



IMPLÉMENTATION DU DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS BASÉ SUR LE TEST HPV AU BURKINA FASO

RECHERCHE MIXTE

Rapport scientifique

IMPLÉMENTATION DU DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS BASÉ SUR LE TEST HPV AU BURKINA FASO

RECHERCHE MIXTE

Rapport scientifique

Équipe de recherche

Pierre DeBeaudrap, Alexandre Dumont, Keitly Mensah, Salifou Zeba, Charles Kaboré, Dolores Pourette et Véronique Duchesne.

Auteur·e·s

Keitly Mensah, Salifou Zeba et Abdullah Azaz.

Comité de rédaction

Pour le CEPED : Pierre DeBeaudrap (CEPED, IRD, coordination), Alexandre Dumont (CEPED, IRD), Véronique Duchesne (CEPED, Université Paris-Descartes) et Dolorès Pourette (CEPED, IRD).
 Pour Médecins du Monde : Anne Cheyron (Desk Burkina Faso), Najat Lahmidi (référente DSSR), Joseph Zahiri (référent Santé Afrique), Juan Diego Poveda (référent Sciences sociales), Aurore Camier (référente Épidémiologie) et Stéphanie Nguengang Wakap (responsable Pôle Recherche & Apprentissage).

Conception graphique et mise en page :
 Christophe Le Drean

Remerciements

Nous tenons à remercier l'ensemble des personnes qui ont bien voulu participer à cette étude, répondre aux sollicitations des chercheurs et faciliter leur travail sur le terrain. Plus particulièrement, l'équipe du projet de Médecins du Monde au Burkina Faso : Linda Traore, Sayouba Simon Sebgo, Marie-Ange Zannou, Stéphane Zio et David Guire ; Dr Charles Kaboré qui a coordonné l'étude au Burkina Faso ; les sages-femmes enquêtrices en charge de la collecte des données quantitatives ; la Direction technique chargée de la médecine et pharmacopée traditionnelle de la Direction générale de l'offre de soin (DGOS) ; le médecin chef du district sanitaire de Baskuy ; les médecins chefs des CMU Samandin et de Pogbi ; les coordonnateurs des CMU de Samandin et de Pogbi ; les responsables de maternités et laboratoires des CMU de Samandin et Pogbi ; les sage-femmes et maïeuticiens des CMU de Samandin et Pogbi ; les femmes et les hommes enquêtés.

Financements

Cette recherche a été possible grâce au soutien financier apportée par la Fondation Médecins du Monde.

TABLE DES MATIÈRES

	6	Abréviations
	6	Liste des figures
	6	Liste des tableaux
7		RÉSUMÉ EXÉCUTIF
7		Introduction
	7	Objectifs
7		Méthodologie
8		Résultats
	8	Description de la population
	8	Observation de l'offre et de l'organisation, et du déroulement
	9	Résultats du dépistage, et connaissances et représentations sociale sur le CCU
	10	Mise en œuvre du dépistage
	10	Perception des acteurs sur la mise en œuvre du projet
10		Discussion
10		Recommandations
	10	Les établissements de santé et organismes partenaires
	11	La politique publique
	11	Le projet - l'organisation
	12	La recherche
13		INTRODUCTION
13		Contexte
14		Objectifs de l'étude
15		MÉTHODOLOGIE
15		Type d'étude
15		Populations d'étude
15		Intervention mise en œuvre
16		Lieux de l'intervention
	16	Centre Médical Urbain de Samandin
	16	Centre Médical Urbain de Pogbi

17 Méthodologie spécifique du volet quantitatif

- 17 Critères de jugement associés au dépistage
- 17 Évaluation de la mise en œuvre
- 18 Taille de l'échantillon
- 18 Analyses

19 Méthodologie spécifique de l'enquête qualitative

- 19 Observations non participatives
- 20 Entretien individuel
- 20 Focus group
- 20 Démarche d'analyse des résultats
- 20 Considérations éthiques

22 RÉSULTATS

22 Description de la population

24 Observation de l'offre, de l'organisation, et du déroulement

- 24 Offre du service de dépistage
- 24 Organisation du service de dépistage et contexte organisationnel
- 26 Sélection des femmes dépistées
- 27 Organisation logistique du dépistage
- 28 Interactions entre les femmes et les agents de santé
- 33 Interactions entre les femmes dépistées et leurs conjoints

35 Mise en œuvre du dépistage, complétude et satisfaction

- 37 Lien entre mise en œuvre et complétude du dépistage
- 37 Lien entre mise en œuvre et satisfaction

37 Connaissances et représentations sociales sur le cancer du col de l'utérus

- 37 Registre nosographique du cancer du col de l'utérus
- 38 Représentations et connaissances populaires sur le cancer du col de l'utérus
- 42 Analyse des connaissances biomédicales sur le cancer du col de l'utérus

44 Les facteurs de motivations des femmes pour le dépistage du HPV

- 44 Gravité de la maladie
- 44 Besoin d'information clinique
- 45 Soupçon d'anomalie pathologique
- 45 Gratuité du dépistage

45 Mise en œuvre du dépistage

- 45 Fidélité de la mise en œuvre
- 47 Portée ou capacité à atteindre la population visée
- 47 Dose ou intensité de la mise en œuvre du dépistage

- 48 Perception des acteurs sur la mise en œuvre du projet**
 - 48 Perception et attentes des agents de santé sur le projet
 - 51 Perceptions et attentes de la population
 - 53 Les facteurs de continuité du service de dépistage du HPV

55 DISCUSSION

58 RECOMMANDATIONS

- 58 **Les établissements de santé et organismes partenaires**
- 58 **La politique publique**
- 59 **Le projet - l'organisation**
- 59 **La recherche**

61 CONCLUSION

62 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

64 ANNEXES

- 64 **Liste des personnels administratifs**
- 64 **Liste des femmes enquêtées**
- 65 **Liste des hommes interrogés**
- 65 **Indicateurs de performance des CMU**
- 66 **Grilles d'entretien**
- 70 **Questionnaire sociodémographique**
- 71 **Questionnaire post-prélèvement**
- 72 **Questionnaire de suivi de dépistage**
- 74 **Questionnaire de suivi à 1 mois**

ABRÉVIATIONS

APV	Auto-prélèvement vaginal	IRSS	Institut de recherche en sciences de la santé
BF	Burkina Faso	IST	Infection sexuellement transmissible
CCU	Cancer du col de l'utérus	IVA	Inspection visuelle à l'acide acétique
CEPED	Centre population et développement	LARISS	Laboratoire de recherche interdisciplinaire en sciences sociales et santé
CERS	Comité d'éthique pour la recherche en santé	MdM	Médecins du Monde
CHU-YO	Centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo	MGF/E	Mutilations génitales féminines/excision
CM	Centre médical	OMS	Organisation mondiale de la santé
CMA	Centre médical avec antenne chirurgicale	ONG	Organisation non gouvernementale
CMU	Centre médical urbain	PARACAO	Partenariat pour la recherche et l'action contre le cancer du col de l'utérus en Afrique de l'Ouest
CNLCPE	Comité national de lutte contre la pratique de l'excision	PCC	Prélèvement cervical par le clinicien
CPN	Consultation pré-natale	PEV	Programme élargi de vaccination
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale	RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
DGESS	Direction générale des statistiques sectorielles	SES	Socio-économique
DGPML	Direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires	SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
DGOS	Direction générale de l'offre de soin	SSR	Santé sexuelle et reproductive
HPV	Human papillomavirus	TBM	Technicien biomédical
INSD	Institut national de la statistique et de la démographie	UNFPA	Fonds des Nations unies pour la population
IRD	Institut de recherche pour le développement	UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
		VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

LISTE DES FIGURES

- 16 Figure 1: Intervention pour le dépistage du CCU mise en place par MDM - «Screen and treat».
- 23 Figure 2: Diagramme de flux de l'étude de cohorte.
- 47 Figure 3: Fidélité de la mise en œuvre.
- 47 Figure 4: nombre de femmes dépistées par jour et par centre.

LISTE DES TABLEAUX

- 18 Tableau 1: Évaluation de la compréhension des informations délivrées
- 25 Tableau 2: Caractéristiques des femmes incluses
- 25 Tableau 3: caractéristiques des centres impliqués
- 34 Tableau 4: Résultat du dépistage, de la complétude et de la satisfaction
- 34 Tableau 5: Association bivariée entre caractéristiques des participantes et résultats du dépistage
- 36 Tableau 6: Régression logistique entre complétude du dépistage et indicateurs de mise en œuvre
- 36 Tableau 7: Régression logistique entre la satisfaction et les indicateurs de mise en œuvre
- 47 Tableau 8: Intensité de la mise en œuvre

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

INTRODUCTION

Provoqué par le Papilloma virus humain (HPV), le cancer du col de l'utérus (CCU) touchait plus de 1,4 million de femmes dans le monde et constituait la quatrième cause de mortalité par cancer chez la femme en 2020 [1]. Au Burkina Faso (BF), le CCU constituait la deuxième cause de mortalité par cancer chez la femme. Selon Globocan en 2020, 1 132 cas y ont été diagnostiqués, soit 9,4 % des cas de cancer et 14,6 % des cancers féminins ; et 839 décès y ont été enregistrés, soit 9,6 % des décès liés au cancer [2].

Il existe pourtant des moyens efficaces et connus de prévenir le CCU. Parmi les méthodes de dépistage de ce cancer, on trouve l'utilisation de la cytologie, celle de l'inspection visuelle après coloration à l'acide acétique (IVA), ou la détection du HPV au niveau du col de l'utérus. Le coût élevé du dépistage cytologique s'est avéré incompatible avec un déploiement à grande échelle dans les pays à ressources limitées. C'est donc l'IVA qui s'est imposée comme stratégie coût-efficace dans ce contexte. Ses performances opérateur-dépendant est la principale limite à cette méthode [3,4]. Au cours des dernières années, le test de détection de l'HPV a montré sa supériorité par rapport à l'IVA dans le dépistage du CCU [5,6]. On ignore si le succès du dépistage par test HPV peut être reproduit dans des pays présentant à la fois de faibles revenus, une mortalité élevée par CCU et un accès limité aux traitements des lésions précancéreuses.

Le BF reflète la situation de ce type de pays à ressources limitées. Le dépistage par IVA est instauré nationalement depuis une décennie, mais ses effets sur la réduction de l'incidence du CCU restent incertains [7] et son accessibilité limitée [8]. Une intervention cherchant à améliorer l'accessibilité de ce dépistage peut aussi être le cadre de l'expérimentation d'une stratégie innovante en matière de dépistage des lésions précancéreuses. Le projet du Partenariat pour l'action et la recherche contre le CCU en Afrique de l'Ouest (PARACAO) a donc été lancé par l'organisation non gouvernementale Médecins du monde (Mdm), en associant le Centre Population et Développement (CEPED, IRD-Université de Paris). Il vise à introduire

l'utilisation du dépistage par test HPV au sein de structures de soins de santé primaires, au profit de femmes âgées de 25 à 55 ans, dans un district populaire de Ouagadougou, la capitale du Burkina Faso. En parallèle, une évaluation de la mise en œuvre de cette stratégie innovante et de ses effets sur l'efficacité du dépistage a été menée.

Objectifs

Un volet quantitatif de cette étude visait à étudier la complétude du dépistage et la satisfaction des femmes. Les effets du contexte sur la mise en œuvre de l'intervention d'une part, et sur ses résultats d'autres part ont également été explorés.

Le processus de mise en œuvre de l'intervention de dépistage a été étudié de manière qualitative. Les objectifs spécifiques de ce second volet étaient donc :

- Analyser l'acceptabilité, la faisabilité, le coût et la congruence de la stratégie de dépistage ;
- Analyser les connaissances des acteurs (agents de santé et usagers) sur le CCU ;
- Analyser le vécu des interactions des femmes avec les agents de santé et avec leurs conjoints en rapport avec le test de dépistage du HPV et le traitement des lésions suspectes.

Le présent rapport s'intéresse à présenter cette recherche interventionnelle mixte. Il présente la méthodologie, les principaux résultats et les conclusions issues de ce travail.

MÉTHODOLOGIE

Le schéma d'étude développé est une étude hybride efficacité-mise en œuvre de type 3. La collecte des données a eu lieu de mai à décembre 2019 pour le volet quantitatif, et de juillet à septembre 2019 pour le volet qualitatif et s'est déroulée au sein de deux formations sanitaires du district sanitaire de Baskuy Ouagadougou, les CMU de Pogbi et Samandin.

Les femmes âgées de 25 à 55 ans n'ayant pas eu d'hystérectomie et fréquentant les CMU étaient éligibles à l'inclusion dans l'étude. Les femmes en période de menstruation et celles présentant une infection pelvienne étaient exclues temporairement. Les femmes enceintes ou récemment accouchées étaient inéligibles jusqu'à 12 semaines de post-partum. Les femmes vivant avec le VIH étaient éligibles au dépistage sans critère d'âge.

Les données qualitatives ont été collectées par observation anthropologique durant deux mois (de juillet à août 2019) et par des entretiens semi-directifs individuels avec les femmes dépistées et leurs conjoints, et avec les agents de santé intervenant dans la chaîne de dépistage du HPV. Les observations, non participatives, portaient principalement sur les femmes et les agents de santé en pré et post dépistage et durant les séances de traitement des lésions. Les entretiens étaient cadrés par trois guides : pour les usagères, pour les agents de santé et pour les conjoints. Une indemnité de 2 000 FCFA était remise en fin d'entretien sans que les enquêtées n'en soient informées au préalable pour éviter de biaiser les participations. Tous les entretiens ont été enregistrés, et ont été recueillis en français (20), en mooré (23) ou en dioula (3).

Pour le volet quantitatif, le critère de jugement principal était la complétude du dépistage, c'est-à-dire que la séquence test HPV/information/IVA/information/traitement approprié était effectuée dans sa totalité en fonction de la situation. Le critère secondaire était la satisfaction des femmes (mesurée au prélèvement/résultats/IVA) via 4 items (volonté de refaire le dépistage, satisfaction des explications, satisfaction de l'acte médical, recommandation à des connaissances) avec une échelle Lickert à 3 niveaux. Une analyse descriptive des critères de jugement, principal et secondaire, a été effectuée. Les données socio-économiques, de littératie en santé et concernant le déroulement du dépistage étaient exploitées dans l'analyse. Des données sur trois aspects de la mise en œuvre ont aussi été recueillies et analysées : la fidélité de la réalisation, la capacité à atteindre la population visée et l'intensité de la mise en œuvre.

L'analyse des données des entretiens individuels a été effectuée selon une approche d'analyse thématique. L'ensemble des données de l'étude a été analysé indépendamment par l'équipe de recherche. L'interprétation des résultats a été discutée entre l'équipe de recherche et le comité de pilotage. Les données collectées les plus pertinentes pour répondre aux objectifs ont fait l'objet du présent rapport d'étude.

L'étude a été menée conformément à la convention de Helsinki modifiée, et aux directives éthiques de l'ANRS pour la recherche dans les pays à ressources limitées.

RÉSULTATS

Description de la population

Parmi les femmes dépistées, 317 ont pu être intégrées à l'analyse quantitative des résultats, avec un âge moyen de 36 ans (écart-type [SD] = 8,35) sans différence entre les centres. Il y avait une proportion plus importante de femmes de haut niveau socioéconomique dans le centre de Pogbi. Parmi elles, 20 femmes ont été interrogées, reflétant une diversité de situations ethniques, religieuses, matrimoniales, scolaires, professionnelles, familiales ou infectieuses. Les agents de santé interrogés (12) étaient sages-femmes, maïeuticiens et techniciens de laboratoire, avaient 40 ans d'âge en moyenne, et étaient mossés pour la plupart. Les hommes interrogés (20) reflétaient aussi une diversité de situations professionnelles, tous étaient en couple et les femmes de la moitié d'entre eux n'ont pas été dépistées.

Observation de l'offre et de l'organisation, et du déroulement

Les deux CMU étaient similaires en ce qui concerne les ressources humaines, l'activité médicale journalière et la population cible. Cependant, le centre de Samandin présentait un temps de traitement des prélèvements significativement plus court que dans le centre de Pogbi (0.89h vs 1.7h, $p < 0.01$), proposait significativement moins souvent de choisir la méthode de prélèvement (87.9 vs 57.5 %, $p < 0.01$), et présentait une proportion d'auto-prélèvement plus importante (67.5 % vs 49.7 %, $p < 0.01$). Les deux centres disposaient de locaux pour l'activité de dépistage. L'intimité des femmes pendant le dépistage était limitée par l'équipement, la disposition et les salles attribuées à cet effet. L'organisation du service de dépistage était définie de manière officielle, même si des adaptations par les agents de santé ont pu être constatées. Ces adaptations ont pu perturber le fonctionnement de l'activité de dépistage. Des conflits dans l'organisation entre le service de dépistage et les laboratoires ont aussi été constatés. Les femmes participantes étaient informées de l'activité de dépistage au sein de leur

communauté. Le dépistage était effectué pour 12 patientes par jour à Samandin, et 8 à Pogbi. L'affluence était faible sur la fin de la période de collecte de données qualitatives.

Des séances de *counseling* étaient organisées dans les maternités des CMU pour transmettre des informations sur le CCU. Elles étaient assurées par les agents de santé impliqués dans la chaîne de dépistage et avaient lieu idéalement avant et après le dépistage HPV. Le déroulement de ces séances a été impacté par le manque de temps dans l'offre de service ainsi par le faible intérêt porté à la prestation par les agents de santé. En cas de test HPV positif, le *counseling* semblait difficile pour les agents. La séance de *counseling* précédant le dépistage pouvait aussi induire des représentations qui rendaient difficile les séances suivantes. Dans de nombreux cas, les détails médicaux et les gestes techniques n'étaient pas expliqués, et il n'y avait pas de place pour un retour du ressenti des patientes. Les conjoints des femmes étaient souvent informés et consultés par leur femme pour le dépistage. Ils contribuaient peu à la motivation pour le dépistage et le peu d'intérêt porté au test était dirigé vers les résultats.

