

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE



UNION-DISCIPLINE-TRAVAIL



Programme National de Lutte Contre le Cancer

NORMES ET DIRECTIVES

NATIONALES POUR LA PREVENTION
DU CANCER DU COL
DE L'UTERUS
EN CÔTE D'IVOIRE







NORMES ET DIRECTIVES NATIONALES POUR LA PREVENTION DU CANCER DU COL DE L'UTERUS EN CÔTE D'IVOIRE

Edition 2024

NORMES ET DIRECTIVES NATIONALES POUR LA PREVENTION DU CANCER DU COL DE L'UTERUS EN CÔTE D'IVOIRE

Edition 2024

Table	e des matières	
LIST	TE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS	5
LIST	ES DES TABLEAUX ET FIGURES	7
REM	IERCIEMENTS	8
PRE	FACE	9
CON	NTEXTE	10
1.1	CHAPITRE I : COMMUNICATION, SENSIBILISATION ET MOBILISATION COMMUNAUTAIRE	
1.1.	Changement Social et Comportemental (CSC) dans la prévention du cancer du col de 13	l'uterus
1.1.1	. Définition	13
1.1.2	. But	13
1.1.3	. Axes stratégiques de CSC	13
1.1.3	Cibles	16
1.2.	Cadre de mise en œuvre	19
1.2.1	. Etablissements sanitaires	19
1.2.2	. La communauté	19
1.2.3	. Communauté éducative et formation	20
1.2.4	. Canaux de communication	21
1.2.5	. Supports et outils de communication	22
2.1.	CHAPITRE II : PREVENTION PRIMAIRE Prévention des facteurs de risque	
2.2.	Vaccination contre le HPV	24
2.2.1	. Vaccins contre le HPV	24
2.2.2	. Stratégies de vaccination en Côte d'Ivoire	25
2.2.3	. Population cible	26
2.2.4	. Calendrier vaccinal	26
2.2.5	. Couverture vaccinale	26
2.2.6	. Conservation et gestion du vaccin	26
2.2.7	Coordination et planification de la mise en œuvre de la vaccination contre le	HPV27
3.1.	CHAPITRE III : PREVENTION SECONDAIRE DU CANCER DU COL DE L'UTER Test de dépistage	
3.2.	Traitement des lésions précancéreuses	36
3.3.	Counseling	40
3.4.	Suivi	41
3.5.	Gestion des complications	41
3.6.	Prestation de soins	44
3.7.	Référence et contre-référence	45

3.8.	Biopsie	45
	CHAPITRE IV : PREVENTION TERTIAIRE	48
4.1.	Moyens de traitement pour le cancer du col de l'utérus	48
4.2.	Modalités de traitement pour le cancer invasif du col utérin	50
	CHAPITRE V : INFRASTRUCTURES, EQUIPEMENTS ET CONSOMMABLES	
5.1.	Infrastructures	53
5.2.	Equipements, intrants et consommables	57
6.1.	CHAPITRE VI : FORMATION ET COMPETENCES But de la formation	
6.2.	Principaux éléments de la formation clinique efficace	
6.3.	Formation et renforcement des capacités des prestataires de santé	
6.4.	Qualification des compétences	72
6.5.	Supervision.	72
6.6.	Formation des formateurs	73
6.7.	Coordination des activités de formation	74
7.1.	CHAPITRE VII : SUIVI ET EVALUATION Intérêt	
7.1.	Système National d'Information Sanitaire (SNIS)	
7.3.	Système de collecte et de gestion des données	78
7.4.	Circuit des données	96
7.5.	Responsabilités de l'équipe de gestion	97
7.6.	Supervision.	99
7.7.	Evaluation	99
Anne	ANNEXESexe 1 : Liste des contributeurs	
Anne	exe 2 : Liste des kits de détection des infections à HPV selon les types de plateforme	105
Anne	exe 3 : Directive portant sur la réduction de dose vaccinale HPV en Côte d'Ivoire	107

LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS

ACCP Alliance for Cervical Cancer Prevention

ACU Approche de la Consultation Unique

ADN Acide Désoxyribonucléique

ADT Approche du Dépistage et Traitement
AFD Agence Française de Développement

AIBEF Association Ivoirienne pour le Bien Être Familial
AILC Association Ivoirienne de Lutte contre le Cancer

AMM Autorisation de Mise sur le Marché
ASC Agent de Santé Communautaire

ASFI Association des Sages-Femmes Ivoiriennes

CHEL Colpo-Hystérectomie Elargie et Lymphadénectomie

CHR Centre Hospitalier Régional

CHU Centre Hospitalier Universitaire

CNRAO Centre National de Radiothérapie et d'Oncologie médicale Alassane Ouattara

CSC Changement Social et Comportemental

CCSC Communication pour le Changement Social et Comportemental

CSE Chargé de Surveillance Epidémiologique

CSR Centre de Santé Rural
CTS Clinical Training Skill

DC-PEV Direction Coordonnateur - Programme Elargi de Vaccination

DC-PNLCa Direction Coordonnateur - Programme National de Lutte contre le Cancer

DFR Direction de la Formation et de la Recherche

DGS Direction Générale de la Santé

DPPS Direction de la Prospective, de la Planification et de la Stratégie

DFRS Direction de la Formation et de la Recherche en Santé

DHIS2 District Heath Information Software 2

DIEMP Direction des Infrastructures, de l'Equipement, de la Maintenance et du Patrimoine

DIIS Direction de l'Informatique et de l'Information SanitaireDMHP Direction de la Médecine Hospitalière et de Proximité

Direction de la Medecine Hospitanere et de Frox

DSC Direction de la Santé Communautaire

ESPC Etablissement Sanitaire de Premier Contact

FSUCOM Formation Sanitaire Urbaine à base Communautaire

FVVIH Femme Vivant avec Virus Immuno-déficient Humain

HG Hôpital Général

HPV Human PapillomavirusIDE Infirmier Diplômé d'Etat

INSP Institut National de Santé Publique

IVT Inspection Visuelle en vue du Traitement
 IST Infections Sexuellement Transmissibles
 IVA Inspection Visuelle à l'acide Acétique

IVL Inspection Visuelle après application du Lugol

JSC Jonction Squamo Cylindrique

MAPI Manifestations Post-vaccinales Indésirables

MSHPCMU Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle

NPSP Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique

OMS Organisation Mondiale de la Santé
 ONG Organisation Non Gouvernementale
 OSC Organisation de la Société Civile

PCR Polymerase Chain Reaction

PEV Programme Elargi de Vaccination

PMA Paquet Minimum d'Activité

PMT Praticiens de la Médecine Traditionnelle

PNLCa Programme National de Lutte contre le Cancer
PNLS Programme National de Lutte contre le Sida

PNLT Programme National de Lutte contre la Tuberculose

PNSM Programme National de Santé Mentale

PNSME Programme National de Santé de la Mère et de l'Enfant
PVVIH Personne Vivant avec Virus Immuno-déficient Humain

RAD Résection à l'Anse Diathermique

RCP Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SAGE Groupe consultatif stratégique d'experts en vaccination de l'OMS

SF Sage-Femme

SFDE Sage-Femme Diplômée d'Etat

SIDA Syndrome de l'Immunodéficience Humaine

SIL Système d'Information de Laboratoire

SMOSS Service de la Mutualité des Œuvres Sociales en Milieu Scolaire

SNIS Système National d'Information Sanitaire
SR/PF Santé Reproductive / planification Familiale

SSSU-SAJ Services de Santé Scolaire et Universitaire - Santé Adolescent Jeune

VAD Visite à domicile

VIH Virus Immuno-déficient Humain

VMS-D Visites Médicales Systématiques et de Déparasitage

VPH Virus du Papillome Humain

LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES

N°	Titres	Page
Tableau 1.1	Cibles du changement social et comportemental et actions attendues	12
Tableau 2.1	Schéma vaccinal HPV en vigueur en Côte d'Ivoire en vigueur en Côte d'Ivoire	26
Figure 3.1	Approche fondée sur le parcours de vie pour les interventions de lutte contre le cancer du col de l'utérus	30
Tableau 3.1	Sensibilité et spécificité des tests de dépistage dans la détection des maladies du col utérin	32
Tableau 3.2	Comparaison de la cryothérapie et Options RAD en traitement ambulatoire	37
Figure 3.3	Graphique d'évolution modèle pour la Prévention du cancer du col chez la femme	41
Figure 3.4	Système de santé par niveau, services fournis et du prestataire	42
Tableau 4.1	Prestation de services à différents niveaux	51
Figure 4.1	Intervention spécifique à différents niveaux du système de soins de santé dans le continuum de soins pour le contrôle du cancer du col de l'utérus	52
Tableau 5.1	Répartition des actes et traitement en fonction du niveau de la pyramide sanitaire	55
Tableau 5.2	Equipements et consommables pour la prévention du cancer du col de l'utérus	57
Figure 6.1	Niveaux de performance	69
Figure 6.2	Processus de développement des formateurs cliniques	69
Tableau 6.3	Principaux critères de sélection des prestataires de soins	71
Tableau 7.1	Plan de collecte des principaux indicateurs	80
Figure 7.1	Circuit de collecte et rapportage des données sur le cancer du col de l'utérus	96
Figure 7.2:	Circuit de collecte et de transmission des données sur le cancer du col de l'utérus	97

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, à travers le Programme National de Lutte contre le cancer (PNLCa) tient à remercier l'ensemble des experts nationaux et ceux des agences de coopération internationale et la société civile qui ont contribué à la réalisation de ce document. Ces remerciements vont en particulier :

- Aux Directions et directions de coordination des programmes de santé du MSHPCMU membres du Groupe Technique de Travail (GTT) du cancer du col de l'utérus et à toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce document ;
- Aux partenaires techniques et financiers pour leur appui technique et financier : Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Groupe AFD/Expertise France, Jhpiego, Médecins du Monde, Solthis ;
- Aux sociétés savantes : Société Ivoirienne de Pathologie (SIPath), Société de Gynécologie-Obstétrique de Cote d'Ivoire (SOGOCI), Société Ivoirienne d'Hématologie, Oncologie, et de Transfusion Sanguine (SIHO-TS);
- Les établissements publics nationaux et autres services de prise en charge des cancers : Centre National d'Oncologie Médicale et de Radiothérapie Alassane Ouattara (CNRAO) ; Services de Gynéco-obstétrique des CHU d'Abidjan et Bouaké, et de Cancérologie du CHU de Treichville ;
- A la société civile : Coalition des Organisations de Lutte contre le Cancer (COLCC) et ses ONG membres, le Réseau Ivoirien des Patients vivant avec le VIH (RIP+), l'Association des parents d'élèves de Côte d'Ivoire.

PREFACE



Le cancer du col de l'utérus représente l'une des menaces les plus préoccupante sur la vie des femmes à travers le monde, et plus particulièrement dans les pays à ressources limitées. Dans certains contextes, le cancer du col de l'utérus reste une maladie méconnue et les populations ont un accès insuffisant aux services de prévention. Ces insuffisances, ajoutées à un parcours de soins complexe entrainent le diagnostic et la mise

en route tardive de la prise en charge des femmes. Près des trois quarts des diagnostics sont tardifs, ce qui contribue à augmenter le taux de mortalité.

Dans la perspective de réduire le fardeau du cancer du col de l'utérus, la Côte d'Ivoire a endossé les recommandations qui découlent de l'initiative mondiale d'élimination du cancer du col de l'utérus d'ici 2030, sous le leadership de l'Organisation Mondiale de la Santé. Une plateforme multidisciplinaire destinée à encourager les partenariats et la collaboration pour mettre en œuvre la politique nationale est fonctionnelle. Ce document de normes et directives révisées pour la prévention du cancer du col de l'utérus vient en complément du plan stratégique national intégré de lutte contre le cancer 2022-2025, et vise à diffuser auprès du personnel de santé et tous les acteurs, les recommandations nationales concernant toutes les composantes de la lutte contre le cancer du col de l'utérus. Le taux de survie des femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus pourrait être amélioré par la mise en place de programmes efficaces de traitement de ce cancer.

Les données nationales actuelles et les avancées enregistrées dans la prévention et la prise en charge de la maladie exigeaient la révision des normes et directives qui datent de 2013. La vaccination des filles contre le virus du papillome humain, la disponibilité du test HPV et la disponibilité de la radiothérapie en Côte d'Ivoire sont entre autres les grands changements depuis 2013. Cette édition s'emploie à intégrer les technologies numériques pour la santé en vue de faciliter l'accès aux services de lutte contre le cancer du col de l'utérus, et améliorer leur efficience.

Je rends hommage à tous les acteurs du secteur santé et extra-sectoriels de la réponse au cancer, particulièrement aux structures qui ont contribué à l'élaboration de ce document dans la perspective de l'élimination du cancer du col de l'utérus, et dans l'attente de la stratégie nationale d'élimination dont le processus est désormais lancé.

En ma qualité de premier responsable du département de la santé, au nom du président de la république son Excellence Alassane Ouattara, j'appelle tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le cancer du col de l'utérus à se conformer à ce document et à redoubler d'effort pour que cette pathologie ne soit plus un problème de santé publique dans notre pays.

M. Pierre N'Gou DIMBA

Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle

Côte d'Ivoire

CONTEXTE

Le cancer est une préoccupation majeure à l'échelle mondiale. L'incidence est en augmentation dans le monde. En 2020, près de 19,3 millions de nouveaux cas ont été recensés chaque année et 9,9 millions de personnes en décèdent. Cette incidence pourrait croître jusqu'à 24,6 millions de nouveaux cas en 2030. Aussi, le taux de décès augmentera de façon vertigineuse jusqu'à atteindre 13 millions en 2030, si de véritables politiques de lutte ne sont pas mises en place. Environ 90% de ces nouveaux cas surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (OMS, 2018).

Parmi les cancers les plus prévalents dans ces régions, l'on compte le cancer du col de l'utérus à l'origine de 604 127 nouveaux cas et 341 831 décès dans le monde en 2020.

En Côte d'Ivoire, selon les estimations de Globocan 2020, chez la femme, il constitue le second cancer le plus fréquent après le cancer du sein, avec un taux d'incidence standardisé de 31,2 pour 100 000 femmes. Sa découverte demeure généralement tardive, limitant les possibilités thérapeutiques curatives dans 80% des cas avec une mortalité élevée.

Ces décès liés au cancer du col de l'utérus sont des pertes évitables, au regard de l'existence de preuves sur l'efficacité des programmes de prévention disponibles et des traitements à condition qu'il soit détecté suffisamment tôt et traité correctement.

Depuis la publication de la première édition du document des normes et directives pour la prévention du cancer du col de l'utérus (2013), des avancées majeures ont été enregistrées. La vaccination contre le *Human Papiloma Virus* (HPV) a été introduite dans le Programme Elargi de Vaccination (PEV) après une phase de démonstration réussie. Aussi, l'on note une extension nationale du programme de dépistage basé sur l'IVA/cryothérapie et son intégration dans le paquet minimum d'activité. Les femmes quel que soit leur statut VIH sont dépistées au sein de 178 sites ouverts à travers le pays, par près de 515 prestataires formés pour offrir le service (*Rapport Juillet 2022, PNLCa*). Des études antérieures ont rapporté les succès de ce programme tout en relevant des défis en lien avec les ruptures d'approvisionnement en gaz réfrigérant et les pannes fréquentes couplées à une maintenance irrégulière des équipements de cryothérapie, à l'origine de report de traitement et d'un taux élevé de perdus de vue.

Par ailleurs, l'offre de prise en charge des cancers invasifs s'est améliorée avec l'avènement de la radiothérapie en Côte d'Ivoire en 2018. Toutes ces initiatives ont été portées par des acteurs du ministère de la santé, et extra sectoriels (ministère de l'éducation nationale notamment), avec l'implication d'une société civile organisée et engagée. L'appel à l'accélération de l'élimination du cancer du col de l'utérus d'ici 2030 lancé par l'OMS, a motivé la mise à jour des directives de

prévention au plan international en Juillet 2021. A terme, les Etats devront atteindre les cibles de 90% de vaccination chez les jeunes filles avant 15 ans, 70% de dépistage à l'aide d'un « test hautement performant » chez les femmes âgées de 35 ans puis 45 ans, et enfin 90% de traitement des maladies du col de l'utérus (précancéreuses, ou cancéreuses). Ainsi, des approches innovantes telles que le test HPV et le traitement par thermo ablation ont été mises en avant. En Côte d'Ivoire, grâce aux partenaires techniques et financiers (Expertise France, Jhpiego, Médecins du Monde, AFD, Unitaid), deux projets d'appui au programme de prévention secondaire utilisent ces approches dans les régions d'Abidjan, de Bouaké et de Daloa. Le pays prévoit leur mise à échelle pour une meilleure couverture de ces interventions.

Aussi, le MSHPCMU, dans la perspective de l'élimination du cancer du col de l'utérus, a traduit les grandes actions de prévention et de prise en charge dans sa planification stratégique intégrée de lutte contre le cancer 2022-2025. Cette planification met en avant le déploiement et la coordination des innovations de prévention secondaire, et prévoit l'intensification de la vaccination HPV et l'accessibilité des soins anti-cancéreux.

Au regard de ces contextes international et national, il est important de réviser les directives pour la prévention du cancer du col de l'utérus pour une planification efficace, une meilleure organisation, une mise en œuvre facilitée et un suivi efficace des activités de prévention du cancer du col de l'utérus en Côte d'Ivoire.

Les directives ainsi révisées serviront de guide à l'attention des prestataires de soins, des partenaires du système et à tous les intervenants dans la lutte contre le cancer du col de l'utérus afin d'offrir des services standardisés de qualité, répondant aux réalités et besoins du pays.

Ce manuel de normes et directives révisé a pour objectifs de :

- Identifier les moyens de plaidoyer, de communication et de sensibilisation pour la lutte contre le cancer du col de l'utérus.
- Décrire les moyens, approches et le schéma vaccinal contre le HPV, suivant les populations cibles.
- Identifier et décrire les méthodes de dépistage et les possibilités thérapeutiques.
- Identifier les critères de formations, de qualification et de responsabilités des prestataires.

- Décrire l'équipement nécessaire pour la prise en charge du cancer du col de l'utérus.
- Faire le suivi et l'évaluation des activités de prévention du cancer du col de l'utérus (Gestion des données, recherches opérationnelles, système de référence et de contre référence).

REFERENCES

- 1. Hyuna S, Jacques F, Rebecca I S, Mathieu L, Isabelle S, Ahmedin J, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin [Internet]. 2021 May [cited 2022 Jul 18];71(3). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33538338/
- 2. World Health Organization. WHO Guidelines for Screening and Treatment of Precancerous Lesions for Cervical Cancer Prevention PubMed NCBI [Internet]. 2017 Aug [cited 2017 Aug 22]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24716265

CHAPITRE I : COMMUNICATION, SENSIBILISATION ET MOBILISATION COMMUNAUTAIRE

1.1. Changement Social et Comportemental (CSC) dans la prévention du cancer du col de l'utérus

1.1.1. Définition

L'expression changement social et comportemental (CSC) fait référence aux activités ou interventions qui visent à comprendre et permettre une évolution des comportements et des normes sociales, ainsi que des déterminants environnementaux sous-jacents. Les interventions de CSC sont fondées sur plusieurs disciplines, notamment la communication pour le changement social et comportemental (CCSC), la mobilisation communautaire, le marketing, le soutien, l'économie comportementale, la conception centrée sur l'Homme et la psychologie sociale. Le CSC est une composante transversale que l'on doit retrouver dans toutes les activités de prévention du cancer du col de l'utérus.

1.1.2. But

Le CSC vise à faciliter l'adoption de comportements durables individuels et collectifs en faveur de l'élimination du cancer du col de l'utérus.

1.1.3. Axes stratégiques de CSC

La combinaison de stratégies de communication permettra l'atteinte des cibles. Il s'agit notamment de :

1.1.3.1 Communication en appui au programme

Ce type de communication comprend les actions qui visent à influencer :

- le climat politique,
- les décisions concernant des programmes ou des politiques,
- les idées du public à l'égard de certaines normes sociales,
- les décisions de financement,
- le soutien et l'autonomisation de la communauté (y compris les femmes).

1.1.3.2 Mobilisation sociale

La mobilisation sociale est au sens large du thème, la responsabilisation de toute la société par rapport à une action collective d'intérêt commun. Il s'agit d'un processus qui consiste à rallier le maximum d'acteurs de l'ensemble des secteurs sociaux et leurs alliés, notamment les

leaders, les institutions, les services, les groupements féminins et associations et les communautés, pour appuyer la stratégie de prévention du cancer du col de l'utérus. La mobilisation sociale est aussi la mise en commun des connaissances et des expériences des différents partenaires pour la réussite de la stratégie de prévention.

Les principes de bases de la mobilisation communautaire pour la prévention du cancer du col de l'utérus sont :

- la prise de conscience : Amener la population à reconnaître le fardeau du cancer du col de l'utérus et la nécessité de participer à l'élimination de cette pathologie ;
- l'auto-analyse : faire en sorte que les idées et solution de lutte résultent de la population elle-même ;
- l'appropriation : les communautés doivent logiquement s'approprier les solutions mis en place pour la lutte contre le cancer du col de l'utérus ;
- la responsabilisation : il s'agit de confier aux individus des prérogatives et actions à mener afin qu'ils soient pleinement intégrés au projet en cours. Il faut en faire des acteurs et non de simples spectateurs ;
- la solidarité : chacun œuvre pour l'amélioration de la situation de tous ;
- le respect du savoir local : Au niveau local, les populations ont des savoirs découlant d'expériences de plusieurs générations. La connaissance de ces savoirs locaux doit permettre de mieux orienter une action de mobilisation sociale si on veut que les populations concernées s'y retrouvent.

