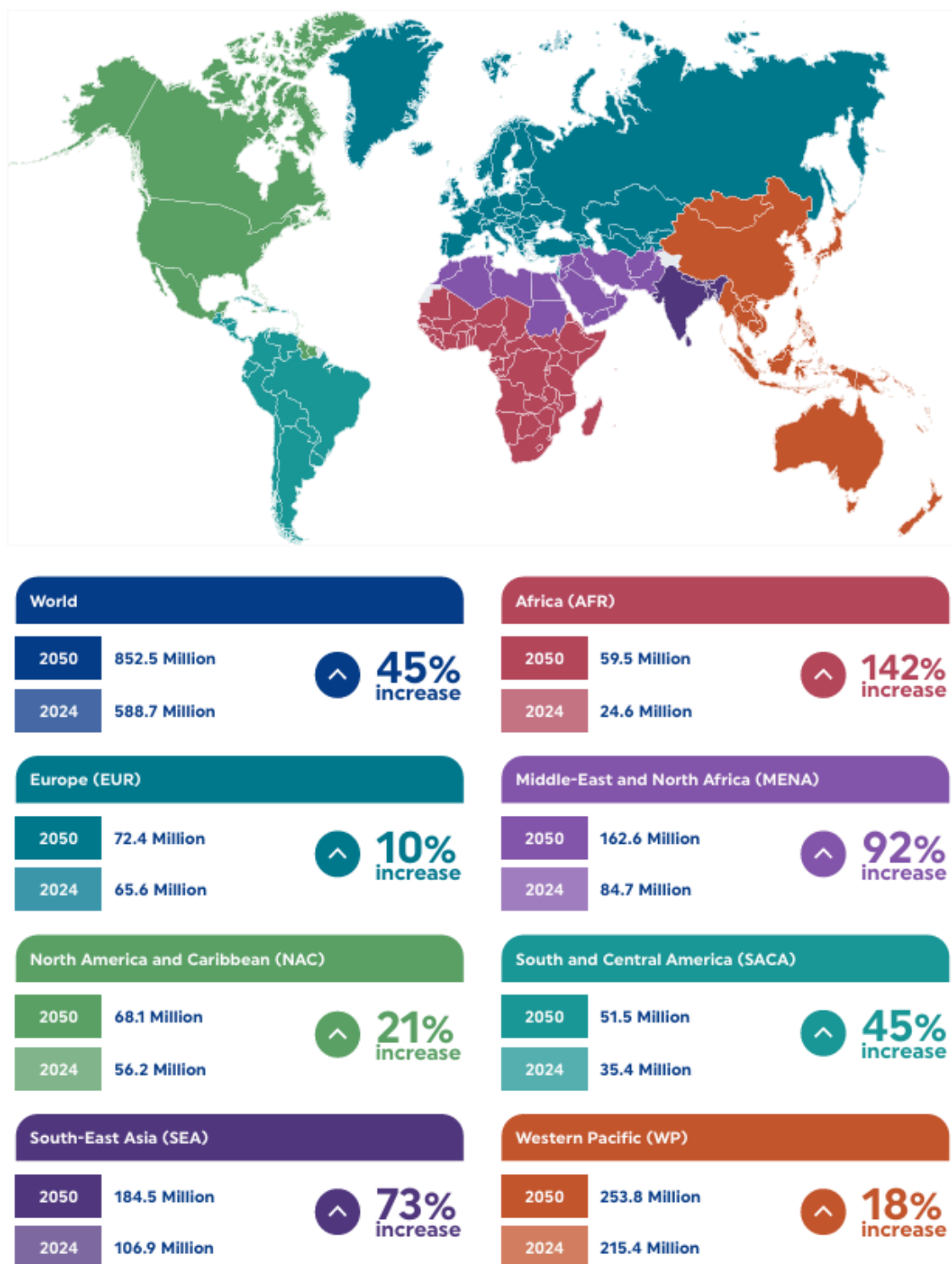


Figure 11 : Évolution prévue du nombre de personnes diabétiques dans le monde et par région (2024–2050) (International Diabetes Federation, 2025).

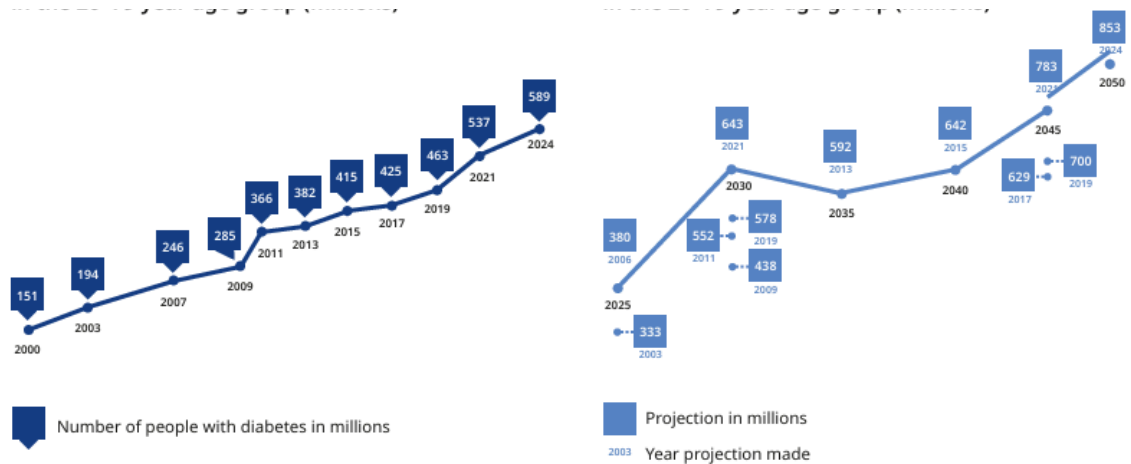


Figure 12 : Prévalence mondiale du diabète chez les 20–79 ans : estimations passées (gauche) et projections à l’horizon 2050 (droite) (International Diabetes Federation, 2025).

En Côte d’Ivoire, le diabète constitue un problème majeur de santé publique. En 2024, on estimait à 529 200 le nombre de personnes âgées de 20 à 79 ans vivant avec le diabète en Côte d’Ivoire (Atlas du diabète, 2025). Cela correspond à une prévalence standardisée selon l’âge de 5,0 % de la population adulte. Un point particulièrement préoccupant est la proportion de diabétiques non diagnostiqués, estimée à 78,7 % (Atlas du diabète, 2025). Cela signifie que près de 8 diabétiques sur 10 ignorent leur état de santé. Ce qui en pratique représente environ 416 600 personnes vivant avec un diabète non diagnostiqué. Si rien n’est fait l’incidence du diabète va s’accroître pouvant atteindre 1,5 million de cas en 2050 (Atlas du diabète, 2025).

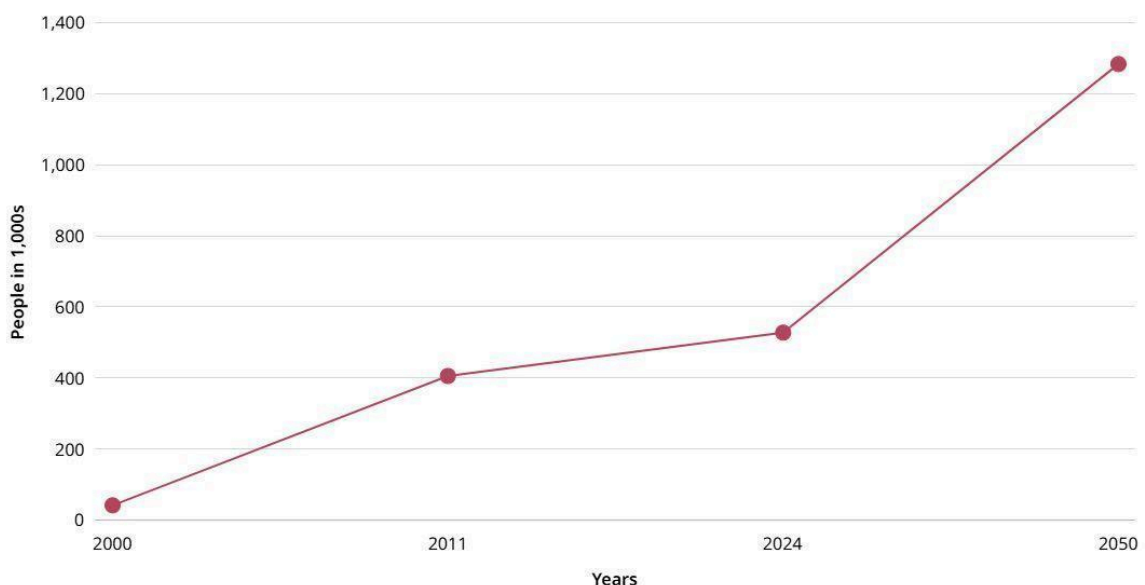


Figure 13 : Évolution du nombre de diabétiques en Côte d’Ivoire de 2000 à 2050 (Atlas du diabète, 2025).

2.1.5. Santé mentale

En 2019, une personne sur huit dans le monde soit 970 millions de personnes présentait un trouble mental, les troubles anxieux et les troubles dépressifs étant les plus courants (OMS, 2024 ; Interactive data visuals, 2020). En 2020, le nombre de personnes atteintes de tels troubles a augmenté considérablement du fait de la pandémie de COVID-19. Les premières estimations indiquent une hausse de 26 % et 28 %, respectivement, pour les troubles anxieux et les troubles dépressifs majeurs en l'espace d'une année seulement (OMS, 2022). S'il existe des options de prévention et de traitement efficaces, la plupart des individus présentant des troubles mentaux n'ont pas accès à des soins efficaces. Nombre d'entre eux sont également victimes de stigmatisation ou de discrimination et subissent des violations de leurs droits (OMS, 2024).

Le trouble dépressif, également connu sous le nom de dépression, est un trouble mental courant. Il se caractérise par la présence d'une humeur dépressive ou d'une perte durable de la capacité à éprouver du plaisir ou de l'intérêt (OMS, 2024).

Il faut distinguer la dépression des changements d'humeur ordinaires et des sentiments que peut inspirer la vie quotidienne. La dépression peut avoir une incidence sur tous les aspects de la vie, y compris les relations avec la famille, les amis et, plus généralement, l'entourage. Elle peut être la conséquence ou l'origine de problèmes scolaires ou professionnels (OMS, 2024).

N'importe qui peut souffrir de dépression. Les personnes victimes de maltraitance ou ayant vécu des pertes traumatisantes ou d'autres événements stressants sont plus susceptibles que les autres de souffrir de dépression. La dépression touche davantage les femmes que les hommes (OMS, 2024).

On estime que 3,8 % de la population souffre de dépression, dont 5 % des adultes (4 % des hommes et 6 % des femmes) et 5,7 % des personnes de plus de 60 ans. À l'échelle mondiale, environ 280 millions de personnes souffrent de dépression (Interactive data visuals, 2020). La dépression est 50 % plus courante chez la femme que chez l'homme. Dans le monde, plus de 10 % des femmes enceintes et des femmes qui viennent d'accoucher souffrent de dépression (Woody et al., 2017). Plus de 700 000 personnes se suicident chaque année. Le suicide est la quatrième cause de décès chez les 15-29 ans (OMS, 2024).

Bien qu'il existe des traitements connus et efficaces pour soigner les troubles mentaux, plus de 75 % des personnes vivant dans des pays à revenu faible ou intermédiaire ne reçoivent aucun traitement (39). Le manque de ressources, le manque d'investissements en faveur des soins de santé mentale, le manque de soignants formés et la stigmatisation sociale associée aux troubles mentaux sont autant d'obstacles à une prise en charge efficace (OMS, 2023).

Il y a peu de données sur les troubles mentaux en Côte d'Ivoire. Cependant en 2021, une étude de prévalence du suicide (cas colligés entre 2019-2021) a été financée par l'Organisation mondiale de la santé, (2023). Les principaux résultats de l'étude indiquent que 418 cas de suicides et 927 cas de tentatives de suicide sont notifiés dans la période

allant du 01 janvier 2019 au 31 décembre 2021. Les franges d'âge les plus observées pour le suicide étaient celles des adultes de 35 à 59 ans (46,31 %), des jeunes adultes de 25 à 34 ans (25,36 %) et des adolescents de 10 à 24 ans (19,17%) (OMS, 2023).

2.2. Définition des concepts clés

Approche intégrée des soins

L'approche intégrée des soins repose sur une vision holistique de la santé, qui considère la personne dans sa globalité et tout au long de son parcours de vie. Selon Organisation mondiale de la Santé (OMS), les services de santé intégrés sont définis comme :

« Des services gérés et fournis de façon à assurer à chacun la continuité des services de promotion de la santé, de prévention des maladies, de diagnostic, de traitement, de prise en charge, de réadaptation et de soins palliatifs, coordonnés aux différents niveaux et dans les différents sites de soins, dans le cadre ou à l'extérieur du secteur de la santé, conformément à ses besoins tout au long de la vie » (OMS, 2016).

Cette approche permet de dépasser la fragmentation traditionnelle des systèmes de santé, en assurant une meilleure coordination et une continuité des services entre la communauté et les structures de soins de premier, deuxième et troisième niveau. Elle s'inscrit dans les stratégies de renforcement des systèmes de santé visant l'atteinte de la couverture sanitaire universelle (CSU).

Dans le cadre du projet de prévention des maladies non transmissibles, l'intégration concerne le dépistage du cancer du col de l'utérus, du sein et des principales MNT. Des expériences similaires ont été documentées dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, montrant que l'intégration de services de dépistage dans les structures de soins primaires améliore l'accès, réduit les coûts et renforce la participation communautaire (Moucheraud et al., 2019 ; Tsu et al., 2021).

Dépistage

Le dépistage est une intervention de santé publique essentielle visant à identifier précocement une maladie chez des individus asymptomatiques, afin d'en améliorer le pronostic par une prise en charge rapide. L'OMS le définit comme :

« L'identification présumée d'une maladie jusque-là inaperçue, au sein d'une population asymptomatique apparemment en bonne santé, au moyen de tests, d'examens ou d'autres techniques susceptibles d'être appliquées rapidement et facilement à la population cible » (OMS, 2020).