Dans les entretiens, la motivation des femmes se construisait autour de 4 piliers : le besoin d'information clinique, la gratuité de la prestation médicale et les possibilités de prise en charge, le soupçon d'une anomalie pathologique et la peur suscitée par la « gravité » de la maladie.

Résultats du dépistage, et connaissances et représentations sociale sur le CCU

317 femmes ont été dépistées et 68 (21 %) étaient HPV positives. La proportion de tests positifs n'était pas différente selon le centre.

La quasi-totalité des femmes bénéficiaient d'un dépistage complet (94,3 %), et la moitié des dépistages non complets correspondait à des parcours longs (patientes nécessitant un traitement). La complétude des dépistages n'était associée à aucune des caractéristiques individuelles des femmes. Le prélèvement par un soignant présentait un risque de non-complétude 4,20 fois plus important que lors d'un auto-prélèvement. Chez les femmes n'ayant pas compris les résultats du dépistage, le risque de non-complétude était 10 fois plus élevé, tandis que le risque de non-complétude était 5 fois plus élevé ($p = 0,06$).

La satisfaction variait selon le stade de dépistage et, de manière significative, selon le centre. La satisfaction post-prélèvement augmentait avec

la diminution du temps d'attente avant prélèvement (OR ajusté = 1.46, IC95[1.04-1.96]), et avec la diminution du temps d'attente au laboratoire (OR ajusté = 1.57, IC95[1.10-2.32]). La satisfaction post-résultat était associée à la qualité des informations délivrées et au délai de récupération des résultats. Les femmes allant chercher les résultats du dépistage dans les 24-48h étaient 7 fois plus satisfaites que celle récupérant leurs résultats le jour même.

À l'issue des entretiens, il ressort que les représentations et connaissances populaires sur le CCU sont caractérisées par une faible connaissance de la maladie, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. La réalisation du dépistage ne semblait pas améliorer ce constat, ce qui interrogeait la qualité du *counseling* délivré. Les perceptions de la maladie se retrouvaient autour de son caractère effrayant, dangereux et morbide. Six facteurs étaient évoqués comme sources du CCU. D'abord le surnaturel, une référence est faite à Dieu et au destin ou bien aux sorciers et leurs pouvoirs magiques. La vie sexuelle était aussi évoquée comme cause du CCU, avec des causes variées comme la précocité des rapports et des grossesses ainsi que la multiplicité des grossesses. Le CCU était par ailleurs présenté comme une maladie des travailleuses du sexe, associées à la multiplicité des partenaires et des pratiques sexuelles qui apporteraient de la « saleté ». Cette « saleté » était aussi évoquée comme cause du CCU, à la fois dans le sens biomédical des microbes ou bien dans le sens des catégories populaires « propre » ou « sale » (les toilettes publiques ou le manque de toilette intime étant « sales » par exemple). Les « secrets », des déconctions aux formes et attributs multiples sensés retenir les partenaires masculins, largement répandus, étaient souvent reconnus comme un facteur étiologique du CCU. Une autre cause du CCU évoquée était l'excision, une mutilation génitale féminine. Globalement, les explications des femmes étaient plus proches de la description biomédicale, même si la maladie restait mal connue et s'intégrait mal dans le registre nosologique local.

Il ressortait que les connaissances limitées sur le CCU étaient aussi une réalité vécue par les agents de santé. Si pour les techniciens biomédicaux et les infirmiers cela était lié au contenu plus technique de la formation reçue, pour les sages-femmes, les difficultés se situaient dans la transmission des messages d'information et de sensibilisation des femmes.

Mise en œuvre du dépistage

Les indicateurs de fidélité (réalisation des différentes composantes du programme) montraient une majorité (7/9) de composantes mise en œuvre à 100 %. Les 2 indicateurs qui n'ont pas été systématiquement déployés étaient l'offre du choix de la méthode de dépistage et la méthode « dépister et traiter » (27 % similaire dans les 2 centres).

La capacité à atteindre la population visée a été évaluée en moyenne à 4.0 femmes dépistées/jour dans le centre de Samandin avec une grande variabilité et 3.4 femmes/jour dans le centre de Pogbi, avec un objectif à 4/j pour chaque centre.

L'intensité de dépistage représentée par des indicateurs de délai, de rendu de résultats et de compréhension des informations délivrées a été mesuré. Ainsi, 88 % des femmes étaient dépistées dès leur première visite. 72,6 % des femmes ont eu le choix de la méthode de prélèvement, et parmi elles, 62,5 % ont choisi l'auto-prélèvement plutôt que le prélèvement par un soignant. L'auto-prélèvement était la méthode majoritaire (80,5 %) lorsqu'elle était imposée. Le délai moyen d'attente pour accéder au laboratoire était de 1,22h (SD 0,88) en moyenne, tandis que la récupération des résultats survenait en moyenne à 2,74 (SD 4,01) jours.

Perception des acteurs sur la mise en œuvre du projet

Les agents de santé reconnaissaient l'aspect positif apporté par le projet, à travers les connaissances concernant le CCU apportées, la méthode de détection introduite, les appareils techniques de qualité fournis et de la renommée apportée aux centres. Cependant, des limites comme des ruptures d'intrants ou la difficulté d'appropriation du projet par les acteurs ont pu être exprimées. Certaines limites étaient liées à l'augmentation de la charge de travail notamment sans compensation financière supplémentaire. Des ruptures de protocoles étaient observées. Plus tard dans le projet, des insatisfactions ont été exprimées sur l'allocation de ressources financières finalement attribuées aux Centres. Cette « initiative » était saluée par la population qui y voyaient l'opportunité d'en apprendre plus sur leur santé, et la possibilité de dépistage non disponible autrement. La volonté d'atteindre les femmes précaires par la gratuité du dépistage était aussi saluée par les bénéficiaires. L'accès à l'information du dépistage était rendu possible

par des femmes grâce à un effet d'entraînement au sein de leur réseau socioprofessionnel, mais ce mode de transmission sélectionnait aussi les femmes pouvant bénéficier du dépistage.

En plus des équipements et de la multiplication des sites de dépistage, il faudra, selon les interrogées, un changement social et communautaire pour assurer la continuité du projet. Un travail de sensibilisation de grande échelle doit notamment être mis en place pour pallier l'intérêt diminuant des bénéficiaires. La disponibilité des intrants fait aussi craindre une rupture de continuité dès le retrait de Médecins du Monde.

DISCUSSION

La recherche PARCAO montre que le dépistage opportuniste est acceptable et satisfaisant, même si l'approche dépister et traiter de l'OMS peut ne pas être toujours respectée. Une adaptabilité des protocoles doit pouvoir être mise en place, et un intérêt particulier doit être porté à la qualité et à la compréhension des informations délivrées lors des consultations afin d'assurer un bon niveau de satisfaction. Pour la même raison, l'organisation des services doit être orientée pour améliorer la satisfaction des usagers, en diminuant les temps d'attente ou en proposant le choix de la méthode de prélèvement par exemple. Le temps court de récolte des données, le contexte urbain de la mise en place du projet sont des limites de cette étude pour la généralisation des résultats.

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, s'appuyant sur les performances et les contraintes constatées du projet sur le terrain ainsi que d'un atelier de restitution d'expériences constitué d'un panel diversifié d'intervenants impliqués dans le projet, les recommandations suivantes sont énoncées :

Les établissements de santé et organismes partenaires

- Organiser des ateliers de renforcement de capacité des agents de santé en charge du dépistage concernant les messages clés à livrer aux femmes pendant les séances de *counseling* avant et après le dépistage (différence entre HPV positif et cancer), les modalités de

prélèvement dont l'auto-prélèvement, les résultats, les recommandations de suivi, le respect de l'intimité et le ressenti des femmes lors des procédures médicales.

- Impliquer les OSC pour avoir des retours d'expériences.
- Développer un dialogue entre OSC, patientes et professionnels afin de définir des critères de qualité du dépistage.
- Vérifier le niveau de préparation des centres de santé et adapter les conditions de mise en place d'un dispositif de dépistage en prévoyant une clarification des fiches de poste, la mise en place d'un système de motivation des agents de santé, et d'un système de coordination et de contrôle qualité des IVA.
- Adapter les services des structures de santé pour les usagers, chercher à améliorer leur accueil, à renforcer la communication dans les structures de soin, initier un travail sur la qualité des interactions soignant-e-s-patient-e-s.
- Améliorer l'accessibilité des services en respectant les horaires communiqués à la population pour accéder au dépistage et aux résultats, en cherchant à minimiser l'attente des résultats du test HPV et en finançant/aidant les individus pour le coût du transport.

La politique publique

- Intégrer le dépistage HPV dans une approche globale de santé de sexuelle et reproductive (SSR): élargir la sélection des bénéficiaires du dépistage par l'inclusion des femmes âgées de plus de 55 ans à qui il pourrait être proposée une IVA, favoriser l'offre de soins de proximité, renforcer la prise en charge des cas de cancer avérés.
- Mettre en place des conditions matérielles permettant la réalisation des dépistages, notamment résoudre les difficultés liées à la fourniture des intrants dans les laboratoires et dans les salles de dépistage, augmenter les ressources humaines qualifiées au sein des centres de santé, renforcer la capacité matérielle et humaine des laboratoires pour absorber le potentiel afflux des prélèvements.
- Renforcer la communication autour du dépistage et du CCU, en organisant des spots télévisuels et radiophoniques d'incitation des femmes au dépistage avec un *focus* sur la gratuité et les possibilités de prise en charge des lésions précoces.
- Inscrire la question du CCU au cursus du collège et lycée pour sensibiliser la population,

ainsi que dans les cursus des écoles de formation en santé.

- Augmenter le niveau d'implication des leaders d'opinion et augmenter l'implication des hommes.
- Informatisation de la collecte de données primaires dans les centres de santé, développer plus de plateformes e-santé qui permettraient de renforcer le suivi des patientes.

Le projet - l'organisation

- Organiser des activités de sensibilisation publique et d'animation théâtrale (niveau des espaces d'attroupement de femmes, notamment les marchés, les maquis et les espaces stratégiques des quartiers) sur les idées fausses véhiculées autour de la maladie afin d'améliorer les connaissances populaires et favoriser davantage le recours au dépistage.
- Sensibiliser la population sur la différence entre HPV+ et le cancer par des référents locaux (*bāaga bila* = graine de la maladie = virus; en opposition au *bāaga* = maladie). Se servir de l'exemple du paludisme assez bien connu des femmes.
- Mener des campagnes de plaidoyer auprès des acteurs du système sanitaire national pour la prise en charge du dépistage dans une approche globale SSR, pour que le projet soit intégré dans des campagnes nationales, pour l'approvisionnement et la disponibilité en intrants, et pour des ressources financières pour la prise en charge des cancers avérés et des soins palliatifs.
- Mener des campagnes de plaidoyer auprès de la société civile pour la mise en place d'un comité nationale de lutte contre le cancer.
- Produire des outils pour faciliter la communication à la population à propos de la maladie et du dépistage, dans différentes langues et à différents niveaux d'accessibilité. Nécessité d'avoir des supports imagés pour faciliter l'explication/compréhension de la maladie.
- Intégrer des outils de collecte qui seront réadaptables par la suite si nécessaire et utiliser le ministère de la santé comme moyen de diffusion, en utilisant ses canaux.
- Encourager la participation des femmes de la communauté dans la diffusion des messages et d'informations concernant le dépistage, en particulier celles ayant déjà bénéficié du dispositif.
- Identifier dans la communauté des leaders capables de porter les messages, les former

et les outiller afin de porter des messages au sein de la communauté.

- Effectuer un travail pour sensibiliser la communauté à propos du CCU. Expliquer la durée des procédures et les facteurs pouvant retarder les différentes étapes pour améliorer le suivi. Les relais communautaires peuvent aider à la recherche/suivi des perdues de vues et conduire une sensibilisation pour réduire l'impact des rumeurs.

La recherche

- Renforcer la recherche sur les «perdues de vue», se concentrer davantage pour trouver des solutions.
- Mener des recherches sur les pistes qui ont pu émerger du projet : études sur le suivi des patientes prises en charge, études approfondies sur la qualité de l'intervention lors de la prise en charge, investiguer les sources de motivation des agents et leur ressenti par rapport à leur métier et leurs conditions de travail, approfondir l'impact que peut avoir le type de prélèvement proposé sur la complétude et la satisfaction des femmes.
- Mesurer à nouveau la satisfaction des femmes, car l'étude a été réalisée au début du projet.

INTRODUCTION

CONTEXTE

Provoqué par le Papillomavirus humain (HPV), le cancer du col de l'utérus (CCU) touche plus de 1,4 million de femmes dans le monde et constitue la quatrième cause de mortalité par cancer chez la femme en 2020 [1]. La même année, 604 000 nouveaux cas ont été recensés et 342 000 décès estimés [1]. En Afrique, 117 316 nouveaux cas de CCU ont été diagnostiqués, soit 18,5 % des cancers féminins [9]. Au Burkina Faso, le CCU constitue la deuxième cause de mortalité par cancer chez la femme. En 2020, 1 132 cas y ont été diagnostiqués, soit 9,4 % des cas de cancer et 14,6 % des cancers féminins; et 839 décès y ont été enregistrés, soit 9,6 % des décès liés au cancer [2].

Pourtant des moyens efficaces existent pour prévenir le CCU, ce qui fait de la réduction du fardeau associé au CCU une priorité sanitaire mondiale. Ainsi, l'OMS a lancé en 2018 un appel à l'élimination du CCU. Actuellement, les programmes de dépistage du CCU dans le monde reposent différentes méthodes, parmi elles, l'utilisation de la cytologie ou celle de l'inspection visuelle après coloration à l'acide acétique (IVA). Ces méthodes permettent de détecter les lésions pré-cancéreuses ou cancéreuses du col de l'utérus à un stade précoce, microscopique et macroscopique respectivement. Le dépistage cytologique initié dans les pays à hauts revenus au cours des années 1960 a permis une réduction spectaculaire de l'incidence et de la mortalité de la CCU [10]. En revanche, son coût élevé s'est avéré incompatible avec un déploiement à grande échelle dans les pays à ressources limitées. C'est donc l'IVA qui s'est imposée comme stratégie coût-efficace dans ce contexte. Toutefois son succès reste mitigé, principalement parce que ses performances dépendent beaucoup de l'expérience du personnel de santé impliqué [3,4].

Enfin une troisième méthode consiste en la détection de l'HPV au niveau du col de l'utérus. Récemment, les résultats de deux essais contrôlés randomisés en Afrique du Sud ont montré la supériorité du dépistage primaire par test HPV par rapport au dépistage par IVA pour prévenir l'apparition du CCU [5,6]. On ignore cependant

si le succès du dépistage par test HPV peut être reproduit dans des pays présentant à la fois de faibles revenus, une mortalité élevée par CCU et un accès limité aux traitements lésions pré-cancéreuses. Le cadre d'approche stratégique de l'OMS pour le dépistage du CCU [11] prévoit que l'intervention repose sur le dépistage primaire¹ par test HPV et la prise en charge ultérieure (triage et traitement éventuels) doivent être effectués le même jour. Cette approche, appelée « dépister et traiter », permet aux femmes de bénéficier d'un dépistage le plus complet possible [12].

Le Burkina Faso (BF) reflète donc la situation d'un pays à ressources limitées. Le dépistage par IVA est instauré dans des centres de santé primaires et secondaires, nationalement depuis une décennie, mais ses effets sur la réduction de l'incidence de la CCU restent incertains [7] et son accessibilité reste limitée. Selon les résultats d'une enquête nationale menée en 2013 au BF, la proportion des femmes âgées de 25 à 64 ans ayant effectué un dépistage du CCU était de 6,7 %, avec de grandes disparités à travers le pays (de 22,2 % dans la région des Hauts Bassins à 0 % dans la région du Plateau central) [8]. Actuellement, la stratégie nationale de prévention du CCU se base sur l'IVA et le traitement des lésions acido-philiques par cryothérapie au sein des structures de soins de santé primaires et secondaires. De plus, la colposcopie et des traitements plus poussés (conisation², hystérectomie) sont accessibles en cliniques privées ou au sein des hôpitaux universitaires des deux principales villes (Ouagadougou et Bobo-Dioulasso). Depuis avril 2016, le dépistage par IVA est inclus dans le panier des soins gratuits et consacrés à la santé materno-infantile. Malgré cela, de fréquentes ruptures d'intrants obligent les femmes à déboursier entre 500 et 2 500 FCFA pour leur dépistage [13].

Une intervention cherchant à améliorer l'accessibilité de ce dépistage peut aussi être le cadre de l'expérimentation d'une stratégie innovante en matière de dépistage des lésions précancéreuses. Le projet du Partenariat pour l'action et la recherche contre le CCU en Afrique de l'Ouest

(PARACAO) a donc été lancé par Médecins du monde (MDM), en associant le Centre Population et Développement (CEPED, IRD-Université de Paris). Il vise à évaluer l'introduction de l'utilisation du dépistage par test HPV au sein de structures de soins de santé primaires, au profit de femmes âgées de 25 à 55 ans, dans un district populaire de Ouagadougou, la capitale du Burkina Faso. Cette étude, dans son volet quantitatif, cherchait à étudier la complétude, l'implémentation et la satisfaction de l'intervention. Par ailleurs, la pertinence, l'efficacité, l'acceptabilité et la répliquabilité du projet ont été interrogées dans un volet qualitatif. En outre, cette étude permet de mesurer, d'un point de vue pratique, l'influence de la mise en œuvre de l'algorithme choisi en cohérence avec les recommandations de l'OMS sur le fonctionnement habituel du système de soins. Le cadre théorique détaillé de cette intervention est déjà disponible dans une publication passée [14].