1.1.3.3 Plaidoyer

Le plaidoyer est un processus qui vise à influencer les décisions politiques. Il s'agit en fait d'une démarche visant à :

- mobiliser et influencer les leaders et les organisations clés responsables de la formulation des politiques, de la prise de décisions et de l'allocation des ressources nécessaires à la réalisation des activités de prévention du cancer du col de l'utérus.
- susciter l'adhésion des dirigeants politiques et sociaux, des chefs d'entreprises,
- intégrer la sensibilisation sur la vaccination HPV et le dépistage du cancer du col de l'utérus à toutes activités de communication sur le cancer du sein, notamment lors de la campagne « Octobre Rose ».

1.1.3.4 Participation communautaire

La participation communautaire est le processus par lequel on travaille en partenariat avec la

communauté pour la mise en œuvre d'une action ou d'une activité réalisable, désirée et durable. Les individus ou les membres de la communauté s'approprient la responsabilité de l'amélioration de leur santé, l'identification de leurs besoins, la planification et la mise en œuvre jusqu'au suivi et à l'évaluation des actions qui contribuent à leur bien-être individuel et communautaire. C'est l'engagement actif de la population locale.

1.1.3.5 Marketing social

Le marketing social est une approche utilisée pour développer des activités visant à modifier ou à maintenir le comportement des personnes à leur avantage. Il s'agit de :

- Identifier les messages positifs pour encourager les populations cibles à solliciter les services de vaccination et de dépistage
- Utiliser des témoignages de :
 - Femmes ayant été vaccinées contre le HPV à l'adolescence
 - Femmes dépistées et traitées pour encourager au dépistage
 - Patientes guéries ou en rémission pour encourager les malades à l'adhésion et à l'initiation précoce du traitement anti-cancéreux
- Encourager la création, l'encadrement de groupes sociaux et de groupes de paroles dont le but serait de renforcer l'appropriation et l'accès à la vaccination contre le HPV, le dépistage et l'adhésion au traitement du cancer du col de l'utérus.
- Encourager les structures ou organisations de lutte contre le cancer et les entreprises à intégrer la sensibilisation sur la vaccination contre le HPV et le dépistage du cancer du col de l'utérus à toutes les activités de communication sur le cancer du sein, notamment lors de la campagne « Octobre Rose »,
- Communiquer sur le cancer du col de l'utérus à la faveur du « Janvier sarcelle » ; le mois de janvier étant dédié à la mobilisation contre le cancer du col de l'utérus, mais aussi au cours de certaines journées dédiées à la femme.

1.1.3.6 Partenariat

Il s'agit d'actions de soutien coordonnées que peuvent entreprendre ensemble le personnel de santé et les membres des communautés concernées afin d'atteindre leur objectif commun, qui est de fournir des services accessibles, fiables et conviviaux, utilisés au mieux par tous.

De tels partenariats sont fondés sur le principe que lorsque les communautés participent

activement à la planification, à la fourniture et à l'évaluation des services de prévention et de traitement du cancer du col de l'utérus, cela accroit le sentiment de confiance et l'appropriation de ces services au sein des communautés.

1.1.3 Cibles

Tableau 1.1: Cibles du changement social et comportemental et actions attendues

Cibles	Groupes	Actions attendues		
		- Comprendre la gravité du cancer du col de l'utérus		
		- Se présenter au site de vaccination pour recevoir les		
	Adolescentes /	doses de vaccin contre le HPV nécessaires		
	Jeunes filles	- Limiter les facteurs de risque		
		- Être un relais d'information sur la vaccination contre		
		le HPV		
		- Comprendre la gravité du cancer du col de l'utérus		
	Femmes	- Limiter les facteurs de risque		
	1 01111100	- Adopter les moyens de prévention du cancer du col de		
		l'utérus		
		- Se faire dépister pour le cancer du col de l'utérus		
		- Être un relais d'information sur le cancer du col de		
		l'utérus		
		- Accompagner leurs filles à la vaccination contre le		
Cibles		HPV		
prioritaires		- Comprendre la gravité du cancer du col de l'utérus		
_		- Limiter les facteurs de risque		
		- Encourager leur femme à se faire dépister du cancer		
		du col de l'utérus		
	Hommes	- Encourager et soutenir leur femme pendant le		
		traitement		
		- Être un relais d'information sur le cancer du col de		
		l'utérus dans leur communauté		
		- Accompagner leurs filles aux sites de vaccination contre le HPV		
		 Comprendre la gravité du cancer du col de l'utérus Accompagner les jeunes filles aux sites de vaccination 		
	Parents/tuteurs	contre le HPV		
	des jeunes filles	- Être un relais d'information sur la vaccination contre		
	acs jeunes inies	le HPV		
		- Comprendre la gravité du cancer du col de l'utérus		
		- Relayer l'information sur les moyens de prévention et		
Cibles	Autorités	les facteurs de risque		
secondaires	administratives	- Informer les populations sur l'efficacité et l'innocuité		
~ JUJII WHII UN	et sanitaires	du vaccin contre le HPV, et contribuer à la réalisation		
		du vaccin contre le 111 v, et contribuet à la realisation		

Г	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
Communauté	des séances de vaccination intensives - Contribuer à la mise en place et au fonctionnement des services de prévention et de prise en charge du cancer du col de l'utérus - Informer les populations sur les structures qui offrent les services de prévention secondaire (dépistage et traitement des lésions précancéreuses) et de traitement du cancer du col de l'utérus - Comprendre la gravité du cancer du col de l'utérus - Aider à l'identification de la cible et faciliter les
éducative et formation	séances de vaccination contre le HPV à l'école - Expliquer la nécessité de la prévention du cancer du col de l'utérus à leurs membres
Leaders communautaire et religieux	 Contribuer à la déconstruction des rumeurs et préjugés sur la vaccination contre le HPV Informer les populations sur les structures qui offrent les services de prévention secondaire (dépistage et traitement des lésions précancéreuses) et de traitement du cancer du col de l'utérus
Organisation d la Société Civile (OSC)¹et les travailleurs sociaux	 Faire un plaidoyer pour l'adoption/révision de réformes/textes, et la mobilisation des ressources pour renforcer la lutte contre le cancer du col de l'utérus Accompagner les usagers des services de santé dans leur parcours de soins Organiser des groupes de parole pour les partages d'expérience Faire la recherche active des perdues de vue
Professionnels de santé	- Partager avec les populations les informations correctes sur la vaccination contre le HPV, le

¹ Associations et ONG

dépistage et la prise en charge du cancer du col de
l'utérus
- Administrer le vaccin contre le HPV selon les
directives en vigueur à la cible y compris leurs filles
- Gérer correctement les manifestations post vaccinales
indésirables
- Réaliser le dépistage et la prise en charge du cancer du
col de l'utérus selon les normes et directives
nationales
- Proposer systématiquement la vaccination et le
dépistage du cancer du col de l'utérus aux populations
éligibles
- Orienter la population vers les services de prise en
charge du cancer du col de l'utérus
- S'approprier la prévention contre le cancer du col de
l'utérus par la vaccination et le dépistage
- Partager l'information correcte avec les membres de
leurs corporations et aux usagers de services sur la
vaccination contre le HPV, les techniques de dépistage
et les traitements disponibles
- Accompagner le ministère de la santé en s'impliquant
dans le renforcement des capacités du personnel de
santé, l'orientation des politiques et la prise de
décisions pour la lutte contre le cancer du col de
l'utérus
- Editer et diffuser les recommandations sur la
vaccination et le dépistage du cancer du col de l'utérus
- Comprendre la gravité du cancer du col de l'utérus
- S'approprier le bien-fondé de la vaccination contre le
HPV, de la détection précoce du cancer du col de
l'utérus
- Diffuser l'information vraie sur la vaccination contre
le HPV, le dépistage et les moyens de traitement
disponibles
- Comprendre la nécessité de la prévention du cancer du
col de l'utérus et le bien-fondé de la vaccination
contre le HPV
- Assurer le relai du professionnel de la santé en aidant
à la sensibilisation dans la communauté :
Canadalliaan idantifian at aniantan las issues fillas
Sensibiliser, identifier et orienter les jeunes filles
vers les services de vaccination
vers les services de vaccination Sensibiliser, présenter les méthodes de
vers les services de vaccination

	>	Rechercher les clientes qui ont manqué leurs
		rendez-vous

1.2. Cadre de mise en œuvre

Le CSC est réalisé partout où se déroule une activité liée à la prévention du cancer du col de l'utérus. Les lieux de prédilection sont la communauté, les structures sanitaires publiques et privées, les pharmacies, les établissements scolaires, les lieux de culte et les lieux publics. Les activités de CSC doivent être permanentes et intégrer toutes les parties prenantes. Elles doivent être guidées par un plan de communication élaboré à cet effet.

1.2.1. Etablissements sanitaires

Les établissements de santé sont responsables de la mise en œuvre de la stratégie de communication appropriée pour accroître l'utilisation des services de prévention du cancer du col de l'utérus. Ainsi, une bonne stratégie de communication à ce niveau exige :

- Un personnel bien formé pour assurer l'information et le conseil aux populations. Le prestataire doit pouvoir informer les usagers des services sur le lien entre le HPV et la survenue du cancer du col de l'utérus, sur les moyens de prévention (Vaccination contre le HPV et le dépistage) et les moyens de traitements. Il insistera sur la « nature silencieuse » des lésions précancéreuses du col de l'utérus.
- Des messages clés en matière d'information et d'éducation appropriée pour les clients
- Un guide d'informations pour la prévention du cancer du col de l'utérus développées et adaptées aux spécificités du public concerné.
- Une diffusion des informations clés sur la prévention du cancer du col de l'utérus dans toutes les structures de la pyramide sanitaire.
- Une disponibilité de matériels pédagogiques adaptés et qui contiennent des informations cohérentes et précises (Voir chapitre formation et compétences).

1.2.2. La communauté

En Côte d'Ivoire, les leaders et les agents de santé communautaires représententune partie essentielle de la communauté. Ils doivent jouer un rôle clé dans la promotion, l'acceptabilité et l'utilisation des services de prévention du cancer du col de l'utérus.

Il est donc important de leur fournir des informations correctes sur le programme existant.

Leur rôle sera de :

- Promouvoir et fournir des informations sur les services de prévention et de prise en charge du cancer du col de l'utérus, à travers leurs activités et canaux habituels de communication,
- Identifier les populations cibles et aider les femmes à prendre des décisions pour se rendre dans les structures sanitaires offrant les services de prévention et de prise en charge du cancer du col de l'utérus
- Sensibiliser et impliquer les hommes à soutenir leur femme pour le dépistage et le traitement
- Sensibiliser et motiver les hommes à accepter et accompagner leurs filles pour la vaccination contre le HPV.

L'implication des femmes ayant été traitées avec succès d'une lésion précancéreuse ou d'un cancer du col de l'utérus dans l'éducation et la sensibilisation à la prévention, devrait également être pris en compte. En effet, elles ont une meilleure compréhension de l'importance du dépistage précoce et peuvent fournir des messages convaincants basés sur leur expérience.

Les personnes ressources suivantes peuvent être utilisées efficacement pour livrer des messages appropriés :

- Le chef et les membres du gouvernement
- Les dirigeants politiques
- Les chefs coutumiers
- Les guides religieux
- Les agents de santé communautaire
- Les bloggeurs
- Les groupes culturels (notamment les artistes locaux)
- Les élus locaux
- Les praticiens de la médecine traditionnelle (PMT).

1.2.3. Communauté éducative et formation

La communauté éducation et formation constitue une frange importante de la population qui regroupe les enseignatnt.e.s, les encadreur.e.s, les adolescents (es) et les jeunes. Il est important de leur fournir des informations correctes sur le cancer du col de l'utérus afin qu'elles prennent

conscience de ce fléau et adoptent des comportements idoines ou s'engagent dans la lutte contre le cancer du col de l'utérus. La sensibilisation doit se faire dans les services de santé scolaire et universitaire—santé adolescent et jeune (SSSU-SAJ), les infirmeries des lycées et collèges, les clubs santé, les espaces sûrs, service de la mutualité des œuvres sociales en milieu scolaire (SMOSS) et les Centres Sociaux, les services des œuvres universitaires, les infirmeries des écoles et universités.

1.2.4. Canaux de communication

Conformément aux stratégies de communication, les différentes cibles seront atteintes à travers les canaux suivants :

Médias de masse

- Les chaines de télévisions publiques, privées et confessionnelles,
- Les radios nationales, de proximités, commerciales et confessionnelles ;
- La presse écrite et la presse en ligne
- L'affichage (message adapté + images).

• Communication interpersonnelle

La communication interpersonnelle est le processus d'échange d'informations, d'idées et de sentiments entre deux ou plusieurs personnes par des méthodes verbales ou non verbales. Elle est menée par :

- Les ASC (visites à domicile);
- Les OSC, Organisations à base communautaires (réunions, causeries de groupe);
- Les professionnels de santé et les autorités administratives (Réunions);
- Les responsables d'établissement scolaires
- Les sociétés savantes (congrès, colloques, circulaires)
- Les Griots.

• Les évènements

Il faut accentuer la mobilisation, la sensibilisation et la communication pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au cours des évènements suivants :

- Les activités culturelles (Slam, théâtre, sketch) et festivals,
- les journées/mois thématiques :
 - o janvier Sarcelle : mois de lutte contre le cancer du col de l'utérus ;
 - 4 mars : journée internationale de sensibilisation sur les HPVs et les maladies induites ;

- o 8 mars : journée internationale des droits de la femme,
- o La fête des mères,
- Octobre rose: mois de lutte contre le cancer du sein,
- o 17 novembre : journée de commémoration du lancement de la stratégie mondiale d'élimination du cancer du col de l'utérus),
- o Le 1^{er} décembre : Journée internationale de lutte contre le VIH,
- o ...

Autres canaux

- L'internet (réseaux sociaux, application E-santé-jeune, ...)
- Messages automatisés (Chatbot)
- Appels téléphoniques
- SMS (U-Report)

1.2.5. Supports et outils de communication

Des supports de communication seront produits et diffusés pour soutenir les différentes stratégies de communication :

- Affiches
- Affichettes
- Dépliants
- Cartes conseils
- Bande dessinée
- Spots et émissions TV et radio
- Banderoles
- Boites à images
- Gadgets promotionnels (Tee-shirts; Polos, Casquettes, Porte-clés, Brassards, Bandeaux, bracelets, calendriers, ...)
- Kakemonos
- Flash card, atlas, brochures
- Bandes dessinées, calendriers, bracelets, etc

La combinaison de canaux de communication est recommandée dans le CSC pour la prévention du cancer du col de l'utérus. Les messages utilisés lors de la communication doivent

être cohérents, culturellement spécifiques et appropriés aux communautés.

RÉFÉRENCES

- 1. MOHSW 2008. Prévention du cancer du col de l'utérus en Ouganda, Ministère de la Santé et Bien-être social: Counseling et le Guide de mobilisation communautaire.
- 2. OMS 2017. Plaidoyer pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus en Afrique [Internet]. [cité 2022 Dec 30]. Disponible : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260512/9789290312468-fre.pdf

CHAPITRE II: PREVENTION PRIMAIRE

La prévention du cancer du col de l'utérus implique la prévention de l'infection par le HPV qui est l'infection sexuellement transmissible (IST) la plus répandue au monde. La quasi-totalité des cas de cancer du col de l'utérus est causée par une infection persistante par les HPV oncogènes. Il existe une variété de sous-types de HPV (200 environ) qui causent le cancer du col de l'utérus. Les sous-types prédominants sont le 16 et le 18, responsables de 70% de l'ensemble des cancers du col de l'utérus. Ils sont transmis par contact sexuel avec ou sans pénétration. La prévention primaire peut être atteinte grâce à des approches prenant en compte le changement de comportement pour l'éviction des facteurs de risques de l'infection par le HPV, et à la vaccination contre le HPV.

2.1. Prévention des facteurs de risque

Les méthodes classiques de lutte contre les IST s'appliquent à la prévention de l'infection par le HPV. Les pratiques sexuelles plus sûres (retarder le début de l'activité sexuelle, diminuer le nombre de partenaires sexuels, l'abstinence sexuelle, l'utilisation du préservatif, la fidélité) et la circoncision masculine peuvent concourir à réduire le risque de transmission de l'infection à HPV. Aussi, l'adoption d'un comportement sain (éviction du tabagisme, de l'usage abusif de dermocorticoïdes sans prescription médicale), une bonne prise en charge des autres IST (VIH, *chlamydiae*, etc.) peuvent également aider à la réduction de la contamination ou de la virulence de l'infection à HPV.

2.2. Vaccination contre le HPV

La vaccination des adolescent.es est l'intervention la plus efficace à long terme pour réduire le risque de développer un cancer du col de l'utérus.

2.2.1. Vaccins contre le HPV

Il existe actuellement six vaccins prophylactiques contre le HPV qui ont reçus l'autorisation de mise sur le marché (AMM) et/ou préqualifiés² par l'OMS.

- Les vaccins bivalents : ces vaccins protègent contre les génotypes HPV 16 et 18
 - Le *Cervarix*®

2

² L'OMS fournit à l'UNICEF et à d'autres organismes des Nations Unies qui achètent des vaccins un service visant à déterminer l'acceptabilité, en principe, des vaccins provenant de différentes sources destinées à approvisionner ces organismes. La procédure détaillée et la liste la plus récente des vaccins préqualifiés peuvent être consultées à l'adresse https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/mi4a/who-mi4a-global-market-study-hpv.pdf?sfvrsn=649561b3 1&download=true

- Le *Walrinvax*®
- Le Cecolin®
- Les vaccins anti-HPV quadrivalents : ils protègent contre les génotypes 6, 11, 16 et 18
 - Le Gardasil quadrivalent ou *Gardasil-4*®,
 - Le Cervayax®
- Le vaccin anti-HPV nonavalent :
 - Le Gardasil nonavalent ou *Gardasil-9*® protège contre les génotypes 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58.

Ces vaccins ont été évalués à travers de grands essais cliniques et ont prouvé leurs capacités à empêcher la transmission des deux types de génotypes 16 et 18. Ces vaccins fournissent également une protection croisée contre d'autres génotypes d'HPV oncogènes.

2.2.2. Stratégies de vaccination en Côte d'Ivoire

En Côte d'Ivoire, les vaccins enregistrés sont le Cervarix® en vente dans les officines, et le Gardasil-4® utilisé dans le PEV chez les filles de 9 ans, depuis le 25 Novembre 2019. Vu l'importance des autres types de HPV oncogènes, l'utilisation du vaccin nonavalent dans le PEV pourrait être adoptée en fonction des ressources disponibles.

Il y a 3 stratégies de vaccination principales qui sont :

- la stratégie fixe : elle couvre les cibles vivant dans les localités situées dans un rayon de 5 Km d'un établissement sanitaire. Du fait de la croissance démographique et de l'accessibilité restreinte, certaines localités, principalement en milieu urbain et périurbain, bénéficient de postes avancés de vaccination dans le cadre de la vaccination de routine.
- la stratégie avancée : elle couvre les cibles vivant dans un rayon de 5 à 15 Km d'un établissement sanitaire. L'agent de santé se déplace vers les populations.
- la stratégie mobile : elle couvre les cibles vivant au-delà de 15 km d'un établissement sanitaire. Les stratégies mobiles sont organisées par le district sanitaire.

Ces stratégies sont conduites en routine dans les centres de santé publics, les services de santé scolaire et universitaire, les écoles et dans la communauté. Les séances de vaccination en stratégie avancée et mobile sont planifiées et organisées selon un circuit en collaboration avec les enseignants, les leaders communautaires, religieux et les ASC.

La vaccination contre le HPV doit se faire conjointement avec les Visites Médicales Systématiques et de Déparasitage (VMS-D) pour les filles scolarisées et non-scolarisées.

Cette activité de vaccination est offerte aux filles immunodéprimées VIH positif, dès l'âge de 9 ans, à travers les services de prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH).

2.2.3. Population cible

La cible du PEV de routine est constituée des filles âgées de 9 à 14 ans.

2.2.4. Calendrier vaccinal

Depuis l'introduction du vaccin en Côte d'Ivoire, deux doses espacées de 6 mois, étaient administrées à la cible non immunodéprimée ; et trois doses chez les filles vivant avec le VIH.

De récentes études ont montré qu'un schéma à une dose offre des niveaux de protection comparable à ceux d'un schéma à deux ou trois doses. Fondées sur ces études, l'OMS a recommandé en avril 2022 l'adoption de la dose unique par les programmes nationaux. Cette mesure permettrait d'élargir la cible à vacciner et à accroître la disponibilité des vaccins.

Ainsi, la Côte d'Ivoire a adopté le schéma vaccinal à dose unique de la vaccination contre le HPV pour la cible non immunodéprimée. La vaccination des garçons pourra être envisagée selon la disponibilité des vaccins et des ressources.

Les vaccins contre le HPV ne sont pas recommandés chez les filles enceintes connues.

Le schéma en vigueur et les récentes recommandations de l'OMS à travers le *Strategic Advisory Group of Experts on Immunization* (SAGE) sont présentés dans le tableau 2.1.

2.2.5. Couverture vaccinale

L'objectif de la couverture vaccinale pour l'élimination du cancer du col de l'utérus est fixé à 90 % (filles de 9 à 14 ans) d'ici à 2030. Le taux de couverture vaccinale pour l'année 2022 en Côte d'Ivoire était de 64 % pour la première dose, ce qui est en deçà de l'objectif fixé (PEV Cote d'Ivoire).

2.2.6. Conservation et gestion du vaccin

La manipulation des vaccins nécessite beaucoup de précautions.