Le cadre de référence classique demeure celui établi par Wilson et Jungner (1968) pour l'OMS, qui énonce des critères permettant de déterminer la pertinence d'un programme de dépistage. Parmi les plus importants :

- L'importance du problème de santé,
- L'existence d'un traitement efficace,
- La disponibilité d'un test fiable, acceptable et économiquement accessible,

- Et la présence d'un dispositif organisé de suivi et de prise en charge.



Figure 14 : Principales étapes du processus de dépistage (44)

Dans le contexte des MNT et du cancer en Afrique, le dépistage intégré offre une approche synergique : une même consultation peut permettre de détecter plusieurs pathologies prioritaires (par exemple, tension artérielle + glycémie + examen mammaire + test HPV), ce qui améliore considérablement le rendement des programmes (Huchko et al., 2018 ; Randall et al., 2020).

Faisabilité

La faisabilité constitue une dimension déterminante dans la planification et la mise en œuvre des interventions de santé publique. Elle renvoie à la capacité réelle d'une intervention à être appliquée dans un contexte donné, en tenant compte des ressources humaines, matérielles et financières disponibles, des compétences techniques, du cadre organisationnel et des contraintes contextuelles (Bowen et al., 2009). L'évaluation de la faisabilité permet ainsi de passer de l'évidence scientifique à l'action programmatique en identifiant les conditions nécessaires au succès d'une intervention.

Dans le domaine du dépistage du cancer et des MNT, la faisabilité comprend plusieurs dimensions complémentaires :

- La disponibilité des ressources et infrastructures

Une intervention est faisable si les ressources minimales requises (infrastructures sanitaires, équipements, consommables, logistique de transport et de stockage) sont accessibles. Par exemple, pour un programme de dépistage intégré, il faut disposer d'espaces dédiés, de matériel de mesure de la pression artérielle et de la glycémie, de tests HPV ou de matériel de VIA/VILI, ainsi que de structures de référence pour la prise en charge. En Afrique subsaharienne, la rareté des plateaux techniques constitue une contrainte majeure, notamment en zones rurales (Kruk et al., 2018).

- Les ressources humaines et les compétences techniques

L'existence d'un personnel de santé formé, motivé et disponible est un prérequis fondamental. La faisabilité opérationnelle dépend en grande partie de la capacité des agents de santé de premier contact à réaliser plusieurs tâches lors d'une même consultation, dans une logique d'intégration. Des expériences menées au Rwanda et en Zambie ont montré que la formation ciblée des sages-femmes et infirmiers permettait de réaliser efficacement des activités de dépistage du col et du sein dans des contextes à ressources limitées (Moucheraud et al., 2019).

- L'acceptation et l'adhésion des acteurs

Une intervention peut être techniquement faisable mais difficilement applicable si les parties prenantes (professionnels de santé, décideurs, communautés) ne l'acceptent pas. La faisabilité doit donc être évaluée aussi sous l'angle de la gouvernance, des rôles institutionnels, et de la mobilisation communautaire. Les projets les plus efficaces sont ceux qui s'appuient sur des dispositifs de coordination multisectorielle et une appropriation locale forte.

- La logistique, l'organisation et les systèmes d'information

Une mise en œuvre efficace nécessite une organisation fluide : planification des flux de patients, circuit d'orientation et de référence, gestion des stocks et remontée des données. L'intégration des interventions suppose souvent une adaptation des systèmes d'information (par exemple DHIS2 ou CanReg5) afin d'assurer le suivi des indicateurs de performance. Cette dimension organisationnelle est souvent négligée, mais elle conditionne fortement la réussite d'un programme intégré (Tsu et al., 2021).

- Le financement et la pérennité

Enfin, la faisabilité doit prendre en compte les ressources financières disponibles et la capacité à maintenir les activités dans le temps. Dans plusieurs pays africains, les programmes de dépistage dépendent encore largement des financements extérieurs, ce qui limite leur durabilité. Des mécanismes de financement national et de partage de coûts sont donc nécessaires pour garantir la continuité des services après la phase pilote.

En Côte d'Ivoire comme dans plusieurs pays africains, la pénurie de ressources humaines spécialisées, la faible couverture géographique des services et les contraintes logistiques constituent des défis majeurs à l'implémentation effective des programmes de dépistage intégré (OMS, 2023; Ginsburg et al., 2017; Kruk et al., 2018). Toutefois, des opportunités existent : le réseau de centres de santé de premier contact, la présence d'agents communautaires et la dynamique actuelle de lutte contre le cancer offrent une base solide pour des interventions faisables et à fort impact si elles sont bien planifiées.

Ainsi, la faisabilité n'est pas uniquement une question de ressources ; elle implique également une ingénierie organisationnelle, une implication des parties prenantes et une adaptation contextuelle. Son analyse systématique, en amont de toute mise en œuvre à grande échelle, permet de maximiser les chances de succès, de minimiser les coûts et d'anticiper les obstacles à la durabilité.

Acceptabilité

L'acceptabilité est une dimension essentielle dans la mise en œuvre des interventions de santé publique. Elle renvoie au degré selon lequel une intervention est perçue comme appropriée et pertinente par les acteurs concernés qu'il s'agisse des bénéficiaires, des prestataires de soins ou des décideurs. Sekhon et al. (2017) la définissent comme :

« Le degré selon lequel les personnes qui délivrent ou reçoivent une intervention jugent celle-ci appropriée, agréable ou pertinente, sur la base de leurs réactions affectives et cognitives ».

Dans le contexte des programmes de dépistage du cancer et des MNT, l'acceptabilité conditionne directement la participation de la population cible et l'adhésion des prestataires. Même la meilleure intervention techniquement conçue peut échouer si elle n'est pas acceptée par ceux qui doivent la mettre en œuvre ou en bénéficier.

Dans les contextes africains, plusieurs facteurs influencent fortement le niveau d'acceptabilité des interventions de santé : Accessibilité géographique et financière : la proximité des services et leur gratuité augmentent significativement l'adhésion des femmes aux programmes de dépistage (Ezechi et al., 2014). Compétence et attitude du personnel : la confiance dans les prestataires joue un rôle déterminant, surtout pour des examens intimes comme le dépistage du col utérin (Lyimo et al., 2019).

Normes socioculturelles et religieuses : certaines croyances peuvent freiner ou favoriser la participation notamment en ce qui concerne les examens gynécologiques perçus comme intimes ou tabous. L'implication des leaders communautaires permet souvent d'améliorer l'acceptabilité. Les normes socioculturelles et religieuses peuvent constituer des freins importants à la participation, Toutefois, plusieurs études ont montré que l'implication des leaders communautaires et religieux facilite la mobilisation sociale et améliore l'acceptabilité des interventions (Catarino et al., 2015 ; Lyimo & Beran, 2019 ; Rosenbaum et al., 2016).

Communication et information : la compréhension claire du but, des bénéfices et du déroulement de l'intervention influence la perception de sa pertinence et réduit les appréhensions. Une communication adéquate, en langue locale et adaptée au contexte socioculturel, améliore considérablement la compréhension des objectifs et bénéfices de l'intervention, réduisant ainsi les appréhensions et favorisant une plus grande participation (Ezechi et al., 2014 ; Tsu et al., 2021 ; OMS, 2022).

Respect de la confidentialité et du consentement éclairé : ces éléments renforcent la confiance et la participation volontaire.

Des études menées au Kenya, en Tanzanie et en Ouganda ont montré que les femmes adhèrent davantage aux programmes intégrés lorsqu'ils sont réalisés dans un cadre familial, par des prestataires connus et qu'ils ne génèrent pas de coûts additionnels importants (Huchko et al., 2018 ; Randall et al., 2020).

2.3.1 Le modèle d'acceptabilité de Sekhon et al.

L'acceptabilité est un concept central lorsqu'il s'agit d'introduire une nouvelle intervention en santé publique. Selon Sekhon et al. (2017), elle se définit comme « le degré selon lequel les personnes qui délivrent ou reçoivent une intervention jugent celle-ci appropriée, agréable ou pertinente, sur la base de leurs réactions cognitives et affectives ». Leur modèle propose sept dimensions : i) Charge perçue ; ii) Compréhension de l'intervention ; iii) Efficacité anticipée ; iv) Compatibilité éthique ; v) Compatibilité avec les valeurs personnelles ; vi) Auto-efficacité ; vii) Réponse affective : émotions positives ou négatives liées à l'intervention (Sekhon et al., 2017).

Ce modèle est particulièrement pertinent pour analyser : Chez les femmes bénéficiaires : l'acceptabilité de recevoir plusieurs dépistages en une seule visite (charge perçue, compréhension, confiance, émotions). Chez les prestataires : la perception de la faisabilité pratique et du sens de l'approche intégrée (charge de travail, compatibilité avec les valeurs professionnelles, efficacité attendue). Chez les ASC : leur motivation à participer, leur capacité à convaincre les femmes et leur perception du rôle attribué dans le projet (Sekhon et al., 2017).

La force du modèle réside dans sa capacité à rendre compte de la subjectivité des acteurs, ce qui permet de nuancer l'analyse au-delà des indicateurs purement quantitatifs. Toutefois, il reste centré sur l'individu et ne prend pas en compte les dynamiques organisationnelles et institutionnelles, d'où la nécessité de l'articuler à d'autres cadres (Sekhon et al., 2017).

2.3.2 Le cadre de l'OMS sur les services de santé intégrés et centrés sur la personne

L'OMS promeut depuis 2016 un cadre stratégique visant à transformer les systèmes de santé en les rendant intégrés et centrés sur les besoins des populations. Ce modèle repose sur cinq grandes orientations stratégiques : i) Engagement et autonomisation des individus et des communautés. ii) Renforcement de la gouvernance et de l'obligation de rendre compte. iii) Réorientation du modèle de soins vers les soins primaires. iv) Coordination intersectorielle. v) Alignement des politiques, financements et partenariats (OMS, 2016).

Dans le cadre du CSU d'Azaguié, ce modèle permet d'évaluer : L'engagement communautaire, assuré par les ASC. La réorientation vers les soins primaires, puisque l'offre de dépistage n'est plus cantonnée aux hôpitaux de référence. La coordination inter-programmes (cancer, MNT, santé mentale, santé reproductive). La cohérence avec les directives nationales (PNLCa, PNLMT, PNSM).

La force de ce cadre est sa cohérence avec la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Cependant, il reste très général et nécessite d'être complété par des outils plus opérationnels pour l'analyse de terrain à savoir le CSU d'Azaguié.

2.3.3 Le cadre CFIR (Consolidated Framework for Implementation Research)

Le CFIR est un modèle issu de la science de la mise en œuvre, largement utilisé pour analyser les facteurs facilitant ou entravant l'introduction d'innovations en santé (Damschroder et al., 2022). Il comprend cinq domaines :

- Caractéristiques de l'intervention (innovation, complexité, adaptabilité).
- Contexte interne (culture organisationnelle, leadership, ressources).
- Contexte externe (environnement politique, partenariats, contraintes économiques).
- Caractéristiques des individus (compétences, attitudes, croyances).
- Processus de mise en œuvre (planification, formation, suivi, évaluation) (Damschroder et al., 2022).

Dans le cadre de la mise de l'approche intégrée de prévention des maladies non transmissibles ce modèle nous permettra d'évaluer :

- L'approche intégrée elle-même (nouveau, complexité).

- Contexte interne : organisation du CSU d'Azaguié, ressources disponibles, relations entre prestataires et ASC.
- Contexte externe : alignement avec les directives nationales (PNLCA, PNLMT, PNSM).
- Les individus : motivations des prestataires, ASC et attentes des femmes.
- Le processus : formation, supervision, suivi des femmes (Damschroder et al., 2022).

Le CFIR est extrêmement détaillé et adaptable. Toutefois, son utilisation complète peut être lourde et nécessite un choix raisonné des dimensions les plus pertinentes (Damschroder et al., 2022).

2.3.4 Complémentarité des trois cadres

Dans ce mémoire, l'articulation de ces trois cadres permet une analyse multiniveau : i) Sekhon et al. (2017) : niveau micro (perception individuelle des femmes, prestataires et ASC); ii) Cadre OMS (2016): niveau méso (organisation des soins primaires et intégration des services) et iii) CFIR (Damschroder et al., 2022): niveau macro et méso (facteurs de mise en œuvre,).

Cette complémentarité garantit une analyse complète, combinant la subjectivité des acteurs, l'organisation des services, et les conditions contextuelles. Elle répond à l'exigence d'évaluer non seulement la faisabilité technique, mais aussi l'acceptabilité sociale et la durabilité systémique du modèle de prévention des maladies non transmissibles.

2.4. Études similaires en Afrique et ailleurs

L'intégration des services de dépistage des cancers féminins et des principales MNT dans les soins de santé primaires est moins documentée en Afrique subsaharienne. La plupart des études couvrent l'intégration dépistage des cancers dans les services de dépistage VIH et ou de santé de la reproduction avec ou sans une composante communautaire. Bien qu'il existe peu de données sur l'approche telle qu'examinée dans l'étude en Afrique, quelques expériences uniques, en Afrique et ailleurs, offrent un ensemble de leçons pratiques de stratégies de prévention des maladies non transmissibles applicables en Côte d'Ivoire.

Au Kenya, par exemple, une étude d'évaluation de l'acceptabilité et la faisabilité de l'intégration du dépistage du cancer du sein dans le programme de dépistage du cancer du col de l'utérus a été effectuée. Cette étude a été menée dans 10 hôpitaux publics des comtés de Siaya et de Busia, au Kenya. Au total, 1 305 femmes se présentant pour un dépistage du cancer du col de l'utérus et 50 prestataires de soins des hôpitaux étudiés ont été interrogés. Les principaux critères d'évaluation étaient l'acceptabilité et la faisabilité perçues de l'intégration du dépistage du cancer sein à celui du col de l'utérus par les femmes et les prestataires (Vietti, 2024).

Cette autre étude menée Ghana a étudié l'intégration de la santé mentale dans la prise en charge des maladies non transmissibles (MNT), en particulier dans les contextes à faibles ressources (Engmann et al., 2025). Cette étude présente un projet de soins intégrés en soins primaires pour la prise en charge des patients souffrant d'hypertension

et de diabète de type 2.