L'hypothèse principale est que la stratégie mise en œuvre permet d'obtenir une proportion élevée de femmes avec une séquence complète de dépistage et que les participantes sont satisfaites par cette nouvelle stratégie de dépistage. Au sujet des facteurs influençant l'efficacité de l'intervention, le faible niveau de connaissances populaires et savantes et le manque d'adhésion des professionnels de santé au projet sont les deux hypothèses principales. D'autres facteurs influençant le recours au dépistage ont été considérés comme hypothèses secondaires telle que la peur construite autour des affections cancéreuses ou le vécu de la qualité des interactions avec les agents de santé pendant le dépistage propagé au sein de la communauté. Deux autres hypothèses secondaires ont été explorées :

- Les conditions de mise en œuvre de l'intervention influenceraient l'adhésion des agents de santé chargés de sa mise en œuvre ;
- La continuité de l'intervention du dépistage serait influencée par les conditions précaires du système sanitaire national.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif du volet quantitatif de cette étude était d'étudier la mise en œuvre de l'intervention dont l'efficacité a été évaluée par la complétude du dépistage et la satisfaction des femmes. Nous voulions également explorer les effets du contexte sur la mise en œuvre de l'intervention d'une part, et sur ses résultats d'autres part. Le volet qualitatif visait quant à lui à comprendre le processus de mise en œuvre de l'intervention de dépistage par test HPV menée. Les objectifs spécifiques du volet qualitatif étaient donc :

- Analyser l'acceptabilité, la faisabilité, le coût et la congruence de la stratégie de dépistage ;
- Analyser les connaissances des acteurs (agents de santé et usagers) sur le CCU ;
- Analyser le vécu des interactions des femmes avec les agents de santé et avec leurs conjoints en rapport avec le test de dépistage du HPV et le traitement des lésions suspectes.

Le présent rapport s'intéresse à présenter cette recherche interventionnelle mixte. Il présente la méthodologie, les principaux résultats et les conclusions issues de ce travail.

¹ Dépistage primaire indique le dépistage en première intention, réalisé au point de contact entre les femmes et les soignants. Il est à différencier du dépistage secondaire, réalisé pour confirmer ou infirmer les résultats initiaux. Dans le cas du dépistage du cancer du col, l'utilisation du test HPV en premier examen (dépistage primaire) est suivi si besoin d'une IVA ou cytologie (dépistage secondaire).

² La conisation est utilisée pour traiter des lésions pré-cancéreuses lorsque les conditions de traitement par cryothérapie ne sont pas réunies. La conisation est utilisée pour traiter des lésions pré-cancéreuses lorsque les conditions de traitement par cryothérapie ne sont pas réunies.

MÉTHODOLOGIE

TYPE D'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude mixte ayant pris place en juillet 2019 sur une période de 3 mois pour le volet qualitatif et de 6 mois pour le volet quantitatif.

Pour le volet quantitatif, une étude hybride de mise en œuvre et d'efficacité de type III a été réalisée [15]. Elle permettait d'étudier simultanément la stratégie de mise en œuvre de PARACAO et ses résultats sur la complétude du dépistage et la satisfaction des participantes. Les données ont été recueillies dans le cadre d'une étude de cohorte menée du 1^{er} juillet au 31 octobre 2019.

Pour le volet qualitatif, la collecte des données a commencé par une phase d'observation anthropologique qui a duré deux mois (de juillet à août 2019) au sein de deux formations sanitaires et par des entretiens individuels avec les femmes dépistées et leurs conjoints, et avec les agents de santé intervenant dans la chaîne de dépistage de l'HPV.

POPULATIONS D'ÉTUDE

D'après les données de suivi de MdM et des CMU, la population cible impliquée dans l'étude était de 10 860 femmes, soit 17 % de la population de l'aire de santé. Selon les recommandations de l'OMS [16], la population cible pour le dépistage était constituée des femmes âgées de 25 à 55 ans n'ayant pas eu d'hystérectomie³. Les femmes ayant des infections pelviennes en cours et/ou leurs règles au moment du dépistage étaient invitées à se représenter pour le dépistage après leurs règles et/ou une fois l'infection guérie. De plus, les femmes enceintes ou récemment accouchées (<12 semaines post-partum) étaient temporairement inéligibles au dépistage et il leur était suggéré de revenir une fois le délai de 12 semaines de post-partum révolu. Les femmes vivant avec le VIH étaient éligibles au dépistage sans critère d'âge.

Pour la constitution de la cohorte, les femmes ont été recrutées alors qu'elles fréquentaient les établissements de soins pour le dépistage du CCU. Les données ont été recueillies après la première

visite avec la sage-femme (post-prélèvement) et à chacune des étapes de la séquence de dépistage. Les critères d'inclusion et d'exclusion des femmes dans la cohorte étaient similaires à ceux pris en compte pour l'éligibilité au dépistage.

Pour les entretiens du volet qualitatif, les femmes ont été sélectionnées de manière raisonnée parmi l'échantillon susmentionné, suivant leur résultat de dépistage permettant de refléter différentes situations cliniques (HPV+, HPV-, IVA+, IVA-, traitement fait, etc.). Les conjoints/partenaires des femmes interrogées ont été également associés à l'étude. Cependant, au regard de la situation matrimoniale de certaines femmes (célibataires et divorcées) et de l'absence de certains conjoints pour des raisons professionnelles, il a été convenu d'interroger des hommes supplémentaires pour obtenir un effectif de 20 hommes dans l'échantillon. Les personnels de santé qui participaient au dépistage du CCU dans les deux CMU ont été aussi associés à l'étude. Il s'agissait de sages-femmes, de maïeuticiens et de techniciens de laboratoire.

INTERVENTION MISE EN ŒUVRE

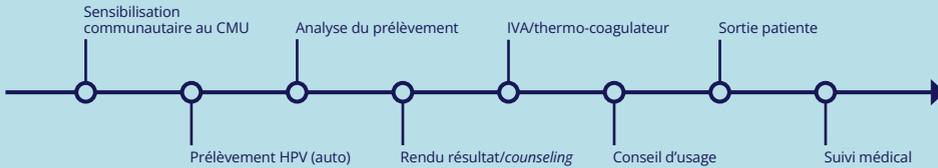
PARACAO a été développé en se basant sur les directives de l'OMS [16]. Une recherche préliminaire a été menée en amont portant sur une meilleure compréhension des différents facteurs affectant la prise en charge, la participation et la complétude du dépistage du CCU afin d'adapter le projet au contexte local [13]. L'ensemble de l'intervention est résumé dans la **figure 1** (p. 16).

Sur la base des directives de l'OMS [16], la stratégie de dépistage comprenait le dépistage primaire du HPV (choix laissé aux femmes pour la méthode de prélèvement HPV – auto-prélèvement ou par le praticien – puis dépôt du prélèvement au laboratoire), le triage par IVA des femmes HPV positives et le traitement rapide des femmes si besoin. Les femmes présentant à l'IVA des lésions acidophiles éligibles à la thermo-coagulation selon les critères du CIRC (Centre international de recherche sur le

³ Ablation chirurgicale de l'utérus.

FIGURE 1 : INTERVENTION POUR LE DÉPISTAGE DU CCU MISE EN PLACE PAR MDM - « SCREEN AND TREAT »

Lors de l'étude, le volet sensibilisation communautaire n'était pas encore déployé. L'intervention concernée dans ce rapport débute donc à l'étape « prélèvement HPV (auto) ».



cancer) étaient censées être immédiatement traitées [16]. Si les lésions n'étaient pas éligibles à la thermo-coagulation, les patientes étaient orientées vers une clinique partenaire du projet. La prise en charge était entièrement gratuite : les résections à l'anse diathermique⁴ étant incluses dans la prise en charge nationale, MdM finançait les analyses complémentaires nécessaires (biopsie, frottis cervico-vaginaux et analyses anatomopathologiques).

LIEUX DE L'INTERVENTION

Les sites d'études sont constitués de deux CMU situés dans le district sanitaire (DS) de Baskuy. Le DS de Baskuy relève de la Direction régionale de la santé du Centre et constitue l'un des 5 DS de la région. Sa population est de 311 208 habitants dont 108 785 femmes âgées de plus de 15 ans [17]. Il est fonctionnel depuis janvier 2008. Le rayon d'action est de 4 km pour l'ensemble de la population (100 %) contre 88,8 % pour la région du centre. Le DS abrite 1 CHU, 7 CM et 3 CSPS publics et des établissements sanitaires privés constitués de 2 polycliniques, 40 cliniques, 6 CM, 1 dispensaire et 47 officines de pharmacies [17].

Centre Médical Urbain de Samandin

Le Centre Médical Urbain (CMU) de Samandin est situé dans l'arrondissement n° 1 de Ouagadougou et couvre le secteur n° 5. Le CMU comprend une maternité, un dispensaire, un service de santé maternelle et infantile (SMI), un laboratoire, un dépôt pharmaceutique, un service d'état civil, un

incinérateur, une aire de lavage et des toilettes. L'aire sanitaire du CMU abrite une infirmerie scolaire (CEFISE), un cabinet de soins infirmiers privé, quatre officines de pharmacie privées et une école privée de formation en santé.

La formation sanitaire est accessible à toute la population de son aire sanitaire en toute saison du fait du rayon d'habitation situé entre 0 et 4 km et de l'absence d'obstacle naturel. La population couverte est de 38 394 habitants. Les autochtones ont, dans leur majorité, des liens de parenté ou une fonction sociale se rapportant à la famille royale du Moogho Naaba. Cette frange sociale est organisée autour des chefs coutumiers qui régissent la vie communautaire et jouent un rôle prépondérant dans les activités de mobilisation sociale.

Centre Médical Urbain de Pogbi

Le Centre Médical Urbain (CMU) de Pogbi est situé dans le secteur n° 9 de l'arrondissement n° 2. Le CMU comprend une maternité, un dispensaire, un SMI, un laboratoire, un dépôt pharmaceutique, un service d'état civil, un incinérateur, une

⁴ Procédure utilisant un fil métallique mince chauffé électriquement, permettant l'exérèse des cellules pré-cancéreuses et la biopsie conique du col de l'utérus.

⁵ Une échelle de Likert est un outil psychométrique permettant de mesurer une attitude chez des individus. Elle consiste en une ou plusieurs affirmations (énoncés ou items) pour lesquelles la personne interrogée exprime son degré d'accord ou de désaccord. L'échelle contient pour chaque item une graduation comprenant en général cinq ou sept choix de réponse qui permettent de nuancer le degré d'accord. Le texte des étiquettes est variable. On associe à chaque modalité de réponse un nombre entier. Dès lors, il est possible d'envisager un traitement quantitatif des données, soit en les assimilant à des données de type ratio soit en se limitant à leur caractère ordinal.

aire de lavage et des toilettes. Trois formations sanitaires publiques et quatre cabinets de soins privés existent dans le secteur du CMU [18]. La population de la formation sanitaire est estimée à 27 992 habitants. Du fait du rayon d'habitation situé à moins de cinq kilomètres et de l'absence d'obstacle naturel, son accessibilité est effective en toute saison par sa population. Vu son emplacement stratégique, le CMU est fréquenté par les populations riveraines des secteurs 2, 3, 9, 18 et 19. Les populations autochtones ont généralement une fonction sociale se rapportant à la famille des ministres du Moogho Naaba. Plaque tournante du commerce de la ville de Ouagadougou, l'activité commerciale constitue les principales occupations des populations de l'aire sanitaire du CMU, avec notamment le commerce informel.

MÉTHODOLOGIE SPÉCIFIQUE DU VOLET QUANTITATIF

Critères de jugement associés au dépistage

Le critère principal était la complétude du dépistage, défini comme la proportion de femmes qui avaient eu une séquence de dépistage complète. Une séquence de dépistage était considérée comme complète lorsqu'une femme HPV négative était informée du résultat de son test, ou lorsqu'une femme HPV positive avait un test IVA négatif par la suite ; ou, enfin, lorsqu'une femme HPV positive avec un test IVA positif avait un traitement approprié.

Le critère secondaire était la satisfaction des femmes, mesurée à chaque étape de la séquence de dépistage – après le prélèvement de l'échantillon, après avoir reçu le résultat et après l'IVA le cas échéant. L'évaluation de la satisfaction a été réalisée au moyen d'une échelle de Likert⁵ à trois niveaux – entièrement d'accord, d'accord, pas d'accord – et comprenant quatre items : la volonté de refaire le dépistage ; la satisfaction concernant l'explication fournie ; la satisfaction concernant l'acte médical (prélèvement, auto-prélèvement, IVA et traitement) ; et la volonté d'encourager des amis proches à participer à la même procédure de dépistage (voir Annexes, p. 64).

Les données recueillies comprenaient les caractéristiques des femmes (âge, antécédents de dépistage, zone d'habitation et niveau socio-économique), les connaissances sur le CCU, le choix de la méthode de prélèvement,

la compréhension des résultats et des recommandations données, la date et l'heure du test, le résultat et la gestion post-résultat, le type de séquence post-résultat (triage et traitement) et la satisfaction des femmes à chaque étape de la séquence de dépistage (voir les questionnaires en Annexe, p. 64). Les niveaux socio-économiques (SES) des femmes ont été calculés à l'aide d'un indice de richesse selon la méthode des actifs [19] et divisés en tertiles.

La littéracie en santé appliquée au domaine du cancer s'entend comme « toutes les connaissances qu'un profane doit posséder pour comprendre les informations et les conseils que le système de santé peut offrir en matière de prévention, de diagnostic et de traitement du cancer » [20]. Il a été démontré que la participation au dépistage de CCU est liée au niveau de littéracie des femmes [21] et plusieurs outils de mesure ont été élaborés afin de mesurer ce niveau. Ici, la connaissance des participantes sur le cancer du col de l'utérus a été évaluée après le prélèvement des échantillons cervicaux à l'aide du Cervical Cancer Literacy Assessment Tool (C-CLAT), un instrument comportant 16 questions, qui a été validé dans divers contextes (22–24). Cet outil a été choisi car il permet d'explorer plusieurs dimensions (degré de sensibilisation, connaissances associées au dépistage, connaissances associées au traitement et à la prévention primaire) tout en étant court et bénéficiant d'une bonne fiabilité inter-ethnique (72 %) [22]. Chaque item du C-CLAT a été noté de manière binaire (0 = incorrect, 1 = correcte) et le score total calculé comme la somme des éléments individuels allait de 0 à 16, les scores les plus élevés indiquant un niveau de littéracie plus élevé.

Lorsque les femmes ne retournaient pas au centre de santé dans les 30 jours suivant le prélèvement, elles étaient contactées par téléphone. Toutes les femmes ont reçu une note d'information et ont signé un formulaire de consentement avant d'être incluses dans l'étude.

Évaluation de la mise en œuvre

Nous avons considéré trois indicateurs pour l'évaluation du processus :

- la fidélité : est-ce que l'intervention a été réalisée comme prévue ?
- la portée : est-ce que les femmes sont entrées en contact avec l'offre de dépistage et les services appropriés si nécessaire ?
- et la dose : avec quelle intensité l'intervention a-t-elle été mise en œuvre ? [25]

Les indicateurs de **fidélité** ont été mesurés au niveau individuel en utilisant les données de l'étude de cohorte (proportion de femmes qui ont fait le test et obtenu le résultat le même jour, qui ont eu le choix de la méthode de prélèvement, qui ont bénéficié de la gratuité) et au niveau organisationnel en utilisant les rapports hebdomadaires des visites de supervision de chaque établissement pendant la période de mise en œuvre (nombre de points focaux, nombre d'équipements fonctionnels, nombre de prestataires de soins formés et nombre de visites de supervision effectuées comme prévu).

La **portée** a été définie par un indicateur : le nombre quotidien de femmes dépistées par centre en supposant 20 jours ouvrables par mois (le niveau de réalisation souhaité était d'au moins 4 femmes dépistées par jour et par centre). Ces informations ont été extraites du système d'information sanitaire de routine de chaque établissement de soins.

La **dose** fait référence au temps d'attente des femmes (pour déposer le prélèvement au laboratoire), au délai de rendu des résultats (entre le moment où le test est déposé au laboratoire et celui où la femme a eu connaissance du résultat), à la compréhension des informations délivrées aux femmes par les sage-femmes et à la proportion d'IVA et de thermo-coagulation chez les femmes qui en ont besoin. L'évaluation de la compréhension des informations par les femmes est présentée dans le **tableau 1** (p. 18). Les informations ont été obtenues à partir de l'étude de cohorte, des rapports des visites de supervision et des données de monitoring du programme.

Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon de l'étude de cohorte a été calculée afin d'atteindre une précision satisfaisante du critère de jugement principal. Le calcul a été basé sur un taux attendu de complétude du dépistage de 80 % dans chaque centre. 250 femmes étaient nécessaires pour estimer avec une précision de 5 % un tel taux, avec un risque alpha de 5 %. Afin de prendre en compte les éventuels refus de participer à l'étude et les patientes perdues de vue au cours du suivi, nous avons décidé d'atteindre 300 femmes (150 dans chaque centre). Selon les statistiques disponibles, la période d'étude comprise entre le 1^{er} juillet et le 31 octobre 2019 était censée nous permettre d'atteindre cette taille d'échantillon.

Analyses

Les analyses ont été effectuées via le logiciel R version 3.6.3. Les données ont été décrites en utilisant des décomptes, des moyennes (écarts types) et des proportions (%).

Le critère de jugement principal a été mesuré comme étant la proportion de femmes avec une séquence de dépistage complète parmi les femmes ayant réalisé un test HPV. Le critère de jugement secondaire a été mesuré comme la proportion de femmes satisfaites ayant répondu « tout à fait d'accord » à toutes les dimensions de la satisfaction. La comparaison des résultats entre les centres a été effectuée en utilisant le test du χ^2 pour les variables binaires et le test de Student pour les variables continues.