Le vaccin contre le HPV est sensible à la congélation (température inférieure ou égale à 0°) et

à la lumière. Il faut donc des conditions de conservation minutieuse pour éviter de les rendre inefficace et inutilisable. Il doit être transporté et conservé entre +2°C et +8°C jusqu'à son administration.

Tableau 2.1: Schéma vaccinal HPV en vigueur en Côte d'Ivoire

Groupe d'âge	Nombre de doses	1 ^{ère} dose	2 ^{ème} dose	3ème dose
	P	EV de routine		
Fille de 9 ans	1	Dès 09 ans	-	Non Recommandée
Fille de 9 ans immunodéprimée VIH positif	3	Dès 09 ans	2 mois après la 1 ^{ère} dose	4 mois après la 2 ^{ème} dose
Calendrier de rattrapage				
Fille de 10-14 ans ³	1	Entre 10-14 ans	-	Non recommandée

2.2.7. Coordination et planification de la mise en œuvre de la vaccination contre le HPV

Pour une meilleure coordination et la planification de la mise en œuvre de la vaccination contre le HPV, le Ministère en charge de la Santé, à travers la DC-PEV fait intervenir toutes les parties prenantes :

- Les directions et programmes techniques du ministère en charge de la santé ;
- Le Ministère en charge de l'éducation nationale ;
- Le Ministère en charge de l'enseignement supérieur ;
- Le Ministère en charge de la femme, de la famille et de l'enfant ;
- Le Ministère en charge de l'emploi et de la protection sociale ;
- Les associations et organisations intervenant dans la lutte contre le cancer ou le VIH;
- Les partenaires techniques et financiers, etc.

-

³ Les filles immunodéprimées au VIH reçoivent 3 doses, lors de la vaccination de rattrapage

POSITION DE L'OMS SUR LA DOSE UNIQUE DE LA VACCINATION ANTI-HPV

Le 11 avril 2022, le Groupe consultatif stratégique d'experts en vaccination (SAGE) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a conclu qu'un vaccin anti-papillomavirus à dose unique confère une solide protection contre le HPV, comparable à un schéma à deux ou trois doses, et a recommandé aux pays de mettre à jour leur calendrier vaccinal pour y inclure une option à dose unique. Cette recommandation permissive pourrait changer la donne et permettre aux programmes nationaux de vaccination de commencer ou d'adopter un calendrier à dose unique pour le vaccin.

En effet, le SAGE a pris en compte les données issues d'une revue systématique mise à jour sur l'immunogénicité, l'efficacité potentielle et l'efficacité en population des schémas de vaccination monodose par rapport à l'absence de vaccination et aux schémas multidose. Cette revue portait sur 55 études⁴, dont 20 étaient de nouvelles études non incluses dans la revue menée en 2019. La revue a mis en évidence une efficacité potentielle et une efficacité en population comparables entre les schémas monodose et multidose dans la prévention de l'infection persistante par les sérotypes 16 et 18 du HPV, pouvant durer jusqu'à 10 ans après la vaccination. Les estimations proviennent principalement d'études d'observation qui présentent un risque important de biais en raison de facteurs de confusion. Toutefois, un essai clinique randomisé de qualité mené au Kenya inclus dans la revue a également mis en évidence l'efficacité élevée d'une seule dose de vaccin contre le HPV (97,5%) chez les jeunes filles jusqu'à l'âge de 20 ans. Bien qu'il n'y ait pas de corrélat de protection connu des anticorps contre l'infection ou la maladie, les niveaux d'anticorps après un schéma monodose étaient inférieurs à ceux observés après un schéma multidose. Toutefois, ces niveaux sont restés stables et la séropositivité contre les sérotypes 16 et 18 du HPV a persisté jusqu'à 11 ans après une seule dose. D'autres données sur les schémas monodose issues d'essais d'efficacité, y compris des essais dont les résultats intermédiaires ont été examinés par le SAGE, seront disponibles au cours des 3 prochaines années. Sur la base des données récentes sur l'efficacité potentielle et l'efficacité en population, le SAGE a approuvé l'optimisation des schémas de vaccination contre le HPV.

Pour les 9-14 ans, les programmes nationaux de vaccination peuvent utiliser un schéma vaccinal monodose ou un schéma à 2 doses espacées d'au moins 6 mois.

L'option monodose hors indication pour la vaccination systématique et la vaccination de rattrapage des cohortes multiâges est recommandée du point de vue de la santé publique, car elle offre des niveaux de protection individuelle comparables tout en étant plus rentable et plus efficace (moins de doses par cas de cancer évité), permet davantage de flexibilité programmatique et ouvre la voie à l'élargissement des cohortes multi-âges ciblées. Les données de modélisation étayent cette recommandation et démontrent que la mise en œuvre de stratégies de vaccination de rattrapage de cohortes multi-âges avec une seule dose serait plus favorable que les stratégies de vaccination systématique de cohortes avec 2 doses en termes de cas de cancer du col de l'utérus évités.

Un schéma monodose devrait être envisagé avec les vaccins contre le HPV⁵ pour lesquels on dispose de données d'efficacité ou d'extrapolation (immunobridging) à des vaccins dont l'efficacité d'une seule dose a été prouvée. L'immunobridging fait référence aux preuves établissant que les niveaux d'anticorps de pointe et de plateau à 24 mois pour un vaccin sont comparables à ceux de vaccins dont l'efficacité d'une seule dose a été prouvée⁶. La couverture mondiale de la vaccination contre le HPV a chuté jusqu'à 13 % en 2020. Grâce aux schémas à dose unique, il est plus facile pour les programmes de proposer le vaccin aux "cohortes multi-âges" de filles qui n'ont pas été vaccinées pendant les années de pandémie et au-delà. Pour rétablir et renforcer les programmes de vaccination afin

d'atteindre l'objectif audacieux de l'élimination du cancer du col de l'utérus, fixé par l'Assemblée mondiale de la santé en 2020, les pays doivent agir maintenant, en adoptant une nouvelle approche. La stratégie d'élimination de l'OMS appelle tous les pays à vacciner systématiquement 90 % des jeunes filles avant l'âge de de 15 ans d'ici 2030, afin de mettre le monde sur la voie de l'élimination de ce cancer en 100 ans. Cette option à dose

unique offre un nouvel espoir que cet objectif puisse être atteint au cours des huit prochaines années.

⁴ Trois essais contrôlés randomisés, 4 analyses post-hoc d'essais contrôlés randomisés, 3 études cas-témoins et 45 études de cohorte observationnelles.

⁵ En avril 2022, les vaccins pour lesquels les données d'efficacité et d'immunogénicité étayent leur utilisation selon un schéma monodose sont Cervarix, Gardasil et Gardasil9

⁶ Recommendations to assure the quality, safety and efficacy of recombinant human papillomavirus virus-like particle vaccines. In: WHO Expert Committee on Biological Standardization: 66th report. Série de rapports techniques de l'OMS, N° 999, Annexe 4. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/biologicals/vaccine-standardization/ human-papillomavirus-(hpv)/annex_4_recommendations_recombinant_human_papillomavirus_virus-like_particle_vaccines.pdf?sfvrsn=652c1401_5&download=true, consulté en mai 2022).

RÉFÉRENCES

- 1. IARC. Biological Agents: IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans Volume 100B. Accessed March 30, 2023. Disponible à: https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Monographs-On-The-Identification-Of-Carcinogenic-Hazards-To-Humans/Biological-Agents-2012
- 2. Muñoz N, Bosch FX, de Sanjosé S, et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med*. 2003;348(6):518-527. doi:10.1056/NEJMoa021641
- 3. Organisation mondiale de la Santé 2022. Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique. Disponible à : https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240014107
- 4. List of prequalified vaccines. Genève: Organisation mondiale de la santé Disponible à : (https://extranet.who. int/gavi/PQ_Web/, consulté en août 2022).
- 5. Organisation Mondiale de la Santé 2009B. Vaccins papillomavirus humain. Prise de position de l'OMS. Disponible à: http://www.who.int/wer/2009/wer8415/en/index.html.
- 6. Organisation Mondiale de la Santé 2007. Virus du papillome humain et vaccins contre le VPH, l'information technique pour les décideurs et les professionnels de la santé.
- 7. Organisation Mondiale de la Santé, Global Market study HPV, Disponible à : https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/mi4a/who-mi4a-global-market-study-hpv.pdf?sfvrsn=649561b3_1&download=true
- 8. Coalition to strengthen the HPV immunization community (CHIC): CHIC HPV Council Consensus Statement, April 28, 2022. Disponible à: https://stophpv.org/wp-content/uploads/2022/05/CHIC_SAGE-HPV-Consensus-Statement_FINAL.pdf
- 9. Organisation Mondiale de la Santé. Groupe consultatif stratégique d'experts sur la vaccination (SAGE). Disponible à : https://www.who.int/news-room/events/detail/2022/04/04/default-calendar/sage_meeting_april_2022
- 10.Barnabas RV, et al. Efficacité de la vaccination à dose unique contre le papillomavirus humain chez les jeunes femmes africaines. NEJM Evidence (2022): EVIDoa2100056

CHAPITRE III: PREVENTION SECONDAIRE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS

La prévention secondaire vise à prévenir le cancer du col de l'utérus par le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses. Le cancer du col de l'utérus survient après une longue période d'évolution des lésions précancéreuses (environ 10 à 20 ans), à la suite d'une infection persistante par un HPV oncogène. Cette étape précancéreuse offre une excellente occasion pour les mesures d'intervention efficaces, d'où la nécessité de démarrer le dépistage à 30 ans (voir la figure 3.1).

Les femmes séropositives courent donc un risque six fois plus grand de développer un cancer du col de l'utérus, comparées aux femmes séronégatives. En effet, elles sont plus susceptibles d'être infectées par le HPV et d'avoir une infection persistante à HPV pouvant conduire à des lésions précancéreuses plus larges et plus difficiles à traiter, progressant plus rapidement vers un cancer invasif.

En Côte d'Ivoire, selon les estimations de *Spectrum 2023*, les PVVIH sont estimées à 407 595 dont 66% de femmes et la cible CCU est de 159 726 soit 39%.

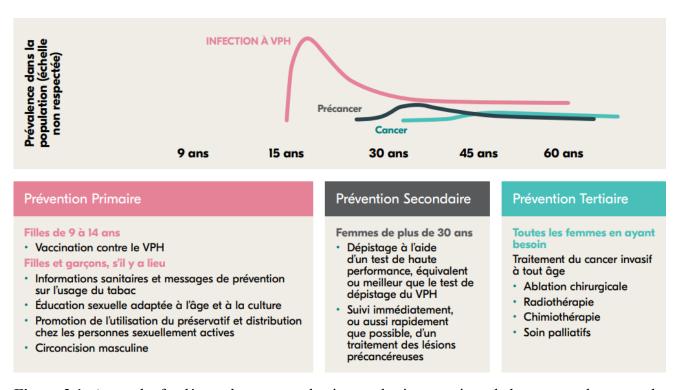


Figure 3.1: Approche fondée sur le parcours de vie pour les interventions de lutte contre le cancer du col de l'utérus⁷

3.1. Test de dépistage

⁷ Organisation mondiale de la Santé 2022. Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique. Disponible à : https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240014107

3.1.1 Les différentes techniques de dépistage

3.1.1.1- Le frottis cervico-utérin (FCU) ou Pap-test

Le frottis cervico-utérin ou cytologie cervicale est recommandé dans les situations où la zone de jonction n'est pas visible, surtout chez les femmes ménopausées.

3.1.1.2- L'inspection visuelle

C'est l'inspection visuelle du col de l'utérus après application d'acide acétique (IVA) et/ou de lugol (IVL). La présence d'une tache blanchâtre après application d'acide acétique, ou de taches jaune moutarde après l'application de lugol indique la positivité du test. L'IVA/IVL est moins exigeante en infrastructures et se réalise en consultation par tout prestataire formé, paramédical (sages-femmes, infirmiers) ou médical.

3.1.1.3- Le test HPV

Le test HPV est une méthode qui utilise les techniques de PCR (Polymerase Chain Reaction) récentes pour détecter la présence ou non de l'ADN du virus HPV dans les secrétions vaginales. Il identifie les types de HPV qui sont responsables de lésions précancéreuses et des cancers du col de l'utérus. Il se fait sur des prélèvements vaginaux qui peuvent être réalisés par la femme elle-même (auto-prélèvement) ou par un prestataire de soins.

Parmi les 200 génotypes de HPV identifiés, le test HPV permet à travers un génotypage de détecter les 14 HPV hautement oncogènes que sont les génotypes 16,18, 31, 33, 35, 51, 52, 58, 56, 59, 39, 68, 66 et 45). Le test HPV par l'auto-prélèvement offre aussi une stratégie de dépistage plus efficace et ouvre de larges perspectives pour une plus grande couverture de la population cible.

3.1.2 Sensibilité et spécificité des différents tests de dépistage

Les résultats d'études à travers le monde et dans divers contextes indiquent une sensibilité supérieure ou égale de l'IVA dans le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus comparée au frottis conventionnel, tout en nécessitant moins de ressources (ACCP 2009).

Cependant des études plus récentes, démontrent une sensibilité plus élevée du test HPV comparée aussi bien à l'IVA qu'au frottis cervical (voir le tableau 3.1).

Prenant en compte ces nouveaux éléments, l'OMS a réévalué toutes les études et affirme que la meilleure stratégie de prévention secondaire est l'utilisation du test HPV couplée à un test de triage. Ce test de triage peut être selon les contextes l'inspection visuelle, le frottis cervico-utérin ou encore la colposcopie. (OMS 2021).

La colposcopie est l'examen du col utérin au fort grossissement à l'aide d'un microscope binoculaire sans préparation, puis après badigeonnage à l'acide acétique à 3 ou 5 %, puis au lugol. Elle a pour objectif de reconnaitre les aspects normaux de la zone de transformation, les modifications non significatives comme les polypes, les lésions significatives comme les lésions à HPV et néoplasies intra-épithéliales cervicales, et enfin les modifications hautement significatives évoquant un cancer invasif débutant ou franc. Les lésions sont classées en transformation atypique de grade 1 (TAG 1) et de grade 2 (TAG2) selon la classification de la société française de colposcopie et de pathologie cervico-vaginale. La colposcopie n'est pas recommandée comme outil de dépistage mais permet d'apprécier la gravité des lésions et diriger la réalisation de biopsies en cas de lésions anormales du col de l'utérus. Elle requiert une formation spécialisée qui sera réservée pour les médecins formés dans les centres régionaux et tertiaires.

Tableau 3.1: Sensibilité et spécificité des tests de dépistage dans la détection des maladies du col utérin.

Tests	Spécificité	Sensibilité
	Médiane [IC à 95%]	Médiane [ICà 95%]
Frottis cervical	82% [77.6%-85.1%]	81% [68% - 90%]
	Afrique du Sud	Afrique du Sud
IVA	95% [94 – 95] Tanzanie	31% [23 – 40] Tanzanie
	82% [76% - 87%] *	56% [43% - 68%]
		Burkina Faso, Afrique du Sud
IVL	95% [90% - 98%]	
	73% [71% - 75%] Tanzanie	72% [53% - 87%] RDC
	87% [78% - 93%]*	95% [90% - 98%)*
HPV Test	74% [71% - 76%]	86% [76% - 94%)
	Burkina Faso, Afrique du Sud	Burkina Faso, Afrique du Sud
	61% [59% to 63%] Zimbabwe	88% [73% - 95%]
	89% [87% - 90%] RDC	Zimbabwe
	74% [51% - 88%]*	96% [87% - 99%] Kénya ⁸

*données poolées issues de 15 études, Fokom-Domgue et al, BMJ 2015) ; IC à 95% : Intervalle de confiance à 95%

⁸ De Vuyst H, Claeys P, Njiru S, et al. Comparison of pap smear, visual inspection with acetic acid, human papillomavirus DNA-PCR testing and cervicography. Int J Gynaecol Obstet 2005;89:120-6. [PubMed]

La Côte d'Ivoire avait opté pour un dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus par IVA depuis 2013. A partir de janvier 2019 des projets pilotes de dépistage du cancer du col de l'utérus ont été mis en œuvre avec intégration du test HPV aussi bien en centre de santé qu'en communauté. L'évaluation préliminaire de ces projets a montré une bonne acceptabilité et faisabilité. Ce qui pousse aujourd'hui le programme à prioriser le test HPV dans la stratégie nationale de dépistage, puis l'IVA/IVL en triage.

Cependant, en cas de non disponibilité du test HPV, l'IVA associée à l'IVL sera utilisée comme méthode de dépistage.

3.1.3 Approche de dépistage et traitement

Quand une stratégie ayant recours à plusieurs étapes est utilisée, les taux de déperdition ou d'irrégularité du suivi apparaissent chez de nombreuses femmes. Environ 25% des femmes seront perdues de vue, et ne pourront être traitées. Les coûts de transport, la distance des milieux de travail et les nombreuses responsabilités familiales en sont les principales causes.

Selon la disponibilité ou non du test HPV, il existe deux approches principalement recommandées :

- L'approche dépister-trier-traiter lorsqu'il s'agit d'un dépistage initial par test HPV, le triage par IVA/IVL et le traitement se faisant dans une même consultation, après avoir communiqué le résultat à la cliente dans un second temps. Le programme de prévention du cancer du col de l'utérus mobilisera toutes les ressources disponibles en vue de réduire le délai d'attente des résultats suite à un test HPV. De cette façon, la cliente qui reçoit son résultat dans un délai raisonnable, et avec de bons conseils, aura une grande adhésion au test de triage et au traitement si besoin.
- L'approche dépister et traiter lors d'une même consultation lorsque le dépistage initial est fait par IVA/IVL (Approche de Consultation Unique).

3.1.4 Population cible du dépistage

Les données du registre des cancers de Côte d'Ivoire de 2020 montrent que nous avons très peu de cas de cancer invasif du col de l'utérus avant l'âge de 30 ans (22 nouveaux cas / 2067 soit 1%). Conformément aux recommandations de l'OMS et compte tenu de l'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus et des données nationales, **l'âge de début de dépistage est de 30 ans chez les femmes en population générale.**

La tranche d'âge de 30 à 49 ans est celle concernée par le dépistage en Côte d'Ivoire (test HPV et/ou IVA/IVL).

Chez les FVVIH, le dépistage est proposé à partir de 25 ans, jusqu'à 49 ans.

Les femmes en dehors de cette fourchette (25 à 49 ans) ne doivent pas être privées de l'offre de services, si elles en font la demande, mais elles devraient être conseillées et leurs facteurs de risque évalués. Les femmes à partir de 50 ans se feront dépister par frottis cervico-utérin, en raison de l'effacement de la zone de jonction à la ménopause.

Pour les femmes, chez qui la jonction squamo-cylindrique (JSC) ne peut être visualisée de manière adéquate, comme cela arrive souvent chez les femmes ménopausées, un dépistage cytologique peut être offert dans la mesure du possible dans les établissements remplissant les conditions pour cette prise en charge.

Le groupe d'âge cible pourrait être élargi, selon les données nationales et internationales.

Le dépistage n'est pas indiqué chez les femmes ayant subi une hystérectomie totale pour des indications bénignes (par exemple, les fibromes utérins). Cependant, le dépistage chez ces femmes pourrait être envisagé dans des situations particulières (carcinome in situ ou cancer invasif localisé opéré).

3.1.5 Couverture, fréquence de dépistage

La Côte d'Ivoire a opté pour un dépistage par test HPV tous les trois (3) ans pour les FVVIH et tous les 5 ans pour la population générale.

Pour les femmes enceintes, il est préférable de faire le dépistage à partir de la 6^{ème} semaine après l'accouchement pour réduire le risque de perdu de vue.

Le dépistage par l'IVA/IVL se fera tous les 3 ans chez les femmes en population générale, et chaque année chez les femmes vivant avec le VIH dans les localités où le test HPV n'est pas encore disponible.

Chaque femme a droit à un test de dépistage pour le cancer du col de l'utérus. Dans la perspective de l'élimination du cancer du col de l'utérus, au moins 70% des femmes de la population cible doivent être dépistées d'ici à 2030.

En Côte d'Ivoire, deux stratégies de dépistage développées permettent d'améliorer considérablement la couverture de dépistage surtout si elles sont mises en œuvre de manière concomitante. Elles sont

exécutées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec le plus gros des actions au niveau des ESPC. Ce sont :

- Stratégie de dépistage opportuniste: propose l'auto-prélèvement ou le prélèvement par un prestataire de soins au centre de santé et cible les femmes éligibles qui se rendent dans une structure sanitaire quel que soit le motif. L'IVA/IVL et le traitement y sont également proposés.
- Stratégie de dépistage organisé en communauté : propose l'auto-prélèvement vaginal en communauté à travers des VAD réalisées par les acteurs communautaires. Les IVA et/ou traitements sont réalisées au centre de santé pour les femmes ayant un HPV+. Cette stratégie permet de toucher les femmes qui se rendent peu ou pas au centre de santé.

Ces deux stratégies sont complémentaires et il est important de les associer à des campagnes de dépistage mobiles (consultations foraines). Un choix pourra être fait de préférer l'une ou l'autre des stratégies ou leur combinaison en fonction des réalités du terrain. Le Ministère en charge de la santé engagera les ressources nécessaires pour la bonne mise en œuvre de ces deux (2) stratégies en insistant sur la stratégie de dépistage opportuniste de sorte à ce qu'aucune femme éligible au dépistage et fréquentant un centre de santé quel que soit le motif et la porte d'entrée (soins ambulatoires, santé sexuelle et reproductive, PEC de l'infection à VIH, etc) n'en ressorte pas sans y avoir accès. Une proposition systématique de dépistage doit être faite par les agents de santé à toutes les usagères de services, dans toutes les structures sanitaires à cet effet.