Ce projet d'amélioration de la qualité des pratiques a été mené dans un hôpital de soins primaires. Les patients adultes souffrant d'hypertension et/ou de diabète de type 2 ont été dépistés à l'aide du questionnaire de santé du patient en 4 points (PHQ-4) pour l'anxiété et la dépression. Le projet a examiné 205 patients, dont 39 (19 %) souffraient d'anxiété et/ou de dépression et ont été pris en charge de manière appropriée (52). Les résultats soulignent l'importance d'intégrer les soins de santé mentale dans la prise en charge des maladies non transmissibles. De plus, l'intégration est essentielle pour améliorer l'accès aux interventions appropriées et réduire la fragmentation des soins (Engmann et al., 2025). Cette approche améliore l'accès à des soins complets, réduit la fragmentation des traitements, diminue les coûts des soins de santé, favorise une meilleure satisfaction des patients grâce à une prise en charge holistique et réduit la stigmatisation associée aux problèmes de santé mentale. Cet article soutient la faisabilité de cette intégration dans les soins primaires (Engmann et al., 2025). Seulement dans étude le dépistage des cancers féminins n'était pas associé.

En Inde une étude pilote, qui s'est déroulée dans une zone rural aride dénué de soins de santé primaires, a démontré la faisabilité de la prestation de services de prévention et de dépistage des MNT à domicile par les agents de santé communautaires, ainsi que la forte acceptation de ces services, du moins au sein de notre population d'étude. L'approche communautaire a été un facteur de réussite des interventions (Basu et al., 2019).

2.5. Synthèse des études consultées

L'examen des expériences d'intégration du dépistage des cancers féminins et des MNT dans divers contextes montre clairement que l'approche intégrée présente de nombreux avantages en termes de couverture, d'efficacité et de satisfaction des bénéficiaires. Cependant, plusieurs limites structurelles et contextuelles nuancent ces résultats, ce qui justifie la réalisation d'études complémentaires.

Les études menées au Kenya, au Ghana et en Inde montrent que l'intégration permet d'accroître le recours aux services, d'optimiser les ressources humaines et logistiques, et de réduire les coûts d'opportunité pour les patientes (Vietti, 2024 ; Engmann et al., 2025 ; Basu et al., 2019). L'acceptabilité des femmes est généralement bonne, surtout lorsqu'elles comprennent l'intérêt de recevoir plusieurs services de dépistage en une seule visite. Par ailleurs, le rôle central des agents de santé communautaires est mis en évidence, en particulier pour lever les barrières socioculturelles et favoriser l'adhésion communautaire (Basu et al., 2019).

Malgré ces succès, plusieurs défis persistent : i) Qualité des services ; ii) Suivi des cas positifs ; iii) Dépendance aux financements externes ; iv) Charge de travail pour les prestataires (Vietti, 2024 ; Basu et al., 2019).

Un constat majeur est la faible documentation en Afrique subsaharienne. Les rares publications disponibles portent surtout sur des initiatives ponctuelles ou pilotes, sans analyse approfondie de l'acceptabilité et de la faisabilité dans les structures de soins primaires (51,53).

De plus, très peu d'études intègrent simultanément les trois dimensions suivantes : La perception des bénéficiaires, L'expérience des prestataires, Le rôle des agents de santé communautaires.

C'est précisément dans cette lacune que s'inscrit la présente étude, menée au CSU d'Azaguié en Côte d'Ivoire. En se concentrant sur un site pilote du projet de prévention des maladies non transmissibles, elle permet d'apporter : une analyse fine de l'acceptabilité par les femmes bénéficiaires, les prestataires et les ASC; une évaluation contextualisée de la faisabilité dans une structure de soins primaire ivoirienne; des enseignements pratiques pour la mise à l'échelle nationale.

Cette contribution est d'autant plus importante que la Côte d'Ivoire est en pleine transition épidémiologique et que l'intégration des services constitue une option stratégique pour répondre simultanément aux défis des cancers et des MNT. (Okoubo et al., 2022)

3. Matériels et méthodes

3.1. Type d'étude

La méthodologie adoptée pour ce travail repose sur une approche mixte, combinant des méthodes quantitatives et qualitatives afin d'analyser la faisabilité et l'acceptabilité de l'approche intégrée de dépistage du projet de prévention des maladies non transmissibles.

Ce design mixte s'inscrit dans une logique de triangulation méthodologique, permettant de croiser les données issues des différents volets afin de renforcer la validité interne et d'obtenir une compréhension plus complète du phénomène étudié.

3.2. Cadre de l'étude

3.1.1. Système de santé ivoirien (loi portant réforme hospitalière)

Le système de santé de la Côte d'Ivoire est de type pyramidal avec deux versants : un versant administratif et un versant offre de soins.

➤ Le versant administratif se compose de trois (03) niveaux :

- Le niveau central avec le cabinet du Ministre, les Directions et Services centraux, les Programmes de santé, est chargé de la définition de la Politique, de l'appui et de la coordination globale ;
- Le niveau intermédiaire est composé des Directions Régionales ayant une mission d'appui aux districts sanitaires pour la mise en œuvre de la politique sanitaire ;
- Le niveau périphérique est composé des Directions Départementales ou Districts Sanitaires, chargés de coordonner l'activité sanitaire dépendant de leur ressort territorial et de fournir un support opérationnel et logistique aux services de santé. Le district sanitaire, unité opérationnelle du système de santé est lui-même subdivisé en aires sanitaires ou bassins de desserte des ESPC.

➤ Le versant offre de soins du secteur public comporte 3 niveaux :

- Le niveau primaire, point d'entrée dans le système, est constitué des établissements sanitaires de premier contact (ESPC) que sont les centres de santé urbains et ruraux (CSU et CSR), les formations sanitaires urbaines (FSU). Le CSU d'Azaguié est de ce niveau.
- Le niveau secondaire est constitué des établissements sanitaires de recours pour la première référence (Établissements Publics hospitaliers départementaux et régionaux, centres hospitaliers spécialisés).
- Le niveau tertiaire comprend les établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence. Ce sont les Centres Hospitaliers et Universitaires (CHU), les Instituts et les centres spécialisés

Le versant offre de soins comprend aussi le secteur sanitaire privé qui s'est développé ces dernières années avec l'émergence d'établissements sanitaires de toutes catégories. En outre, d'autres ministères participent à l'offre de soins à travers leurs infrastructures sanitaires.

En vue de garantir une prise en charge optimale de la population notamment la santé maternelle et infantile ainsi que les pathologies les plus fréquentes dans les régions sanitaires, l'Etat envisage la création de Pôles Régionaux d'Excellence Sanitaires (PRES) pour un continuum de soins.

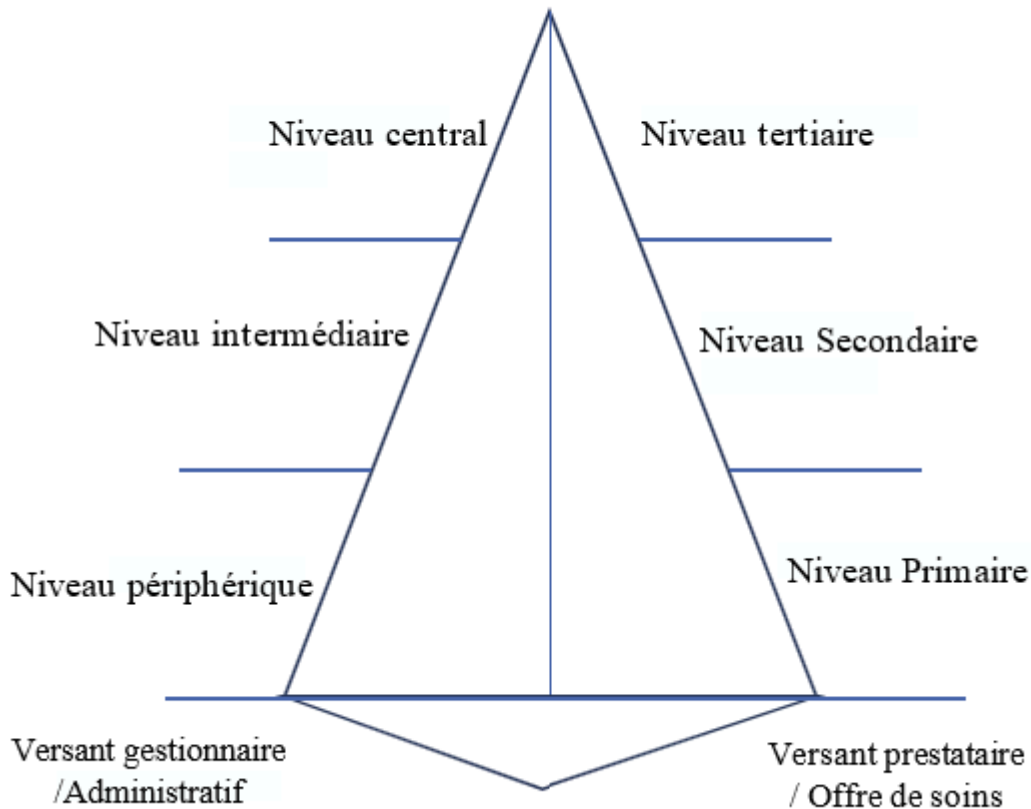


Figure 15 : Organisation du Système sanitaire ivoirien

3.1.2. Centre de Santé Urbain d'Azaguié ((MSHP-CMU))

L'étude a été conduite dans le CSU d'Azaguié, structure retenue comme site pilote par le Programme national de lutte contre le cancer (PNLCa), dans le district sanitaire d'Agboville. Ce centre offre un contexte pertinent car il bénéficie de l'appui du projet de prévention des maladies non transmissibles pour tester, en conditions réelles, un modèle de soins intégrés incluant le dépistage du cancer du col de l'utérus, du cancer du sein, de l'hypertension artérielle, du diabète et de la santé mentale. Le choix de ce site repose également sur la disponibilité d'équipes formées aux procédures standardisées du projet et sur la représentativité de sa population cible, majoritairement constituée de femmes en âge de procréer.

Le site retenu est le centre de santé urbain (CSU) d'Azaguié, situé dans le district sanitaire d'Agboville, région de l'Agnéby-Tiassa, au sud de la Côte d'Ivoire. Azaguié est une localité périurbaine proche d'Abidjan, caractérisée par une croissance démographique soutenue et une forte mobilité entre zones rurales et urbaines.

Le CSU d'Azaguié est une structure de premier contact, offrant une gamme de services préventifs et curatifs : consultations prénatales, planification familiale, vaccination, prise en charge des maladies courantes.

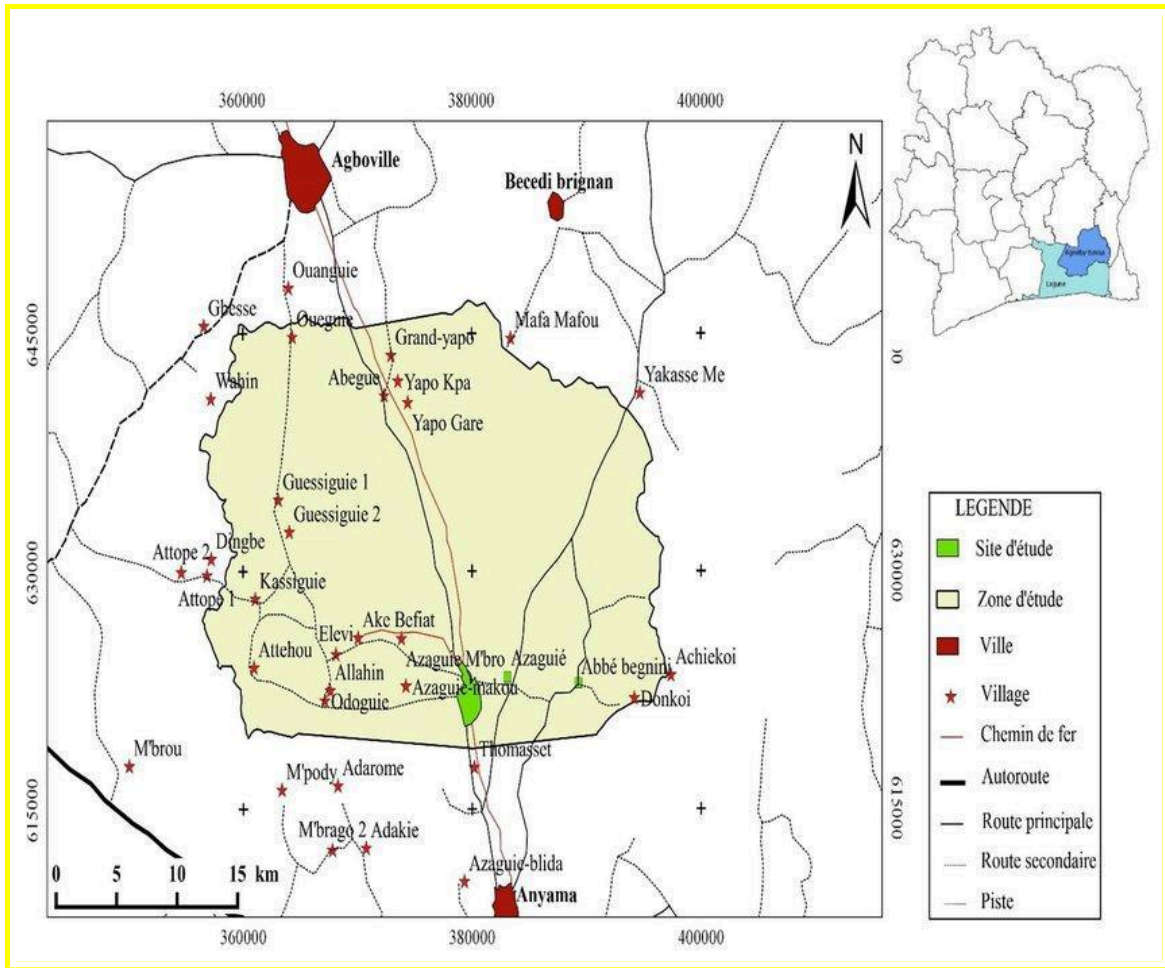


Figure 16 : Localisation de la Sous-Préfecture d'Azaguié dans la Région de l'Agnéby-Tiassa. (Source : BNTED/CCT.).

3.1.3. Continuum de soins et services de l'approche intégrée de dépistage des MNT (OMS, 2023 ; MSHP-CMU, 2023)

❖ Niveau communautaire

Ce modèle intégré s'appuie sur une forte mobilisation communautaire. Les ASC jouent un rôle clé en menant des campagnes de sensibilisation de proximité auprès des ménages, mais aussi lors de rassemblements communautaires. Leur mission consiste à informer les femmes sur l'importance du dépistage précoce, à les orienter vers les centres de santé et à réduire les barrières socioculturelles qui freinent le recours aux soins.