TABLEAU 1 : ÉVALUATION DE LA COMPRÉHENSION DES INFORMATIONS DÉLIVRÉES

		Résultats du laboratoire	
		HPV -	HPV +
Compréhension des résultats du test HPV	Oui	La participante indique que le résultat est normal	La participante indique que le résultat est anormal
	Non	La participante indique que le résultat est anormal	La participante indique que le résultat est normal
Compréhension des recommandations délivrées	Oui	La participante indique qu'elle doit simplement refaire un test dans 5 ans	La participante indique qu'elle doit faire d'autres examens et/ou un traitement
	Non	La participante indique qu'elle doit faire d'autres examens et/ou un traitement	La participante indique qu'elle doit simplement refaire un test dans 5 ans

Nous avons comparé les femmes qui ont réalisé une séquence de dépistage complète à celles qui ont une séquence incomplète, selon les caractéristiques individuelles des femmes et les critères de mise en œuvre (fidélité, portée et dose). Nous avons utilisé une approche similaire pour comparer les femmes très satisfaites après le prélèvement et après le résultat à celles globalement insatisfaites. Une valeur $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.

Les modèles de régression logistiques utilisés pour explorer les relations entre mise en œuvre et complétude ou mise en œuvre et satisfaction aux deux temps (post-prélèvement et post-résultat) ont tous été ajustés sur le centre de santé et les caractéristiques des femmes (âge, antécédents de dépistage, niveau socio-économique et score de littéracie). La régression logistique explorant la relation entre complétude du dépistage et mise en œuvre comprenait l'ensemble des variables de dose de la mise en œuvre. Le modèle analysant la relation entre satisfaction post-prélèvement et mise en œuvre ne comprenait que les variables associées à ce temps de dépistage (temps d'attente, choix lié à la méthode de dépistage et méthode de dépistage choisie). Les variables retrouvées significatives pour la satisfaction post-prélèvement sont conservées dans le modèle de la satisfaction post-résultat auxquelles sont ajoutées les variables de la mise en œuvre pertinentes pour le temps des résultats (qualité des informations fournies et délai de rendu des résultats).

Nous avons ensuite exploré l'influence du contexte sur la mise en œuvre et les résultats de PARACAO à deux niveaux. Le rôle du contexte organisationnel a été étudié en comparant les résultats du dépistage et les indicateurs de la mise en œuvre entre les deux centres de santé. Au niveau individuel, nous avons considéré les caractéristiques des usagères du dépistage et leur influence sur la complétude, la satisfaction mais également la mise en œuvre du dépistage. Cet aspect a été analysé via des régressions logistiques multivariées.

MÉTHODOLOGIE SPÉCIFIQUE DE L'ENQUÊTE QUALITATIVE

Observations non participatives

Introduit officiellement par la responsable du projet de recherche auprès de l'équipe du projet

de Médecins du Monde, et des responsables des services de maternités et de laboratoires, le terrain a été entamé par une phase d'observation anthropologique. Le processus de mise en œuvre dans la vie réelle du projet de dépistage du CCU a été quotidiennement observé durant les deux premiers mois (juillet et août) après le lancement officiel du projet.

Après des échanges internes entre membres de l'équipe de recherche, pour éviter de se faire assimiler au corps médical, nous nous sommes abstenus du port de la blouse. Cependant, afin de justifier notre présence dans la salle de dépistage en tenu non médicale, et/ou pour rassurer les femmes, il arrivait parfois que les agents de santé nous présentent aux femmes comme un agent de santé avec l'usage d'une formule insinuée, « *ici, nous sommes tous des agents de santé* » (donnée d'observation). L'observation s'est effectuée au niveau des salles de dépistage et sous les halls d'attente, au niveau des laboratoires et au niveau des services de Santé Maternelle et Infantile (SMI) où les femmes, venues pour les soins de leurs nourrissons, sont parfois conseillées pour le dépistage du CCU.

Dans les salles de dépistage, les observations se sont effectuées au cours des échanges pré et post dépistage entre les femmes et les agents de santé, et pendant les séances de traitement des femmes porteuses de lésions suspectes. Elles ont porté sur le vécu de l'accueil et les modalités des interactions, le contenu des messages délivrés, le dispositif employé pour le respect de l'intimité des femmes, etc. D'une durée moyenne de quatre heures (le temps de l'offre du service de dépistage), les observations se sont faites de manière discrète et directe, avec des tâches d'assistance des agents de santé accomplis pendant les séances de dépistage. Il s'agit, par exemple, d'amener des prélèvements au laboratoire, de déplacer ou d'approcher un bidon ou le paquet de coton, de chronométrer un acte médical, etc. Ces « coups de mains » étaient apportés pour certes assister l'agent de santé parfois seul en salle de dépistage, mais aussi dans le but de « lever » les barrières et faire oublier la présence de « l'étranger » au sens de Derbez B. [26]. Cette approche a permis d'établir un rapprochement entre les discours tenus par les différents acteurs (sages-femmes, maïeuticiens, étudiants, techniciens de laboratoire, usagers, etc.) et les pratiques. Pendant les observations, nous prenions notes mais généralement, pour éviter l'étiquette « d'enquêteur » que les agents de santé risquaient de nous « coller », dans certains cas, les observations étaient notées de mémoire et retranscrites

immédiatement après la fin du service. Durant cette phase, la grille d'observation était actualisée en fonction des éléments nouveaux à observer.

Entretien individuel

L'entretien individuel est une technique qui a permis d'analyser, à partir du point de vue des personnes interrogées, les actes médicaux posés pendant les séances de dépistage, les attentes des acteurs, les forces, les faiblesses, les opportunités et les perspectives du projet ; et certaines recommandations pour améliorer l'intervention. A cet effet, trois guides d'entretien ont été développés et utilisés avec les agents de santé, les femmes dépistées et les conjoints des femmes.

Les entretiens avec les femmes se sont déroulés sur rendez-vous dans des endroits désignés par ces dernières. Ceux-ci étaient soit le domicile, le service (dans un endroit soustrait) ou dans des jardins publics. Une indemnité de déplacement ou de mobilisation de l'ordre de 2 000 FCFA a été accordée à toutes les femmes interrogées.

Les entretiens avec les conjoints des femmes ont été effectués sur rendez-vous au niveau de leurs services (dans des endroits soustraits de l'implication extérieur) ou dans des espaces publics au choix de ces derniers. Certains hommes, surtout ceux dont les épouses non pas été dépistées, ont été interrogés dans des endroits soustrait de la cour du CMU.

Pour les agents de santé, les entretiens se sont déroulés à l'hôpital après les séances de dépistage. Pendant les séances de consultation, quand l'occasion s'y prêtait, nous leurs posions certaines questions d'éclaircissement (entretiens informels). Cette technique d'entretien informel a été mise à profit pour recueillir des données auprès de certains agents de santé et techniciens de laboratoire qui semblaient mal à l'aise lors des entretiens formels.

L'ensemble des entretiens formels ont été enregistrés après avoir reçu le consentement éclairé des personnes interrogées. Pendant les échanges et entretiens informels, des notes étaient prises sur un support papier. Toutes les données ont été recueillies en français (n = 20), en mooré (n = 23) ou en dioula (n = 3) et ont été intégralement retranscrits.

Focus group

N'ayant pas été informées ou conviées à cet effet, un *focus group* de façon formelle n'a pas pu être

organisé avec les femmes venues pour le dépistage. Généralement, pendant le temps d'attente des séances de dépistage, nous profitions pour organiser, dans un cadre peu formel, des entretiens de groupe avec les femmes. Ils ont permis de recueillir les motivations des femmes à effectuer le dépistage, les circuits d'information et les perceptions vis-à-vis du dépistage et de la maladie.

Démarche d'analyse des résultats

L'analyse des données s'est faite en plusieurs phases. Des analyses des données d'observation ont été périodiquement soumises au comité de pilotage. Les données des échanges du comité orientaient les éléments nouveaux à recueillir ou ceux à creuser davantage. Dans une seconde étape, les éléments saillants des entretiens menés avec les femmes et leurs conjoints ont été aussi soumis à l'équipe de recherche. Dans une dernière étape, l'analyse des données issues des entretiens individuels a été effectuée, selon une approche d'analyse thématique et a permis de discuter les ressemblances et/ou les différences dans les résultats issus des entretiens. L'ensemble des données collectées ont été classifiées et ce sont les plus probants et pertinents pour répondre aux objectifs de la recherche qui ont fait l'objet du présent rapport d'étude.

Considérations éthiques

L'étude a été menée conformément à la Déclaration d'Helsinki révisée [27], et aux directives éthiques de l'ANRS pour la recherche dans les pays à ressources limitées. Avant le début de l'étude, le protocole de recherche, la fiche d'information et le formulaire de consentement ont été soumis pour approbation au Comité d'Ethique pour la Recherche en Santé (CERS) au Burkina Faso. L'approbation écrite du comité national d'éthique a été disponible avant le début de l'étude. Le CERS par délibération n° 2019-5-64 du 15 mai 2020 a émis un avis favorable au protocole de recherche. Ainsi, l'étude a été menée conformément au protocole approuvé.

Tous les répondants à cette étude ont été informés de ses objectifs, de l'anonymat des informations récoltées et ont marqué leur consentement éclairé pour y participer. Le consentement éclairé a été obtenu et le formulaire de consentement daté et signé avant qu'un sujet puisse participer à l'étude. L'avis d'information au patient a été lu et expliqué aux patients dans

la langue appropriée et nous avons répondu à toute question posée par ceux-ci. Aussi, ils ont donné leur consentement à la prise de notes ou à l'enregistrement des entretiens tout au long des rencontres. La participation à l'étude a été entièrement volontaire et les patientes ont été libres de se retirer de l'étude à tout moment sans compromettre leur suivi médical. L'avis d'information et le formulaire de consentement éclairé ont été remis à la participante, qui a eu un délai de réflexion avant de prendre sa décision concernant sa participation. Elles ont été assurées de l'anonymat des données collectées et de leur stricte utilisation que par l'équipe de recherche. Il faut signaler que l'ensemble des données enregistrées seront détruites à la fin de la recherche.

RÉSULTATS

DESCRIPTION DE LA POPULATION

Les résultats issus de l'étude sont présentés en fonction de données sociodémographiques des enquêtées, l'organisation du service pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, du processus de mise en œuvre quotidien du projet et du vécu par les femmes de la qualité des services offerts. Ils rendent compte également des forces, des contraintes et des opportunités du projet, ainsi que des conditions de sa pérennisation.

L'inclusion des femmes dans la cohorte a débuté le 1^{er} juillet 2019 pour une période de 3 mois. Pendant cette période, 616 femmes ont été dépistées.

Parmi ces 616 femmes, nous avons inclus les 317 premières patientes éligibles dans l'ordre chronologique d'arrivée au centre : 160 dans le centre de Samandin et 157 dans le centre de Pogbi. Leur participation aux différentes étapes du dépistage est présentée dans la **figure 2** (p. 23). Leurs caractéristiques sont détaillées dans le **tableau 2** (p. 25). Les femmes dépistées ont en moyenne 36 ans sans différence entre les centres de santé. Il existe une différence significative de niveau socio-économique entre les deux centres, le centre de Pogbi ayant une plus grande part de femme à haut niveau socio-économique et à haut niveau de littéracie. Le coût de transport moyen pour les femmes lors du dépistage (ensemble des visites au centre de santé) s'élevait à 1 115 FCFA sans disparité entre les centres de santé.

Pour le volet qualitatif de l'étude, vingt femmes ont été individuellement interrogées. Ces femmes sont principalement (16/20) des Mossé (existant dans presque toutes les 13 régions du pays), trois sont Bissa (région du Centre-Est) et une est Gourmantché (région de l'Est du pays). Sur le plan des confessions religieuses, quatorze enquêtées ont indiqué être musulmanes et six chrétiennes. Les femmes enquêtées sont principalement des ménagères (13/20). Quatre enquêtées exercent des activités qui leur assurent un revenu régulier (fonctionnaire de l'administration publique, secrétaire de société privée, employée

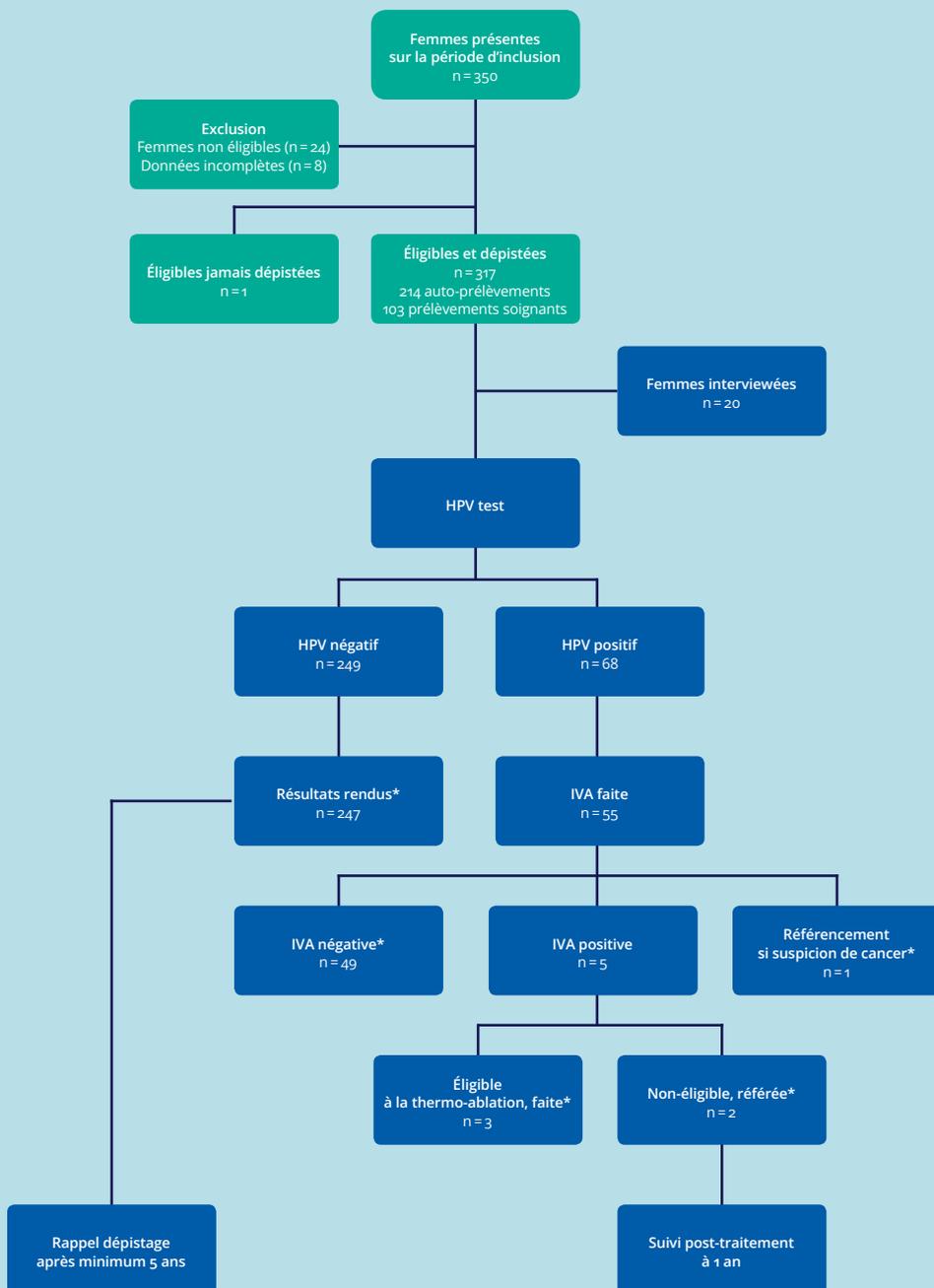
de commerce). Les trois autres femmes ont un statut d'élève ou d'étudiante. Les femmes ont un âge compris entre 24 et 45 ans avec un âge moyen de 34 ans. Les femmes enquêtées sont très peu instruites pour la plupart. Seulement trois ont atteint un niveau supérieur ou égal au baccalauréat, huit au collège (la classe de 6^e à la 3^e), cinq au primaire et quatre n'ont pas été scolarisées. Sur le plan matrimonial, ces femmes sont mariées dans la grande majorité des cas (13) dont une (1) dans un couple polygame. Les autres femmes (7) sont constituées de quatre célibataires, de deux divorcées et d'une en « concubinage » (localement, ce type d'union n'est pas reconnu, ni administrativement, ni religieusement ni socialement). Considérant le nombre d'enfant, trois enquêtées ne sont pas encore mère, contre dix-sept qui ont des enfants dont le nombre varie d'un à cinq avec un nombre moyen de trois. Sur le plan épidémiologique, quatre catégories de femmes ont été enquêtées dans le cadre de cette recherche suivant la nature des résultats du test HPV. Ainsi, ont été interrogées, onze femmes ayant un résultat HPV négatif, sept ayant un IVA négatif et deux ayant un IVA positif et traitées.

Les professionnels de santé interrogés occupent divers postes à différents niveaux en rapport avec la santé maternelle et la mise en œuvre du projet. Ils sont composés de sages-femmes (5), de maïeuticiens (2) et de techniciens de laboratoire (5) et ont tous plusieurs années de service (au moins 10 ans). L'âge moyen est 40 ans. Ils vivent en couple et sont quasiment tous issus du groupe ethnique majoritaire à Ouagadougou (mossé). Selon les différents responsables de maternité, tous les agents de santé qui exercent au sein du service de la maternité (sages-femmes, maïeuticiens et accoucheuses) ont bénéficié d'une formation dans le cadre de la mise en œuvre du projet.

Une dizaine de conjoints des femmes enquêtées ont été interrogés. En plus de ces hommes, du fait de la situation matrimoniale de certaines femmes, dix hommes dont les épouses n'ont pas

FIGURE 2 : DIAGRAMME DE FLUX DE L'ÉTUDE DE COHORTE

Les cadres en bleu font référence aux étapes du dépistage tel que préconisé par l'OMS.



*renvoi aux différents points d'évaluation de la complétude du dépistage. Adapté de Mensah et al, 2021.