3.1.6 Intégration dans le cadre des soins de routine

La plus grande exposition des femmes séropositives au VIH vis-à-vis des infections à HPV exige un calendrier de dépistage plus intensif. Le dépistage tri-annuel du cancer du col de l'utérus à l'aide du test HPV et/ou de l'IVA/IVL doit être actualisé dans les directives nationales de prise en charge de personnes vivant avec le VIH.

Aussi, dans la mesure du possible, et pour une meilleure couverture du programme de dépistage, ces activités de dépistage devront s'intégrer dans d'autres offres de prévention des maladies non transmissibles (HTA, Diabète, santé mentale, etc) ou encore de services de santé sexuelle et reproductive et de planification familiale, selon une approche centrée sur la cliente.

3.2. Traitement des lésions précancéreuses

Pour la réussite du programme, il est essentiel de lier le dépistage à un traitement qui est sûr, efficace, acceptable et réalisable. La cryothérapie et la thermo ablation répondent à ces critères et seront la pierre angulaire pour le traitement des lésions précancéreuses. La cryothérapie utilise le froid et la thermo ablation le chaud.

Les lésions non éligibles à ces deux méthodes de traitement pourraient être traitées avec la procédure utilisant la RAD, chaque fois que possible. Il est recommandé que les lésions précancéreuses soient traitées sur une base ambulatoire (la cryothérapie, la thermo ablation et la RAD étant des procédures ambulatoires).

3.2.1 Cryothérapie

La cryothérapie est une méthode relativement simple, sûre, acceptable et peu coûteuse qui permet de détruire les lésions précancéreuses par la congélation. Elle utilise un instrument spécial qui achemine du gaz (dioxyde de carbone ou de protoxyde d'azote) à un embout cryogène appliqué sur le col et qui gèle les tissus anormaux. La procédure prend généralement environ « 3 à 5 minutes » pendant lesquelles la femme peut ressentir des crampes légères ou modérées. Le taux de guérison à 1 an est de 80 à 96%.

3.2.2 Thermo ablation

La thermo ablation est une méthode relativement simple, sûre, acceptable et peu coûteuse qui permet de détruire les lésions précancéreuses par la chaleur. Cette méthode utilise un appareil appelé thermocoagulateur qui existe en modèles fixe et mobile. Le modèle mobile en forme de pistolet, léger est doté d'une batterie rechargeable au courant alternatif, ce qui facilite son utilisation dans les milieux dépourvus d'électricité. La procédure prend généralement « 1 minute » pendant laquelle la femme peut ressentir des crampes légères ou modérées mais rarement de saignement. Le taux de guérison à 12 mois post traitement est de 81⁹ à 96%. ¹⁰

La guérison est optimale lorsque les conseils d'usage post thermo ablation sont bien suivis.

Conseils d'usage et de suivi :

- Pas de toilette vaginale, pas de rapport sexuel pendant 1 mois, pas de tampon

⁹ Banerjee D, Mandal R, Ghosh I et al, A Prospective Randomized Trial to Compare Safety, Acceptability and Efficacy of Thermal Ablation and Cryotherapy in a Screen and Treat Setting. Asian Pac J Cancer Prev. 2020 May; doi: 10.31557

¹⁰ Sauvaget C, Bazikamwe S, Lucas *et al*, Evaluation of effectiveness, acceptability and safety of thermal ablation in the treatment of cervical neoplasia in Burundi. Int JI cancer, 2022 Oct; 151(7):1120-1126. doi: 10.1002

- pendant 1 mois,
- Revenir en cas de douleurs fortes ou persistantes, fièvre de plus de 48h, saignements persistants ou abondants,
- Suivi à 1 an pour refaire le dépistage.

Les critères d'éligibilité à la thermo ablation, communs à la cryothérapie, sont :

- L'absence de lésion fortement suspecte de cancer ;
- La possibilité de voir toute l'étendue de la lésion ;
- Une lésion occupant moins de 75% de la surface du col de l'utérus ;
- L'embout couvrant la lésion (< 2 mm de la lésion s'étend au-delà du bord de l'embout);
- L'absence d'une malformation anatomique du col de l'utérus empêchant la bonne application de l'embout ;
- L'absence de grossesse ;
- La période du post-partum de 6 à 8 semaines (visite post natale).

Tableau 3.2. Avantages et limites de la cryothérapie et la thermo ablation pour l'utilisation dans les milieux de faibles ressources

TRAITEMENT	AVANTAGES	LIMITES
Cryothérapie	 Efficace pour les lésions bénignes et modérées (Taux de guérison 85 à 95%) Peu coûteux Peut être effectuée par un paramédical Anesthésies locales pas nécessaires L'électricité pas nécessaire Peu de complications/effets secondaires 	 Taux de succès variable en présence de lésions, sévères (Taux de guérison 70 à 90%) Destructive (ne laisse pas d'échantillon de tissu pour un diagnostic de confirmation) Difficulté à déterminer la quantité exacte de tissu détruit Entraine un écoulement abondant aqueux pendant 4 à 6 semaines après le traitement Nécessite une source de liquide de refroidissement, un réapprovisionnement de CO2 ou de N2O
Thermo ablation	 Traitement efficace et facile à pratiquer sans anesthésie par n'importe quel fournisseur de soins de santé entrainé Pas de bruit, ni fumée ou odeur de tissu qui brule Possibilité de répéter (une fois) l'application s'il y a une grande lésion (lésion inférieure 75% de la surface du col de l'utérus) Ne nécessite pas des gaz (≠ cryothérapie) Peu d'effets secondaires et complications Stérilisation facile de la sonde Transport facile Autonomie de l'appareil (modèle mobile) 	 Succès variable avec les grandes lésions sévères N'obtient pas de tissus pour la confirmation histologique L'unité nécessite l'électricité sur secteur (existe à batterie modèle fixe) L'équipement n'est pas largement disponible

^{*}Inspiré des Guides des pratiques essentielles, 2è édition, OMS 2021

3.2.3 Résection à l'Anse Diathermique

La RAD consiste à retirer les régions anormales du col utérin à l'aide d'un fil métallique chauffé. Encore appelé LEEP (Loop Electrosurgical Excision Procedure), elle est de loin le traitement des lésions précancéreuses notamment les CIN3, le plus simple, le plus efficace et le plus fréquemment utilisé à l'heure actuelle. Elle nécessite un générateur électro-chirurgical qui produit un courant continu

de basse tension transmis à une électrode métallique en forme d'anse dont on se sert pour exciser le tissu anormal. Elle présente le double avantage, d'une part, d'être une méthode chirurgicale simple et, d'autre part, de fournir un échantillon de tissu excisé qui peut être envoyé à l'analyse histopathologique qui déterminera la nature exacte de la lésion et de détecter des micro-invasions insoupçonnées.

La RAD est réservée aux lésions précancéreuses qui ne sont pas éligibles à la thermo ablation/cryothérapie, trop larges pour relever de ces méthodes ou en cas d'incertitude sur la régularité du suivi, ou encore en cas de persistance des lésions >12 mois après thermo ablation/cryothérapie. Elle permet d'obtenir des taux de guérisons variant entre 80 et 95 %.

Afin de réduire les risques liés à la RAD notamment la prématurité, il convient de limiter au minimum nécessaire les dimensions d'exérèse. Des complications infectieuses, hémorragiques, des fistules, ou encore le syndrome du bouchon nécrotique sont possibles quoique rares. Aussi, elle ne devrait pas être effectuée en cas d'infection génitale haute, de grossesse ou dans le post-partum immédiat (<12 semaines).

La réalisation de la RAD est réservée à ceux qui ont fait preuve de compétence clinique dans la procédure (voir Prestation des soins ci-dessous au chapitre 6: Formation et qualification des compétences).

La RAD nécessite une anesthésie locale ou générale et doit être effectuée dans les CHU ou CHR/HG et dans les structures qui peuvent traiter d'éventuelles complications urgentes liées à la procédure (par exemple, des saignements abondants). Le tissu réséqué lors de la RAD doit être orienté, fixé au formol dilué à 10% et acheminé au laboratoire d'anatomie pathologique pour examen histologique.

Le suivi post-RAD doit être fait un an après, par le test HPV si disponible ou sinon par l'IVA.

Mais en cas de lésion de haut grade, le suivi post-RAD est à vie quel que soit l'âge de la patiente au moment du traitement.

D'autres options thérapeutiques pour les lésions précancéreuses comprennent la conisation au bistouri froid du col de l'utérus ou une hystérectomie totale, mais ces procédures sont techniquement plus difficiles à réaliser, nécessitant une hospitalisation et un taux plus élevé de complications. La cônisation à froid consiste à retirer du col utérin une région en forme de cône, y compris les portions externe et interne.

3.2.4 Considérations nationales en matière de traitement des lésions précancéreuses

- Pour les tests HPV positifs à des génotypes hautement oncogènes 16/18/45, le traitement est systématique quel que soit le résultat de l'IVA/IVL, et le statut VIH;
- Un traitement lui est offert au cours de la même visite, à condition qu'elle réponde aux critères d'éligibilité pour le traitement et que les équipements soient disponibles dans la structure.
- Le traitement doit être offert sans nécessité d'une biopsie diagnostique dans une approche ACU chaque fois que c'est possible ;
- Si la femme n'est pas en mesure d'accepter ou de recevoir un traitement au cours de la même visite, elle devrait être conseillée avec la possibilité de revenir dans la structure afin d'y recevoir le traitement adéquat dans les meilleurs délais.
- La thermo ablation est le traitement de choix pour les lésions précancéreuses qui répondent aux critères d'éligibilité. La cryothérapie peut être une alternative en cas de non disponibilité de la thermo ablation.
 - Seuls les prestataires qui ont fait preuve de compétences cliniques dans la thermo ablation/cryothérapie sont autorisés à effectuer la procédure (voir ci-dessous prestation des soins au *Chapitre 7: Formation et qualification des compétences*);
 - Faire le suivi post traitement après un an par le test HPV si disponible, ou sinon par l'IVA/IVL.
 - En cas d'infection génitale haute, prescrire des antibiotiques en suivant les directives nationales et reporter le traitement pour les deux semaines suivantes ;
 - Ne pas faire de traitement par thermo ablation/cryothérapie pendant la grossesse. Toutefois, reprogrammer la femme à partir de 6 semaines après l'accouchement.

3.3. Counseling

Le Conseil avant, pendant et après tous les services, à l'aide des outils et un langage approprié, est considéré comme une norme en matière de soins. Les instructions spécifiques post-thermo ablation/cryothérapie et post-RAD doivent être données pour favoriser la guérison du col de l'utérus et réduire les infections (y compris la transmission du VIH), et devrait inclure une provision de préservatifs, dans la mesure du possible.

Les hommes devraient être encouragés à participer au conseil.

3.4. Suivi

3.4.1 Dépistage par Test HPV

3.4.1.1 Population Générale (voir algorithme 1)

- Dépistage tous les cinq ans à compter d'un résultat négatif.
- Si le test HPV est positif aux types 16, 18 et 45, réaliser une IVA/IVL et traiter quel que soit le résultat (IVA/IVL négative ou positive);
- Si le test HPV est positif aux autres types de HPV autre que le 16, 18 et 45, et l'IVA/IVL négative : refaire un test HPV 1 an après.
 - Vu le nombre important des perdues de vue, si le test HPV est positif, traiter quel que soit le résultat de l'IVA/IVL, en raison du risque d'infection persistante et de de lésion précancéreuse.

Réaliser le counseling en vue d'une visite de contrôle ultérieure à 12-mois post thermo ablation : Si le suivi à un an est normal (IVA/IVL négative), retourner au dépistage tous les cinq ans. La présence d'un test HPV positif à un an n'est pas une indication de reprise de la thermoablation.

3.4.1.2 Chez les femmes séropositives au VIH (voir algorithme 2)

- Faire le dépistage tous les 3 ans si résultat négatif
- Si test HPV positif, faire une IVA/L quel que soit le type de HPV retrouvé
 - Si IVA/L positive, traiter la cliente
 - Si IVA/L négative, répéter le test HPV après un an. Si le suivi à un an est normal, retourner au dépistage tous les trois ans.

3.4.2 Dépistage par IVA/IVL ou frottis cervico-utérin

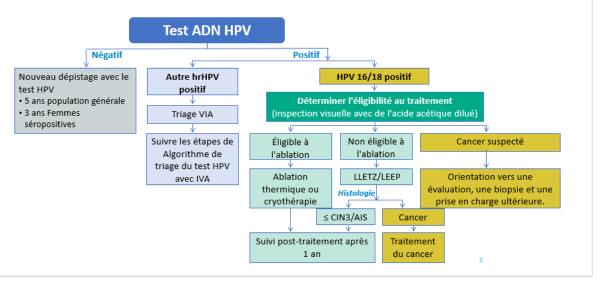
- Dépistage tous les 3 ans pour toutes les femmes y compris les FVVIH si IVA/IVL négative ou frottis négatif
- Dépistage à un an si IVA/IVL positive ou frottis positif, puis tous les trois ans si contrôle à un an négatif.

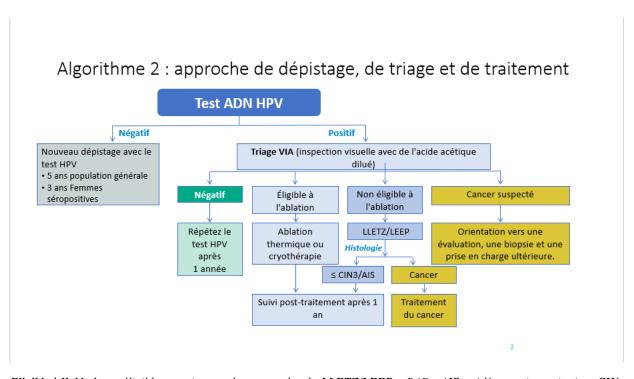
3.5. Gestion des complications

La thermo ablation, la cryothérapie et la RAD sont considérées comme des procédures efficaces lorsqu'elles sont effectuées par des prestataires qualifiés, avec un faible taux de complications, en particulier dans les cas sévères ou difficiles à traiter. Cependant, un faible pourcentage de femmes développera des complications. Il est important que les femmes reçoivent des conseils au sujet de ces complications potentielles et des signes avant-coureurs, et que les prestataires aient les connaissances et les compétences nécessaires pour gérer ces complications, ou savoir quand référer de manière appropriée.

La douleur, l'écoulement vaginal, les saignements et les infections sont les effets secondaires ou les complications les plus communes, rapportées et associées à la cryothérapie/thermo ablation et la RAD. Des fistules, des sténoses cervicales et des complications obstétricales (risque d'accouchement prématuré) peuvent survenir à long terme après une RAD.

Algorithme 3 : Dépistage et traitement des HPV16/18 positifs ET dépistage, triage et traitement des autres <u>HrHPV</u>





Eligible à l'ablation = éligible au traitement destructeur local ; LLETZ/LEEP = RAD ; AIS = Adénocarcinome in situ ; CIN = Néoplasie intra épithéliale (bas grade = 1 ; haut grade = 2 ou 3)

3.6. Prestation de soins

Les services de dépistage seront fournis dans des établissements sanitaires publics et privés et dans la communauté. Un paquet minimum d'activités doit comprendre un test HPV (niveaux cliniques et laboratoires) et la thermo ablation.

La supervision doit se faire à chaque niveau du système de santé, selon les mécanismes existants. Il est recommandé d'effectuer une supervision sur les aspects techniques et programmatiques (Voir le chapitre 7 : Suivi et évaluation).

3.7. Référence et contre-référence

Un système de référence et contre-référence efficace est une composante essentielle d'un programme de contrôle et de prévention du cancer du col de l'utérus de grande qualité. Au besoin, les femmes dépistées pour le cancer du col de l'utérus seront référées en utilisant les fiches et le système de référence national existant. Ces formulaires nationaux de référence et contre-référence devraient être disponibles à tous les niveaux des établissements de santé. Les prestataires de soins devraient être formés à l'utilisation de ces formulaires.

Les cas concernés par la référence sont :

- Suspicion de cancer;
- IVA/IVL positive, mais non éligible à la cryothérapie/thermo ablation ;
- Pour un deuxième avis.

Le système de référence et contre-référence devra être entièrement digitalisé, au profit du système papier en vigueur.

3.8. Biopsie

La biopsie cervicale est indiquée lorsque les lésions suspectes sont visibles sur le col de l'utérus lors de l'examen au spéculum, et peut être effectuée au niveau district et régional dans les hôpitaux de référence par un personnel qualifié (gynécologue, oncologue, chirurgien).

RÉFÉRENCES

- 1. Alliance pour la prévention du cancer du col de l'utérus 2003. Efficacité, sécurité et tolérance de la cryothérapie: Littérature Systématique pour examiner les questions de prévention du cancer du col utérin en profondeur, n ° 1. ACCP, Seattle, WA.
- 2. Alliance pour la prévention du cancer du col de l'utérus 2009. Fiche Prévention Cancer col de l'utérus: Nouvelles données sur l'impact du dépistage du cancer du col de l'utérus et le traitement au moyen de tests ADN du VPH, l'inspection visuelle ou de cytologie. ACCP, Seattle, WA. Disponible à l'adresse: http://www.rho.org/files/ACCP screening factsheet July09.pdf.
- 3. Bingham A, évêque A, P Coffey et al. 2003. «Facteurs affectant l'utilisation des services de prévention du cancer du col de l'utérus dans les milieux aux ressources limitées." Salud Publica de de México, 45 (2): S283-291.
- 4. G1. Metaxas T, Kenfack B, Sormani J, Tincho E, Lemoupa Makajio S, Wisniak A, et al. Acceptability and safety of thermal ablation to prevent cervical cancer in sub-Saharan Africa. BMC Cancer. 2022 Feb 2;22(1):132.
- 5. World Health Organization. WHO Guidelines for Screening and Treatment of Precancerous Lesions for Cervical Cancer Prevention PubMed NCBI [Internet]. 2017 Aug [cited 2017 Aug 22]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24716265
- 6. Anderson J, Wysong M, Estep D, et al. Evaluation of cervical cancer screening programs in Cote d'Ivoire, Guyana, and Tanzania: Effect of HIV status. PLoS ONE. 2015;10:e0139242.
- Horo A, Jaquet A, Ekouevi DK, et al. Cervical cancer screening by visual inspection in Cote d'Ivoire, operational and clinical aspects according to HIV status. BMC Public Health. 2012;12:237.
- 8. Boni SP, Jc KC, Tanon A, Horo A, Bitty-Anderson A, Coffie P, et al. Factors affecting one-year follow-up visit after cryotherapy among women in Cote d'Ivoire: A retrospective cohort analysis. J Public Health Epidemiol. 2020 Aug 31;12(3):218–22.
- 9. Bradley J, Barone M, et al 2005. «Offre des les services de prévention du cancer Col de l'utérus à faibles ressources." Revue internationale de gynécologie et d'obstétrique 89:30-37.
- 10. Gaffikin L, L Lauterbach, Emerson M 2003. «La sécurité, l'acceptabilité et la faisabilité d'une approche à visite unique à la prévention du cancer du col utérin: résultats d'un projet de démonstration dans les régions rurales en Thaïlande." Lancet 361:814-820.
- 11. Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC) Groupe de travail sur l'évaluation des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus 1986. "Le dépistage du cancer du col utérin squameux: Durée de risque faible après les résultats négatifs de la cytologie du col utérin et de ses implications pour les politiques de dépistage." British Medical Journal, 293: 659-664.
- 12. Gupta S, Palmer C, Bik EM, et al.. Self-Sampling for human papillomavirus testing: increased cervical cancer screening participation and incorporation in international screening programs. *Front Public Health* 2018;6:1–12. 10.3389/fpubh.2018.00077
- 13. Jacob, M, Broekhuizen, FF, Castro, W, Sellors, J (2005). "Expérience de l'utilisation de la cryothérapie pour le traitement des lésions cervicales précancéreuses à faibles ressources." Revue internationale de gynécologie et d'obstétrique, vol. 89, pp S13-20.
- 14. Kahesa C, Mwaiselage J, Wabinga RH, et al 2008. «Association entre le cancer du col et infection VIH-1 en Tanzanie: la nécessité du dépistage double." BMC Public Health, 8:262.

- 15. Mandelblatt JS, WF-Laurent, L Gaffikin, et al 2002. ". Coûts et avantages des différentes stratégies de dépistage du cancer du col de l'utérus dans les pays moins développés», Revue de l'Institut National du Cancer 94: 1-15.
- 16. Kelly H, Chikandiwa A, Sawadogo B, et al 2021. Diagnostic accuracy of cervical cancer screening and screening-triage strategies among women living with HIV-1 in Burkina Faso and South Africa: A cohort study. PLoS Med 2021 Mar 4;18(3):e1003528. doi: 10.1371/journal.pmed.1003528
- 17. <u>Parham GP, Sahasrabuddhe, VV, Mwanahamuntu MH, et al 2006. "Prévalence et facteurs prédictifs de lésions malpighiennes intra-épithéliales du col de femmes séropositives à Lusaka, en Zambie." Gynéco-oncologie 103:1017-1022.</u>
- Sankaranarayanan R, L Gaffikin, Jacob M, et al 2005. "Une évaluation critique des méthodes de dépistage des néoplasies cervicales." Revue internationale de gynécologie et d'obstétrique, 89: S4-12.
- 19. Sankaranarayanan R, Nene BM, Shastri SS 2009. «Le dépistage du VPH pour le col de l'utérus dans les régions rurales. Inde »New England Journal of Medicine, 360 (14): 1,385-94.
- 20. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition Disponible à l'adresse: https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824
- 21. <u>Jakobsson M, M Gissler, Paavonen J, Tapper AM (2009)</u>. «Résection à l'anse électrochirurgicale et le risque d'accouchement prématuré", obstétrique et gynécologie, vol. 114, pp 504-10.
- 22. Baldauf J-J, Baulon E, Thoma V, Woronoff A-S, Akladios CY. Conséquences obstétricales des conisations à l'anse diathermique et facteurs aggravants. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2013 Oct;42(6):534–40.