❖ Dépistage du cancer du col de l'utérus

Au centre de santé, les femmes éligibles bénéficient d'un test HPV (dépistage primaire), complété en cas de positivité par un triage visuel (IVA) ou cytologique (FCV). Les femmes identifiées comme porteuses de lésions précancéreuses reçoivent un traitement par

thermoablation ou elles sont référées en cas de lésions plus étendues pour une RAD (Résection l'Anse Diathermique).

❖ Dépistage du cancer du sein

Le parcours intégré prévoit également un examen clinique des seins systématique. En cas de signe suspect, les femmes sont référées pour une mammographie ou pour un examen complémentaire dans une structure de niveau supérieur.

❖ Dépistage et suivi des maladies non transmissibles (HTA et diabète)

Dans la même visite, les femmes bénéficient d'un contrôle du poids, de la taille et de l'IMC, d'une mesure de la pression artérielle et d'un contrôle de la glycémie capillaire. Ce volet permet d'identifier précocement des cas d'hypertension artérielle ou de diabète et d'orienter les patientes vers les services de prise en charge.

❖ Évaluation de la santé mentale

Un module complémentaire intègre une évaluation standardisée de la santé mentale, notamment à l'aide de l'outil PHQ-9. Les femmes présentant des signes de dépression sont orientées vers une prise en charge psychologique, voire psychiatrique, selon la sévérité (11,57).

❖ Conseils approche intégrée

L'ensemble du dispositif repose sur la délivrance de conseils adaptés et continus, permettant d'assurer une éducation à la santé, de renforcer l'adhésion au suivi médical et de favoriser l'acceptabilité de l'approche intégrée.



*Services offerts à un niveau supérieur de référence

Figure 17: Cadre conceptuel du continuum de soins de l'approche intégrée de dépistage des MNT au CSU d'Azaguié (OMS, 2023 ; MSHP-CMU, 2023)

3.3. Population d'étude

La population d'étude était composée de deux groupes.

3.3.1 Composante quantitative

❖ Critères d'inclusion et non inclusion

Critères d'inclusion: Les femmes ayant eu recours, entre février et juillet 2025, aux services intégrés de dépistage au CSU d'Azaguié.

Critères de non inclusion : Femmes n'ayant pas bénéficié de plus d'un service intégré offert ou ayant des données incomplètes

3.3.2 Composante qualitative

❖ Critères d'inclusion et non inclusion - Prestataires de soins

Critères d'inclusion : être médecin, sage-femme ou infirmier exerçant au CSU d'Azaguié et directement impliqué dans la mise en œuvre du dépistage intégré.

Critères de non inclusion : prestataires n'ayant pas participé à l'activité de dépistage pendant la période d'étude.

❖ Critères d'inclusion et non inclusion - Femmes bénéficiaires

Critères d'inclusion : avoir bénéficié d'au moins deux services de dépistage dans le cadre du projet de prévention des maladies non transmissibles au CSU d'Azaguié entre février et juillet 2025.

Critères de non inclusion: refus de participer ou incapacité à donner un consentement éclairé.

❖ Critères d'inclusion et non inclusion - Agents de santé communautaires

Critères d'inclusion : ASC résidant à Azaguié, impliqué dans les activités de sensibilisation et d'orientation vers le dépistage intégré.

Critères de non inclusion : ASC non directement impliqué dans le projet de prévention des maladies non transmissibles ou indisponible pendant la période d'étude.

3.4. Echantillonnage

3.4.1 Composante quantitative

C'était un échantillonnage exhaustif : inclusion de toutes les fiches individuelles de dépistage saisies dans DHIS2 Tracker et de tous les rapports mensuels disponibles au CSU d'Azaguié sur la période d'étude.

3.4.2 Composante qualitative

Notre étude a eu recours à un échantillonnage raisonné avec variation maximale. Ont été sélectionnés des acteurs (Prestataires de soins et ASC) directement engagés dans la mise en œuvre de l'approche intégrée de dépistage des MNT au CSU d'Azaguié et des utilisatrices

ayant bénéficié de cette approche, pour couvrir la diversité des points de vue opérationnels et d'usages. Ainsi 6 individus ont été interviewés soit 2 individus pour chaque profil.

3.5. Méthodes de collecte des données

La collecte des données a mobilisé deux dispositifs complémentaires. Les données quantitatives proviennent de la base DHIS2 utilisée pour le suivi des femmes et des rapports mensuels de routine. Elles couvrent la période de février à juillet 2025 et incluent :

- le nombre de femmes dépistées par tranches d'âge,
- les services reçus (col de l'utérus, sein, HTA, diabète, santé mentale),
- les résultats (test HPV positif, IVA positive, HTA détectée, glycémie élevée, dépression détectée, cas référé).

Pour la composante qualitative, des entretiens semi-directifs ont été conduits auprès de prestataires de santé, d'agents communautaires et de femmes bénéficiaires. Ces entretiens avaient pour objectif de recueillir les représentations, les expériences et les attentes relatives au modèle intégré. Les thèmes abordés portaient sur:

- la faisabilité opérationnelle de l'approche,
- les contraintes rencontrées,
- les bénéfices perçus,
- les éventuelles résistances culturelles ou sociales, ainsi que
- les perspectives de pérennisation.

Les entretiens ont été réalisés avec un dictaphone en français et enregistrés après consentement.

3.6. Analyses des données

L'analyse des données quantitatives a consisté en analyse descriptive. Elle s'est faite sur le logiciel Excel et SPSS. Ces indicateurs ont été utilisés pour apprécier la performance des différentes composantes du dépistage intégré.

Les données qualitatives ont fait l'objet d'abord d'une transcription intégrale, puis d'un codage thématique et enfin d'une analyse thématique à l'aide du logiciel [Atlas.ti](#) 25. Ce traitement a permis d'identifier des catégories récurrentes telles que l'acceptabilité de l'approche, la qualité du counselling, la charge de travail des prestataires, ou encore la perception du continuum de soins par les femmes.

En somme, cette méthodologie permet de croiser des données quantitatives objectives issues du système de suivi et des données qualitatives riches portant sur les perceptions des acteurs. Elle est en adéquation avec la nature exploratoire de l'étude, qui vise à comprendre à la fois les performances et les conditions de faisabilité d'une approche intégrée de dépistage dans le contexte ivoirien.

3.7. Aspects éthiques et réglementaires

Cette étude n'a pas fait l'objet d'une procédure d'accord éthique au moment de notre stage. Le Projet de prévention des maladies non transmissibles envisage de soumettre une demande auprès du comité d'éthique nationale en marge d'une étude plus complète. Toutefois, un consentement éclairé a été obtenu pour chaque entretien et pour l'utilisation

secondaire des données de routine. Les informations recueillies ont été anonymisées et traitées avec confidentialité, dans le respect des normes éthiques de la recherche en santé publique. Sur le plan réglementaire, l'étude s'inscrit dans le cadre du projet de prévention des maladies non transmissibles, validé par le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique.

4. Résultats

4.1. Résultats quantitatifs

Les données quantitatives mobilisées dans le cadre de cette étude proviennent de deux sources complémentaires. D'une part, d'une plateforme numérique utilisée pour faciliter le suivi du patient et la saisie numérique et en temps réel des activités de dépistage, fournit un enregistrement continu, standardisé et exploitable. D'autre part, les rapports mensuels de routine du centre de santé urbain (CSU) d'Azaguié permettent de consolider et de vérifier les informations issues de la pratique quotidienne des équipes de terrain.

La période considérée s'étend de février à juillet 2025, couvrant ainsi les six premiers mois de mise en œuvre effective de l'approche intégrée. Les indicateurs renseignés concernent les principales composantes du projet :

le cancer du col de l'utérus (nombre de tests HPV effectués, résultats positifs, utilisation de l'IVA, suspicions cliniques, recours à la thermoablation, références vers des structures supérieures) ; le cancer du sein (nombre d'examens cliniques réalisés, suspicions cliniques, références) ; les maladies non transmissibles (MNT), incluant l'hypertension artérielle (contrôle de la pression artérielle, cas diagnostiqués), le diabète (contrôle de la glycémie, cas positifs), et la santé mentale (évaluations psychologiques, cas de dépression détectés, références) ; ainsi que les orientations vers les structures de niveau supérieur, toutes pathologies confondues.

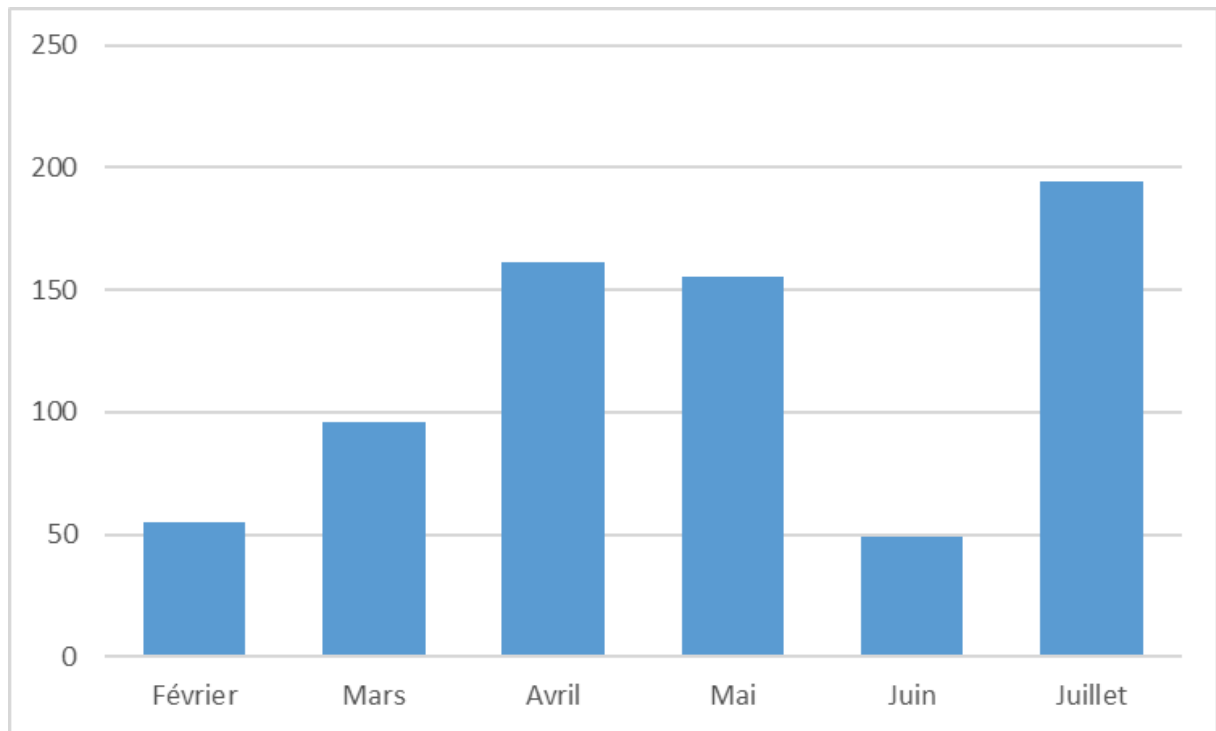


Figure 18 : Evolution mensuelle du nombre de femmes dépistées, dans le cadre de l'approche intégrée de dépistage au CSU d'Azaguié de Février à Juillet 2025.

Le graphique met en évidence une évolution irrégulière du nombre de femmes dépistées au cours de la période d'observation. Après un début modeste en février (55 femmes), une progression observée en mars (96 femmes) et en avril (161 femmes). Le niveau reste relativement stable en mai (155 femmes), avant une forte baisse en juin (49 femmes). En juillet, les activités connaissent une reprise marquée, avec près de 194 femmes dépistées, soit le niveau le plus élevé de toute la période.

Tableau 1: Principaux indicateurs de dépistage intégré des cancers du col de l'utérus et du sein, Diabète, HTA et dépression au CSU d'Azaguié de Février à Juillet 2025

Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Proportion (%)
Retour résultats HPV	305	550	55,4
HPV positifs (parmi résultats reçus)	89	305	29,2
Suspicion cancer du sein	2	667	0,3
Prévalence HTA	148	704	21
Prévalence diabète	61	704	8,7
Prévalence dépression	13	378	3,4
Femmes référées HTA/Diabète	145	704	20,6

Cancer du col de l'utérus : Sur 550 femmes dépistées par test HPV, seulement 305 ont reçu leurs résultats, soit un taux de retour de **55,4 %**. Parmi celles ayant reçu leurs résultats, 89 (29,2 %) se sont révélées HPV positives

Cancer du sein : Un total de 667 examens cliniques mammaires a été effectué, avec seulement 2 suspicions de cancer (0,3 %).

L'hypertension artérielle a été dépistée chez 21 % des femmes

Le diabète a été retrouvé chez 8,7 %

Santé mentale : Sur 378 femmes évaluées, 13 cas de dépression ont été identifiés (3,4 %).

Références : Au total, 145 femmes (20,6 % des dépistées pour HTA/diabète).