été dépistées ont été interrogés. Ils ont un âge compris entre 28 et 72 ans, avec un âge moyen de 42 ans. Les hommes interrogés appartiennent à différentes catégories : ouvriers (2), commerçants (5), chauffeurs (3), fonctionnaires (3), personnes de profession libérale (2), agents de sécurité (2) et retraité (1). En termes de scolarisation, quatre hommes ont un niveau supérieur ou égal au baccalauréat, neuf hommes un niveau secondaire, quatre ont un niveau primaire et trois n'ont pas été scolarisés. Ils vivent tous en couple dont deux sous le régime polygamique.

OBSERVATION DE L'OFFRE, DE L'ORGANISATION, ET DU DÉROULEMENT

Il faut indiquer que l'analyse est construite, pour une grande partie, à partir des données d'observation ethnographique réalisée au cours des mois de juillet et août 2019, soit deux mois après le démarrage effectif des séances de dépistage au niveau des CMU.

Offre du service de dépistage

Le service de dépistage du HPV mis en œuvre dans les deux formations sanitaires est logé au sein de la maternité. D'un centre à un autre, avec quelques nuances, il reste fondamentalement constitué de séances de *counseling*, du dépistage du HPV, de la communication des résultats du dépistage, du traitement des lésions et infections, et du référencement des patientes. Les agents de santé soutiennent que, pour mener à bien leurs missions, ils assurent la tâche principale de dépistage du HPV mais aussi celle de la prévention et de la promotion par la sensibilisation communautaire via les séances de *counseling* publiques organisées auprès des femmes qui viennent au Programme élargi de vaccination (PEV) ou en consultation prénatale (CPN). Ils indiquent assurer également un rôle de suivi administratif par le renseignement de registres et l'élaboration de rapports qui participent à la performance du système d'information sur le projet. Également, ils s'occupent de la gestion des intrants (spéculum, écouvillon, gants, acide acétique, etc.) qui garantissent la mise en œuvre effective du service de dépistage.

Organisation du service de dépistage et contexte organisationnel

Nous avons étudié le rôle du contexte la mise en œuvre du dépistage au niveau organisationnel (centre de santé) et individuel (caractéristiques des femmes dépistées). Le **tableau 3** (p. 25) présente les principales caractéristiques des centres de santé. On constate que les deux centres sont assez similaires en ce qui concerne les ressources humaines, l'activité médicale journalière et la population cible.

L'organisation du service de dépistage au niveau des deux formations sanitaires est quasiment identique : du lundi au vendredi dans la « salle CCU » située au niveau de la maternité des CMU. À Samandin, la salle a été rebaptisée en salle « *projet de lutte contre le cancer du col de l'utérus, salle de dépistage, gratuit* » avec les emblèmes de Médecins du Monde et de l'armoirie nationale.

Les horaires de dépistage varient d'un centre à un autre. Au CMU de Pogbi, il se fait de 8 heures à 10 heures alors que cela peut aller jusqu'à 11 heures au CMU de Samandin. Ces horaires ont été fixés par les techniciens des laboratoires. Mais ils varient presque quotidiennement.

Au CMU de Pogbi, les variations d'horaire sont liées à la présence de la sage-femme en salle CCU et à l'absence de « candidate » pour le dépistage. Le démarrage pratiquement « normal » des séances de dépistage au sein de ce CMU est dû au fait que la sage-femme, responsable de la maternité et point focal CCU, se consacre principalement à cette tâche. Elle explique : « *je suis tout le temps-là par ce que je ne fais pas la garde. Si on programme les gardes, ce sont les autres qui se les partagent avec les accoucheuses* » (enquêtée, agent de santé, sage-femme). C'est cette réorganisation marquée d'absence de « roulement » dans la salle de dépistage qui garantit, selon la sage-femme, sa présence quotidienne au niveau de la salle de dépistage. Notons que si cette disposition permet d'assurer une certaine continuité de l'offre du dépistage, elle pourrait, à long terme, amener les autres sages-femmes ayant reçu la formation à désapprendre les techniques de dépistage. Les séances de dépistage prennent fin à 10 heures, mais il a été aussi constaté des prélèvements fait après cet horaire. De manière pratique, les heures d'arrêt sont fixées par les agents du laboratoire, ou par leurs « regards », « *quand tu envoies les prélèvements après 10 heures, ils te regardent bizarrement comme ça* » (enquêté, agent de santé). Ainsi, après un « *regard bizarre* », les séances de dépistage prenaient systématiquement fin et

TABLEAU 2 : CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES INCLUSES*

	Total (N=317)	Centre de Samandin (N=160)	Centre de Pogbi (N=157)	P value
Âge (moyenne (SD))	35.99 (8.35)	36.20 (8.60)	35.78 (8.10)	0.652
Classe d'âge en années (%)				0.985
25-35	153 (48.3)	78 (48.7)	75 (47.8)	
36-45	142 (44.8)	71 (44.4)	71 (45.2)	
46-55	22 (6.9)	11 (6.9)	11 (7.0)	
Résidence actuelle (%)				0.207
Ouagadougou	295 (93.1)	149 (93.1)	146 (93.0)	
Hors de Ouagadougou	8 (2.5)	6 (3.8)	2 (1.3)	
Sans réponse	14 (4.4)	5 (3.1)	9 (5.7)	
Niveau socio-économique (%)				<0.001
Haut	111 (35.0)	47 (29.4)	64 (40.8)	
Moyen	162 (51.1)	79 (49.4)	83 (52.9)	
Faible	44 (13.9)	34 (21.2)	10 (6.3)	
Antécédents de dépistage (%)	97 (30.6)	42 (26.2)	55 (35.0)	0.115
Accès immédiat au dépistage HPV (%)	38 (12.0)	23 (14.4)	15 (9.6)	0.251
Score de littéracie (moyenne (SD))	10.27 (2.08)	10.04 (1.93)	10.51 (2.20)	0.046
Frais de transport (%)				0.095
Aucun	59 (18.6)	33 (20.6)	26 (16.6)	
< 500 FCFA	67 (21.1)	38 (23.8)	29 (18.5)	
500-1000 FCFA	106 (33.5)	43 (26.9)	63 (40.1)	
> 1000 FCFA	85 (26.8)	46 (28.7)	39 (24.8)	

*adapté de Mensah et al. 2021.

TABLEAU 3 : CARACTÉRISTIQUES DES CENTRES IMPLIQUÉS

	Centre de Samandin	Centre de Pogbi
Médecins (nb)	1	2
Sage-femmes/infirmier-e-s (nb)	12	9
Accoucheuses	11	14
Laborantins (nb)	4 techniciens, 1 responsable	2 techniciens, 1 responsable
Consultations préventives journalières (nb moyen)	115	90
Consultations curatives journalières (nb moyen)	130	100
Population cible (25-55 ans) pour le dépistage du CCU	3 630	2 415

les femmes qui n'en avaient pas encore bénéficié sont renvoyées pour le lendemain.

Au CMU de Samandin, deux semaines après le lancement officiel, les horaires de début des séances de dépistage étaient quasiment assujetties aux « humeurs » de nombreux agents de santé. Selon le responsable de la maternité, les agents sont constitués en équipe et le service est organisé en un système de « roulement » au niveau des quatre unités de soins (salle d'accouchement, planification familiale, vaccination des nourrissons et CPN). Ce sont les agents en salle d'accouchement qui doivent s'organiser afin d'assurer le service au niveau de la salle de dépistage. Avec cette réorganisation du travail, les agents de santé au niveau de la salle d'accouchement sont très souvent en effectif réduit. Il a été souvent observé une seule sage-femme dans la salle d'accouchement. Ainsi, les femmes venues pour le dépistage du CCU se retrouvent parfois obligées de patienter jusqu'au tour de 11 heures. Au niveau de l'équipe du projet de Mdm, il ressort que l'organisation de l'offre du dépistage du CCU est laissée aux agents de santé. Selon un responsable, « nous on n'impose rien, c'est eux qui s'organisent (...) » (enquêté, responsable du projet, Mdm). De ce fait, dans ce CMU, les heures de début des séances de dépistage sont soumises soit à la présence des agents de santé, soit à leur volonté de venir en salle CCU. A la question de savoir les raisons d'une telle attitude, le responsable semble leurs donner raison, « ils ne sont pas motivés de faire le travail, puisque ceux qui font là, qu'est-ce qu'ils gagnent ? Qu'est-ce qu'on leurs dit ? C'est ça le problème ! » La question de la motivation financière individuelle est un élément de revendication des agents de santé pour la bonne marche du projet. Durant la période des observations ethnographiques, il est arrivé, malgré la présence des agents de santé dans la salle d'accouchement, que la salle de dépistage reste fermée jusqu'à 10 heures. En la présence d'une patiente, nous informions le chef de la maternité qui se retrouve dans « l'obligation » de venir offrir le service. « S'il n'y a personne, je suis obligé moi-même de venir » explique-t-il. Il faut également indiquer que dans la salle de dépistage « ccu », il est souvent offert d'autres services de soins (des conseils sur les méthodes de contraception, le suivi d'une grossesse, etc.) qui parfois contribuent à ralentir la continuité de l'offre du service de dépistage au sein de la salle de dépistage, allongeant de ce fait le temps d'attente des femmes présentes pour le dépistage.

Concernant les horaires prévus initialement et ceux réellement observés, il a été noté

des discordances. De l'entretien avec des responsables des deux services (la maternité et le laboratoire), les horaires de fin du dépistage communiqués sont quelque peu discordants. Le responsable de la maternité, parlant de ces horaires, explique « (...) les laboratoires disent qu'ils ne peuvent pas prendre après 10 heures (...) » (enquêté, agent de santé, responsable). Au niveau du laboratoire, il ressort ceci : « (...) on n'a pas limité de nombre mais c'est à partir de 11 heures qu'on ne prend plus de prélèvement (...). (...) je prends par exemple le cas du labo de façon générale, nous nous faisons nos prélèvements de 7 heures à 9 heures, après 9 heures, on ne prend plus de prélèvement. C'est pour permettre aux gens de travailler correctement (...) » (enquêté, agent de santé (technicien biomédical), responsable). Pour un responsable du projet au niveau de Mdm, parlant des horaires, « c'est une organisation interne, ils communiquent entre eux (...) » (enquêté, responsable du projet, Mdm). L'autonomie accordée dans l'organisation du service CCU aurait trouvé bon écho au niveau des agents de santé. C'est ce qu'affirme un responsable de CMU, « le projet a donné des indicateurs de performance⁶, comment les atteindre là, c'est à nous de nous organiser » (enquêté, agent de santé, responsable). Suivant ces indications marquées quelque peu de contradictions, il ressort que les « clauses » concernant les horaires ne sont pas encore bien maîtrisées des différents acteurs. Et ce sont les usagères qui en constituent les principales victimes.

De ce qui précède, il ressort que certaines indications relatives à la mise en œuvre du service de dépistage telles que mentionnées dans le rapport de l'atelier CCU ne sont pas encore entièrement intégrées par le personnel de santé. Cette situation semble se reconforter par le principe de la « non-ingérence » promu par l'équipe Mdm.

Sélection des femmes dépistées

Les femmes qui viennent pour le dépistage sont celles ayant eu l'information au sein de leur communauté. Contrairement à ce qui est théoriquement déclaré par un laborantin : « (...) on n'a pas limité de nombre (...) ce qui vient on fait même si c'est dix, c'est quinze, on fait (...) » (enquêté, agent de santé, TBM, responsable), dans la pratique, un nombre limité de femmes est dépisté par jour. Cet effectif varie d'un centre de santé à un autre. S'il est d'au plus 12 au CMU de Samandin, cet effectif est limité à 8 au CMU de Pogbi.

⁶ Cf. annexe, p. 65.

Ainsi, au niveau du CMU de Samandin, avec le gros effet de mobilisation des femmes au début du projet, chaque matin, les agents de santé présélectionnaient les douze premières femmes présentes et les autres étaient renvoyées pour le lendemain, avec la consigne de : « on ne peut pas prendre plus de douze ! Vous, il faut que vous reveniez demain matin. Il faut vous lever tôt et venir (...) » (enquêteur, agent de santé). Ce message de limitation des effectifs a été relayé au niveau de la communauté de telle sorte que, quand les femmes arrivent, elles « s'auto-présélectionnent » à la douzième personne. Il a été souvent observé que sans plus attendre l'arrivée des agents de santé et le début des séances de dépistage, les autres femmes retournaient chez elles. Notons que cette taille de mobilisation des femmes pour le dépistage du CCU au sein du CMU de Samandin a été observée durant un mois après le démarrage du projet. La mobilisation des femmes a été moins observée au cours des mois qui ont suivi. Les raisons évoquées pour justifier cet état de fait reconnu même par les agents de santé sont formulées sous la forme de « peut-être ». Pour un responsable de la formation sanitaire, « (...) peut-être que ceux qui sont venus au début, soit pendant le *counseling* il y a eu de petites failles, ou peut-être que eux-mêmes n'ont pas été les relais pour donner les informations aux autres femmes qui sont restées à la maison, ou c'est par la peur que d'autres sont venues faire et le retour n'a pas été un bon retour, peut-être que l'explication qu'on leur a donné sur le cancer *du col*, si celui qui l'a expliqué, n'a pas bien expliqué, ça peut être un frein pour d'autres femmes de venir faire. Bon ça peut être les facteurs qui expliquent cela » (enquêteur, agent de santé).

Au CMU de Pogbi, le scénario durant le début du projet a été différent. Au cours de cette période, le quota de huit dépistages par jour est resté difficilement atteint. Le manque d'information des femmes serait la principale raison. De ce fait, les femmes présentes bénéficient toutes du dépistage et de leurs résultats le même jour. Le nombre de candidate est boosté par des séances publiques de *counseling* organisées par les agents de santé auprès des femmes qui viennent pour la pesée de leurs enfants.

Au moment où nous terminons cette collecte de données, la situation en matière d'affluence des femmes pour le dépistage au niveau des CMU s'est presque uniformisée. On assiste à une baisse des effectifs de femmes aux séances de dépistage. Les salles de dépistage restent souvent fermées pour absence d'usagères. La principale raison évoquée par les acteurs est le

manque d'information de la population. Et cela, en dépit de certaines activités d'information publiques organisées (émission télévisuelle, journée d'information au marché central Roodwoko, etc.). Selon l'équipe de projet MdM, un travail de mobilisation communautaire aurait débuté au cours du mois d'avril 2020. Cette activité aurait connu des ajustements pour tenir compte de la situation sanitaire nationale marquée par la pandémie du Coronavirus. Au moment où nous terminons cette rédaction, soit au cours du même mois, les effets de cette activité ne se percevaient pas encore au niveau des CMU d'intervention.

Organisation logistique du dépistage

Dans les deux formations sanitaires, les séances de dépistage se font chacune dans une salle, dénommée « salle CCU ». Ces salles ont été identifiées parmi celles existantes dans les CMU, aménagées et équipées par l'équipe de MdM au profit du projet. Pour un responsable du CMU, « au début on avait voulu faire dans le bureau du responsable de la maternité, alors que lui, il a des femmes, il consulte (...) » (enquêteur, agent de santé, responsable). Selon lui, le choix d'une salle spécifiquement CCU a été fait « pour mieux s'occuper des femmes (...) afin que les agents ne se consacrent qu'à ça à l'intérieur de la salle (...) pour éviter le temps d'attente aux femmes » (enquêteur, agent de santé, responsable).

Au CMU de Samandin, la salle de consultation est nettement plus grande que celle de Pogbi. Elle est une pièce d'environ 12 m². Et celle de Pogbi est au plus 10 m² avec une toilette à l'intérieur. Les salles sont toutes équipées d'un lit, d'un paravent, d'un bureau de consultation, de chaises, de poubelles. Les salles disposent aussi de séries d'images pour le *counseling*, d'affiches de démonstration de l'auto-prélèvement ainsi que de consommables et d'appareils médicaux pour le dépistage du HPV et le traitement des lésions. Les prélèvements se font avec un écouvillon, une sorte de coton-tige protégé dans un tube en plastique. Pour l'auto-prélèvement, au CMU de Pogbi, les femmes entrent dans la toilette pour effectuer leur prélèvement. Cependant à Samandin, elles se placent au côté opposé du paravent pour leurs prélèvements mais celui-ci ne cache pas véritablement les femmes. L'objet fait au plus 1,5 mètre de longueur avec un tissu moins opaque laissant apercevoir les actions. Souvent, des femmes se servent de leur pagne pour davantage se cacher ou ce sont les agents de santé qui étalent une blouse sur le paravent à

la suite de plaintes de certaines femmes avec qui existe une certaine familiarité.

Interactions entre les femmes et les agents de santé

Le dépistage de l'infection par HPV mobilise les femmes et les agents de santé dans diverses interactions thérapeutiques. Le vécu par les femmes de la qualité de ces interactions est décrit ci-dessous. Rappelons encore que l'analyse est construite, pour une grande partie, autour des données d'observation réalisée au cours des mois de juillet et août 2019.

Séance de counseling

Les séances de *counseling* participent à l'information, à la communication et à l'éducation des femmes sur le cancer du col de l'utérus. Elles sont organisées au niveau des services de maternité des deux CMU par les agents de santé (sages-femmes, maïeuticiens et accoucheuses) impliqués dans la chaîne de dépistage du HPV et bien appréciées des femmes du fait de l'originalité des informations partagées. Idéalement tenues avant et après le dépistage du HPV, l'organisation effective de ces séances est soumise à des contraintes qui limitent l'accès à l'information des femmes sur la maladie. Si le manque de temps dans l'offre du service est évoqué par certains agents de santé, pour d'autres, cette situation serait liée au faible intérêt accordé à la prestation par qui les soignants.