CHAPITRE IV: PREVENTION TERTIAIRE

Les composantes des soins tertiaires du cancer du col de l'utérus incluent la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie conventionnelle, les thérapies ciblées et les soins palliatifs. Le cancer du col de l'utérus doit être traité par les spécialistes des établissements de niveau tertiaire. Cependant, les prestataires de soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, devraient connaître les symptômes et signes du cancer du col de l'utérus.

Ces prestataires de soins sont responsables du lien entre les différents niveaux du système de santé, la patiente, les familles et la communauté. A ces différents niveaux du système de santé, la patiente devra être informée du diagnostic, de la stadification et du projet de traitement du cancer du col de l'utérus. Le traitement du cancer du col de l'utérus est fonction du stade évolutif et s'inscrit dans une perspective curative et/ou palliative. L'accès au traitement améliore le pronostic et le taux de survie des patientes atteintes de cancer du col de l'utérus.

Cette section donne un aperçu des modalités de traitement du cancer du col de l'utérus et fournit des recommandations spécifiques pour la continuité des soins.

Ce chapitre est destiné à une meilleure compréhension des modalités de traitement en vue d'une prise en charge rapide et adéquate dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

4.1. Moyens de traitement pour le cancer du col de l'utérus

Le traitement du cancer du col de l'utérus (in situ ou invasif) comprend la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie, les thérapies ciblées et les soins palliatifs.

4.1.1 Chirurgie

La chirurgie demeure le traitement de référence dans le cancer du col de l'utérus. Elle est soit curative, soit palliative. Elle vise à enlever la tumeur maligne primitive et si possible ses extensions en une seule intervention, ou, à prévenir et traiter ses complications. Le choix de la méthode chirurgicale dépendra surtout du stade clinique du cancer et se fera en RCP.

Ces méthodes chirurgicales sont :

- La conisation qui consiste à enlever un cône du col utérin en passant en zone saine ;
- La trachélectomie;
- L'amputation du col de l'utérus ;
- L'hystérectomie totale qui consiste en l'ablation de l'utérus ;

- La colpo-hystérectomie élargie et lymphadénectomie (CHEL) qui consiste à réaliser
 l'ablation de l'utérus et ses annexes, les paramètres, la colerette vaginale et les ganglions;
- La pelvectomie qui consiste à l'évidement des viscères pelviens atteints par l'extension cancéreuse;
- Autres : pose de sonde « JJ », néphrostomie percutanée, colostomie, ...

4.1.2 Radiothérapie

Elle consiste en l'utilisation des radiations ionisantes pour détruire les cellules cancéreuses. Pour le cancer du col de l'utérus, deux types de radiothérapie sont actuellement utilisés :

- La radiothérapie externe (accélérateurs de particules)
- La curiethérapie / brachythérapie ou radiothérapie interne

La radiothérapie joue un rôle essentiel dans le traitement du cancer du col de l'utérus. En effet, 2/3 des patientes en auront besoin et 1 malade sur 2 est guéri par cette modalité thérapeutique.

Elle peut être administrée à visée curative ou palliative en fonction du stade de la maladie.

Elle peut être administrée en association avec la chimiothérapie (radio-chimiothérapie concomitante).

4.1.3 Chimiothérapie conventionnelle

La chimiothérapie est l'utilisation de médicaments dans le but de détruire (action cytotoxique) ou de freiner l'évolution des cellules cancéreuses (action cytostatique).

Le cancer du col de l'utérus est réputé peu chimio-sensible. Cependant, son association à la radiothérapie constitue un standard thérapeutique dans les formes localement avancées.

Les anticancéreux majeurs dans le traitement du cancer du col de l'utérus sont :

- Les sels de platines
- Les taxanes

4.1.4 Thérapies ciblées

Elles regroupent l'ensemble des traitements utilisant des médicaments qui ciblent les mécanismes biologiques jouant un rôle majeur dans le développement du cancer.

Les plus connus sont les anti-angiogéniques (Bévacizumab) et l'immunothérapie (Atézolizumab).

4.1.5 Soins palliatifs

Les soins palliatifs sont une composante essentielle de la prise en charge du cancer du col de l'utérus.

L'objectif de ces soins palliatifs est d'éviter la souffrance et améliorer la qualité de vie des patientes atteintes du cancer du col de l'utérus. Ils répondent aux besoins physiques, psychologiques et spirituels des patientes et de leurs familles. Les prestataires de soins de santé, les travailleurs sociaux et les acteurs communautaires ont un rôle essentiel dans l'amélioration de la qualité de vie de la patiente.

Ils doivent travailler en équipe pour assurer le traitement, le confort, les soins, et donner des informations exactes à la patiente, sa famille et la communauté. Pour ce faire, tous ces acteurs ont besoin de formation particulière en soins palliatifs.

La prise en compte des données socio-professionnelles et l'organisation de la réinsertion socioprofessionnelle font partie de la prise en charge globale des patientes.

4.2. Modalités de traitement pour le cancer invasif du col utérin

Les modalités du traitement sont fonction du stade évolutif et doivent être décidées en RCP :

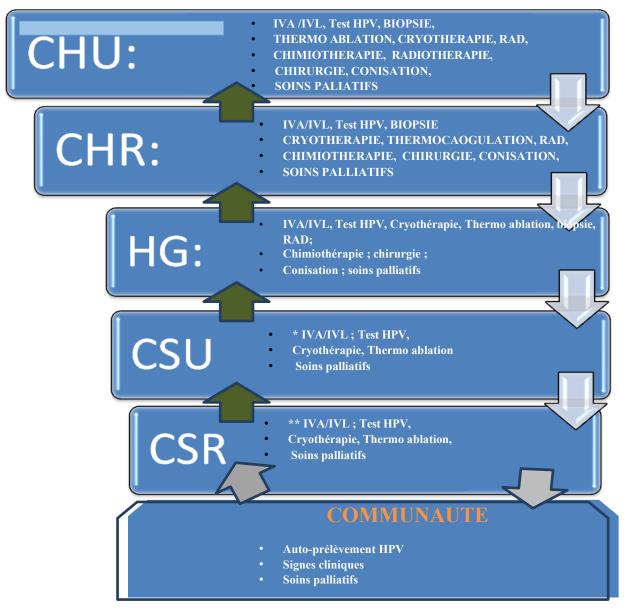
- Cancer localisé (stade 0 à Ib2) : chirurgie +/- radiothérapie ou chimiothérapie
- Cancer localement avancé (stade Ib3 à IVa) : radiochimiothérapie concomitante
- Cancer métastatique (stade IVb) : chimiothérapie et/ou thérapies ciblées
- A tous les stades : soins palliatifs.

La description de la prestation de services de soins selon les niveaux et les directives est représentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4.1: Prestation de services à différents niveaux

			I
Intervention	Place/Site	Catégorie ou Qualification des prestataires	Disponibilité actuelle
Lésions précancéreuses éligibles au traitement destructeur - Thermo ablation/Cryothérapie	ESPC, HG, CHR, CHU et centres spécialisés	SFIDEGynécologueChirurgienOnco-chirurgien	ESPC HG, CHR, CHU et centres spécialisés
Lésions précancéreuses non éligibles au traitement destructeur - RAD - Conisation	HG, CHR, CHU et centres spécialisés	GynécologueChirurgienOnco-chirurgien	HG, CHR, CHU et centres spécialisés
Cancer localisé (stade 0 à Ib2) : - Chirurgie +/- radiothérapie ou chimiothérapie	CHR, CHU et centres spécialisés	Gynécologue,ChirurgienOnco-chirurgienRadiothérapeute	CHU et centres spécialisés
Cancer localement avancé (stade Ib3 à IVA) : - Radiochimiothérapie concomitante	CHU et centres spécialisés	GynécologueChirurgien-oncologueRadiothérapeute	CHU et centres spécialisés
Cancer métastatique (stade IVB et récidives) : - Chimiothérapie conventionnelle et/ou thérapies ciblées	CHU et Centres spécialisés	GynécologueChirurgien-oncologueRadiothérapeute	CHU et Centres spécialisés
Soins palliatifs	Tous les niveaux	Toutes les catégories	Tous les niveaux

NB : les centres sanitaires privés offriront les prestations de soins en fonction de leur plateau technique et des directives nationales.



*CSU, Dispensaires urbains, FSUCOM, PMI; **CSR, Dispensaires ruraux

Figure 4.1. Intervention spécifique à différents niveaux du système de soins de santé dans le continuum de soins pour le contrôle du cancer du col de l'utérus

NB : Les structures privées, selon leur niveau se classent au niveau de la pyramide sanitaire correspondant.

CHAPITRE V: INFRASTRUCTURES, EQUIPEMENTS ET CONSOMMABLES

Les infrastructures, l'équipement, les fournitures et la logistique de haute qualité, sont nécessaires pour fournir des services de prévention du cancer du col de l'utérus. L'achat du matériel et les fournitures essentielles devraient anticiper et accompagner les besoins des sites pour l'offre des services.

Pour la réussite du programme de prévention du cancer du col de l'utérus, il est inspensable de mettre en place un système de maintenance afin de s'assurer que ces matériels achetés soit entretenus.

Avant de commencer ce programme, l'ensemble du dispositif de mise en œuvre doit être évalué à l'aide d'outils (Tableau 5.1 et 5.2). L'acquisition de tous les équipements et les fournitures sera effectuée par le ministère en charge de la santé à travers la Direction des Infrastructures, de l'Equipement, de la Maintenance et du Patrimoine (DIEMP) et la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (NPSP) et devrait suivre le système logistique intégré existant. Un mécanisme doit être mis en place pour anticiper les demandes, en particulier pendant l'intensification du programme, afin d'éviter l'interruption des services liée à des ruptures de stock.

5.1. Infrastructures

Lors de la mise en place des services de prévention, il est essentiel de prendre en compte les différents aspects : le diagnostic, les soins, le personnel requis, l'organisation et la pérennisation des prestations. Les services de prévention doivent offrir des conseils, des tests de dépistage, le traitement des lésions précancéreuses chez les femmes dont le test de dépistage est positif, l'orientation et l'accès à des traitements et/ou à des soins palliatifs pour les femmes souffrant d'un cancer invasif du col de l'utérus.

L'équipe d'encadrement choisit la meilleure façon de proposer ces services en fonction de la situation et des objectifs du programme, tout en préservant la dignité de la patiente.

En fonction du niveau de la pyramide sanitaire, ces infrastructures doivent comporter les services suivants: conseil, vaccination, dépistage, laboratoire et traitement.

5.1.1 Conseil

Le conseil fait partie intégrante de tous les services de prévention. Il doit donc être inclus dans les programmes de formation et pris en compte dans les systèmes de supervision. Il doit précéder chaque intervention de vaccination, de dépistage, de diagnostic et de traitement. Après l'intervention, il faut poursuivre le conseil en insistant d'une part sur les Manifestations Post-vaccinales Indésirables (MAPI)

en cas de vaccination et d'autre part sur les résultats des tests et leur signification, en donnant des indications verbales et écrites.

5.1.2 Vaccination

Le MSHPCMU assurera à travers le PEV la fourniture d'équipements additionnels (chaine de froid et intrants) pour renforcer l'accès à la vaccination contre le HPV dans toutes les structures de soins et en communauté selon l'approche définie.

5.1.3 Dépistage

Les femmes du groupe d'âge cible doivent bénéficier d'un dépistage selon la méthode et la fréquence définies au niveau national. Le dépistage doit se faire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire par les agents de santé ayant reçu les compétences nécessaires.

5.1.4 Laboratoire

5.1.4.1 Biologie moléculaire

Les prélèvements cervico-vaginaux sont acheminés au laboratoire pour analyse par un coursier formé à cet effet. Par ailleurs, pour des transferts dans la même localité, un coursier commis à la tâche par le service clinique et/ou un communautaire assureront l'acheminement.

Les prélèvements sont réceptionnés, enregistrés et conservés à la température ambiante du laboratoire avant d'être analysés.

La première étape de l'analyse consiste à la lyse des cellules pour libérer l'ADN. L'extrait de l'ADN obtenu subit ensuite une amplification. Les « résultats machines » sont édités à la fin de la réaction et validés par le technicien manipulateur. Ces résultats sont saisis dans le Système d'Information de Laboratoire (SIL) et les comptes rendus des résultats sont édités.

Enfin, le biologiste valide les comptes rendus des résultats qui sont regroupés avec les bulletins d'analyse dans une enveloppe et remis au coursier ou à l'agent de santé communautaire pour l'acheminement sur les différents sites.

5.1.4.2 Anatomo-pathologie

Pour les prélèvements cytologiques et tissulaires, les échantillons doivent être envoyés au laboratoire, en prenant soin d'assurer un bon conditionnement. Il concerne non seulement la fixation des prélèvements

tissulaires par l'utilisation du formol dilué à 10% (1 litre de formol pour 9 litres d'eau), mais aussi les bulletins d'analyse correctement renseignés.

Un système de rétro-information doit être mis en place entre les services de soins et les laboratoires d'anatomie et de cytologie pathologiques par l'intermédiaire de référents (Aide-soignant, Ambulancier, Agent Sanitaire et d'Hygiène...) pour la gestion des résultats. Ce système doit être digitalisé.

5.1.5 Traitement

Indépendamment du test utilisé, le dépistage doit être associé au traitement (dépister-traiter), afin d'assurer l'efficacité du programme.

Tableau 5.1: répartition des actes et traitement en fonction du niveau de la pyramide sanitaire

ACTES ET TRAITEMENT	SITES
Test HPV	Tous les niveaux de la pyramide sanitaire
Test III v	Communauté Communauté
IVA/IVL	Tous les niveaux de la pyramide sanitaire
Cryothérapie Thermo ablation	Tous les niveaux de la pyramide sanitaire
RAD	 HG CHR CHU Structures spécialisées
Chirurgie	- HG - CHR - CHU - Structures spécialisées
Chimiothérapie	- HG - CHR - CHU - Structures spécialisées
Radiothérapie	- CNRAO Abidjan - CNROM Grand-Bassam - CHU - Structures spécialisées
Soins palliatifs	 Tous les niveaux de la pyramide sanitaire Communauté

5.2. Equipments, intrants et consommables

Tableau 5.2 : Equipements, intrants et consommables pour la prévention du cancer du col de l'utérus

EQUIPEMENTS		
ACTES	MATERIEL ESSENTIEL	OPTIMUM
Contrôle des infections	- Gants d'examen (stériles ou non).	
	- Gants de nettoyage.	
	- 2 seaux réutilisables pour les déchets médicaux jetables (1 pour les déchets	
	contaminés et 1 pour les déchets non contaminés).	
	- Seaux pourvus de couvercles pour solution chlorée (afin d'éviter les émanations de	
	chlore).	
	- Eau de Javel pour l'étape initiale de décontamination (elle ne doit pas excéder 10	
	minutes afin d'éviter la détérioration des instruments).	
	- Brosses pour l'étape de nettoyage mécanique.	
	- Détergent pour l'étape de nettoyage mécanique.	
	- Eau propre, évier ou cuvette	
	- Savon liquide,	
	- Alcool éthylique ou isopropylique à 70° (par exemple pour essuyer l'embout de la	
	sonde cryogénique et la housse plastique).	
	- Désinfection de haut niveau (solution de chlore à 0,5%).	
	- Coton, compresse, ou linge propre pour décontaminer la surface de la table d'examen	
	à l'eau de javel dilué après chaque examen.	
	- Containers d'enlèvement des déchets coupants (boites de sécurité)	
	- Fosse à déchets (Destruction des déchets solides et liquides)	
	- Tablier de protection	
	- Affiches exposant les techniques de contrôle des infections) dans leurs grandes	
	lignes (synoptique mural)	

CYTOLOGIE P	Prélèvement	
	- Matériel nécessaire pour le contrôle des infections.	
	- Spéculum vaginal à usage unique ou jetable	
	- Spéculum vaginal en inox.	
	- Spatule (en bois ou en plastique).	
	- Cyto-brosse	
	- Lame porte-objets, lamelles	
	- Fixateur ytologiqueou Laque à cheveux).	
	- Formulaires de demande d'analyses cytologiques.	
	- Boites portes lames pour le transport des lames	
	- Marqueur/crayon/feutre pour écrire sur les lames/étiquettes	
	- Registre ou feuillet d'enregistrement.	
	- Système de transport des lames au pathologiste et retour à l'hôpital ou à la structure	
	de soins	
	Laboratoire	
	- Microscope binoculaire	
	- Réactifs (Composantes du PAP)	
	Prélèvement	La liste
TEST HPV	- Matériel nécessaire pour le contrôle des infections	d'intrants/équipements peut
	- Cartouche Test Xpert HPV K10 GXHPV-CE-10	varier selon le type d'appareil
	- Brosse de prélèvement HPV P25	utilisé
	- Ecouvillons de prélèvement	
	- Indicateur de température*	
	- Liquide de conservation PreservCyt solution 70097-003	
	- Kit de prélèvement	
	- Kit d'amplification HPV à haut risque Abbott RealTime 2N0992	
	- Kit de contrôle HPV à haut risque Abbott RealTime 2N0980	
	- Kit de préparation d'échantillons d'ADN 6K1224	
	- Kit de calibration optique 4J7193	
	- Embout Abbott 1000μl 4J7110	
	- Tubes réactionnels Abbott de 5 ml 4J7120	
		ц.

- Cuves a reactits Abbott de 200 ml 4J/160	
- Plaque à puits profonds Abbott 4J7130	
- Plaque de PCR Abbott 4J7170	
- Couvertures adhésives optiques Abbott 4J7175	
- Tube de mix Abbott 4J7 <u>1</u> 80	
- Sac biohazard Abbott 4J7145	
- Protecteur de paillasse rouleau	
- Alcool 96°	
- Alcool 70°	
- Eau de Javel 12° Unité	
- Compresse de gaze non stérile	
- Coton laine	
- Gant propre	
- Sac ziplock	
- Cryotube 2 ml	
- Cryoboite pour cryotube en plastique 2 ml	
- Eprouvette graduée, 100 ml	
- Embouts à filtre stériles 100 à 1000 μl	
- Embouts à filtre stériles 10 à 100 µl	
- Ethanol absolue qualité biologie moléculaire	
- Gant propre sans talc	
- Intrants et consommables des différentes plateformes de biologie moléculaire (voir	
annexes)	

IVA/IVL	- Matériel nécessaire pour le contrôle des infections.	Alternatives
	- Table d'examen gynécologique.	
	- Tabouret d'examen	
	- Spéculum vaginal à usage unique ou jetable	Complementaires
	- Spéculum vaginal en inox.	- lable d'examen equipee
	- Un plateau propre pour déposer les instruments stérilisés ou ayant été soumis à une	
	désinfection de haut niveau.	- Retracteur metannque de parons
	- Acide acétique dilué à 3–5% (IVA)	vagiliales ou preservaurs.
	- Solution de lugol (IVL) Source de lumière (lampe de poche/lampe électrique).	- Lampe electrique de 100 wans
	- Tige pour écouvillons (faits à la main).	ou lampe natogene.
	- Gants (stériles ou propres).	- Nideaux et Illige.
	- Spéculum vaginal et préservatif neuf dont le bout aura été préalablement coupé.	- Generateur electrique dans les
	- Alèses	regions ou les coupules de
	- Deux petits récipients contenant la solution d'acide acétique et de l'eau	courant sont frequences.
	- Minuteur	
	- Abaisse langue	
	- Paravent ou zone d'examen privée pour préserver l'intimité	
	- Fiches d'identifications	
	- Registre	
	- Fiche de référence et contre référence (en absence de traitement disponible sur le	
	site)	

COLPOSCOPIE	ı	Même équipement/fournitures pour l'IVA/IVL et le contrôle des infections	Complémentaires
	ı	Colposcope.	- Régulateur de
	ı	Sérum physiologique.	tension/protection contre les
	ı	Spéculum endocervical.	coupures de courant (dans les
			régions où la tension électrique
			est instable).
	ı	Même équipement/fournitures pour la colposcopie et le contrôle désinfections	Complémentaires
BIOPSIE CERVICALE	ı	Pince à biopsie.	- Longue pince à dissection
	ı	Formol dilué à 10% tel que décrit plus haut.	(dentée ou non).
	ı	Bulletin d'analyse complètement renseigné	- Deux haricots.
	ı	Flacon d'échantillonnage.	- Plateau à instruments.
	•	Pince Longuette	- Chariot à instruments
	ı	Pince de Pozzi	
	1	Solution hémostatique.	