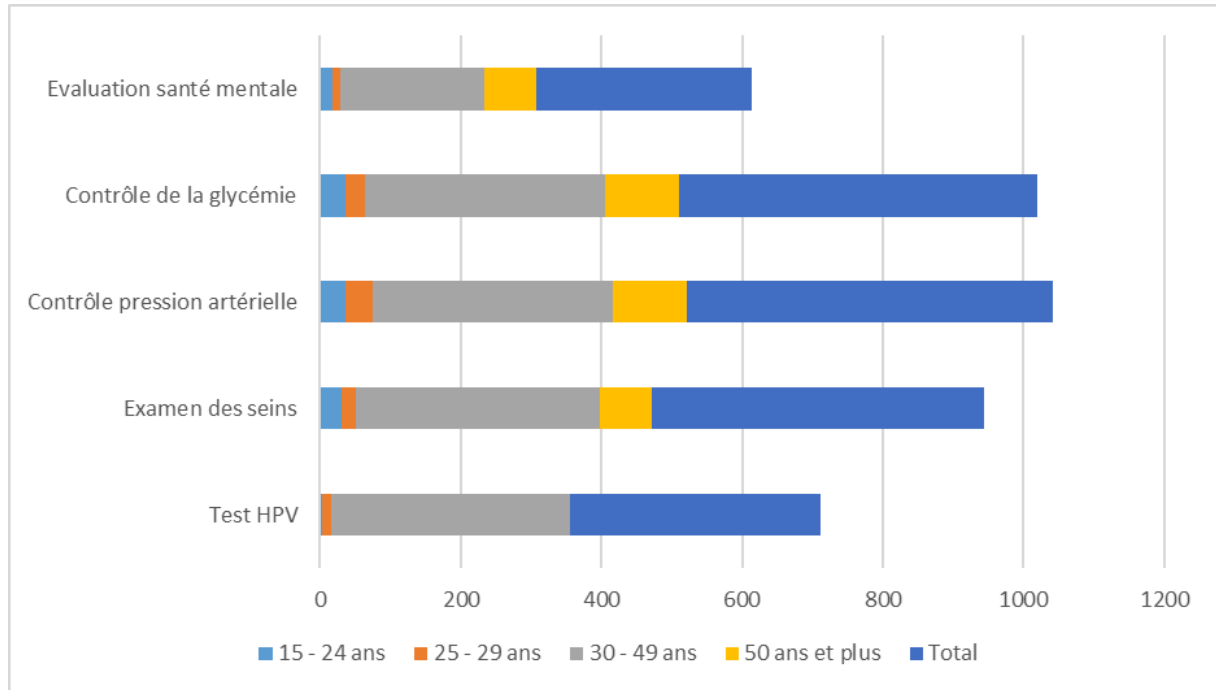


Figure 19 : Répartition des femmes dépistées par type d'examen et tranche d'âge au CSU d'Azaguié de février à Juillet 2025

Cancer du col de l'utérus (Test HPV) : 550 femmes ont été dépistées, majoritairement âgées de 30—correspondant à la cible prioritaire du dépistage par le test HPV.

HTA et diabète: les contrôles de la pression artérielle (704) et de la glycémie (704) constituent les prestations les plus fréquentes.

Santé mentale : 378 femmes ont bénéficié d'une évaluation de santé mentale. Cette proportion plus faible suggère que ce service est encore moins intégré dans les habitudes de recours

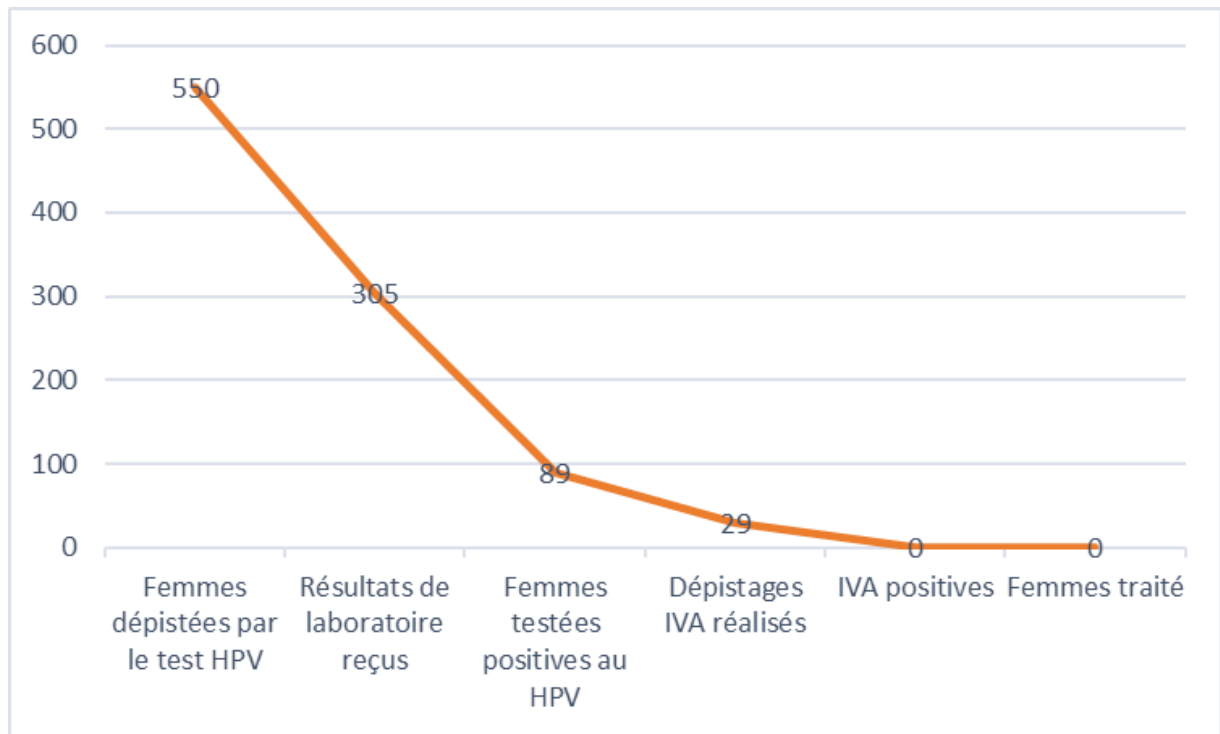


Figure 20 : Cascade de dépistage du cancer du col de l'utérus au CSU d'Azaguié de février à Juillet 2025

La courbe met en évidence une baisse progressive du nombre de femmes à chaque étape du processus de dépistage. Sur les 550 femmes dépistées par test HPV, seules 305 (55,4 %) ont effectivement reçu leurs résultats.

Parmi ces résultats restitués, 89 femmes (29,2 %) se sont révélées HPV positives. Cependant, seules 29 d'entre elles, soit 32,6 % des HPV positives, ont bénéficié d'une IVA avec aucune IVA positive et aucun traitement réalisé.

Tableau 2 : Résultats du dépistage HPV et taux de positivité relatif selon la tranche d'âge au CSU d'Azaguié de février à Juillet 2025

Tranche d'âge	Nombre de femmes dépistées par le test HPV	HPV positifs	Taux de positivité relatif*(%)
15–24 ans	3	1	33,33
25–29 ans	14	1	7,14
30–49 ans	533	87	16,32
50 ans et +	0	0	0
Toutes les tranches d'âge observées	550	89	16,18

*taux de positivité relatif : proportion des HPV positifs par rapport au nombre de femmes dépistées par le test HPV sachant que tous les résultats ne sont pas encore parvenus

Au total, 550 femmes ont été dépistées au test HPV, parmi lesquelles 89 se sont révélées positives, soit un taux de positivité relatif de 16,2 %.

Les 30-49 ans représentent l'essentiel des dépistages (533 femmes, soit 96,9 % du total). Parmi elles, 87 cas positifs ont été identifiés, correspondant à un taux de positivité relatif de 16,32%

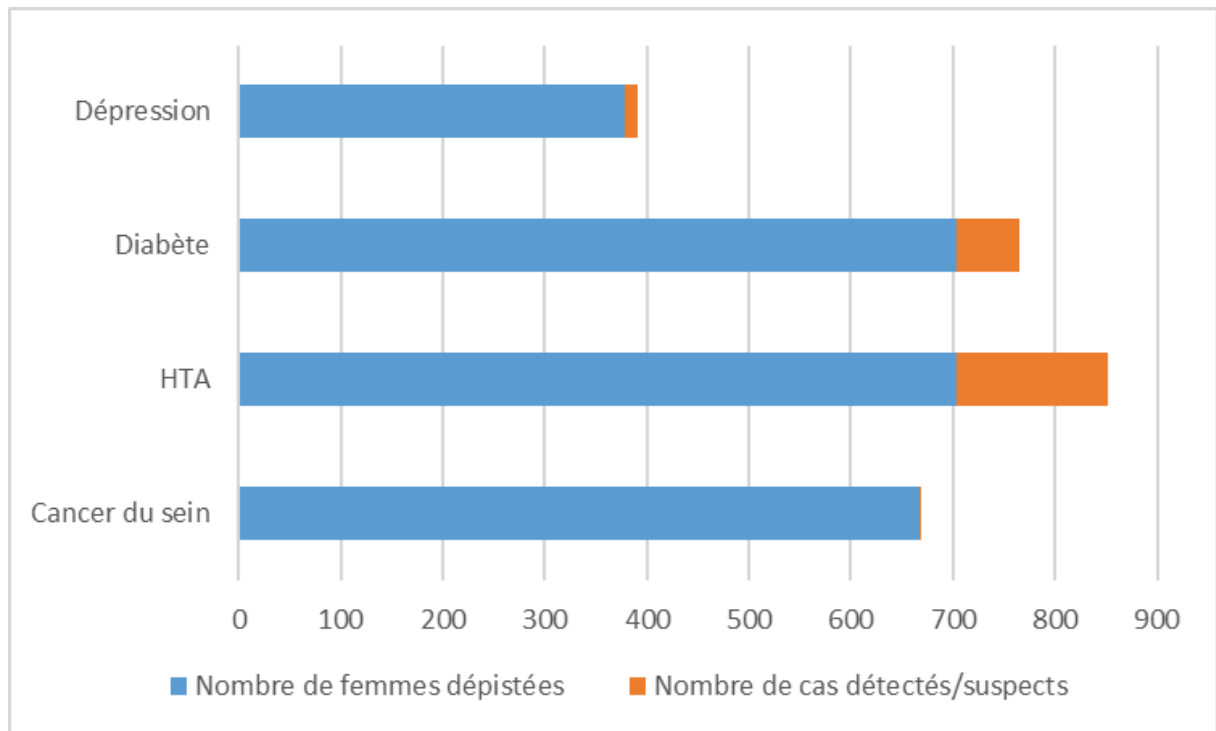


Figure 21 : Répartition du nombre de femmes dépistées et le nombre cas détectés ou suspects par pathologie autre que le cancer du col de l'utérus dans le cadre de l'approche intégrée de dépistage au CSU d'Azaguié de février à Juillet 2025.

Le graphique présente le nombre de femmes dépistées pour le cancer du sein, l'hypertension artérielle (HTA), le diabète et la dépression, ainsi que le nombre de cas positifs ou suspects identifiés.

Cancer du sein : 667 femmes ont bénéficié d'un examen clinique, avec seulement 2 suspicions (0,3 %).

HTA : 704 dépistages ont été réalisés, révélant 148 cas d'hypertension (21 %).

Diabète : 704 contrôles de la glycémie ont permis de diagnostiquer 61 cas (8,7 %)

Dépression : 378 femmes ont été évaluées pour leur santé mentale, avec 13 cas identifiés (3,4 %).

4.2. Résultats qualitatifs

La composante qualitative de cette recherche a porté sur cinq entretiens : deux avec des prestataires de soins (sages-femmes du CSU d’Azaguié), deux avec des femmes bénéficiaires, et un entretien collectif avec deux agents de santé communautaire (ASC). Ce corpus permet de croiser les perceptions des acteurs directement impliqués dans la mise en œuvre du projet de prévention des maladies non transmissibles.

4.2.1 Profil des participants

Tableau 3 : Caractéristiques des femmes dépistées interrogées dans la composante qualitative, CSU Azaguié, 2025

Caractéristiques	Bénéficiaire_1	Bénéficiaire_2
Age (année)	25	43
Profession	Sans emploi	Commerçante
Statut matrimonial	Célibataire	Concubinage
Nombre d'enfants	0	3

Tableau 4 : Caractéristiques des prestataires de soins interrogés dans la composante qualitative, CSU Azaguié, 2025

Caractéristiques	Prestataire_1	Prestataire_2
Age (année)	28	47
Sexe	Féminin	Féminin
Fonction	Sage-femme	Sage-femme
Année d'expérience	4	19

Les participantes étaient diversifiées, incluant des femmes bénéficiaires d’âges et statuts sociaux différents et des sages-femmes avec des niveaux d’expérience aussi différents.

4.2.2 Thèmes principaux émergents

A. Acceptabilité de l'approche intégrée

Le thème de l'acceptabilité a émergé de manière transversale dans l'ensemble des entretiens (11 occurrences codées).

Les bénéficiaires ont exprimé une satisfaction quant à la possibilité d'accéder à plusieurs services de dépistage lors d'une seule visite, réduisant ainsi les contraintes de temps et de coût.

"Tout a été fait en un seul coup, c'est bon. Tu peux savoir si tu as d'autres maladies"
bénéficiaire_1

Elles ont également souligné le rôle décisif du counselling fourni par les prestataires dans l'adhésion au dépistage.

Les prestataires ont confirmé que l'approche était bien acceptée par les femmes, en insistant toutefois sur la nécessité de renforcer la sensibilisation communautaire pour lever les peurs et la stigmatisation autour du cancer.

La gratuité du parquet de services de dépistage était également un déterminant d'acceptabilité.

"J'ai accepté de faire le test parce qu'on m'a bien expliqué et que c'était gratuit"
Bénéficiaire_2

B. Accès et connaissances

Le thème de l'accès et des connaissances a été particulièrement mis en avant par les ASC, avec 11 codages dans l'entretien collectif.

Les ASC décrivent leur rôle central dans la mobilisation des femmes, en expliquant les procédures et en facilitant leur consultation au centre de santé pour le dépistage.

Ils insistent néanmoins sur les limites de leur action, liées au manque de moyens logistiques et financiers pour atteindre les zones rurales et les villages périphériques.

"Les femmes viennent parce que nous leur expliquons, mais il nous faut plus d'appui pour aller dans les villages, Il y a beaucoup de femmes là-bas à dépister". ASC_entretien_collectif

Ce témoignage met en évidence l'importance du maillage communautaire et la nécessité de renforcer la logistique de proximité pour améliorer l'accès aux services.

C. faisabilité opérationnelle et contraintes

Les prestataires ont souligné plusieurs contraintes liées à la mise en œuvre de l'approche intégrée.

La charge de travail est jugée importante, notamment du fait de la multiplicité des services proposés dans une même séance.

“On est que quatre sage femmes actives” Prestataire_1

Au-delà de l'intégration, les défis sont liés spécifiquement à chaque procédure de dépistage de pathologie. En ce qui concerne le cancer du col de l'utérus, les ruptures d'intrants (spéculum) et outils de rapportage des données (Fiches individuelles de la cliente) et les retards dans le retour des résultats HPV constituent des obstacles majeurs à la continuité des soins. Les femmes dépistées rapportent par ailleurs des délais plus moins longs entre le prélèvement pour le test HPV et la restitution des résultats.