Au CMU de Pogbi

Au CMU de Pogbi, les séances de *counseling* sont organisées de façon publique devant le service de « vaccination nourrissons sains » afin d'inciter les mères au dépistage du HPV. Le message livré pivote autour du caractère dangereux et sournois de la maladie, et la gratuité de la prestation. Le dépistage est présenté comme le moyen de prévention efficace de la maladie. Les conditions du prélèvement ressortent aussi dans les discours tenus : « *Pour faire le dépistage, tu dois avoir l'âge compris entre 25 et 55 ans, tu ne dois pas être en période, tu ne dois pas avoir eu des rapports sexuels la veille, tu ne dois pas avoir mis de gélule (...)* » (enquêtée, agent de santé).

Après la séance de *counseling* public, se tient en salle de dépistage, une autre séance de *counseling* individuel avec les femmes. L'agent de santé s'assure que la femme remplit les conditions de prélèvement évoquées ci-dessus. Dans ce cas, il ajoute que : « *c'est le virus qu'on recherche dans*

le corps de la femme, donc tu peux faire et avoir un résultat négatif comme un résultat positif. Mais si le résultat est positif, cela ne veut pas dire que tu as le cancer, ça veut dire que tu as le virus du cancer dans ton organisme et qu'on doit te surveiller, tu comprends? ». Toutes attentives face aux propos de l'agent de santé, généralement les réponses des femmes sont un « oui », accompagné d'un acquiescement de la tête.

Il s'en suit alors l'explication du prélèvement à l'aide d'un écouvillon. Au début du projet, c'était systématiquement l'auto-prélèvement qui était expliqué aux femmes à l'aide de figurine. Notons que cette technique d'enseignement systématique de l'auto-prélèvement a connu des améliorations avec le temps. L'équipe de MdM aurait formulé des observations concernant cette pratique. Désormais ce sont les deux méthodes de prélèvement qui sont expliquées mais de façon à orienter le choix des femmes. « *Il y a deux méthodes de prélèvement, soit tu te couches et nous on prélève ou toi-même tu fais mais cela ne veut pas dire que ce que toi tu vas faire là ne sera pas bon, au contraire ça donne de meilleurs résultats* » (enquêté, agent de santé). Les propos tenus par l'agent de santé par rapport aux techniques de prélèvement sont formulés dans ce sens. Un extrait illustratif (après les explications de l'agent de santé) :

— *Femme* : Comme c'est vous les agents de santé, c'est mieux que vous faites!

— *Agent de santé* : Ce n'est pas comme ça! Cela ne veut pas dire que ce que nous on va faire est meilleur, au contraire l'auto-prélèvement donne de meilleurs résultats.

— *Ok, si c'est comme ça, je vais faire.*

— *Voilà! C'est facile!*

Suivant ces extraits illustratifs de la présentation des méthodes de prélèvement, l'on peut affirmer que le choix des femmes est souvent biaisé par les insistances de l'agent de santé. Aussi, il se dégage un manque d'appropriation du message véhiculé. Très généralement, il est précédé de : « *on dit de vous enseigner les deux techniques* ». Interrogeant l'agent de santé à ce propos, il laisse entendre : « *nous même là, on préfère le PCC. Mais c'est eux qui nous demandent de faire comme ça. Avec le PCC même si le HPV est négatif, il peut avoir des infections et on va traiter. Mais c'est eux [MdM] qui disent de faire comme ça, donc nous on fait une sensibilisation détournée pour amener les femmes à faire l'APV. Ils disent que quand il y a trop de PCC, ça peut jouer sur la qualité du projet* » (enquêté, agent de santé).

Parfois, en dépit des explications, des femmes préféraient le prélévement fait par le clinicien. Les appréciations concernant l'auto-prélèvement restent mitigées. Une femme interrogée après sa séance de dépistage au CMU de Samandin explique : « moi, je n'allais pas pouvoir le faire seule », « ça c'est le travail des agents de santé, comment tu peux savoir que tu as bien fait ? » (Enquêtée pendant la phase d'observation). Selon une autre enquêtée, « avant, quand on place le spéculum et on met le produit là, ça fait mal mais avec ça là, on ne sent rien » ; « Je trouve que c'est bien, par ce que qu'il y'a des femmes qui, en dehors de la grossesse n'aiment pas se mettre nue devant d'autres personnes, avec les explications c'est facile, on peut le faire seule », (femme enquêtée après son dépistage).

Au CMU de Pogbi, durant les séances de *counseling* pour le dépistage du HPV, des initiatives sont prises par la sage-femme pour faire passer le message. La sage-femme tient les séances à l'aide d'une poire médicale. La partie ronde de la poire est présentée aux femmes comme étant l'endroit où se développe le fœtus. Le bout de l'objet est assimilé au col de la femme, la zone où commencent les infections. Les lésions recherchées sont présentées aux femmes à l'aide de figurine de col indiquant les différentes évolutions de la maladie. « Tu as compris » est généralement la question posée à la femme pour s'assurer de l'assimilation du message. Très généralement, les femmes répliquent par un « oui ». La majorité ne pose pas de question malgré l'invitation de l'agent de santé « tu as une question ? ». Quand la femme réplique par un « non », alors elle est soumise à un exercice, « dans ce cas, répète ce que j'ai dit je vais voir ! ». Cet exercice est très souvent résolu par des rires qui, en outre, participent à détendre l'atmosphère pendant la conversation. Cette ambiance semble être bien appréciée des femmes.

Durant les séances de *counseling* après un test positif au HPV, les agents de santé tiennent effectivement un discours pour rassurer les femmes. Elles sont invitées à garder leur calme car la présence du virus ne signifie pas la présence du cancer. Dépistée positive au HPV, cette ménagère décrit les informations apportées par l'agent de santé au cours du *counseling* qui a précédé le test de dépistage. « (...) Elle dit que si on fait le test et puis c'est ça qu'il ne faut pas que je vais être découragée, que c'est une maladie comme les autres maladies, que c'est une maladie qu'on peut soigner. Mais une maladie qu'on découvre tôt et puis soigner là vaut mieux qu'une maladie qui est en toi et puis toi tu ne sais pas, » (enquêtée, HPV+, ménagère, 37 ans). Pour la patiente, la séance de *counseling* a été bénéfique pour elle car l'agent de

santé avec ses « paroles » aurait réussi à faire dissiper la peur qu'il l'animait. « En tout cas, elle était très gentille. Avec ces paroles, elle m'a beaucoup encouragé donc je n'avais même pas peur ». Selon la patiente, par rapport à son résultat positif au HPV, l'agent de santé l'aurait informée de son infection par un virus mais l'aurait rassurée de sa non gravité et de l'existence de traitement. « On m'a dit qu'il y a effectivement le virus là-là-bas donc j'ai eu peur mais on m'a dit de ne pas avoir peur que parce que c'est quelque chose qu'on peut soigner », (enquêtée, HPV+, ménagère, 37 ans).

Aussi, il est expliqué qu'avec le temps, le virus peut être éliminé par les cellules défenses de l'organisme, c'est ce qu'indique la patiente. Selon elle, l'agent de santé lui aurait assuré que le virus peut « disparaître parce que ce n'est pas le vrai virus-là même qui est là-bas. (...) qu'il ne faut pas que je vais être découragée mais que d'aller me coucher elle va mettre le médicament là. Que mon organisme peut combattre ça et puis ça va finir » (enquêtée, HPV+, ménagère, 37 ans). Ainsi, bien que dépistée positive, cette enquêtée semble être ressortie satisfaite du CMU du fait de la qualité des « paroles » durant les séances de *counseling* réalisées avant et après le dépistage. Ce sentiment de satisfaction est partagé par cette patiente également dépistée positive au HPV. « J'ai été reçue par une femme et c'était bien. Elle m'a expliqué comment on peut avoir le cancer, souvent les gens pensent que c'est dû aux rapports sexuels alors que la contamination est liée au vent qui transporte le virus » (enquêtée, HPV+, ménagère-commerçante, 35 ans). Il faut noter que ce vecteur de transmission de la maladie associé au « vent » ressort des explications données par les agents de santé, particulièrement au CMU de Pogbi. Ces explications sont livrées pour davantage mettre en exergue la nécessité du dépistage qui, selon les agents de santé, constitue le moyen pour se mettre à l'abri de la maladie.

De façon générale, au niveau du CMU de Pogbi, les femmes qui viennent pour le dépistage font une appréciation de la qualité de l'accueil et du message livré durant le *counseling* avant et après le dépistage. Soutenons que cette qualité d'écoute des patientes accordée aux agents de santé a été observée durant la collecte des données.

Cependant, si dans de nombreux cas, les femmes bénéficient d'explications dans ce CMU, la qualité des interactions varie d'une patiente à une autre. Et en fonction probablement de leur inspiration, le contenu du message aussi varie. Notons qu'il arrive, du fait des contraintes de temps et de « fatigue » que des séances de

dépistage au niveau du CMU se tiennent sans le déroulement effectif du *counseling*, ce qui crée des insatisfactions. C'est le cas de cette jeune étudiante qui indique qu'avant la séance de dépistage, en dehors de l'explication concernant l'auto-prélèvement, l'agent de santé ne lui aurait pas donné d'explication concernant la maladie. La patiente précise que les agents de santé ne lui ont parlé de la maladie que lorsqu'ils se sont aperçus de la peur qui l'animaît à son passage pour ses résultats. « *C'est quand je suis revenue pour prendre mes résultats-là et j'avais peur là qu'elle m'a parlé de la maladie là un peu* » (enquêtée, HPV-, étudiante, 28 ans). Suivant les propos de cette enquêtée, la tenue du *counseling* n'est pas effective à toutes les étapes du dépistage. Cette situation a d'ailleurs été constatée durant la phase d'observation.

Si certaines patientes bénéficient d'un peu plus de temps accordé dans les explications d'autres n'ont d'explications que sur les techniques de prélèvement. Ces cas ont été surtout observés en la présence d'un nombre élevé de femmes pour le dépistage. Ainsi, pour « aller vite », certaines explications se retrouvent être peu approfondies par les agents de santé. Ce rapport déséquilibré aux patients pendant les séances de dépistage a été particulièrement constaté au niveau du second site d'étude.

Au CMU de Samandin

Au CMU de Samandin la mise en œuvre du *counseling* avant et après le dépistage a été effective au début du projet, durant au plus, deux semaines après le lancement officiel. Au cours de la période, avant la séance de dépistage, les femmes bénéficiaient d'explication sur la maladie. Le caractère sournois et chronique de la maladie, et les avantages du dépistage sont mis en avant. « *Il a dit que la maladie là ce n'est pas quelque chose qu'on attrape par exemple aujourd'hui et demain tu tombes malade, il a dit que ça peut faire 10 à 15 ans avant de se déclencher mais si tu te dépistes tôt, si tu as ça, le traitement ne sera pas difficile, ils vont l'éliminer pour ne pas que ça s'aggrave* » (enquêtée, HPV+, employée de commerce, 32 ans). Le *counseling* organisé avant le dépistage met plus l'accent sur les avantages du dépistage. Les facteurs de risque de la maladie expliqués aux femmes portent sur des pratiques de vie. « *Ils ont dit que c'est les rapports sexuels multiples, l'alcoolisme, la cigarette (...)* » qui provoqueraient cette maladie (enquêtée, HPV-, ménagère, 33 ans). Après cette période, une lassitude se serait probablement installée dans les pratiques des agents de santé. La tenue des séances de *counseling* individuel avant et après la séance de dépistage est

devenue très occasionnelle. Les explications données aux femmes portent sur deux éléments, les conditions du dépistage, « *on nous a informé qu'on ne doit pas faire de rapport sexuel ni se doigter avant qu'on ne rentre à l'intérieur* » (enquêtée, HPV-, coiffeuse, 26 ans), et l'auto-prélèvement, « *madame, je vais te donner ça, tu vas te placer de l'autre côté, tu mets à l'intérieur, ça doit bien rentrer. Une fois à l'intérieur, tu tournes cinq fois, tu retires et tu envoies* » (enquêtée, agent de santé).

Suivant les cas observés et les discours des usagers, la grande majorité des séances de dépistage du HPV effectuée durant la période de collecte de données se sont tenues sans la réalisation d'un *counseling* ni avant ni après le dépistage. Ainsi, les femmes qui ont participé à ces séances en ressortent peu satisfaites, surtout quand celles-ci se réfèrent aux commentaires des premiers bénéficiaires. C'est le cas de cette dame interrogée après son dépistage. Elle aurait eu l'information du dépistage par ses coépouses qui en avaient bénéficié au début du projet. Elle explique, « *mes coépouses m'avaient dit qu'ils expliquent les causes du cancer et donnent des conseils. Elles disent qu'on te fait coucher et place quelque chose pour voir mais quand je suis venue, il n'y a rien eu de tout ça* », (enquêtée, interrogée après le dépistage). Ce défaut d'explication crée des doutes chez les femmes, « *si ce n'est pas que je lui ai demandé que s'il fallait tout introduire, qu'est-ce qui prouve que ce que j'allais faire sera bon* » indique la femme.

Il ressort que la mise en œuvre du *counseling* reste différente d'un CMU à un autre. Mais de manière générale au niveau des CMU, en cas de HPV positif, le *counseling* après le dépistage semble difficile pour les agents de santé. Ils manquent parfois de mots pour exprimer la différence entre le cancer et l'infection par l'HPV. « *Ce n'est pas facile, comment faire pour que la femme comprenne la différence entre HPV positif et le cancer ? Si c'est en français c'est encore mieux, mais en langue nationale ! Comment expliquer HPV positif en langue ?* ». Des interrogations qui indiquent les difficultés pratiques de mise en œuvre des connaissances théoriques, surtout que « *pendant la formation, ça n'a pas été facile, même le docteur a eu des difficultés pour expliquer le HPV en mooré* » (enquêtée, agent de santé). Par moment, il est formulé comme suit : « *quand on fait un examen, il y a deux résultats ; soit c'est bon ou soit ce n'est pas bon* » (enquêtée, agent de santé).

Face à un tel message, il devient alors évident que des difficultés surviennent dans la conversion du sens du « *soit ce n'est pas bon* » surtout pour ce qui sont des pathologies comme

le cancer. C'est ce que fait remarquer un responsable du projet au niveau de MdM, « *si tu dis que c'est positif et tu dis que ce n'est pas grave, la femme comprendra difficilement, voilà pourquoi je leurs demande d'éviter l'utilisation du mot cancer pendant le counseling* ». D'où encore toute la nécessité de « révision » concernant le choix des mots durant le *counseling* que propose cet agent de santé. « On va revoir carrément au niveau du *counseling* avec les *sages-femmes* et les *accoucheuses* (...) parce que si ce n'est pas comme ça, bon ! C'est facile de dire à la femme que vous avez le mal dans votre organisme » (enquêté, agent de santé). Cette nécessité de « révision » se justifie d'ailleurs par le fait que dans de nombreux cas, la différence entre le HPV positif et le cancer n'est pas établie par les femmes. C'est ce que nous relate cette patiente après ses résultats. L'agent de santé lui aurait dit qu'elle aurait le « *baanga bila* », « *la graine de la maladie* » et lui aurait demandé de se coucher, pour l'IVA. Elle se couche et après lui avoir placé le spéculum et appliqué l'acide, l'agent de santé lui dit : « *c'est bon, tu n'as rien* », et qu'elle doit revenir dans une année pour un contrôle. En sortant de la salle, la dame demanda qu'on lui inscrive la date de son rendez-vous sur son enveloppe afin qu'elle puisse s'en souvenir. Quand nous l'avons approché pour comprendre son ressenti par rapport à l'information qui lui a été donnée, elle nous relate : « *je suis venue prendre mes résultats. Le matin, je ne voulais même pas venir, c'est ma voisine qui m'a encouragée et on est venu. Je ne voulais pas venir à cause du résultat, j'avais peur, ils vont venir te dire que tu as la maladie et ça va précipiter ta mort. Quand je suis venue, il m'a dit que j'ai la maladie, et il m'a dit de me coucher il va voir. Quand il a fait le traitement, il m'a dit que c'est bon, que la maladie est à son commencement, et il m'a dit de revenir dans une année il va voir* » (enquêtée, patiente, ménagère, 48 ans).

Dans de nombreux cas, les patientes à statut HPV positif ne marquent pas de différence entre l'infection par HPV et le cancer du col. Les séances de *counseling*, organisées de manière « *sap-sap* »⁷, comme le qualifiait une patiente, n'accordent pas suffisamment de temps aux femmes pour exprimer leurs ressentis. Aucune explication des actes « thérapeutiques » (le placement du spéculum, l'application de l'acide, etc.) n'est livrée aux patientes. Ainsi, nombreuses sont celles qui les assimilent à des traitements. Avec ces formes d'interaction, les informations livrées par les agents de santé trouvent difficilement encrage dans l'univers des

perceptions des femmes concernant les résultats de dépistage du HPV. De ce fait, l'équation « *HPV positif égal au cancer* » est systématiquement établie par ces dernières. Cette situation est d'ailleurs constatée par les agents de santé : « *Hum ! C'est la peur, quand tu dis ça à une femme, elle peut revenir quatre ou cinq fois par semaine pour comprendre, pour connaître la démarche, (...) tu peux couvrir le HPV mais tu n'as pas la maladie. Elle va à chaque fois revenir pour te dire que non je n'arrive pas à dormir, j'ai des problèmes, parce que tout ça là est dû au counseling (...)*, (enquêté, agent de santé). Le souci de « convaincre » les patientes entraîne les agents de santé dans des stratégies empreintes de « mensonge » face aux femmes dont l'annonce du HPV positif aurait psychologiquement affectées. En effet, après une séance d'IVA négative suite à un HPV positif dont la majorité des femmes associent à « la présence de la maladie », les agents de santé pour « convaincre » les patientes font souvent usage d'un « mensonge ». « *Madame, c'est bon, tu n'as rien* », telle est quasiment la formulation des explications données aux femmes après un IVA négatif. Un alibi est souvent trouvé pour justifier le diagnostic posé. Ces récits sont illustratifs de ces « mensonges » réparateurs de la psychologie des patientes. « (...) *quand je suis allée j'ai croisé un docteur, il m'a regardé, quand il m'a regardé il m'a dit qu'il n'y a rien que c'est parce que j'avais accouché nouvellement que c'était dû à ça, la plaie n'était pas guérie que sinon je n'ai pas la maladie mais l'année prochaine de revenir, qu'ils vont me donner un an, un an pour que je revienne ils vont voir* » (enquêtée, IVA+, mariée, 35 ans). Si pour cette patiente, les séquelles non guéries de la maternité sont avancées comme prétexte, pour cette autre enquêtée, ce sont « des boutons » qui sont accusés. « *Il m'a dit que devant l'utérus là, il y a deux petits boutons qui sont là-bas mais que tant que, il ne les brûle pas pour les éliminer, si ça dure ça peut devenir cancer* » (enquêtée, IVA+, mariée, 32 ans).