- Même équipement/fournitures que pour l'IVA, la colposcopie et la lutte anti- infectieuse Antibiotiques (selon leur disponibilité en fonction de la réglementation nationale).	
 Même équipement/fournitures pour l'IVA/IVL, la colposcopie et contrôle des infections Approvisionnement en gaz réfrigérants (Cryogènes—CO2). Pistolet/combiné cryogénique. Manomètre Embouts de sonde (de forme conique allongée, 20 et/ou 25 mm de diamètre). Housse plastique. Bouchon en caoutchouc Tuyau flexible reliant le manomètre à l'unité de cryothérapie Chaîne (fixer la bouteille de gaz au mur pour plus de sécurité) Bouteilles de gaz (en avoir une de réserve - Capacité de 25 kg) Table d'examen gynécologique Table d'examen Compresses stériles (en cas de saignement). 	 Même équipement/fournitures que pour l'IVA/IVL, la colposcopie et le contrôle des infections Thermo-coagulateur. Source d'électricité Table d'examen Table d'examen Compresses stériles (en cas de saignement).
CRYOTHERAPIE	THERMO ABLATION

	- Même	équipement/fournitures	que pour la colposcopie et	la lutte anti-infectieuse.	- Bâtonnets de nitrate	d'argent pour	l'hémostase.												
	- Même équipement/fournitures que pour la colposcopie et le contrôle des infections	- Générateur électro chirurgical, câbles électriques, porte-électrode, autres accessoires.	- Plaque de dispersion (électrode neutre) pour la patiente.	- Electrodes de RAD (anses de différentes tailles, électrodes à boule et à aiguille) pour	l'excision et l'hémostase.	- Aspirateur de fumée.	- Embout plastique fixable au tuyau d'aspiration.	- Spéculum vaginal et préservatif neuf dont le bout aura été préalablement coupé.	- Solution d'anesthésie locale à base d'adrénaline	- Seringues : une aiguille stérile (18–20 gauge) et une aiguille (25–30 gauge).	- Flacons d'échantillonnage	- Plateau d'instruments.	- Chariot ou plan de travail pour poser le plateau d'instruments.	- Formol dilué à 10%	- Solution de Monsel	- Porte-aiguille à longue manche	- 2 demi-cercles	- Fil de suture résorbable n° 0	- Cupule en inox, 600 ml
RAD																			

CONISATION AU	- Cette technique étant pratiquée sous anesthésie générale ou locale, il faut disposer de	
BISTOURI FROID		
	- 1 spéculum vaginal.	Autres
	- 2 rétracteurs vaginaux (à bout double ou simple).	
	- 1 sonde utérine.	- Speculum d'Auvard (poids
	- 1 dilatateur utérin (1.5 ou 2.0 cm).	posterieur detachable).
	- 1 pince à griffe (9) (pince vulsellum).	
	- 1 lame de bistouri (cunéiforme/biseautée).	Complementaires
	- 1 paire de ciseaux droits (9).	- Aiguillée de catgut chrome
	- 1 paire de ciseaux courbes (9).	
	- 1 porte-aiguille (de préférence 8).	demi-cercle CT 40 mm
	- 2 pinces d'Allis (7.5).	- Serinone à aionille lonone
	- 1 pince à dissection (7–8).	- Agent vasoconstricteur tel
	- 2 fils de suture résorbable n° 2/0	
	- Formol dilué à 10%	que - l'adrénaline diluée on la
	- Flacon d'échantillonnage pour la pièce	Vacobressine
	- Solution pour nettover le vagin (polyvidone-jodée).	dao presente
	- Compresses de gaze.	
Conseil et	- Brochures d'information	
Mobilisation	- Poster et dépliants	- Model anatomique de zoé
communautaire	- Vidéo	1
	- Planches illustrées pour l'entretien psychologique	
	- Instruction pour le retour à la maison	
	- Atlas	
	- Flash card	
	- Autres (voir Chapitre Communication et mobilisation sociale)	
		Complémentaires
		- Stérilisation (autoclave ou
		four à chaleur sèche
		mobiles).
		- Masque (ou écran facial) et
		lunettes de protection/de
		motocycliste.
		97

 Zone propre et containers pour les instruments stériles/désinfectés à haut niveau. Destruction des déchets solides par incinération et traitement et évacuation des déchets liquides. 	Tensiomètre. Stéthoscope. Sets de perfusion contenant des aiguilles de gros calibre (14 ou 16 gauge). Solutions IV (sérum physiologique et dextrose 5% en solution aqueuse). Seringues et aiguilles hypodermiques. Seringues et aiguilles hypodermiques. Seringues et aiguilles hypodermiques. Seringues et aiguilles hypodermiques. Appareil de réanimation manuelle (Ambu-bag). Cathérer d'aspiration (manuel) avec tuyaux et pièges pour les sécrétions. Dispositif d'aspiration (manuel) avec tuyaux et pièges pour les sécrétions. Cathérer d'aspiration flexible. Sondes nasopharyngées (taille 28 et 30). Lubrifiant pour intubation nasopharyngée. Lampe électrique/lampe de poche. Défibrillateur Moniteur multi-paramètre
	Matériel - Tensiomètre Stéthoscope Sets de perfusion contenant des aiguilles de gros calibre (14 ou 16 gauge est charge des en solutions IV (sérum physiologique et dextrose 5% en solution aqueuse) Seringues et aiguilles hypodermiques Appareil de réanimation manuelle (Ambu-bag) Masque facial Dispositif d'aspiration (manuel) avec tuyaux et pièges pour les sécrétions Cathéter d'aspiration non flexible (taille 18) Sondes orales (taille 90 mm et 100 mm) Bouteille d'oxygène pleine Lampe électrique/lampe de poche.

	Médicaments	
	- Adrénaline	
	- Aminophylline	
	- Atropine	
	- Diazépam	
	- Diphénhydramine	
	- Hydrocortisone	
	- Prométhazine	
	- Paracétamol 1g injectable	
	•	
Vaccination	- Réfrigérateur médical	
	- Glacières	 Groupes électrogènes
		- Réfrigérateurs et congélateurs
	- Congélateurs	à énergie solaire
	- Accumulateurs de froid	
	- Thermomètres de contrôle	
	- Stabilisateurs	
	- onduleurs	
	- Fiches de contrôle de température	
	- Seringues autobloquantes 0,5 ml	
	- Coton hydrophile	
	- Boite de sécurité	
	- Registres et fiches de pointage	
	- Fiches de stock de vaccins	
	- Cartes de vaccination HPV	
	- Plateaux en inox	
	- Sacs poubelle	
	- Savons	
	- Stylos	
	- Chaises	

*pour les communautaires

CHAPITRE VI: FORMATION ET COMPETENCES

Dans le souci d'élaborer un programme efficace de dépistage et de traitement de qualité, il importe de renforcer les capacités au plan national par la formation des prestataires de soins de santé. Le système de formation doit comprendre un réseau d'institution qui travaille ensemble de manière coordonnée afin de disposer de formateurs qualifiés et de prestataires de soins compétents.

Ce système a pour objectif, de fournir un pool de formateurs permanents et compétents, ainsi que des prestataires formés pour la parfaite exécution des normes et directives.

Pour renforcer les capacités des prestataires à la prévention du cancer du col de l'utérus, le ministère en charge de la santé recommande que la formation soit à la fois initiale et continue.

6.1. But de la formation

La formation a pour but d'apprendre aux agents de santé (prestataires de soins, ASC) à fournir aux usagers de service, par l'amélioration de leur performance de travail, des services de santé sûrs et de qualité.

Elle consiste principalement à acquérir les connaissances, les attitudes et les compétences nécessaires pour accomplir une procédure ou une activité spécifique, telle que faire un counseling, réaliser un test HPV, l'IVA/IVL, la cryothérapie, la thermo ablation et la RAD.

C'est une formation opérationnelle basée sur l'hypothèse selon laquelle les compétences théoriques et pratiques apprises seront mises immédiatement en application.

6.2. Principaux éléments de la formation clinique efficace

Une approche à la formation clinique efficace est conçue et réalisée selon les principes de l'apprentissage des adultes. L'apprentissage a un caractère participatif, pertinent et pratique qui :

- ✓ Insiste sur le principe de donner le modèle du comportement ;
- ✓ Est axé sur la compétence ;
- ✓ Utilise des techniques de formation humaniste.

L'apprentissage d'un geste ou d'une compétence est réalisé en trois étapes (voir Figure 6.1).

Lors de la première étape qui est celle de **l'acquisition de la compétence**, le participant observe les autres personnes réaliser la procédure et acquiert une image mentale des étapes demandées. Une fois que l'image mentale est acquise, le participant essaie de réaliser la procédure, généralement sous supervision.

Quant à la deuxième étape, le participant s'exerce jusqu'à ce que **la maîtrise de la compétence** soit atteinte et, qu'il se sente en confiance pour réaliser seul la procédure.

L'étape finale qui consiste en la **maîtrise parfaite de la compétence**, n'arrive qu'avec une pratique répétée dans le temps.

Par ailleurs, des approches innovantes notamment le coaching sur site, les formations sur site doivent être capitalisées dans les différentes formations sanitaires sous la supervision des autorités sanitaires régionales et au niveau national pour aider dans le renforcement des capacités des prestataires. (*Voir Figure 6.2*).



Figure 6.1 : Niveaux de performance

PROCESSUS DE DEVELOPPEMENT DES FORMATEURS CLINIQUES

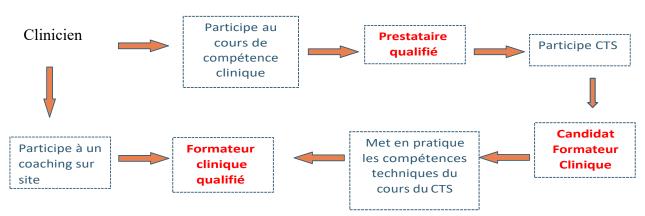


Figure 6.2 : Processus de développement des formateurs cliniques

6.3. Formation et renforcement des capacités des prestataires de santé

Le MSHPCMU à travers la DC-PEV et la DC-PNLCa assure le renforcement des capacités, des prestataires de santé à la vaccination HPV, au dépistage et au traitement des lésions précancéreuses, ainsi qu'à la prise en charge des cancers invasifs.

Le tableau 6.3 ci-dessous, résume les principaux prestataires de soins et personnes ressources pour les activités de prévention et de prise en charge du cancer du col de l'utérus.

Tableau 6.3 : Personnes ressources de mise en œuvre des stratégies de lutte contre le cancer

Actions	Prestataires de soins
Vaccination HPV	- ASC, Auxiliaires de santé
	- IDE, SFDE
	- Médecins
Test HPV, IVA/IVL	- ASC
cryothérapie, thermo ablation	- IDE, SFDE
	- Techniciens de laboratoire
	- Biologistes (pharmacien ou
	médecin)
	 Médecins généralistes
	- Gynécologues, chirurgiens,
	Oncologues
RAD	- Gynécologues
	- Chirurgiens
	- Oncologues
	- Médecins
Biopsie	- Gynécologues
	- Chirurgiens
	- Oncologues
Colposcopie	- Gynécologues
Corposcopic	- Oncologues
Histopathologie	- Pathologistes
Thistopathologic	- Techniciens de laboratoire
	- reclinicions de laboratoire
Chirurgie	- Gynécologues
	- Oncochirurgiens
Radiothérapie	- Techniciens en radiothérapie
•	- Radiothérapeutes
	- Dosimétristes
	- Techniciens de maintenance en radiothérapie
	- Manipulateurs en radiothérapie
	- Radiophysiciens
Chimiothérapie	- IDE et SFDE avec compétence
•	en oncologie
	- Oncologues médicaux
	- Pharmaciens
Soins Palliatifs	- Communautaires
Somo i miimiio	- Personnel de santé
	- Directions centrales
Supervision	- Programmes nationaux
_	 Régions et Districts sanitaires
Monitorage	- Prestataires des soins de santé
Evaluation	- Directions centrales
	- Programmes nationaux (suivi et
	évaluation)
Communication pour le Changement de	
Comportement	- Prestataires des soins de santé
	 Agents de Santé

Communautaires - Leaders communautaires - ONG
- Praticiens de médecine traditionnelle

La formation doit être effectuée à l'aide de deux kits nationaux de formation pour la prévention du cancer du col de l'utérus.

Un kit pour la formation des prestataires de soins composé de :

- Manuel de référence : Prévention du cancer du col de l'utérus en CI ;
- Guide du formateur : Prévention du cancer du col de l'utérus en CI.

Un kit pour la formation des ASC composé de :

- Manuel technique du participant : Cancer du col de l'utérus ;
- Guide du formateur des ASC sur la prévention du cancer du col de l'utérus ;
- Cahier d'exercice du participant.

.

Après la formation, des visites mensuelles ou trimestrielles de supervision formative doivent être entreprises pour assurer une parfaite exécution des normes et directives établies.

Pour faciliter le passage à échelle de cette formation, les modules de formation ont été intégrés dans le curricula de formation des écoles de base des prestataires de santé (INFAS, UFR Sciences Médicales).

6.4. Qualification des compétences

L'acquisition de la compétence à la pratique du test HPV, de l'inspection visuelle, de la cryothérapie, de la RAD et de la thermo ablation doit être effective pour les participants après validation des modules de la formation.

Sera considéré comme qualifié, le prestataire de soins qui aura suivi la formation, validé les modules théoriques et pratiques. La formation est sanctionnée par la délivrance d'un certificat de participation et de qualification, qui confirme que l'apprenant a satisfait aux exigences de la formation en matière de connaissance, de compétence et de pratique.

6.5. Supervision

La supervision est une phase de suivi -évaluation et amélioration des pratiques du prestataire qui débute immédiatement après la formation. Ainsi, cette phase s'assure que les compétences sont bien appliquées sur le terrain. Elle devra se faire de façon régulière et programmée.

6.6. Formation des formateurs

La formation des formateurs doit être assurée afin de créer un pool de formateurs provenant des différents régions et districts sanitaires, des milieux cliniques et communautaires. Elle permet de pallier aux disparités régionales et de pérenniser l'offre de services de prévention et de prise en charge.

6.6.1. Critères de sélection des formateurs nationaux

- Être un prestataire qualifié (titulaire du certificat de participation et de qualification);
- Être sur un site de dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- Avoir manifesté son intérêt pour la formation en compétence clinique ;
- Être disponible;
- Avoir une bonne maîtrise du processus de communication ;
- Avoir un sens de l'organisation;
- Avoir la caution de sa hiérarchie.

6.6.2. Déroulement de la formation des formateurs

La formation des formateurs est une formation en compétence clinique et dépistage-traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus. Cette formation se déroule en deux semaines. Au cours de la première semaine, l'apprenant participe à la formation en compétence clinique afin d'acquérir des aptitudes pédagogiques. A la deuxième semaine, il doit être capable de conduire une formation des prestataires de santé pour le dépistage par le test HPV, l'IVA/IVL et traitement par thermo ablation, cryothérapie et RAD des lésions précancéreuses du col de l'utérus.

Ainsi à la fin des deux semaines, les nouveaux formateurs devraient être capable de :

- Décrire une approche "apprendre pour maîtriser" qui tienne compte des principes de l'apprentissage des adultes et s'appuie sur la formation axée sur la compétence ;
- Planifier un stage de formation clinique ;
- Créer un climat d'apprentissage positif;
- Utiliser des supports audiovisuels ;
- Faire des présentations interactives ;
- Utiliser des instruments d'évaluation axés sur la compétence ;
- Développer les compétences cliniques.

- Gérer la pratique clinique ;
- Mener un stage de formation clinique ;
- Décrire les généralités sur l'infection à VIH/Sida et le cancer du col de l'utérus ;
- Décrire la relation entre HPV et le cancer du col de l'utérus ;
- Expliquer la physiopathologie du cancer du col;
- Parler du cancer du col avec des patientes ;
- Décrire les mesures de prévention des infections chez le prestataire de soins de santé ;
- Expliquer à la cliente son bilan le test HPV et l'inspection visuelle ;
- Parler du traitement et du suivi en cas d'IVA/IVL positif.

6.7. Coordination des activités de formation

Il est essentiel que les diverses activités de formation de lutte contre le cancer qui se déroulent dans le pays soient coordonnées et normalisées afin d'assurer une formation cohérente et de qualité. La coordination de ces activités de formation se fera par le ministère en charge de la santé à travers le PNLCa en collaboration avec les autres structures et programmes et directions concernés (PEV, PNLS, PNLT, PNSM, DFRS, PNSME, NPSP, DIIS, etc.).

Pour cela, le PNLCa doit :

- Élaborer des critères pour la formation à grande échelle ;
- Recenser les besoins en formation ;
- Établir les priorités en matière de prévention du cancer du col de l'utérus ;
- Planifier les activités de formation selon les priorités établies ;
- Mettre en place un mécanisme ou méthode d'exécution approprié de ce plan ;
- Superviser les stagiaires ou prestataires en formation
- Évaluer l'impact de la formation sur le terrain.

RÉFÉRENCES

- 1. Guyane Politique nationale sur la prévention du cancer du col de l'utérus. Révisé et mis à jour Octobre 2009.
- Sankaranarayanan R, Sellors J, Lauterbach M. (2005). Formation pour les programmes de prévention du cancer du col de milieux aux ressources limitées: Focus sur l'inspection visuelle avec l'acide acétique et cryothérapie. Revue internationale de gynécologie et d'obstétrique 89, S30-S37.
- 3. MOHSW 2008. Programme de formation de base.
- 4. ACCP 2006. Planification et mise en œuvre des programmes de prévention du cancer du col de l'utérus. Manuel à l'usage des organisateurs
- 5. WHO Global Observatory for eHealth. MHealth: new horizons for health through mobile technologies. Geneva: World Health Organization; 2011.

CHAPITRE VII: SUIVI ET EVALUATION

7.1. Intérêt

Cette section fournit des lignes directrices pour les prestataires de soins de santé, les planificateurs de programmes et les superviseurs pour améliorer les activités de suivi et d'évaluation de la lutte contre le cancer du col de l'utérus. Le suivi -évaluation permet à l'équipe de gestion de :

- Déterminer dans quelle mesure les interventions permettent d'atteindre les objectifs fixés, les cibles et d'apporter des actions correctrices.
- Prendre des décisions éclairées quant à la gestion des programmes et la prestation des services.
- Assurer l'utilisation la plus efficace et efficiente des ressources.
- Évaluer dans quelle mesure le PNLCa dans la prévention du cancer du col de l'utérus atteint les résultats escomptés et l'impact du plan stratégique national.

Le système de suivi-évaluation sera guidé par :

- Des indicateurs,
- Des outils standards de collecte de données,
- Des procédures claires de collecte de données,
- Des lignes directrices et des protocoles pour la gestion des données,
- Des procédures d'assurance de qualité des données.

La DIIS collecte, centralise et rend accessibles les informations relatives au cancer du col de l'utérus générées par le SNIS. La DC-PNLCa et la DC-PEV mettent à la disposition de la DIIS les résultats des enquêtes et études relatives au cancer du col de l'utérus conduites en Côte d'Ivoire.

L'informatisation est le moyen le plus efficace pour suivre et évaluer les programmes.

7.2. Système National d'Information Sanitaire (SNIS)

7.2.1. Système de collecte de données

Le système d'information repose sur un système de collecte de données de routine et non routinière (enquête, études) utilisant des outils papiers et des outils électroniques.

Les outils papiers sont composés de dossiers individuels de patientes, des registres de notification et des rapports tenus par les prestataires, les gestionnaires de données et opérateurs de saisie. Ces outils sont révisés régulièrement sur une fréquence de trois ans.

Les outils électroniques de collecte de données sont composés entre autres de DHIS2, e-SIGL, m-SUPPLY, SIGDEP2 ... et le dossier électronique de patients.

7.2.2. Système de gestion des données

La gestion des données se fait à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Elle se réalise en termes de collecte, de transmission, d'analyse et de diffusion.

7.2.2.1. Niveau établissement

La structure sanitaire concernée sera responsable du traitement, de la validation et de la compilation mensuelle des données. Ces activités seront exécutées par l'équipe formée : médecin, sage-femme, infirmier, etc.

Les rapports mensuels d'activités des établissements sanitaires doivent être acheminés au district au plus tard le 5 du mois suivant le mois de rapportage.

7.2.2.2. Niveau district

Le CSE réceptionne les rapports mensuels des établissements sanitaires de son aire géographique. Une rétro information est faite à la structure en cas d'erreur dans le rapport. Le rapport est corrigé et renvoyé au district sanitaire.

Les rapports mensuels collectés au niveau du district sont saisis dans la base des données DHIS2 au plus tard le 10 du même mois par le CSE.

7.2.2.3. Niveau régional

Le CSE régional fait le contrôle qualité, l'analyse des données saisies par les districts dans la base DHIS2 et fait une rétro-information aux districts.

7.2.2.4. Niveau central

La DIIS en collaboration avec les programmes de santé fait le contrôle qualité, l'analyse des données du DHIS2, la rétro-information, produit le Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS) et le diffuse.

Elle transmet les informations au Cabinet et aux partenaires.

7.3. Système de collecte et de gestion des données

7.3.1. Indicateurs de suivi du cancer du col de l'utérus

Pour le suivi des activités de prévention et de prise en charge du cancer du col de l'utérus, les indicateurs clés suivants ont été définis :

- Nombre de personnes touchées par les sensibilisations dans la communauté
- Nombre de filles ayant été complètement vaccinées contre le HPV
- Nombre de femmes ayant été dépisté pour le HPV
- Nombre de femmes testées positives au test HPV
- Nombre de femmes testées positives au test HPV ayant reçu un dépistage par IVA/IVL
- Nombre de femmes chez qui une IVA/IVL est faite sans un dépistage HPV au préalable
- Nombre de femmes dépistées à l'IVA/IVL (avec ou sans test HPV)
- Nombre de femmes testées positives à l'IVA/IVL
- Nombre de femmes ayant un col suspect de cancer
- Nombre de femmes testées positives à l'IVA/IVL et ayant été traitées par Thermo ablation ou cryothérapie
- Nombre de femmes chez qui l'IVA/IVL a permis de détecter des lésions précancéreuses larges
- Nombre de femmes testées positives à l'IVA/IVL référées pour lésions précancéreuses larges
- Nombre de femmes avec des lésions précancéreuses larges ayant bénéficié d'un traitement par la RAD
- Nombre de femmes ayant reçu un traitement de cryothérapie/thermo ablation ou de RAD revenues pour une complication post traitement.

Tous les autres indicateurs permettant de suivre les activités de prévention du cancer du col de l'utérus sont consignés dans le tableau ci— dessous (tableau 7.1).