“J'ai reçu les résultats environ un mois après” Bénéficiaire_2

Toutefois, la perception d'un parcours intégré des services (HPV, tension, diabète, sein) est valorisée.

“On a vérifié ma tension, diabète, mes seins et elle m'a donné le truc là ... oui pour faire le prélèvement” Bénéficiaire_1

La faisabilité opérationnelle est reconnue par les prestataires, mais reste fragilisée par des contraintes organisationnelles et matérielles.

“Le dépistage est faisable, mais il nous faut plus de moyens et du temps pour bien accompagner chaque femme”. Prestataire_2

D. Changements observés

Malgré ces contraintes, des changements positifs sont observés. Les prestataires et ASC notent une évolution des attitudes, avec une demande croissante de dépistage.

“Maintenant, c'est elles qui disent : je veux faire” (ASC).

L'approche intégrée a aussi favorisé la détection de maladies cachées comme l'hypertension.

“Pendant la séance, on découvre parfois une hypertension” (Prestataire 2).

E. Améliorations suggérées

Le code « Améliorations » (7 occurrences) regroupe des propositions concrètes formulées par les prestataires, les ASC et les bénéficiaires.

Les prestataires recommandent la mise à disposition régulière des intrants et le renforcement des ressources humaines. Comme l’a signifié cette prestataire : *“S’il n’y a pas de rupture d’intrants et si nous sommes en nombre suffisant, le dépistage intégré peut bien réussir ... nous pouvons, par exemple, nous organiser et détacher une collègue par jour pour le faire”*

Les ASC demandent une meilleure reconnaissance de leur rôle, à travers un soutien logistique et matériel. L’une des ASC soutenait : *“Nous avons besoin de prospectus pour bien travailler”*

Les bénéficiaires, quant à elles, suggèrent d’élargir la communication et la sensibilisation pour toucher un plus grand nombre de femmes.

Ces propositions convergent vers la nécessité de consolider les moyens matériels, humains et financiers pour assurer la durabilité de l’approche intégrée de dépistage.

5. Discussions

Les résultats de cette étude préliminaire apportent des enseignements essentiels sur la faisabilité et l’acceptabilité de l’approche intégrée de prévention des MNT au niveau des soins de santé primaires en Côte d’Ivoire.

L’analyse quantitative a montré un recours significatif aux services de dépistage dans le cadre de cette approche intégrée, révélant un potentiel important pour la détection précoce de pathologies qui, dans le contexte ivoirien, seraient probablement passées inaperçues. Cependant, les données ont également mis en évidence des ruptures dans le continuum des soins, notamment la restitution partielle des résultats HPV. C’est l’une des hantises du dépistage par biologie moléculaire du HPV comme le notifiait Guenat et al dans son étude sur la pratique des tests de diagnostic moléculaire du HPV en routine. Il recommande donc une bonne maîtrise de ce parcours pour une meilleure satisfaction des patients. Cette situation traduit une rupture critique dans la chaîne de soins et illustre le décalage entre le modèle de prise en charge recommandé fondé sur le principe du « test and treat » et la réalité opérationnelle sur le terrain. Des études antérieures menées en Afrique subsaharienne ont montré que de telles ruptures, entre le moment du dépistage et la prise en charge, constituent un facteur majeur de perte de suivi et réduisent l’impact global des programmes (Guenat et al., 2016; Randall et al., 2020; Organisation mondiale de la Santé, 2022).

Par ailleurs, parmi celles ayant reçu leurs résultats, 89 (29,2 %) se sont révélées HPV positives. Cette proportion est largement supérieure à celle de Geoffroy et al qui avait trouvé 15 % dans une étude réalisée à Ouagadougou au Burkina Faso.

Concernant les autres principales MNT, l'hypertension artérielle a été dépistée chez 21 % des femmes, cette proportion est peu inférieure à celle de Koussouh et al dans une étude réalisée dans des centres de santé Urbain à Anyama en Côte d'Ivoire. Le diabète a été retrouvé chez 8,7 % de femmes proche de la proportion national mentionnée par l'Atlas mondial pour le diabète. Une proportion de 3,4 % de dépression a été enregistrée ce qui est proche du taux mondial estimé de dépression (3,8 %)(OMS, 2024). Ces résultats viennent corroborer l'importance de cette approche.

L'analyse qualitative vient nuancer et compléter ces résultats quantitatifs. Elle révèle une acceptabilité élevée de l'approche intégrée parmi les femmes bénéficiaires. Plusieurs déterminants expliquent cette adhésion : la gratuité des services offerts, une communication pédagogique adaptée au contexte local, ainsi que la proximité géographique des points de prestation. Ces éléments sont cohérents avec les constats de Yimer et al. (2023), Kadidiatou et al. (2022) et Boni et al. (2018), qui soulignent que l'acceptabilité des interventions de santé dépend fortement de l'accessibilité financière et de la compréhension claire des objectifs du programme. Dans notre étude, les femmes ont accepté volontiers le dépistage lorsqu'il leur a été expliqué de manière simple et rassurante, et surtout lorsqu'il n'impliquait pas de coûts supplémentaires.

Malgré cette acceptabilité globalement positive, des freins subsistent. La peur du diagnostic, la stigmatisation sociale et l'angoisse liée à l'attente prolongée des résultats HPV ont été mentionnées à plusieurs reprises lors des entretiens qualitatifs. Ces éléments corroborent les résultats de Keitly (2023), qui mettent en évidence l'importance des facteurs émotionnels dans la décision des femmes de recourir ou non aux services de dépistage. Ils rappellent que la perception d'un risque ou d'un danger peut décourager la participation, même lorsque l'offre de service est gratuite et disponible. Ces éléments soulignent la nécessité d'intégrer systématiquement des stratégies de communication rassurantes et un accompagnement psychosocial dans les interventions de dépistage.

Le parcours de soins n'est pas paru fastidieux pour les bénéficiaires même si elles ont mentionné une attente des résultats du test HPV plus ou moins long. Cette perception s'illustre par la faible complétude des rendus de résultats observée dans les rapports mensuels examinés.

Sur le plan de la faisabilité, l'étude a montré que l'approche est considérée comme techniquement et organisationnellement réalisable par les prestataires de soins. Sa simplicité, la coordination opérationnelle relativement souple et la motivation des agents de santé communautaires (ASC) sont perçues comme des atouts facilitant sa mise en œuvre. Ces résultats sont en cohérence avec les observations de Moucheraud et al. (2019), qui ont

montré que les modèles de soins intégrés sont particulièrement efficaces dans les contextes à ressources limitées lorsqu'ils s'appuient sur des acteurs de proximité. Cependant, cette faisabilité demeure fragile et conditionnée à plusieurs facteurs : la disponibilité d'intrants en continu, la gestion des flux de patients, les capacités logistiques des structures de santé et la charge de travail des prestataires. Les ruptures d'intrants, la surcharge du personnel et l'absence de mécanismes de financement pérenne sont des obstacles récurrents documentés par Banga et Nédelec (2024) et Kruk et al., (2018). Ces éléments montrent que la faisabilité opérationnelle doit être consolidée par une planification logistique rigoureuse, un renforcement des ressources humaines et une stratégie claire d'intégration institutionnelle.

Un élément central de cette faisabilité est le rôle des agents de santé communautaires, qui se sont révélés être de véritables relais stratégiques. Leur proximité avec les communautés, leur capacité de mobilisation et la confiance qu'ils inspirent aux populations ont permis une couverture plus large et une participation accrue. Ces résultats rejoignent ceux de Binagwaho et al. (2013) et O'Donovan et al. (2020), qui ont montré que les interventions communautaires bien structurées sont un levier déterminant pour l'adhésion aux programmes de dépistage en Afrique subsaharienne. Néanmoins, leur efficacité reste limitée par l'absence de moyens logistiques adaptés et de mécanismes de motivation durables. Un renforcement de leur statut institutionnel et un appui programmatique structuré sont donc nécessaires pour consolider ce maillon essentiel de l'approche intégrée.

La confrontation de ces résultats au modèle conceptuel mobilisé dans cette étude met en évidence un décalage entre le modèle théorique et la pratique réelle. Aux niveaux individuel et communautaire, les conditions sont réunies pour une bonne acceptabilité et une mobilisation efficace. En revanche, aux niveaux organisationnel et programmatique, des fragilités persistent : retards dans la restitution des résultats, ressources humaines insuffisantes, faiblesse logistique et absence de financement pérenne. Cette dissymétrie traduit une intégration encore incomplète, ce qui limite la durabilité du dispositif. Ce constat rejoint les conclusions de plusieurs travaux récents sur la mise en œuvre des interventions intégrées dans les systèmes de santé africains, qui insistent sur la nécessité de renforcer l'ancrage institutionnel et financier pour pérenniser les résultats obtenus (Organisation mondiale de la Santé, 2022; Tsu et al., 2021).

En définitive, cette étude confirme que l'approche intégrée de prévention des MNT est acceptée par les bénéficiaires et jugée faisable par les prestataires, mais qu'elle doit être renforcée sur le plan organisationnel, technique et programmatique pour atteindre une efficacité maximale. Le passage d'un modèle pilote à une mise à l'échelle nécessite une approche systémique intégrant la sécurisation des approvisionnements, la disponibilité des ressources humaines, la valorisation du rôle des ASC, une communication adaptée et la mise en place de mécanismes de financement durables. L'intégration formelle du dépistage combiné des cancers féminins et des MNT dans la Couverture Maladie Universelle (CMU) et

les plans nationaux de santé constitue une étape stratégique pour garantir la viabilité de ce modèle. Une telle orientation est en parfaite cohérence avec les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (2022) pour l'élimination du cancer du col de l'utérus et la lutte contre les MNT à l'horizon 2030. Ce modèle offre ainsi une opportunité concrète pour améliorer l'accès aux soins, renforcer les systèmes de santé et répondre aux besoins croissants des populations, à condition de corriger les insuffisances identifiées et de consolider les fondations structurelles de sa mise en œuvre.

Ces ajustements conditionnent la mise à l'échelle départementale (district), régionale et nationale et régionale, en cohérence avec les objectifs de l'OMS pour l'élimination du cancer du col et la lutte contre les MNT.

❖ Les limites de l'étude

➤ Portée géographique restreinte

L'étude a été menée dans un seul site pilote (CSU d'Azaguié), ce qui limite la généralisation des résultats à l'ensemble du pays. Les constats doivent être interprétés comme spécifiques au contexte local.

➤ Durée limitée de l'observation

La période d'étude (février à juillet 2025) couvre seulement les premiers mois de mise en œuvre. Elle ne permet pas d'apprécier l'évolution à long terme ni la durabilité du modèle intégré.

➤ Dépendance aux données de routine

Les données quantitatives proviennent de DHIS2 et des rapports mensuels, qui peuvent comporter des retards de saisie, des erreurs de complétude ou des doublons. Cela peut introduire un biais de sous-déclaration.

➤ Taille réduite de l'échantillon qualitatif

Les entretiens qualitatifs ont concerné un nombre restreint de participantes, en particulier pour les femmes bénéficiaires. Bien que la saturation ait été recherchée, la diversité des points de vue pourrait être plus large dans un échantillon étendu.

➤ Biais de désirabilité sociale

Les prestataires et les bénéficiaires ont pu adapter leurs réponses en fonction des attentes perçues de l'enquêteur, ce qui peut influencer l'évaluation de l'acceptabilité.

➤ Absence d'analyse économique

L'étude ne prend pas en compte les aspects coût-efficacité.

6. Conclusion et recommandations

Cette étude préliminaire a permis d'analyser la faisabilité et l'acceptabilité d'une approche intégrée de dépistage des cancers féminins (sein et col de l'utérus) et des principales maladies non transmissibles (hypertension artérielle, diabète, dépression), dans le cadre du projet de prévention intégré des maladies non transmissibles, au sein du centre de santé urbain d'Azaguié, district sanitaire d'Agboville.

Les résultats quantitatifs issus du DHIS2 Tracker et des rapports mensuels montrent que l'initiative a permis d'atteindre un nombre important de femmes pour le dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein, ainsi que l'HTA, le diabète et l'évaluation de la santé mentale allant de Février à Juillet 2025. Toutefois, les ruptures dans la chaîne de soins demeurent préoccupantes : un peu plus de la moitié seulement des résultats HPV ont été restitués. En revanche, les taux observés pour l'hypertension (21 %) et le diabète (8,7 %) confirment la pertinence d'intégrer ces pathologies dans les soins de premier contact.

L'analyse qualitative auprès d'informateurs clés a mis en lumière une forte acceptabilité du dispositif, soutenue par la gratuité et la complémentarité des services proposés. Le rôle des ASC est apparu déterminant dans la mobilisation communautaire, même si leur action reste limitée par des moyens logistiques insuffisants. Les prestataires soulignent quant à eux des contraintes majeures liées à la surcharge de travail, au risque de rupture d'intrants et aux délais prolongés de communication des résultats, mais reconnaissent l'intérêt du modèle intégré pour répondre de manière globale aux besoins de santé des femmes.

La faisabilité dépend de la disponibilité des ressources humaines, matérielles et organisationnelles, ainsi que d'un ancrage institutionnel solide. La comparaison au modèle conceptuel d'intégration confirme que les niveaux individuel et communautaire fonctionnent bien à Azaguié, alors que les niveaux système et programme restent fragiles, limitant la durabilité de l'expérience.

En définitive, l'étude conclut que l'approche de prévention des maladies non transmissibles est à la fois acceptable et prometteuse, mais qu'elle exige des ajustements pour garantir sa pérennisation et sa mise à l'échelle nationale dans notre contexte.

Recommandations

- Pour la santé publique
 - Assurer la continuité des soins du dépistage intégré par un système d'approvisionnement durable en intrants.
 - Renforcer la formation des prestataires impliqués dans la prévention des maladies non transmissibles.

- Valoriser le rôle des ASC à travers un ancrage institutionnel clair et un appui logistique et matériel continu
- Mettre en place un système de suivi-évaluation performant et réactif.
- Inscrire le modèle de prévention des maladies non transmissibles dans le Plan stratégique national de lutte contre le cancer et les MNT.
- Allouer des financements dédiés et pérennes à l'intégration des services préventifs.
- Renforcer la coordination inter-programme (cancer, MNT, santé reproductive, santé mentale) afin de limiter la fragmentation des services.