Le *counseling* après un dépistage positif du HPV reste encore la contrainte à laquelle font face les agents de santé. Un échec de cette séance a parfois des répercussions « traumatisantes » sur les femmes. C'est le cas d'une enquêtée au niveau du CMU de Samandin. Elle y aurait réussi son dépistage après son second passage parce qu'elle serait venue en retard le premier jour. De son expérience de vie avec le VIH, elle s'y connaîtrait en matière de *counseling*. Elle relate sa mésaventure dans sa quête de connaissance de son statut HPV en décrivant, sous une forme de ras-le-bol, les pratiques des agents de santé en charge du dépistage. En effet, raconte-t-elle : « (...) *quand je suis venue prendre les résultats, je suis*

⁷ Une expression populaire du langage burkinabé pour dire « vite-vite »

restée longtemps, je suis venue à 06h et quelques minutes, ça trainé jusqu'à 11h. (...) Ils m'ont dit qu'ils ne voient pas mes résultats. Donc je suis partie. (...) Ils m'ont appelé vers 13h. (...) il dit de venir qu'ils ont retrouvé les résultats, je n'ai pas fait 10 minutes et je suis arrivée. (...) Je ne me suis même pas assise, et il m'a dit qu'il y'a ça mais on peut soigner. C'est ce qu'il m'a dit. Qu'il y'a ça mais ils vont brûler. Je me suis laissée tombée sur la chaise. Et il dit non, il ne faut pas que je vais m'inquiéter. Je lui ai dit, la façon dont vous m'aviez annoncé là même, m'a fait peur. Vous savez que c'est ça et puis vous m'annoncez comme ça ? Il dit non-non, que ce n'est pas grave. Je lui ai dit que c'est vous qui savez que ce n'est pas grave, moi je ne peux pas savoir ça. Au moins vous pouvez me parler, causer avant de me dire. Je ne suis pas un enfant, quand vous aller parler je vais savoir que c'est ça. Mais en haut en haut comme ça, et vous voulez ressortir, ce n'est pas gentil. Il dit, non-non, de ne pas m'en faire, de revenir demain matin, ils vont brûler» (enquêtee, HPV+, VIH+, 42 ans, cuisinière, niveau primaire).

Ces manières « inhospitalières » de l'annonce du statut HPV ont été très souvent constatées au niveau des CMU. Ces annonces se tiennent « *en haut en haut* », sans aucune séance de *counseling* bouleversant le sommeil aux patientes. « (...) Donc cette nuit-là, je jure que je n'ai pas dormi. J'entends que le cancer tue, ça fatigue les gens, alors que je n'ai pas de moyen, je me suis dit que si ça là c'est ça, avec le VIH, les deux à la fois, ah ! (...) Ce jour-là même, je n'ai pas bien mangé, j'ai bu le thé le matin et le reste de la journée je n'ai pas mangé, je suis restée là comme ça », (enquêtee, HPV+, VIH+, 42 ans, cuisinière). Après une nuit de sommeil troublée par le manque d'information véritable sur son statut HPV, l'enquêtee est de retour au CMU pour sa séance d'IVA. D'après l'observation effectuée, cette séance s'est déroulée, après une tension entre la sage-femme et le responsable de la maternité, car « *personne ne voulait faire* ». La sage-femme, « *contrainte* » par son responsable, a réalisé l'IVA sans appliquer de l'acide acétique. Ce qui semble contraire aux enseignements, comme l'indique un responsable MdM. « *IVA, c'est inspection visuelle à l'acide, il ne peut pas avoir d'IVA, sans l'application de l'acide, (...) je les dis que pendant l'IVA, il faut échanger avec les femmes, une minute dans le silence c'est long* » (enquêtee, responsable, MdM). Pour ce présent cas, aucune de ces prescriptions n'a été mise en application. La séance s'est tenue sous une forme de placebo pour se débarrasser, au sens premier du terme, de la patiente.

Ce sont ces manquements qui sont à l'origine des « insatisfactions » des patientes. « (...)

quand je suis rentrée, j'ai rencontré une femme qui n'avait pas de patience (...) quand je suis sortie j'ai informé la fille qui était au dehors là [enquêtee] que la manière de faire de la femme ne m'a pas plu », (enquêtee, célibataire, 26 ans, coiffeuse, niveau primaire). Du reste, même les séances d'IVA « *normalement* » effectuées sont déplorées par des enquêtees. C'est le cas d'une patiente qui serait allée voir son maieuticien après sa séance d'IVA du CMU de Samandin. Ce dernier aurait formulé des réserves sur le résultat positif de l'IVA effectué au niveau du CMU. Cette situation a été à l'origine de doute chez la patiente et d'insatisfaction de son passage au CMU.

Le cas de ces enquêtees, comme bien d'autres cas au niveau du CMU de Samandin, indiquent les manquements des agents de santé vis-à-vis des femmes dans la mise en œuvre du projet. Ces manquements sont encore subis par les femmes dans les salles de dépistage au regard de la faiblesse des dispositions prises pour le respect de l'intimité.

Intimité des femmes lors des séances de dépistage

Le respect de l'intimité des femmes pendant les consultations associées aux dépistages du HPV est relatif. Comme précédemment indiqué, les séances de dépistage se tiennent dans des salles équipées d'un paravent de 1,5 m maximum de longueur au niveau du CMU de Samandin et de toilette au niveau du CMU de Pogbi dans laquelle les femmes sont invitées à y faire leur prélèvement.

Au CMU de Samandin, la salle ne disposant pas de toilette, les femmes passent au côté opposé du paravent pour effectuer leurs prélèvements. Mais celui-ci ne cache pas véritablement les femmes. L'objet est fait d'un tissu moins opaque et discontinu ne pouvant pas respecter l'intimité des femmes, surtout en cas d'ouverture de la salle (annexe 4, photo 3). Des patientes ne manquent pas de le souligner aux agents-de santé « *mais c'est transparent* », comme se plaignait une déléguée médicale venue pour son test de dépistage. Pour la circonstance, l'agent de santé mobilisa une blouse et étala sur le paravent. Une certaine familiarité existe entre ce dernier et la patiente au regard des propos échangés. Pendant les séances d'IVA les femmes se placent sur le lit et le paravent est déballé pour cacher leur intimité. Malgré cette mesure, au CMU de Samandin la femme couchée sur le lit est exposée au public de dehors dès l'ouverture de la salle de dépistage. Ce qui d'ailleurs arrive fréquemment avec les « visites » du personnel dans la salle de

consultation qui, par moment, ne se donnent pas la peine de demander l'autorisation d'entrer exposant ainsi les femmes en consultation au public assis sur le banc devant la salle. Pour éviter les désagréments dues à cette situation, certaines sages-femmes prenaient le soin de refermer la salle à clé en la présence d'une patiente pour une IVA et même pour le dépistage.

Interactions entre les femmes dépistées et leurs conjoints

Le recours au dépistage du HPV constitue une source d'interaction marquée de « négociation » entre les femmes et leurs conjoints. Les femmes enquêtées vivant en couple ont indiqué, pour la plupart, avoir en amont porté l'information de leur motivation pour le dépistage à la connaissance de leurs conjoints. Cette information à titre d'une « demande de route » répond à une logique de respect accordé à « l'autorité » du conjoint. C'est ce qu'explique cette ménagère. « (...) *je l'ai informé que je veux aller faire, et il m'a donné la route pour aller faire* » (enquêtée, HPV+, 31 ans, ménagère). Ayant été préalablement informé, certains conjoints ont indiqué assumer leur rôle en accompagnant leur conjointe au dépistage. Selon un conjoint, « (...) quand elles partaient, ce que moi je pouvais faire c'est de les accompagner avec un peu d'argent, elles sont allées et elles sont revenues avec l'argent, qu'elles n'ont pas payé », (enquêté, conjoint de femme dépistée, 31 ans, enseignant). Certaines femmes ont témoigné de cette assistance de leur conjoint, « oui je lui ai parlé de ça et c'est lui-même qui est parti me déposer très tôt. Arrivé je lui avais parlé la nuit que je voulais aller faire pour voir et il s'est réveillé le matin pour aller me déposer » (enquêtée, IVA+, 32 ans, employée de commerce).

Cependant, d'autres femmes ont effectué le dépistage sans avoir, au préalable, porté l'information à leur conjoint. Selon cette archiviste d'Etat, tous les sujets ne se discutent pas avec le conjoint, « on ne discute pas de tout », et de ce fait, « *ce genre de truc-là je fais avant de l'informer, si c'est bon je l'informe, si ce n'est pas bon là! (...) comme c'est une maladie là, il ne faut même pas t'amuser. Puisque si tu pars oh si c'est négatif tant mieux mais si c'est positif là, s'il te demande tu es allée faire ton dépistage là c'était comment? Tu vas dire quoi?* » (Enquêtée, HPV, 30 ans, archiviste d'Etat). Si pour cette enquêtée, les sujets d'échanges sont sélectionnés entre elle et son conjoint, dans d'autres cas, le manque d'information du conjoint au préalable concernant le test de dépistage peut être

perçu par ce dernier comme la manifestation d'une « indépendance » financière de la femme et pourrait le conduire à se détourner de certaines responsabilités. Le récit de ce conjoint de femme dépistée négative au HPV est illustratif : « non, elle ne m'a rien dit, je ne sais pas combien elle a payé, je ne sais pas si elle a payé l'argent *wah, est-ce qu'elle n'a pas payé l'argent wah, mais du moment où tu es partie je ne suis pas informé, tu es partie de toi-même donc ah! (...) ça ne me regarde pas (...)* donc si c'est pour payer quelque chose c'est-à-dire elle a son argent voilà pourquoi elle ne m'a pas dit et elle est partie », (enquêté, conjoint de femme dépistée, 43 ans, couturier).

Outre cet état de fait, il ressort que de nombreux conjoints n'ont joué qu'un faible rôle dans la motivation de leurs conjointes au dépistage. Nombreux d'entre eux, n'y ont participé que par leur accord suite à la manifestation d'intérêt adressée par la conjointe. « *Je n'ai pas eu de rôle dans cette affaire de dépistage parce qu'elle m'a informé qu'elle est partie faire et après me dire que le résultat était bon.* », (enquêtée, conjoint de femme dépistée, 39 ans, employé de commerce). Ce manque d'attention s'est fait observer même concernant les résultats de dépistage chez certains conjoints. « *Elle m'a informé avant d'aller, je l'ai encouragée d'aller faire pour connaître mais je ne l'ai plus demandé comment ça s'est passé (...) je crois qu'elle a eu, un jour elle était en train de m'expliquer mais j'étais un peu pressé pour sortir (...) je ne me rappelle plus de ce qu'elle m'a donné comme explication. Je n'ai pas une idée par rapport au résultat, je ne comprends rien dedans* », (enquêté, conjoint de femme dépistée HPV+, 47 ans, vigile, niveau 3^e). Pour d'autres, surtout ceux dont les conjointes ont été dépistées négatives, l'intérêt accordé à la suite du dépistage a été le résultat. Après cela, peu se sont intéressés à l'interaction entre la conjointe et les agents de santé et aux informations reçues. « *J'ai, bon! J'ai pris ça comme ça hein! Quand j'ai vu fiché j'ai vu négatif, négatif, ah! Donc quand j'ai vu négatif, négatif-là, si elle est allée faire un test si c'est positif-là ah! Là je vais contrôler bien mais j'ai regardé tout est négatif-là donc je n'ai pas continué beaucoup* », (enquêté, conjoint de femme dépistée, 43 ans, couturier). Ainsi, selon ces conjoints, seul le résultat positif du dépistage pourrait susciter une certaine mobilisation de sens.

Pourtant, dans certains couples dont les conjointes auraient été dépistées positives à l'IVA, les conjoints ont semblé n'être animés d'aucune curiosité. C'est le cas dans ce couple dont la femme a subi un traitement après une IVA positive et à qui les agents de santé auraient demandé d'observer 45 jours d'abstinence. L'explication de

TABEAU 4 : RÉSULTAT DU DÉPISTAGE, DE LA COMPLÉTUDE ET DE LA SATISFACTION

	Total (N = 317)	Centre de Samandin (N = 160)	Centre de Pogbi (N = 157)	P value
Typage HPV (%)				
16	7 (10.3)	3 (9.4)	4 (11.1)	0.86
18/45	4 (5.9)	2 (6.2)	2 (5.6)	
31,33, 35, 52, 58	21 (30.9)	11 (34.4)	10 (27.8)	
51/59	11 (16.2)	4 (12.5)	7 (19.4)	
39,56, 66, 68	24 (35.3)	11 (34.4)	13 (36.1)	
NA	1 (1.5)	1 (3.1)	0 (0.0)	
Complétude du dépistage				
HPV négatif, résultats rendus	247/249 (99.2)	127/128 (99.2)	120/121 (99.2)	
HPV positif, IVA non faite	13/68 (19.1)	7/32 (21.9)	6/36 (16.7)	
HPV positif, IVA faite et négative	49/55 (89.1)	21/25 (84.0)	28/30 (93.3)	
HPV positif, IVA positive et traitement fait	3/6 (50.0)	2/4 (50.0)	1/2 (50.0)	
Femme avec une séquence de dépistage complète*	299/317 (94.3)	150/160 (93.8)	149/157 (94.9)	0.84
Satisfaction des femmes **				
Post-prélèvement	205/317 (64.7)	128/160 (80.0)	77/157 (49.0)	<0.001
Post-résultats	300/315 (95.2)	146/158 (92.4)	154/157 (98.1)	0.01
Post-IVA	38/55 (69.1)	15/25 (60.0)	23/30 (76.7)	0.29

* Une séquence de dépistage est considérée comme complète lorsqu'une femme négative pour le HPV était informée du résultat de son test, ou lorsqu'une femme HPV positive avait une IVA négative par la suite; ou lorsqu'une femme HPV positive avec une IVA positive avait un traitement approprié.

** La satisfaction a été évaluée à trois étapes: après le prélèvement vaginal (post-prélèvement); après que les femmes ont reçu leurs résultats de test (post-résultats); et après l'inspection visuelle le cas échéant (post-IVA).

TABEAU 5 : ASSOCIATION BIVARIÉE ENTRE CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTES ET RÉSULTATS DU DÉPISTAGE

	Complétude du dépistage			Satisfaction post-prélèvement			Satisfaction post-résultat		
	Complet (N = 299)	Non complet (N = 18)	P value	Satisfaite (N = 205)	Non satisfaite (N = 112)	P value	Satisfaite (N = 300)	Non satisfaite (N = 17)	P value
Âge en années (%)			0.229			0.011			0.973
25-35 ans	146 (48.8)	7 (38.9)		107 (52.2)	46 (41.1)		145 (48.3)	8 (47.1)	
36-45 ans	134 (44.8)	8 (44.4)		80 (39.0)	62 (55.4)		134 (44.7)	8 (47.1)	
46-55 ans	19 (6.4)	3 (16.7)		18 (8.8)	4 (3.6)		21 (7.0)	1 (5.9)	
Lieu de résidence (%)			0.763			0.825			0.762
Ouagadougou	278 (93.0)	17 (94.4)		192 (93.7)	103 (92.0)		279 (93.0)	16 (94.1)	
Hors de Ouagadougou	8 (2.7)	0 (0.0)		5 (2.4)	3 (2.7)		8 (2.7)	0 (0.0)	
NSP	13 (4.3)	1 (5.6%)		8 (3.9)	6 (5.4)		13 (4.3)	1(5.9)	
Niveau socio-économique (%)			0.907			0.069			0.460
Haut	105 (35.2)	6 (33.3)		78 (38.0)	33 (29.5)		105 (35.0)	6 (35.3)	
Intermédiaire	42 (14.0)	2 (11.1)		32 (15.6)	12 (10.7)		40 (13.3)	4 (23.5)	
Faible	152 (50.8)	10 (55.6)		95 (46.4)	67 (59.8)		155 (51.7)	7 (41.2)	
Antécédents de dépistage CCU (%)			0.294			0.084			0.331
Au moins une fois	89 (29.8)	8 (44.4)		70 (34.1)	27 (24.1)		90 (30.0)	7 (41.2)	
Jamais	210 (70.2)	10 (55.6)		135 (65.9)	85 (75.9)		210 (70.0)	10 (58.8)	
Coût du transport * (%)			0.378			0.672			0.064
Aucun	55 (18.4)	4 (22.2)		36 (17.6)	23 (20.5)		53 (17.7)	6 (35.3)	
Faible	61 (20.4)	6 (33.3)		41 (20.0)	26 (23.2)		61 (20.3)	6 (35.3)	
Intermédiaire	103 (34.4)	3 (16.7)		69 (33.7)	37 (33.0)		103 (34.3)	3 (17.6)	
Haut	80 (26.8)	5 (27.8)		59 (28.7)	26 (23.3)		83 (27.7)	2 (11.8)	
Score de littératie (moyenne (SD))	10.30 (2.08)	10.08 (1.95)	0.526	10.22 (1.81)	10.38 (2.51)	0.526	10.31 (2.04)	9.71 (2.76)	0.247

* Le coût du transport correspond au montant moyen dépensé par les femmes pour se rendre dans les centres de soins pendant le processus de dépistage. Il peut être nul (0 FCFA), faible (\leq 500 FCFA), intermédiaire (\leq 1 000 FCFA) ou élevé ($>$ 1 000 FCFA). Adapté de Mensah et al, 2021 (Supplementary materials).

la femme des échanges avec son conjoint, met en exergue que le mutisme de ce dernier. « Bon ! Il n'a rien dit, c'est toi qui vas envoyer tes paroles il va dire oui ou non c'est tout il ne va rien te dire quand tu arrives tu dis ça et il dit oui ou non c'est tout. J'ai amené le papier lui montrer il a pris regarder, regarder et me remettre il ne m'a rien dit », (enquêtée, IVA+, 32 ans, employée de commerce). Dans le couple, il se dégage une divergence dans les causes associées à la thermo-coagulation effectuée. La femme, se basant sur l'information communiquée par l'agent de santé, explique : « il m'a dit que devant l'utérus là, il y a deux petits boutons qui sont là-bas mais que tant que, il ne les brûle pas pour les éliminer, si ça dure ça peut devenir cancer (...) ». Selon le conjoint, « quand elle est venue, elle est venue dire qu'il n'y a pas de cancer, qu'il y avait seulement des saletés, et on l'a traitée », (enquêté, conjoint de femme dépistée, 35 ans). Suivant les propos tenus dans ce couple, bien que selon l'enquêtée, le conjoint n'aurait pas marqué d'objection face à la prescription médicale d'abstinence pendant 45 jours, il se dégage une divergence dans les propos tenus concernant la cause du traitement médical effectué dû probablement aux échanges brefs à l'intérieur du couple.