Tableau 7.1 - Plan de collecte des indicateurs

RESPON	-Major Surveillant s d'unité de soins - Gestionnai res de données
SOURCES DE COLLECTE	Registre de dépistage du cancer de col de l'utérus/ Fiche individuelle de la patiente Outil électronique de collecte
FREQUENCE DE COLLECTE	Mensuelle
MODE DE COLLECTE	Routine
UTILITE DE GESTION	-Réduire la morbidité liée au cancer du col de l'utérus -Réduire le diagnostic tardif du cancer du col de l'utérus de l'utérus
TYPE D'INDICA TEUR	Indicateur de résultat
DESAGR EGATIO N	Par Statut VIH ¹¹ Par type de visite ¹² Par type de prélèveme nt ¹³ Par tranche d'âge ¹⁴ Par
MODE DE CALCUL (structure de l'indicateur)	Comptage
OBJECTIF	Mesurer la couverture du dépistage HPV chez les femmes
DEFINITIO N	C'est l'ensemble des femmes qui ont bénéficié d'un dépistage par test HPV
INDICATEUR S	Nombre de femmes ayant été dépisté pour le HPV

11 Statut VIH: Négatif ou inconnu; positif

¹² Type de visite : Dépistage initial ; Visite de routine ; Suivi 1 an

 $^{13\ \}mathrm{Par}$ type de prélèvement : prélèvement par un prestataire ; auto prélèvement

¹⁴ Par tranche d'âge : 15-24 ans ; 25-29 ans ; 30-49 ans ; 50-55 ans

¹⁵ Par niveau : Etablissement Sanitaire ; District Sanitaire ; Direction Régionale de la Santé ; Central (National)

RESPON		Major - Surveillant s d'unité de soins - Gestionnai res de données Biologiste
SOURCES DE COLLECTE		Registre de dépistage du cancer de col de l'utérus/ Fiche individuelle de la patiente/Registr e de laboratoire /Outil électronique de collecte
FREQUENCE DE COLLECTE		Mensuelle
MODE DE COLLECTE		Routine
UTILITE DE GESTION		- Réduire la morbidité liée au cancer du col de l'utérus - Réduire le diagnostic tardif du cancer du col de l'utérus
TYPE D'INDICA TEUR		Indicateur d' impact
DESAGR EGATIO N	Par système Au sein de l'unité de soins, En communau	Par Statut VIH Par type de visite Par type de HPV Par tranche d'âge
MODE DE CALCUL (structure de l'indicateur)		Comptage
OBJECTIF		Mesurer la fréquence du virus HPV
DEFINITIO N		C'est l'ensemble de femmes dont le résultat du dépistage HPV est positif
INDICATEUR S		Nombre de femmes testées positives au test HPV

RESPON	Major - Surveillant s d'unité de soins - Gestionnai res de données	Major - Surveillant s d'unité de soins - Gestionnai res de données	
SOURCES DE COLLECTE	Registre de dépistage du cancer de col de l'utérus/ Fiche individuelle de la patiente/Outil électronique de collecte	Registre de dépistage du cancer de col de l'utérus/Fiche individuelle de la patiente/Outil électronique de collecte	
FREQUENCE DE COLLECTE	Mensuelle	Mensuelle	
MODE DE COLLECTE	Routine	Routine	
UTILITE DE GESTION	-Réduire la morbidité liée au cancer du col de l'utérus - Réduire le diagnostic tardif du cancer du col de l'utérus au cancer du col de l'utérus - Réduire le diagnostic tardif du cancer du col de l'utérus - Réduire le diagnostic tardif du cancer du col de l'utérus		
TYPE D'INDICA TEUR	Indicateur de résultat	Indicateur de résultat	
DESAGR EGATIO N	Par Statut VIH Par type de visite d'âge d'âge	Par Statut VIH Par type de visite Par tranche d'âge Par niveau	
MODE DE CALCUL (structure de l'indicateur)	Comptage	Comptage	
OBJECTIF	Mesurer la couverture du dépistage par IVA/IVL chez les femmes HPV positif et déterminer l'éligibilité au traitement après VAT après VAT les femmes IVA/IVL chez les femmes		
DEFINITIO N	C'est l'ensemble des femmes dont le prélèvement HPV est positif et qui ont reçu un dépistage par IVA/IVL ou VAT	C'est l'ensemble des femmes qui n'ont pas bénéficié d'un test HPV au préalable, mais dépistées par IVA/IVL	
INDICATEUR S	Nombre de femmes testées positives au test HPV ayant reçu un dépistage par IVA/IVL ou VAT	Nombre de femmes chez qui une IVA/IVL est faite sans un dépistage HPV au préalable	

RESPON	-Major Surveillant s d'unité de soins - Gestionnai res de données	PNLCa
SOURCES DE COLLECTE	Registre/Outil électronique de collecte	Rapport d'enquête
FREQUENCE DE COLLECTE	Mensuelle	Annuelle
MODE DE COLLECTE	Routine	Enquête
UTILITE DE GESTION	-Réduire la morbidité liée au cancer du col de l'utérus -Réduire le diagnostic tardif du cancer du col de l'utérus	-Réduire la morbidité liée au cancer du col de l'utérus -Réduire le diagnostic tardif du cancer du col de l'utérus
TYPE D'INDICA TEUR	Indicateur de résultat	Indicateur de résultat
DESAGR EGATIO N	Par Statut VIH Par type de visite Par tranche d'âge	Par Statut VIH Par type de visite Par tranche d'âge Par miveau
MODE DE CALCUL (structure de l'indicateur)	Comptage	N: Nombre de femmes dépistées à l' IVA/IVL D: population cible
OBJECTIF	Mesurer la couverture du dépistage par IVA/IVL chez les femmes	Mesurer la couverture du dépistage des lésions précancéreuse s du col de l'utérus par IVA/IVL chez la population cible
DEFINITIO N	C'est l'ensemble des femmes chez qui une IVA/IVL a été réalisée, avec ou sans test HPV	C'est le nombre de femmes chez qui une IVA/IVL a été réalisée rapporté à à la population cible
INDICATEUR S	Nombre de femmes chez qui PIVA/IVL a été réalisée	Taux de dépistage à l'IVA/IVL

RESPON	- Major Surveillant s d'unité de soins - Gestionnai res de données	- Major Surveillant s d'unité de soins - Gestionnai res de données
SOURCES DE COLLECTE	Registre Rapport mensuel	Registre Rapport mensuel
FREQUENCE DE COLLECTE	Mensuelle	Mensuelle
MODE DE COLLECTE	Routine	Routine
UTILITE DE GESTION	Réduire la mortalité liée au cancer du col de l'utérus	Réduire la mortalité liée au cancer du col de l'utérus
TYPE D'INDICA TEUR	Indicateur d'impact	Indicateur d'impact
DESAGR EGATIO N	Par Statut VIH Par type de visite Par tranche d'âge d'âge	Par Statut VIH Par type de visite Par tranche d'âge
MODE DE CALCUL (structure de l'indicateur)	Comptage	N: nombre de femmes testées positives à 1'IVA/IVL D: nombre de femmes ayant bénéficié d'une IVA/IVL
OBJECTIF	Mesurer l'incidence des lésions précancéreuse s du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 49 ans	Mesurer l'incidence des lésions précancéreuse s du col de l'utérus
DEFINITIO N	C'est l'ensemble des femmes ayant bénéficié d'une IVA/IVL dont le résultat est positif	C'est le nombre de femmes testées positives rapporté au nombre de femmes testées à l'IVA/IVL
INDICATEUR S	Nombre de femmes testées positives à l'IVA/IVL	Proportion de femmes testées positives à l'IVA/IVL (taux de positivité)

RESPON SABLE		- Major -	Surveillant s d'unité de soins	Gestionnai res de données	
SOURCES DE COLLECTE		Registre de dépistage du cancer de col de	l'utérus/Fiche individuelle de la patiente/Outil électronique de	collecte	
FREQUENCE DE COLLECTE		Mensuelle			
MODE DE COLLECTE		Routine			
UTILITE DE GESTION		Réduire la mortalité liée au cancer du col de	l'utérus		
TYPE D'INDICA TEUR		Indicateur d'impact			
DESAGR EGATIO N	Par niveau	Par Statut VIH	Par type de visite	Par tranche d'âge	Par niveau
MODE DE CALCUL (structure de l'indicateur)		Comptage			
OBJECTIF		Mesurer l'incidence des lésions	cancéreuses du col de l'utérus chez les femmes		
DEFINITIO N		C'est l'ensemble des femmes chez	qui une lésion cancéreuse a été suspectée lors de	l'IVA/IVL ou VAT	
INDICATEUR S		Nombre de femmes ayant une lésion	suspecte de cancer		

RESPON	- Surveillant s d'unité de soins - Gestionnai res de données	- Major Surveillant s d'unité de soins - Gestionnai res de données
SOURCES DE COLLECTE	Registre de dépistage du cancer de col de l'utérus/Fiche individuelle de la patiente/Outil électronique de collecte	Registre de dépistage du cancer de col de l'utérus/Fiche individuelle de la patiente/Outil électronique de collecte
FREQUENCE DE COLLECTE	Mensuelle	Mensuelle
MODE DE COLLECTE	Routine	Routine
UTILITE DE GESTION	Réduire la mortalité liée au cancer du col de l'utérus	Réduire la mortalité liée au cancer du col de l'utérus
TYPE D'INDICA TEUR	Indicateur d'impact	Indicateur de résultat
DESAGR EGATIO N	Par Statut VIH Par type de visite Par tranche d'âge Par niveau	Par Statut VIH Par type de visite Par type de traitement Thermo ablation ou
MODE DE CALCUL (structure de l'indicateur)	N: nombre de femmes chez qui une lésion cancéreuse a été suspectée lors de l'IVA/IVL ou VAT D: nombre de femmes chez qui l'IVA/IVL	Comptage
OBJECTIF	Mesurer l'incidence des lésions cancéreuses du col de l'utérus chez les femmes	Mesurer la couverture du traitement des lésions précancéreuse s chez les femmes IVA positives ou ayant fait une VAT qui sont éligibles à la thermo ablation ou à
DEFINITIO N	C'est le nombre de femmes suspectées d'une lésion cancéreuse rapporté au nombre total de femmes testées à l'IVA/IVL ou VAT	C'est l'ensemble des femmes ayant les lésions précancéreuse s suite à l'IVA/IVL ou du VAT qui ont été traitées à la thermo ablation ou à la cryothérapie
INDICATEUR S	Proportion de femmes ayant une lésion suspecte de cancer	Nombre de femmes testées positives à l'IVA ou ayant fait une VAT et ayant été traitées par Thermo ablation ou cryothérapie

RESPON		- Major Surveillant s d'unité de soins - Gestionnai res de données
SOURCES DE COLLECTE		Registre de dépistage du cancer de col de l'utérus/Fiche individuelle de la patiente/Outil électronique de collecte
FREQUENCE DE COLLECTE		Mensuelle
MODE DE COLLECTE		Routine
UTILITE DE GESTION		Réduire la mortalité liée au cancer du col de l'utérus
TYPE D'INDICA TEUR		Indicateur de résultat
DESAGR EGATIO N	cryothérapi e Par tranche d'âge Par niveau	Par Statut VIH Par type de visite de traitement Thermo ablation ou cryothérapi e
MODE DE CALCUL (structure de l'indicateur)		N: nombre de femmes ayant les lésions précancéreus es suite à une IVA qui ont été traitées à la thermo ablation ou à la Cryothérapie Cryothérapie de femmes ayant une
OBJECTIF	la cryothérapie	Mesurer la couverture du traitement des lésions précancéreuse s chez les femmes IVA positives ou ayant fait une VAT qui sont éligibles à la thermo ablation ou à la cryothérapie
DEFINITIO N		C'est le nombre de femmes ayant les lésions précancéreuse s qui ont été traitées à la thermo ablation ou à la cryothérapie rapporté au nombre de femmes ayant une IVA/IVL positive ou ayant fait une VAT
INDICATEUR S		Proportion de femmes testées positives à l'IVA ou ayant fait une VAT et ayant été traitées par Thermo ablation ou cryothérapie

SABLE		- Major - Surveillant s d'unité de soins - Gestionnai res de données
SOURCES DE S COLLECTE S		Registre de dépistage du cancer de col de s'intérus/fiche de s'efference et de contre référence do do pour la dectronique de re collecte de collecte
FREQUENCE S DE COLLECTE		Mensuelle d d d d d d d d d d d d d d d d d d
MODE DE COLLECTE		Routine
UTILITE DE GESTION		Réduire la mortalité liée au cancer du col de l'utérus
TYPE D'INDICA TEUR		Indicateur de résultat
DESAGR EGATIO N	Par tranche d'âge Par niveau	Par Statut VIH Par type de visite Par tranche d'âge Par niveau
MODE DE CALCUL (structure de l'indicateur)	IVA/IVL positive	Comptage
OBJECTIF		Mesurer la couverture du traitement des lésions précancéreuse s chez les femmes IVA positives ou ayant fait une VAT non éligibles à la thermo ablation ou à la cryothérapie
DEFINITIO N		C'est l'ensemble des femmes avec des lésions précancéreuse s non éligibles à la thermo ablation/cryot hérapie et qui ont été traitées par la RAD au cours du mois
INDICATEUR S		Nombre de femmes avec des lésions précancéreuses larges traitées par la RAD

SABLE	- Major - Surveillant s d'unité de soins - Gestionnai res de données	- Major Surveillant s d'unité de soins - Gestionnai
SOURCES DE COLLECTE	Registre de dépistage du cancer de col de l'utérus/fiche de référence et de contre référence pour la RAD/Outil électronique de collecte	Registre de dépistage du cancer de col de l'utérus/fiche de référence et de contre référence pour la RAD/Outil
FREQUENCE DE COLLECTE	Mensuelle	Mensuelle
MODE DE COLLECTE	Routine	Routine
UTILITE DE GESTION	Réduire la mortalité liée au cancer du col de l'utérus	Réduire la mortalité liée au cancer du col de l'utérus
TYPE D'INDICA TEUR	Indicateur de résultat	Indicateur de résultat
DESAGR EGATIO N	Par Statut VIH Par type de visite tranche d'âge Par niveau	Par Statut VIH Par type de visite
MODE DE CALCUL (structure de l'indicateur)	N: nombre de femmes avec des lésions précancéreus es larges qui ont êté traitées par la RAD D: nombre de femmes positives à 1'IVA/IVL ou ayant fait une VAT et non éligibles à la thermo ablation/cryo thérapie	Comptage
OBJECTIF	Mesurer la couverture du traitement des lésions précancéreuse s chez les femmes IVA positives ou ayant fait une VAT non éligibles à la thermo ablation ou à la cryothérapie	Mesurer la couverture du traitement des lésions précancéreuse s chez les femmes IVA positives ou ayant fait une VAT non
DEFINITIO N	C'est le nombre de femmes avec des lésions précancéreuse s larges qui ont été traitées par la RAD rapporté au nombre de femmes positives à l'IVA/IVL ou ayant fait une VAT et non éligibles à la thermo ablation/cryot hérapie	C'est l'ensemble des femmes référées pour lésions précancéreuse s larges
INDICATEUR S	Proportion de femmes avec des lésions précancéreuses larges traitées par la RAD	Nombre de clientes référées pour lésions larges

RESPON SABLE	données	- Major Surveillant s d'unité de soins - Gestionnai res de données
SOURCES DE COLLECTE	électronique de collecte	Registre de dépistage du cancer de col de l'utérus/fiche de référence et de contre référence pour la RAD/fiche individuelle cliente/Outil électronique de collecte
FREQUENCE DE COLLECTE		Mensuelle
MODE DE COLLECTE		Routine
UTILITE DE GESTION		Apprécier la référence et la contre référence des femmes présentant des lésions précancéreuses larges
TYPE D'INDICA TEUR		Indicateur d'effet
DESAGR EGATIO N	Par tranche d'âge Par niveau	Par Statut VIH Par type de visite Par tranche d'âge d'âge
MODE DE CALCUL (structure de l'indicateur)		N= Nombre de femmes présentant les lésions précancéreus es larges D= Nombre de femmes présentant les lésions précancéreus es
OBJECTIF	éligibles à la thermo ablation ou à la cryothérapie	Mesurer la couverture des clientes référées pour lésions précancéreuse s larges
DEFINITIO N		C'est le nombres de clientes référées pour lésions précancéreuse s larges rapporté au nombre de clientes dépistées à l'IVA/IVL ou ayant fait une VAT présentant des lésions s
INDICATEUR S		Proportion de clientes référées pour lésions larges

RESPON SABLE	- Major Surveillant s d'unité de soins - Gestionnai res de données	- Major Surveillant s d'unité de soins - Gestionnai res de données
SOURCES DE COLLECTE	Registre de dépistage du cancer de col de l'utérus/fiche de réfèrence et de contre réfèrence pour la RAD/fiche individuelle cliente/Outil électronique de collecte	Registre de dépistage du cancer de col de l'utérus/fiche de réfèrence et de contre réfèrence pour la RAD/fiche individuelle cliente/Outil électronique de collecte
FREQUENCE DE COLLECTE	Mensuelle	Mensuelle
MODE DE COLLECTE	Routine	Routine
UTILITE DE GESTION	Apprécier la référence et la contre référence des femmes suspectées de cancer du col de l'utérus	Apprécier la référence et la contre référence des femmes suspectées de cancer du col de l'utérus
TYPE D'INDICA TEUR	Indicateur d'effet	Indicateur d'effet
DESAGR EGATIO N	Par Statut VIH Par type de visite Par tranche d'âge d'âge	Par Statut VIH Par type de visite Par tranche d'âge
MODE DE CALCUL (structure de l'indicateur)	Comptage	N= Nombre de femmes chez qui on a suspecté un cancer du col de l'utérus ayant été référées D= Nombre de femmes chez qui on a suspecté un
OBJECTIF	Mesurer la couverture des clientes référées pour suspicion de cancer du col de l'utérus	Mesurer la couverture des clientes référées pour suspicion de cancer du col de l'utérus
DEFINITIO N	C'est l'ensemble des femmes chez qui on a suspecté un cancer lors de l'IVA/IVL ou lors de la VAT et qui ont été référées	C'est le nombre de clientes référées pour suspicion de cancer rapporté au nombre de clientes suspectées de cancer du col de l'utérus
INDICATEUR S	Nombre de clientes référées pour suspicion de cancer du col de l'utérus	Proportion de clientes référées pour suspicion de cancer du col de l'utérus

RESPON		- Major Surveillant s d'unité de soins - Gestionnai res de données	- Major Surveillant s d'unité de soins - Gestionnai res de données
SOURCES DE COLLECTE		Registre de vaccination/fich e de rapport mensuel PEV	Registre de vaccination/fich e de rapport mensuel PEV Rapport d'enquête
FREQUENCE DE COLLECTE		Mensuelle	Mensuelle (routine) Annuelle
MODE DE COLLECTE		Routine	Routine Enquête
UTILITE DE GESTION		Réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus	Réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus
TYPE D'INDICA TEUR		Indicateur d'effet	Indicateur d'effet
DESAGR EGATIO N	Par niveau	Par Statut VIH Par tranche d'âge Par niveau	Par Statut VIH Par tranche d'âge: 9 à 14 ans
MODE DE CALCUL (structure de l'indicateur)	cancer du col de l'utérus	Comptage	N= Nombre de filles cible ayant reçu le nombre de dose indiquée de vaccin contre le HPV
OBJECTIF		Mesurer la couverture des filles vaccinées contre le HPV	Mesurer la couverture des filles vaccinées contre le HPV
DEFINITIO N		Nombre de filles cible ayant reçu le nombre de doses indiquées de vaccin contre le HPV selon le statut VIH	C'est la proportion de filles cible ayant reçues le nombre de dose indiqué de vaccins contre le HPV parmi l'ensemble des filles cible
INDICATEUR S		Nombre de filles complètement vaccinées contre le HPV	Pourcentage de filles vaccinées contre le HPV

RESPON SABLE	DC-PEV	- Major Surveillant s d'unité de soins - Gestionnai res de données
SOURCES DE COLLECTE		Registre de dépistage du cancer de col de l'utérus/fiche de référence et de contre référence pour la RAD
FREQUENCE DE COLLECTE		Mensuelle
MODE DE COLLECTE		Routine
UTILITE DE GESTION		Réduire la morbidité et la mortalité liées au cancer du col de l'utérus
TYPE D'INDICA TEUR		Indicateur de processus
DESAGR EGATIO N	Par niveau	Par niveau District Sanitaire Direction Régionale de la Santé de de
MODE DE CALCUL (structure de l'indicateur)	D= Nombre de filles cible	
OBJECTIF		
DEFINITIO N		Nombre de structures qui offre effectivement le dépistage du cancer du col de l'utérus
INDICATEUR S		Nombre de structures offrant le service de dépistage du cancer du col de l'utérus

7.3.2. Outils de collecte

Les principaux outils de gestion pour la prévention du cancer du col de l'utérus sont les suivants :

- Le registre de prévention du cancer du col de l'utérus
- Les fiches individuelles clientes
- La carte de rendez-vous
- La fiche de rapport mensuel des prestataires
- La fiche de rapport mensuel de l'ASC
- Le cahier de l'ASC
- Le registre de l'ASC
- Le tableau de bord (aperçu des résultats)
- Le bulletin de test HPV
- Le registre de vaccination
- Le cahier de transmission du test HPV
- La fiche de transmission de laboratoire
- La fiche de référence et contre référence (RAD, anatomo-pathologie, Cryothérapie, thermo ablation)
- DHIS2 tracker

7.3.3. Gestion des données

7.3.3.1. Niveau structure

Les prestataires de soins sont tenus de :

- Identifier la cliente :
 - Attribuer un numéro d'identification, qui comprend :
 - o Un code de la structure
 - o Un numéro de série de la cliente
- Remettre la carte de suivi à la cliente
- Réclamer la carte de suivi à chaque visite

• Renseigner:

- Les fiches individuelles clientes
- Le registre de prévention du cancer du col de l'utérus
- La carte de rendez-vous
- Le bulletin de test HPV
- Le cahier de transmission
- Le registre de vaccination
- La fiche de transmission de laboratoire
- Le tableau de bord (aperçu des résultats)
- La fiche de référence et contre référence (RAD, anatomo-pathologie, cryothérapie, thermo ablation)
- Un registre électronique (notamment le DHIS2 tracker): c'est un module du DHIS2 pour le suivi personnalisé du client.
- La fiche de rapport mensuel

7.3.3.2. Niveau district

Les services de suivi-évaluation sont responsables de la gestion des données. Ils doivent collecter et compiler les données des fiches de rapport mensuel des différents sites du district et les transmettre mensuellement à la DIIS.