➤ Pour la recherche

- Étendre l'évaluation à plusieurs sites afin d'avoir une représentativité nationale.
- Conduire des études économiques pour mesurer le rapport coût-efficacité du modèle intégré.
- Explorer plus en profondeur les déterminants socioculturels de l'adhésion au dépistage, notamment chez les jeunes femmes et en milieu rural.

7. Références bibliographiques

Anorlu, R. I. (2008). Cervical cancer: The sub-Saharan African perspective. *Reproductive Health Matters*, 16(32), 41–49.

APAnews. (2025). Hypertension artérielle : une prévalence de 30 à 40% en Côte d'Ivoire. Consulté le 30 juillet 2025 sur <https://fr.apanews.net/health/hypertension-arterielle-une-prevalence-de-30-a-40-en-rci/>

Arbyn, M., Weiderpass, E., Bruni, L., de Sanjosé, S., Saraiya, M., Ferlay, J., et al. (2020). Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: A worldwide analysis. *The Lancet Global Health*, 8(2), e191–e203.

Banga, M. F., & Nédélec, E. (2024). Étude sur le dépistage communautaire du cancer du col de l'utérus à Abidjan, Côte d'Ivoire. *Médecins du Monde*.

Binagwaho, A., Wagner, C. M., Gatera, M., Karema, C., Nutt, C. T., & Ngabo, F. (2013). Achieving high coverage in Rwanda's national human papillomavirus vaccination programme. *The Lancet Oncology*, 14(13), e881–e888.

Boni, S. P., Gnahatin, F., Comoé, J. C., Tchounga, B., Ekouevi, D., Horo, A., Adoubi, I., & Jaquet, A. (2021). Barriers and facilitators in cervical cancer screening uptake in Abidjan, Côte d'Ivoire in 2018: A cross-sectional study. *BMC Cancer*, 21, 952. <https://doi.org/10.1186/s12885-021-08650-6>

Bowen, D. J., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., & Fernandez, M. (2009). How we design feasibility studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 452–457.

Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., et al. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 74(3), 229–263.

Catarino, R., Petignat, P., Dongui, G., & Vassilakos, P. (2015). Cervical cancer screening in developing countries at a crossroad: Emerging technologies and policy choices. *World Journal of Clinical Oncology*, 6(6), 281–290.

Campbell, C., Kafwafwa, S., Brown, H., Walker, G., Madetsa, B., Deeny, M., et al. (2016). Use of thermo-coagulation as an alternative treatment modality in a 'screen-and-treat' programme of cervical screening in rural Malawi. *International Journal of Cancer*, 139(4), 908–915. <https://doi.org/10.1002/ijc.30101>

Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O., et al. (2022). The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Science*, 17, 75.

De Martel, C., Plummer, M., Vignat, J., & Franceschi, S. (2017). Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type. *International Journal of Cancer*, 141(4), 664–670.

Engmann, S. T., Ampofo, P., & Dowrick, C. (2025). Integrating mental health and non-communicable disease care: A WONCA advocacy project report. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 17(1), a4875.

Ezechi, O. C., Gab-Okafor, C., Ostergren, P. O., & Pettersson, K. O. (2014). Willingness and acceptability of cervical cancer screening among HIV-positive Nigerian women. *BMC Public Health*, 14, 1–8.

Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Colombet, M., Mery, L., & Piñeros, M. (2020). *Cancer today*. Lyon: International Agency for Research on Cancer.

Geoffroy, A., Camier, A., & Lahmidi, N. (2023). Pertinence de l'algorithme du dépistage du cancer du col de l'utérus à Ouagadougou. Paris: Médecins du Monde.

Guenat, D., Riethmuller, D., Ramanah, R., Morel, A., Aubin, F., Mougin, C., et al. (2016). Diagnostic moléculaire des papillomavirus humains (HPV): Quel(s) test(s) en pratique clinique? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 45(9), 1009–1019.

Guida, F., Kidman, R., Ferlay, J., et al. (2022). Global and regional estimates of orphans attributed to maternal cancer mortality in 2020. *Nature Medicine*, 28(12), 2563–2572.

International Diabetes Federation. (2025). *IDF Diabetes Atlas (11^e éd.)*. Brussels: IDF.

Kadidiatou, K., Sarah, L., Solange, S., Yamba, K., & Paul, A. (2020). L'accès aux services de santé au Burkina Faso: Une revue de l'interaction entre les capacités des individus et les caractéristiques du système de santé. *RAMReS – Sciences Humaines*, 14, 13–42. <https://hal.science/hal-04670947>

Keitly, M. (2021). Dépistage opportuniste du cancer du col par test HPV dans les pays à faibles et moyens revenus : Exemples du Burkina Faso et de la Côte d'Ivoire (Thèse de doctorat). Université Paris Cité.

Koussoh, S. M., Boka, B. C., Koffi, K. F., Sackou-Kouakou, J., & Ake, O. (2024). Préhypertension artérielle et hypertension artérielle: Analyse comparative des facteurs sociodémographiques

et comportementaux dans une population ivoirienne. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*, 73(6), 101839.

Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., ... Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1196–e1252.

Lyimo, F. S., & Beran, T. N. (2019). Demographic, knowledge, attitudinal, and accessibility factors associated with uptake of cervical cancer screening among women in a rural district of Tanzania. *BMC Public Health*, 12(1), 22.

Maruthappu, M., Watkins, J., Noor, A. M., Williams, C., Ali, R., Sullivan, R., et al. (2016). Economic downturns, universal health coverage, and cancer mortality in high-income and middle-income countries, 1990–2010: A longitudinal analysis. *The Lancet*, 388(10045), 684–695.

Mensah, K. (2021). Dépistage opportuniste du cancer du col par test HPV dans les pays à faibles et moyens revenus. Université Paris Cité.

Minerva. (2025). Que penser de la prévention au moyen de programmes de dépistage ? <https://minerva-ebp.be/FR/Article/2089>

Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (Côte d'Ivoire). (2020). Loi portant réforme hospitalière. Abidjan.

Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (Côte d'Ivoire). (2021). Rapport annuel sur la situation sanitaire 2020. Abidjan: DIIS.

Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (Côte d'Ivoire). (2023). Autonomisation des femmes par des services intégrés de prévention des cancers du sein et du col de l'utérus et autres maladies non transmissibles selon une approche de soins de santé primaires en Afrique. Rapport de l'atelier, Brazzaville.

Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (Côte d'Ivoire). (2025). Plan stratégique national d'accélération de l'élimination du cancer du col de l'utérus 2025–2030 (PNE-CCU). Abidjan.

Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (Côte d'Ivoire), & Programme National de Lutte contre le Cancer. (2025). Rapport Projet WICS Côte d'Ivoire, février–juillet 2025. Abidjan.

Moucheraud, C., Ebert, C., Boudreaux, C., & Bossert, T. J. (2019). Integrating NCD services into primary health care in Africa: A systematic review. *Global Health Action*, 12(1), 1671272.

Noncommunicable Diseases Progress Monitor. (2022). Geneva: World Health Organization.

O'Donovan, J., O'Donovan, C., & Nagraj, S. (2019). The role of community health workers in cervical cancer screening in low- and middle-income countries: A systematic scoping review. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 145(2), 190–200. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12789>

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2015). Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne : rapport du Secrétariat. Genève : OMS.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2016). Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne. Genève: OMS.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2019). WHO guidelines for the use of thermal ablation for cervical pre-cancer lesions. Geneva: WHO.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2020). Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: WHO.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2021). Global breast cancer initiative implementation framework. Geneva: WHO.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2022). Global report on hypertension: The race against a silent killer. Geneva: WHO.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2023). Empowering women through integrated breast and cervical cancer and NCD services using PHC approach in Africa: Planning workshop report. Brazzaville: WHO AFRO.

Petersen, Z., Knudsen, A., de Kok, B., et al. (2022). Barriers to uptake of cervical cancer screening services in low- and middle-income countries: A systematic review. *BMC Women's Health*, 22, 13.

Randall, T. C., Ghebrey, R. G., Nsubuga, T., et al. (2020). Integrating cervical cancer screening with HIV care in Sub-Saharan Africa: A systematic review. *Journal of Global Oncology*, 6, 1234–1243.

République de Côte d'Ivoire. (2020). Loi portant réforme hospitalière. Abidjan: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.

Rosenbaum, A. J., Gage, J. C., Alfaro, K. M., Ditzian, L. R., Maza, M., Scarinci, I. C., & Cremer, M. L. (2016). Acceptability of self-collected human papillomavirus testing among women in rural El Salvador. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 134(2), 187–192.

Sagan, A., McDaid, D., Rajan, S., Farrington, J., & McKee, M. (2020). Dépistage: Quand est-il approprié? Comment le réaliser correctement? Synthèse sur les politiques de santé, 35. OMS Europe.

Sankaranarayanan, R., Swaminathan, R., Brenner, H., Chen, K., Chia, K. S., Chen, J. G., et al. (2010). Cancer survival in Africa, Asia, and Central America: A population-based study. *The Lancet Oncology*, 11(2), 165–173.

Sekhon, M., Cartwright, M., & Francis, J. J. (2017). Acceptability of healthcare interventions: An overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Services Research*, 17, 88.

Selmouni, F., Basu, P., Sauvaget, C., Bekkali, R., Lucas, E., & Muwonge, R. (2022). Lessons learnt from pilot cervical cancer screening and treatment programmes integrated into routine primary health-care services in Benin, Côte d'Ivoire and Senegal. *JCO Global Oncology*, 8, e2200072.

Stelze, D., et al. (2020). Estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV. *The Lancet*.

Tsu, V. D., Jeronimo, J., & Anderson, B. O. (2021). Why the time is right to tackle breast and cervical cancer in low-resource settings. *The Lancet Global Health*, 9(12), e1647–e1648.

United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: UN.

Wilson, J. M. G., & Jungner, G. (1968). *Principles and practice of screening for disease*. Geneva: World Health Organization.

Woody, C. A., Ferrari, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A., & Harris, M. G. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 219, 86–92.

World Health Organization. (2022). *Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem: Monitoring and evaluation framework*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2023). *Noncommunicable Diseases Progress Monitor*. Geneva: WHO.

Yimer, N. B., Mohammed, M. A., Solomon, K., Tadesse, M., Grutzmacher, S., Meikena, H. K., et al. (2021). Cervical cancer screening uptake in Sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *Public Health*, 195, 105–111. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.04.014>

8. Liste des illustrations

Figure 1: Incidence standardisée du cancer du col de l'utérus selon l'âge tout sexe confondu en 2022 (Globocan 2022)

Figure 2: Mortalité standardisée du cancer du col de l'utérus selon l'âge tout sexe confondu en 2022 (Globocan 2022)

Figure 3: L'approche fondée sur le parcours de vie pour les interventions de lutte contre le cancer du col de l'utérus

Figure 4: Cibles 90-70-90 pour l'élimination du cancer du col de l'utérus d'ici 2030

Figure 5: Taux d'incidence du cancer du col de l'utérus standardisé selon l'âge dans 78 pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure en 2020, 2070 et 2100 après la mise en œuvre de la stratégie d'élimination

Figure 6: Incidence et mortalité standardisées des cancers en Côte d'Ivoire

Figure 7: Incidence standardisée du cancer du sein selon l'âge tout sexe confondu en 2022 (Globocan 2022)

Figure 8: Mortalité standardisée du cancer du sein selon l'âge tout sexe confondu en 2022 (Globocan 2022)

Figure 9: Estimation de l'augmentation (%) du nombre de nouveaux cas et de décès par cancer du sein en fonction de la classification des pays, en s'appuyant sur l'indice de développement humain (IDH) des Nations Unies, 2020-2040

Figure 10 : Tendances de la prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes âgés de 30 à 79 ans (normalisée selon l'âge) dans la Région africaine, 2010–2019

Figure 11: Évolution prévue du nombre de personnes diabétiques dans le monde et par région (2024–2050)

Figure 12: Prévalence mondiale du diabète chez les 20–79 ans : estimations passées et projections à l'horizon 2050

Figure 13: Évolution du nombre de diabétiques en Côte d'Ivoire de 2000 à 2050

Figure 14: Principales étapes du processus de dépistage

Figure 15 : Organisation du Système sanitaire ivoirien

Figure 16: Localisation de la Sous-Préfecture d'Azaguié dans la Région de l'Agnéby-Tiassa

Figure 17: Cadre conceptuel du continuum de soins de l'approche intégrée de dépistage des MNT au CSU d'Azaguié

Figure 18: Evolution mensuelle du nombre de femmes dépistées, dans le cadre de l'approche intégrée de dépistage au CSU d'Azaguié de Février à Juillet 2025

Figure 19: Répartition des femmes dépistées par type d'examen et tranche d'âge au CSU d'Azaguié de février à Juillet 2025

Figure 20: Cascade de dépistage du cancer du col de l'utérus au CSU d'Azaguié de février à Juillet 2025

Figure 21: Répartition du nombre de femmes dépistées et le nombre cas détectés ou suspects par pathologie autre que le cancer du col de l'utérus dans le cadre de l'approche intégrée de dépistage au CSU d'Azaguié de février à Juillet 2025

9. Liste des tableaux

Tableau 1: Principaux indicateurs de dépistage intégré des cancers du col de l'utérus et du sein, Diabète, HTA et dépression au CSU d'Azaguié de Février à Juillet 2025

Tableau 2: Résultats du dépistage HPV et taux de positivité relatif selon la tranche d'âge au CSU d'Azaguié de février à Juillet 2025

Tableau 3: Caractéristiques des femmes dépistées interrogées dans la composante qualitative, CSU Azaguié, 2025

Tableau 4: Caractéristiques des prestataires de soins interrogés dans la composante qualitative, CSU Azaguié, 2025

10. Glossaire

1. Introduction	8
2. Revue de la littérature	10
2.1. Epidémiologie des maladies étudiées	10
2.1.1. Cancer du col de l'utérus	10
2.1.2. Cancer du sein	15
2.1.3. Hypertension artérielle	18
2.1.4. Diabète	20
2.1.5. Santé mentale	23
2.2. Définition des concepts clés	24
2.3. Cadres conceptuels mobilisés	25
2.3.1 Le modèle d'acceptabilité de Sekhon	25
2.3.2 Le cadre de l'OMS sur les services de santé intégrés et centrés sur la personne	26
2.3.3 Le cadre CFIR	26
2.3.4 Complémentarité des trois cadres	27
2.4. Études similaires en Afrique et ailleurs	27
2.5. Synthèse des études consultées	28
3. Méthodologie	29
3.1. Type d'étude	29
3.2. Cadre de l'étude	29
3.1.1. Système de santé ivoirien	29
3.1.2. Centre de Santé Urbain d'Azaguié	31
3.1.3. Continuum de soins et services de l'approche de dépistage intégrée des MNT	32
3.3. Population d'étude	33
3.3.1. Composante quantitative	33
3.3.2. Composante qualitative	33
3.4. Échantillonnage	33
3.4.1. Composante quantitative	33
3.4.2. Composante qualitative	33
3.5. Méthodes de collecte de données	35
3.6. Analyses des données	35
3.7. Aspects éthiques et réglementaires	35
4. Résultats	36
4.1. Résultats quantitatifs	36
4.2. Résultats qualitatifs	43
4.2.1 Profil des participants	
4.2.2 Thèmes principaux émergents	

5. Discussions	45
6. Conclusion	49
7. Références bibliographiques	51
8. Liste des illustrations	57
9. Liste des tableaux	58
10. Glossaire	59
11. Annexes	61
11.1. Annexe 1 : Guide d’entretien - Femmes utilisatrices	61
11.2. Annexe 2 : Guide d’entretien – Agents de santé communautaire	63
11.3. Annexe 3: Guide d’entretien – Prestataires de soins	64
11.4. Annexe 4: Interface du logiciel Atla.ti 25 utilisé pour les analyses des données qualitatives	66
11.5. Annexe 5: Matrice des codes et thématiques de la composante qualitative	67

11. Annexes

11.1. Annexe 1 : Guide d'entretien - Femmes utilisatrices

Bonjour Madame, Je suis Franck GNAHATIN. Dans le cadre de mon mémoire de Master2 de santé publique internationale, nous aimerions connaître votre expérience et votre avis sur les services intégrés de dépistage que vous avez reçus dans le cadre du projet de prévention des maladies non transmissibles. Toutes vos réponses seront confidentielles. Merci d'accepter de participer à cette étude.