7.4. Circuit des données

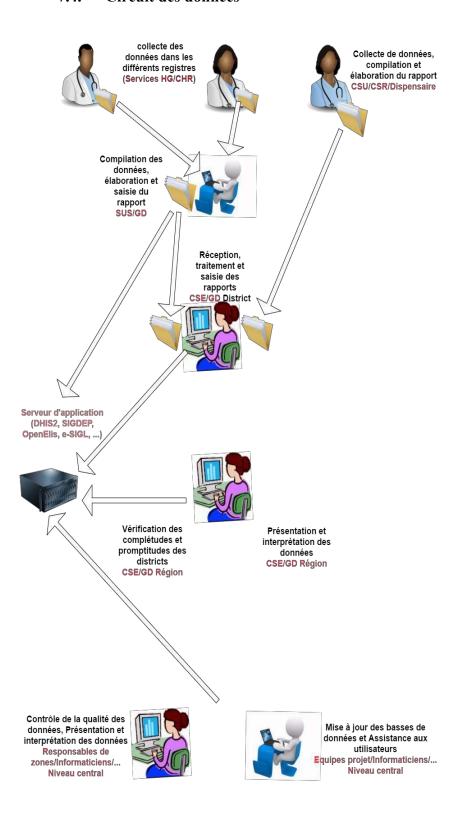


Figure 7.1: Circuit de collecte et de transmission des données sur le cancer du col de l'utérus (Source : Manuel de procédure de gestion des données sanitaire de Cote d'Ivoire - DIIS)

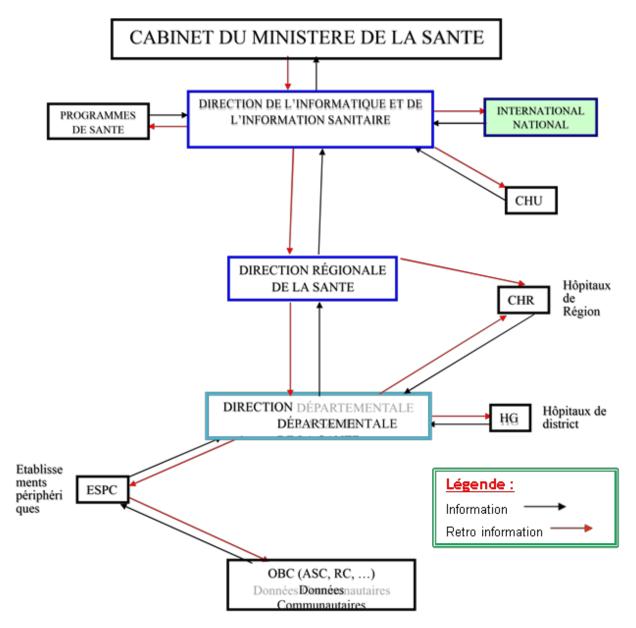


Figure 7.2: Schéma du circuit de l'information sanitaire

(Source : Manuel de procédure de gestion des données sanitaire de Cote d'Ivoire - DIIS)

7.5. Responsabilités de l'équipe de gestion

7.5.1. Niveau Central

La gestion au niveau central est assurée par les directions de coordination du PNLCa et du PEV.

Les tâches spécifiques de l'équipe de gestion sont :

- Réceptionner et analyser les rapports mensuels des structures de santé.
- S'assurer que l'information est bien recueillie, compilée et analysée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

- Garantir que les données sont de bonne qualité et utilisées à tous les niveaux de la pyramide pour la prise de décision.
- Évaluer les progrès du programme vers l'atteinte des objectifs, à l'aide d'indicateurs clairement définis.
- Impliquer le personnel dans le processus d'amélioration de la qualité.

7.5.2. Niveau Régional

La gestion au niveau régional est assurée par l'équipe régionale de santé (ERS). Elle a la charge de :

- Coordonner les activités de prévention du cancer du col de l'utérus des districts sanitaires de son aire géographique
- Assurer la mobilisation sociale au niveau régional.

7.5.3. Niveau district

La gestion est assurée par l'équipe cadre du district (ECD). Elle est chargée de :

- S'assurer de l'intégration des activités de prévention du cancer du col de l'utérus dans le PMA
- Coordonner la formation des prestataires de services.
- Superviser les services de prévention.
- Assurer l'approvisionnement en matériels et intrants nécessaires.
- Gérer les ressources humaines.
- Faciliter les activités communautaires
- Collaborer avec les partenaires.

7.5.4. Niveau établissement sanitaire et communautaire

Les responsables des établissements sanitaires sont chargés de :

- Appuyer les COGES dans les activités de sensibilisation sur le cancer du col de l'utérus.
- Sensibiliser la communauté sur la prévention du cancer du col de l'utérus.
- Estimer les besoins en intrants.
- Collecter et analyser les données,
- Préparer et transmettre les rapports.
- Dépister et traiter les cas
- Assurer la référence et contre référence selon les normes.
- Coordonner les activités de prévention du cancer du col de l'utérus menées par les ASC
- Faciliter les activités de plaidoyer à base communautaire sur la prévention du cancer du col de l'utérus.

7.6. Supervision

La supervision est un processus continu de suivi qui a pour but de guider, aider, former et encourager les prestataires de soins et services afin d'améliorer leur performance et la qualité des prestations.

Elle respectera les directives existantes :

- Du niveau central vers le niveau régional : deux (2) fois par an
- Du niveau régional vers le district : deux (2) fois par an
- Du niveau du district vers les établissements : quatre (4) fois par an.

7.7. Evaluation

L'évaluation est une activité ponctuelle qui permet d'apprécier le processus et les résultats en comparant les résultats obtenus aux résultats planifiés.

L'évaluation sera réalisée par la DC-PNLCa, la DC-PEV, la DSC, et directement ou à travers des évaluateurs externes recrutés à cet effet.

Cette évaluation portera sur :

- La mise en place des interventions de lutte contre le cancer du col de l'utérus (projets en cours, phase pilote des initiatives nouvelles, etc.)
- La couverture des interventions de lutte contre le cancer du col de l'utérus (dépistages HPV, IVA/IVL, Vaccination contre le HPV)

- Les résultats des interventions de lutte contre le cancer du col de l'utérus (traitements, mesure de façon objective des résultats observés au niveau des acteurs et de la population),
- L'impact des interventions de lutte contre le cancer du col de l'utérus (incidence, prévalence, mortalité).

D'autres études spécifiques peuvent être conduites par la DC-PNLCa et ses partenaires.

ANNEXES

5	Annexe 1: Liste des contributeurs	ulrs		
	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	STRUCTURE	MAIL
1	ADOUBI Innocent	Professeur titulaire, DC PNLCa, Cancérologue	DC-PNLCa	iadoubi@yahoo.com
1	HORO Apollinaire	Professeur titulaire, Vice-doyen, Gynéco-Obstétricien	UFR Sciences médicales	horoapollinaire@yahoo.fr
	KIYALI Ouattara	Directeur pays	Jhpiego	ouattara.kiyali@jhpiego.org
	ANZOUA Elodie	Pharmacien	PNSME	eloiseanzoua@gmail,com
1	BONI Simon Pierre	Médecin Epidémiologiste, chargé de Partenariat et multisectorialité	DC-PNLCa	simonpierre.boni1@gmail.com
	HUANG Lisa	Cheffe de projet	Expertise France	lisa.huang@expertisefrance.fr
	YAO Kossia	Médecin Santé publique, DC adjointe	DC-PEV	yaokossia@yahoo.fr
	KOUASSI Kouakou Séraphin	Conseiller technique de vaccination	Jhpiego	kouakouseraphin.kouassi@jhpiego.org
	KOUASSI Comoé Jean-Claude	Médecin/Coordonnateur Projet	Jhpiego	jean-claude-kouassi@jhpiego,org
	OKOUBO Guillaume	Médecin/Chercheur	PNLMM-PMNT	guilokoubo@yahoo,fr
	SORO Siata Epse BOLI	Sage-Femme	CHR Daloa	soroepsboli@gmail.com
1	MIAN Dehi Boston	Maître de Conférence, Gynéco- obstétricien	CHU Cocody	bostondehimian@yahoo.fr
	DODO Mathurin	AMLWCA Senior	Jhpiego	mathurin.Dodo@jhpiego.org
	N'DJA Epse SEKONGO Menata	ITS/SP	DPPS	sekongomenata01@gmail.COM
7				

15	DIASSO Agnès Bintou Aya	Sage-Femme	ASFI	gaeliephte@gmail.com
16	COULIBALY Arnaud	Chargé de communication	PNLT	winnerfaith9yeshurun@gmail.com
17	ARCHAMBAULT Mélissa	Chargée de projet	Expertise France	melissa.archambault@expertisefrance.fr
18	BILEY Augustin Kouamé	Médecin oncologue/Chargé d'étude, Chef de service prévention	DC-PNLCa	nouamou1967@gmail.com
19	TOURE Moctar	Professeur titulaire, Oncologue	CHU-T/SIHO-TS	moukitoure@yahoo.fr
20	BALLO Aissata	Médecin Oncologue	CHU-T/SIHO-TS	b.aissata00@gmail.com
21	KOUASSI Yvon	Maitre de conference agrégé, Oncologue	CHU-T /Cancérologie	<u>yvonkouassi@gmail.com</u>
22	AKAFFOU Henri Jacques	Médecin, Oncologue	CNRAO	akaffouhenrijacques@gmail.com
23	KOUAME Perpetue	CSAS/Représentante DDS Jacqueville	DDS Jacqueville	kouameperpetue(a)yahoo.fr
24	ADIE Yao Mesmin Olivier	Médecin/Chargé d'études, Chef de service suivi&évaluation, DCA	DC-PNLCa	maoadie@yahoo.fr
25	YAO Ahou Rose Epse KOUA	ITS-SP/Point focal cancer	DC-PNLS	koua.rose@pnls-ci.com
26	KASILE Evelyne	Médecin Gynécologue	CHU Yopougon	evajonh11@gmail.com
27	LOBE Roger	Médecin de Santé Publique	DIIS	rogerlobe@yahoo.fr
28	AKA Hervé	Secrétaire Général	COLCC	hopelife225@yahoo.com
29	MASSENON Innocent	Médecin	DC-PEV	massenoninnocent@gmail.com
30	KRAMO Kouakou Bah Josué	ISS/Service administratif et financier	DC-PNLCa	josuekramo@gmail.com

31	ZADI Ida Epse LIA	Médecin/Conseiller Technique	Jhpiego	idayohou.zadiepselia@jhpiego.org
32	KOUAKOU née DOUGBLE Berthe	ITS-SP/Service Suivi&Evaluation	DC-PNLCa	bethykdougble@gmail.com
33	ANOH Dolores Epse N'DIAYE	Médecin, chargé de Communication	DC-PNLCa	anohdolores@gmail.com
34	AMOUSSOU Charles	Médecin Santé publique, coordonnateur Projet mère-enfant	Jhpiego	amoussou.gbedon@jhpiego.org
35	DIOMANDE Masseni	Médecin/ Coordonnatrice médicale	Médecins du Monde	medco.cotedivoire@medecinsdumonde.net
36	SERI BRAUD Jocelyne Bialéorbou	Médecin/Sous-Directrice	DМНР	sibraud@gmail.com
37	DOUKOURE Brahima	Professeur titulaire, Anatomopathologiste	SIPath	doukbrahim146@gmail.com
38	Cécile LONGCHAMPS	Médecin de Santé Publique	Solthis	santepublique.rci@solthis.org
39	KRAGBE Epse GBOSSOU Galouo Appoline	Educatrice spécialisée	PNSSU-SAJ	maricappoline71@gmail.com
40	SAKI Corneille	Gynécologue-Obstétricien	CHU-T	sakicorneille@gmail.com
41	NIANGORAN Stanislas Thibaut	Chargé des activités communautaires	Médecins du Monde	<u>niangoran@yahoo.fr</u>
42	DASSE S. Romuald	Professeur, Immunologiste	SIHIOTS	serydasse@yahoo.fr
43	SIRANSY Laurence	Professeur, Immunologiste	SIHIOTS	lsiransy@gmail.com
44	AKA Kacou Edèle	Maître-assistant, Gynéco-Obstétricien	CHU Yopougon	edelpap@gmail.com

45	AGAH Justine	Médecin, Chargé de Prise en charge des	DC-PNLCa	justinagah2@gmail.com
		cas		
46	KRASSE Innocent	Pharmacien, Chargé de Prise en charge	DC-PNLCa	inkrasse@yahoo.fr
47	YERI epse KOUADIO Marie	Coordinatrice adjointe	INFAS	cyeri@yahoo.fr
96	Chantal	Chounce do molations anticini	Operci	mor lionary () ozimo acomo
48	ADJE Jean-François	Charge de relations exterieures	OPEECI	ongexaruzo(a/gman.com
49	DOURO Abenan	Vice-présidente	RIP+	Tereseabenan@yahoo.fr
20	SORO Gontianwa Sanogo	Médecin	PNSSU-SAJ	Sansorgo17@yahoo.fr
51	EZOUA Ehui Cécile	Médecin	DIEMP	niamkesissi083@gmail.com
52	OUATTARA Edith epse N'DA	ITS/ Santé publique	DSCPS	Kiffond.nda@dsccom-ci.org
53	BROU Emmanuel	Ingénieur des services de santé	CIRBA	bek pen@yahoo,fr
54	ANGRA Agnon Elalie Epse TANO	ITS/SP	DSC PS	elalie.tano@dsccom-c.org
55	GNAHATIN Franck	Médecin santé publique, Chargé du Registre des cancers	DC-PNLCa	<u>fgnahatin@gmail.com</u>

Annexe 2 : Liste des kits de détection des infections à HPV selon les types de plateforme

TEST HPV SUR PLATEFORME GENEXPERT
TEST HPV 10 TESTS KIT (CARTOUCHE TEST XPERT HPV K10 GXHPV-CE-10)
CEPHEID XPERT® CHECK
TEST HPV SUR PLATEFORME ABBOTT
KIT D'AMPLIFICATION HPV A HAUT RISQUE ABBOTT REALTIME 2N0992 - KIT 4 X 24 TESTS
KIT DE CONTROLE HPV A HAUT RISQUE ABBOTT REALTIME 2N0980 - KIT 2X12
KIT DE PREPARATION D'ECHANTILLONS D'ADN 6K1224 - KIT 4X24
KIT DE CALIBRATION OPTIQUE 4J7193 - UNITE
EMBOUT ABBOTT 1000UL 4J7110 CARTON DE 24X96
EMBOUT ABBOTT 200UL 4J7117 CARTON DE 24X96
TUBES REACTIONNELS ABBOTT DE 5 ML 4J7120 CARTON DE 4X500
CUVES A REACTIFS ABBOTT DE 200 ML 4J7160 CARTON DE 6X15
PLAQUE A PUITS PROFONDS ABBOTT 4J7130 CARTON 8X4
PLAQUE DE PCR ABBOTT 4J7170 BOITE 2X10
COUVERTURES ADHESIVES OPTIQUES ABBOTT 4J7175 BOITE DE 100
TUBE DE MIX ABBOTT 4J7180 CARTON DE 6X25
SAC BIOHAZARD ABBOTT 4J7145 CARTON DE 50
AM TRANSPORT CAP STANDARD 4J7182
EMBOUTS A FILTRE STERILES 100 A 1000 μL PAQUET
PROTECTEUR DE PAILLASSE ROULEAU
CRYOTUBE 2 ML SACHET DE 100
CRYOBOITE POUR CRYOTUBE EN PLASTIQUE 2 ML 81 POSITIONS
ETHANOL ABSOLUE QUALITE BIOLOGIE MOLECULAIRE 5LITRES UNITE

	ſ
GLUTARALDEHYDE 2% HLD DESINFECTANT DE HAUT NIVEAU	
PIPETTES DE TRANSFERT STERILE 3,5 ML PAQUET	
SACS AUTOCLAVABLES ROUGES 37 X 48 CM PAQUET DE 10	
SACS AUTOCLAVABLES ROUGES 8 X 12 CM PAQUET DE 200 (10)	
SACS AUTOCLAVABLES BIOHAZARD 10 LITRES	
SACS AUTOCLAVABLES BIOHAZARD 100 LITRES	
GANTS SANS TALC PAQUET DE 100	
TEST HPV SUR PLATEFORME ROCHE	
COBAS 4800 HPV CONTROL 10 TESTS KIT	
COBAS 4800 SYSTÈME AD-PLATE 0.3ML 50 SEALING FILMS KIT	
COBAS 4800 SYSTEM WASH BUFFER 240 TESTS KIT	
COBAS 4800 HPV AMPLIFICATION /DETECTION 240 TESTS KIT	
COBAS 4800 REAGENT RESERVOIR 200 ML Carton/100	
COBAS 4800 REAGENT RESERVOIR 50 ML Carton/200	
COBAS 4800 CORE TIPS WITH FILTER 1 ML40 RACKS OF 96 TIPS	
COBAS 4800 EXTRACTION PLATE 2.0 ML Paquet/40	
COBAS 4800 WASTE BAG BIOHAZARD Paquet/25	
COBAS 4800 SAMPLE PREPARATION 240 TESTS KIT	
COBAS 4800 SYSTEME LIQUIDE CYTOLOGY PREPARATION 240 TESTS KIT	

Annexe 3 : Directive portant sur la réduction de dose vaccinale HPV en Côte d'Ivoire



Processus « Coordonner le PEV »

Directives



Réf.: EN02-M01

Création: 15/05/2023

Version: 02

Pages: 03

Directives relatives au nouveau schéma vaccinal du Vaccin Anti-HPV

Dans le cadre de la lutte contre le cancer du col de l'utérus la DCPEV a introduit au mois de novembre 2019 dans la vaccination de routine le vaccin contre le *Papillomas virus Humain* (HPV) administré chez les filles de 9 ans en deux (02) doses espacées de 6 mois.

Le Comité National d'Experts Indépendants pour la vaccination et les Vaccins de Côte d'Ivoire (CNEIV-CI), en son avis du 12 mai 2023, recommande le schéma vaccinal à une dose dudit vaccin vu que l'efficacité est comparable au schéma à deux doses.

Ainsi, à partir du 1^{er} Septembre 2023, le vaccin HPV sera administré en une dose selon les directives suivantes :

1- Vaccins HPV

- ✓ Type : Gardasil quadrivalent utilisé dans le PEV de routine.
- ✓ Conservation : entre +2°C et +8°C.
- √ Voie et mode d'administration : 0,5 ml en injection intramusculaire (IM)

 dans la région deltoïdienne de la partie supérieure du bras gauche.

2- Cible et âge d'Administration

✓ Calendrier initial : ce sont les filles de 9 ans. A cet effet le calendrier vaccinal modifié, se présente comme suit :

Age	Vaccins	
Naissance	BCG, VPO0, DN Hep B	
6 semaines	VPO1, DTC-HépB-Hib1, (PCV-13) 1, Rotarix 1, VPI1	
10 semaines	VPO2, DTC-HépB-Hib2, (PCV-13) 2, Rotarix 2	
14 semaines	VPO3, DTC-HépB-Hib3, (PCV-13) 3, VPI2	
9 mois	RR1, VAA, Men A	
15 mois	RR2	
9 ans (filles)	HPV (1 dose)	

✓ Calendrier de rattrapage du vaccin anti-HPV

Il cible toutes les filles de 10 à 14 ans n'ayant pas reçu de dose à l'âge de 9 ans.

Cas spécifique des filles vivant avec le VIH

1ère dose	9 ans	
2ème dose	(2 mois après 1ère dose)	
3ème dose	(4 mois après 2 ^{ème} dose)	

NB Le rattrapage de cette cible suit ce même schéma.

3- Sécurité des injections

- √ Respecter les directives de conservation du vaccin
- ✓ Respecter les conditions d'asepsie pour l'administration du vaccin
- ✓ Respecter le site et la voie d'administration

4- Notification des Manifestations Post Vaccinales Indésirables (MAPI)

- ✓ Notifier tout cas de MAPI grave ou non grave
- ✓ Suivre le protocole de gestion des MAPI

5- Communication

- √ Poursuivre et intensifier les activités de communication en faveur de la vaccination contre le cancer du col de l'utérus (vaccin anti-HPV)
- ✓ Informer la communauté sur le nouveau schéma vaccinal anti-HPV lors des séances de vaccination et avec les communautés
- ✓ Sensibiliser les parents et population éducative sur l'importance de la vaccination contre le cancer du col de l'utérus en insistant sur l'efficacité avérée d'une dose unique du vaccin anti-HPV

6- Gestion des données

✓ Renseigner correctement les outils de collecte (registre de vaccination, carte, fiche de pointage, DHIS2)

Le Directeur Général de la Santé

Redirecteur Général de la Santé

Professeur Mamadou SAMBA

Professeur Mamadou SAMBA