A. Profil du répondant

Pouvez-vous nous indiquer votre âge, votre situation familiale et votre profession ?

Comment avez-vous entendu parler des services de dépistage intégrés des cancers du col de l'utérus, du sein, de l'hypertension artérielle, du diabète et de troubles mentaux ?

B. Parcours de soins

Pouvez-vous raconter comment s'est passée votre visite pour le dépistage intégré ?

Quels types de dépistage vous ont été proposés et lesquels avez-vous acceptés ?

Combien de temps a duré la visite et quelles étapes ont été nécessaires ?

C. Acceptabilité et satisfaction

Qu'avez-vous pensé de l'idée de regrouper plusieurs dépistages lors d'une seule visite ?

Avez-vous trouvé l'accueil et l'explication des prestataires satisfaisants ?

Y a-t-il eu des aspects qui vous ont mis mal à l'aise ou que vous n'avez pas appréciés ?

D. Accessibilité

Le service était-il facile à atteindre (distance, coût, horaires) ?

Pensez-vous que ce service soit accessible à d'autres femmes de votre communauté ?

E. Recommandations

Que faudrait-il améliorer pour que plus de femmes acceptent de venir ?

Recommanderiez-vous ce service à d'autres femmes ? Pourquoi

11.2. Annexe 2 : Guide d'entretien – Agents de santé communautaire

Bonjour Madame/Monsieur, Je suis Franck GNAHATIN. Dans le cadre de mon mémoire de Master2 de santé publique internationale, nous voulons comprendre votre rôle et votre expérience dans le projet de prévention des maladies non transmissibles. Cela nous aidera à améliorer le programme. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Vos propos resteront confidentiels. Merci d'accepter de participer à cette étude.

A. Informations générales

Depuis combien de temps êtes-vous agent de santé communautaire dans cette zone ?

Depuis combien de temps participez-vous au projet de prévention des maladies non transmissibles ?

B. Rôle et activités dans de prévention des maladies non transmissibles

Quelles sont vos principales tâches dans le cadre du projet (sensibilisation, mobilisation, suivi, etc.) ?

Comment identifiez-vous les femmes à orienter vers le dépistage ?

Quels outils ou supports utilisez-vous pour informer la communauté (affiches, réunions, visites à domicile, etc.) ?

C. Difficultés rencontrées

Quelles difficultés rencontrez-vous pour convaincre les femmes de venir au dépistage intégré ?

Y a-t-il des problèmes liés aux distances, aux coûts ou à la compréhension des messages ?

D. Perception et impact

Selon vous, qu'est-ce que les femmes pensent de cette approche intégrée (plusieurs dépistages le même jour) ?

Avez-vous constaté des changements dans votre communauté depuis le début du projet ?

E. Suggestions

Que faudrait-il améliorer pour faciliter votre travail dans ce projet ?

Quelles idées auriez-vous pour que plus de femmes participent au dépistage ?

11.3. Annexe 3: Guide d'entretien – Prestataires de soins

Bonjour Madame/Monsieur, je suis Franck GNAHATIN (PNLCa). Merci de participer à cette étude. Nous cherchons à comprendre votre expérience et votre perception concernant l'approche intégrée de dépistage du cancer du col, du sein et des principales MNT dans le cadre du projet de prévention des maladies non transmissibles. Vos réponses resteront confidentielles et anonymes.

A. Profil du répondant

Pouvez-vous préciser votre fonction, votre ancienneté dans ce poste et dans cette structure ?

Depuis combien de temps participez-vous au projet de prévention des maladies non transmissibles ?

B. Organisation et mise en œuvre

Pouvez-vous décrire comment l'approche intégrée de dépistage est organisée dans votre structure ?

Quels sont les services intégrés que vous proposez dans le cadre de la prévention des maladies non transmissibles ?

Comment se fait la coordination avec les autres services/programmes (MNT, SR, vaccination, etc.) ?

C. Faisabilité perçue

Disposez-vous des ressources matérielles, humaines et techniques nécessaires pour mettre en œuvre cette approche ?

Quelles sont les principales contraintes ou obstacles rencontrés dans l'organisation quotidienne ?

Selon vous, cette approche est-elle adaptée à votre contexte de travail ? Pourquoi ?

D. Acceptabilité et expérience

Comment percevez-vous la réaction des patientes face à cette offre intégrée ?

Quels sont, selon vous, les avantages de cette approche pour les patientes ?

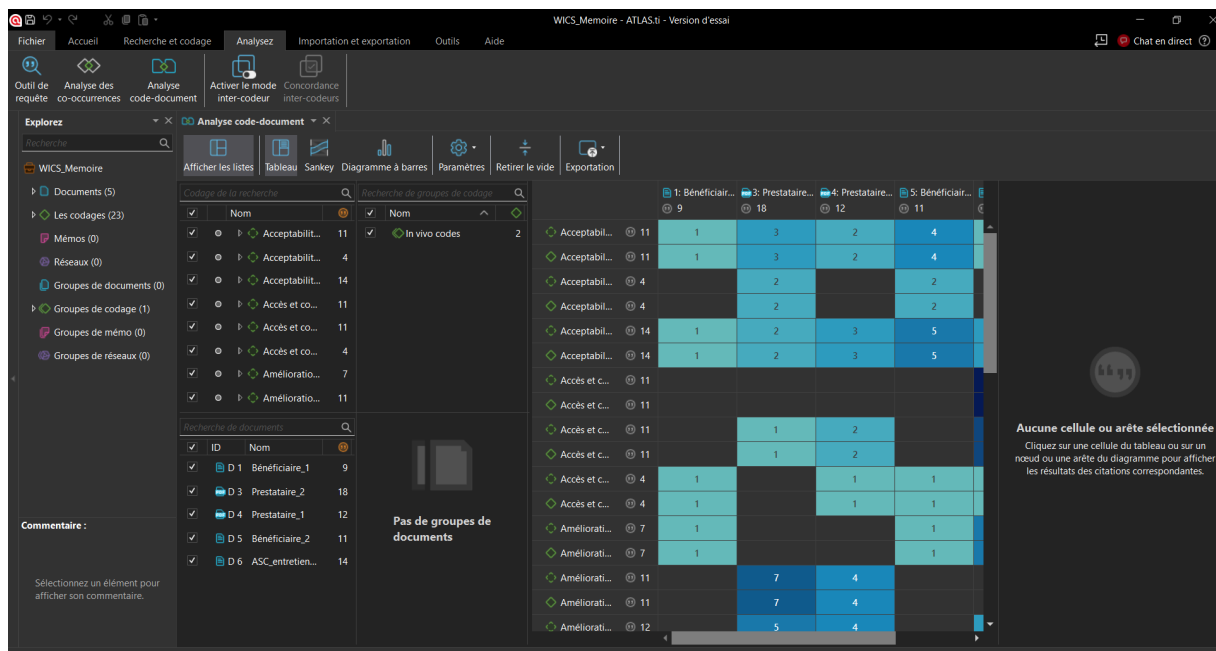
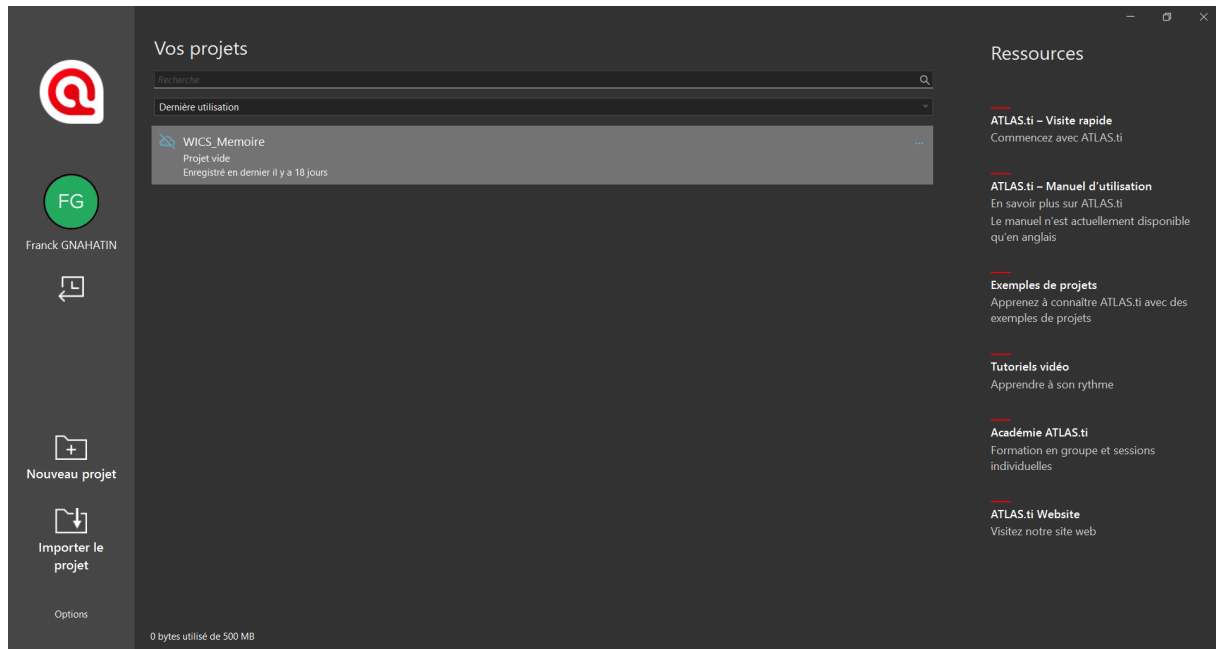
Quels changements (positifs ou négatifs) cette approche a-t-elle entraîné dans votre pratique ?

E. Suggestions

Quelles améliorations proposeriez-vous pour renforcer la faisabilité et l'acceptabilité de cette approche ?

Selon vous, quelles conditions seraient nécessaires pour étendre ce modèle à d'autres structures ou districts ?

11.4. Annexe 4: Interface du logiciel [Atla.ti](#) 25 utilisé pour les analyses des données qualitatives



11.5. Annexe 5: Matrice des codes et thématiques de la composante qualitative (Analyses [Atlat.ti](#) 25)

Code / Thème	Sous-thème	Citation illustrative	Interprétation analytique
Acceptabilité	Satisfaction et adhésion	« <i>J'ai accepté de faire le test parce qu'on m'a bien expliqué et que c'était gratuit</i> » Bénéficiaire_1	Le counselling et la gratuité renforcent l'adhésion des femmes aux services de dépistage intégrés.
	Perception des prestataires	« <i>Le dépistage est faisable, mais il nous faut plus de moyens et du temps pour bien accompagner chaque femme</i> » Prestataire_2	Les prestataires jugent l'approche acceptable mais conditionnelle à un meilleur soutien organisationnel.
Accès et connaissances	Rôle des ASC	« <i>Les femmes viennent parce que nous leur expliquons, mais il nous faut plus d'appui pour aller dans les villages</i> » ASC – entretien collectif	Les ASC sont essentiels pour la mobilisation communautaire, mais leur action est limitée par l'absence de moyens logistiques.
	Information des femmes	« <i>On nous a parlé du dépistage, sinon je n'aurais pas pensé venir</i> » Bénéficiaire_2	Le rôle de l'information préalable est crucial pour déclencher la demande de soins.

Contraintes / Faisabilité	Charge de travail	« <i>Nous devons faire plusieurs services en même temps, parfois c'est difficile de suivre toutes les patientes</i> » Prestataire_1	L'intégration accroît la charge de travail, nécessitant plus de personnel.
	Retard résultats HPV	« <i>Les femmes demandent leurs résultats, mais souvent ça tarde trop</i> » Prestataire_2	Le délai dans le retour des tests HPV fragilise la continuité du parcours de soins.
Améliorations suggérées	Ressources matérielles et humaines	« <i>Si on avait plus de kits et plus de collègues formés, ce serait mieux</i> » Prestataire_1	Besoin de renforcer les intrants et les ressources humaines.
	Soutien aux ASC	« <i>Il faudrait qu'on ait des moyens de transport pour aller plus loin</i> » ASC – entretien collectif	Les ASC demandent une meilleure logistique et une reconnaissance de leur rôle.
	Communication et sensibilisation	« <i>Beaucoup de femmes ne savent pas encore qu'on peut faire tous ces tests ici</i> » Bénéficiaire_2	Nécessité d'intensifier la sensibilisation communautaire pour accroître la couverture.