Des conjoints ont d'ailleurs indiqué cette faiblesse de communication à l'intérieur de leur couple. « C'est en haut en haut sinon échanger profondément là, non (...) avec les femmes c'est mieux d'échanger en haut en haut sinon vous risquez de ne pas vous comprendre » (enquêté, conjoint de femme dépistée, employé de commerce, 39 ans, niveau primaire). En dépit de cet état de fait, la majorité des hommes interrogés affirment leur responsabilité face aux problèmes de santé de leurs familles, leurs conjointes notamment, surtout au regard de leur rôle dans la « division sexuelle » du travail familial. « (...), moi je ne peux pas prendre soin d'un enfant, moi je ne peux pas prendre soin, je vais prendre soin comment ? Ce sont les femmes qui peuvent prendre soin des enfants donc il faut qu'on revoie pour que les femmes aient la santé pour prendre soin de leurs enfants », (enquêté, conjoint de femme dépistée, ouvrier, 42 ans). Ce conjoint a été quasiment le seul ayant marqué une attention particulière au résultat positif du dépistage HPV de sa femme. Il a effectué le déplacement au niveau du CMU pour « comprendre la situation ». « (...) quand elle a eu son résultat, quand on lui a tout dit, j'ai dit han, je veux savoir, je veux avoir les informations avec celui qui t'a dépisté. Le lendemain nous sommes partis à deux, au lieu que ça soit elle seule, nous deux, je suis allé demander, le médecin m'a dit que ce n'est pas grave, que ce n'est pas grave (...) j'ai posé une deuxième

question, est-ce qu'actuellement là quand vous avez dit que ce n'est pas grave là, est-ce qu'on peut faire un enfant ? Le médecin m'a dit non, non, non, ne faut pas parler de ça, même 10, si vous voulez vous pouvez le faire sans problème (...) j'ai demandé s'il y a des médicaments qu'on doit payer faire ça, faire ça, il m'a dit non, non » (enquêté, conjoint de femme dépistée, ouvrier, 42 ans). Selon l'enquêté, ils en sont ressortis satisfaits au regard de l'accueil et des éléments de réponse apportés par les agents de santé. Ils l'auraient félicité et encouragé pour son geste. « (...) quand le mari aussi est venu poser ses questions, en tout cas, elle a bien répondu, elle a bien parlé et puis le mari aussi était content (...) » (enquêtée, HPV+, mariée, 37 ans, ménagère). Cette satisfaction est le sentiment général partagé par les différents acteurs autour du projet.

MISE EN ŒUVRE DU DÉPISTAGE, COMPLÉTUDE ET SATISFACTION

L'ensemble des informations concernant le dépistage, sa complétude et la satisfaction associée est présentée dans le **tableau 4** (p. 34).

Sur 317 femmes dépistées, 68 (21.5 %) était HPV positives sans différence entre les centres de santé (20 % vs 22.9 %, $p = 0.61$).

Sur 317 femmes dépistées, 299 (94.3 %) ont eu une séquence de dépistage complète. On constate que les femmes pour lesquelles la complétude est la plus faible (50 %) sont celles ayant nécessité le plus d'étape de dépistage : réalisation du test puis IVA puis traitement.

La satisfaction des femmes en ce qui concerne les différentes étapes du dépistage varie d'une étape à l'autre. Il apparaît que les deux étapes avec une hétérogénéité de résultat importante sont le post-prélèvement et le post-résultat. On constate une augmentation significative de la satisfaction entre l'étape du prélèvement (64.7 % de satisfaction) et celle des résultats (94.6 %, $p < 0.001$). De plus, des différences entre les centres apparaissent : la proportion de femmes satisfaites post-prélèvement est plus importante dans le centre de Samandin que dans le centre de Pogbi (voir le **tableau 4**, p. 34).

Aucune des caractéristiques des femmes étudiées n'est associée à la complétude du dépistage **tableau 5** (p. 34). La satisfaction, qu'elle soit en post-prélèvement ou post-résultat, est associée au centre dans lequel a eu lieu le dépistage ($p < 0.01$, **tableau 4**, p. 34). Ceci renforce la suggestion selon laquelle la complétude du dépistage

TABLEAU 6 : RÉGRESSION LOGISTIQUE ENTRE COMPLÉTUDE DU DÉPISTAGE ET INDICATEURS DE MISE EN ŒUVRE

	Dépistage complet	Dépistage incomplet	OR brut	OR ajusté* (IC95%, p)
Choix offert de la méthode de prélèvement				
Oui	220 (95.7)	10 (4.3)		
Non	79 (90.8)	8 (9.2)	2.2 [0.8-5.9] $p=0.10$	1.8 [0.5-6.8] $p=0.40$
Méthode de prélèvement				
Auto-prélèvement	205 (95.8)	9 (4.2)		
Prélèvement soignant	94 (91.3)	9 (8.7)	2.2 [0.8-5.8] $p=0.11$	4.2 [1.1-17.7] $p=0.04$
Compréhension des résultats HPV				
Compris	284 (96.9)	9 (3.1)		
Non compris	15 (62.5)	9 (37.5)	18.9 [6.5-55.8] $p<0.001$	10.6 [2.1-63.0] $p=0.006$
Compréhension des recommandations				
Oui	230 (97.5)	6 (2.5)		
Non	69 (85.2)	12 (14.8)	6.7 [2.5-19.8] $p<0.001$	4.9 [0.9-27.0] $p=0.06$
Délai de récupération des résultats				
Même jour	84 (96.6)	3 (3.4)		
24-48h	10 (97.3)	3 (2.7)	0.76 [0.14-4.22] $p=0.75$	0.70 [0.09-4.90] $p=0.71$
>48h	105 (89.7)	12 (10.3)	3.20 [0.98-14.38] $p=0.08$	2.68 [0.61-15.20] $p=0.22$

*Les modèles de régression logistiques multivariés ont été systématiquement ajustés sur le centre de santé ainsi que sur l'ensemble des caractéristiques des femmes. OR signifie Odds Ratio et représente le risque d'insatisfaction du dépistage associé à la variable. Adapté de Mensah et al, 2021 (Supplementary materials)

TABLEAU 7 : RÉGRESSION LOGISTIQUE ENTRE LA SATISFACTION ET LES INDICATEURS DE MISE EN ŒUVRE

	Satisfaite	Insatisfaite	OR brut (IC95 %, p)	OR ajusté* (IC95 %, p)
Satisfaction post-prélèvement				
Choix de la méthode de prélèvement	141 (61.3)	89 (38.7)		
Pas de choix de la méthode de prélèvement	64 (73.6)	23 (26.4)	1.76 (1.03-3.08, $p=0.043$)	1.01 (0.52-1.96, $p=0.975$)
Délai d'attente des femmes avant prélèvement (en heures). Moyenne (SD).	3.5 (0.9)	3.2 (0.8)	1.52 (1.15-2.04, $p=0.004$)	1.46 (1.04-2.07, $p=0.030$)
Délai d'attente des femmes au laboratoire (en heures). Moyenne (SD).	1.3 (1.0)	1.4 (0.8)	0.90 (0.71-1.15, $p=0.408$)	1.57 (1.10-2.32, $p=0.018$)
Satisfaction post-résultats				
Délai d'attente des femmes avant prélèvement (en heures). Moyenne (SD).	3.4 (0.9)	3.3 (0.7)	1.11 (0.62-2.00, $p=0.734$)	1.66 (0.79-3.52, $p=0.183$)
Délai d'attente des femmes au laboratoire (en heures). Moyenne (SD).	1.3 (1.0)	0.9 (1.0)	1.87 (1.02-3.91, $p=0.064$)	1.12 (0.51-2.94, $p=0.802$)
Compréhension des résultats HPV				
Compris	283 (96.6)	10 (3.4)		
Non compris	17 (70.8)	7 (29.2)	0.09 (0.03-0.26, $p<0.001$)	0.06 (0.01-0.23, $p<0.001$)
Délai de récupération des résultats				
Jour même	81 (93.1)	6 (6.9)		
24-48h	111 (98.2)	2 (1.8)	4.11 (0.92-28.55, $p=0.088$)	7.03 (1.40-54.79, $p=0.030$)
>48h	108 (92.3)	9 (7.7)	0.89 (0.29-2.56, $p=0.830$)	2.84 (0.72-12.17, $p=0.141$)

ainsi que la satisfaction sont principalement liées à l'organisation des centres ainsi qu'aux pratiques de soin.

Lien entre mise en œuvre et complétude du dépistage

Nous nous sommes intéressés aux variables pouvant expliquer la complétude du dépistage. Celle-ci est associée à la méthode de prélèvement, à la compréhension des résultats du test HPV et à la compréhension des recommandations (voir le **tableau 6**, p. 36).

Tout d'abord, lorsque le prélèvement a été fait par des soignants, la probabilité de non-complétude est 4.2 fois plus élevée que lors de l'auto-prélèvement.

Ensuite la compréhension du résultat ainsi que des recommandations affecte la complétude. Chez les femmes n'ayant pas compris leur résultat, le risque de non-complétude est 10 fois plus élevé que chez celles ayant compris leur test. De même, les femmes dont la compréhension des recommandations est faible ont un risque presque 5 fois plus élevé de non-complétude que les autres bien que ce résultat soit à la limite de la significativité (différence marginalement significative ; voir le **tableau 6**, p. 36).

Lien entre mise en œuvre et satisfaction

Nous nous sommes intéressés aux déterminants de la satisfaction post-prélèvement et post-résultat.

Les variables de mise en œuvre expliquant la satisfaction post-prélèvement sont les temps d'attente des femmes, avant prélèvement et pour avoir accès au laboratoire (voir le **tableau 7**, p. 36). Ainsi, la satisfaction post-prélèvement des femmes croît lorsque le temps d'attente avant prélèvement diminue (OR ajusté = 1.46, IC95[1.04-1.96]). Cela est encore plus vrai lorsque le temps d'attente au laboratoire diminue (OR ajusté = 1.57, IC95[1.10-2.32]) puisque le questionnaire est délivré une fois l'ensemble des étapes de dépistage réalisées.

La satisfaction post-résultat, quant à elle, est associée à la qualité des informations délivrées aux femmes et au délai de récupération des résultats. Ainsi, la non-compréhension des résultats du test HPV est associée à l'insatisfaction des femmes en post-résultats (**tableau 7**, p. 36). De même, il apparaît que les femmes qui viennent chercher leurs résultats dans les 24-48h suivant

leurs prélèvements sont les plus satisfaites : 7 fois plus que celles qui reçoivent leurs résultats le jour même. Les femmes qui récupèrent leurs résultats plus de 48h après leur prélèvement sont également 2 fois plus satisfaites que celles qui les reçoivent le jour même, mais l'association n'est pas significative. Ce résultat suggère que le temps d'attente (avant prélèvement et/ou au laboratoire) influe sur la satisfaction de l'approche « dépister et traiter ».

CONNAISSANCES ET REPRÉSENTATIONS SOCIALES SUR LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Les observations menées au niveau des formations sanitaires et les entretiens tant auprès des usagères que des professionnels de santé ont permis d'appréhender les représentations sociales construites autour du cancer du col de l'utérus et du dépistage par les enquêtées. Ainsi, ont été analysées les connaissances, attitudes et comportements des populations et ceux des agents de santé à propos de cette maladie.

Registre nosographique du cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus est unanimement considéré par les interrogés comme une maladie qui s'inscrit dans le cadre général des maladies de l'appareil génital de la femme et est de ce fait considéré comme une « maladie de femme » portant atteinte à sa féminité. Dans la langue mooré, le cancer du col de l'utérus est considéré littéralement comme une *taora bāaga*, une « maladie du devant ». Cette appellation locale qui désigne la maladie suivant sa localisation dans l'organisme de la femme par la métaphore du « devant » est le reflet encore tabou du sexe et des éléments l'affectant dans cette communauté mais aussi de son inexistence dans les registres nosologiques locaux, d'où son statut de « maladie de maintenant » selon des enquêtés.

Du fait de cette « naissance sociale », les enquêtés nomment aussi la maladie en s'appropriant le nom français cancer, *kāseer*. Ainsi, *kāseer bāaga* désignant de façon globale les affections cancéreuses et *rogsa kāseer bāaga*⁸ faisant référence au

⁸ Signifie littéralement utérus, cancer, maladie.

cancer du col de l'utérus spécifiquement. Cette appropriation du mot « cancer » dans les appellations de la maladie est faite aussi bien par les enquêtés profanes que par les agents de santé.

Elle est faite dans un contexte marqué de connaissances toujours en cours d'élaboration où les enquêtés non médicaux confessent ouvertement leur ignorance de la maladie, « *j'entends le nom je sais que c'est une maladie de femme mais je n'ai pas de notions dessus* » (enquête, époux de femme dépistée, 43 ans); et où le corps médical, sur les causes et les facteurs à risque du HPV, avancent des explications laissant souvent perplexe leur patiente.

Représentations et connaissances populaires sur le cancer du col de l'utérus

Comme toute maladie, le cancer du col de l'utérus fait l'objet d'une symbolique et d'un imaginaire au sein de la communauté. D'emblée, les cancers ont été cités par la population comme étant de « nouvelles maladies » de plus en plus fréquentes dans la communauté. De manière générale, les personnes interrogées affirment avoir déjà entendu parler du cancer du col de l'utérus. Les canaux d'information indiqués sont la radio, la télévision, les sms envoyés par les agences de téléphonie mobile ou dans leur réseau social. Mais elles ont affirmé ne pas disposer d'informations ou de connaissances sur les facteurs de risque de la maladie et les voies d'infection à l'HPV. « Le cancer, on entend parler mais on ne connaît pas ce qui cause ça, c'est une nouvelle maladie, ça n'existait pas et ça ne contractait pas les femmes mais maintenant c'est fréquent, on ne sait pas où ça quitte et quelle est sa cause » (enquête, 35 ans, ménagère-tisserande, non scolarisée). Elle ressort également dans les propos tenus par les hommes interrogés aussi bien chez les conjoints de femmes dépistées comme non dépistées. « *Par le nom cancer du col de l'utérus, je sais que c'est l'organe concerné qui est attaqué, mais comment la maladie se manifeste, je n'ai aucune idée, sincèrement !* » (Enquêté, conjoint de femme non dépistée, 36 ans, Psychologue).

De manière générale, les connaissances sur le cancer du col de l'utérus ne sont pas établies chez les répondants, et pour les femmes, le fait d'avoir fait le dépistage ne semble pas avoir contribué à l'amélioration des connaissances sur la maladie. « Je ne sais rien ! Ce que moi je sais là, c'est que c'est une maladie qui tue, une maladie grave, honnêtement c'est tout ce que je sais ! »

(Enquêtée, 30 ans, archiviste d'État). Pour les enquêtées, cette maladie fait l'objet de peur, « (...) avec le mot cancer là même, déjà ça fait peur » (enquête, ménagère, niveau 3^e, 37 ans); « *le mot cancer là me fait peur !* » (Enquêté, conjoint de femme non dépistée, 36 ans, Psychologue).

On observe une certaine homogénéité dans les perceptions des enquêtés sur le cancer du col de l'utérus. Les récits descriptifs et interprétatifs de cette pathologie se rapportent à son caractère effrayant, à sa dangerosité et à sa morbidité avec des contours encore flous sur les causes et les facteurs de risque de cette maladie. Du corpus issu des entretiens individuels, il se dégage six facteurs à l'origine du cancer du col de l'utérus : le surnaturel, la vie sexuelle et reproductive, les travailleuses du sexe, l'utilisation de « secret », la saleté et l'excision.

Une maladie surnaturelle

Dans la logique de l'explication mystique, des forces surnaturelles seraient à la source de l'infection des femmes victimes du cancer du col de l'utérus. Au cours des entretiens, certains ont justifié le cancer comme résultant du destin de l'homme décrété par Dieu. La victime ne dispose pas alors de marge de manœuvre. Faisant allusion aux événements de la vie de l'homme qui échappent à son contrôle, une enquêtée indique que le cancer du col de l'utérus, comme toutes les maladies, revêt une dimension de prédestination liée à une certaine prédilection divine. « *La maladie, c'est Dieu qui prédit* ». Ainsi, concernant le cancer du col de l'utérus, elle soutient que « *comme c'est lié à la prédilection de Dieu, et comme nous sommes des êtres humains, si Dieu a prédit que ça va t'attraper, ça va t'attraper* » (enquête, 35 ans, non scolarisée, ménagère-commerçante). Pour les enquêtées, cette maladie apparut selon la volonté de Dieu, constitue un moyen par lequel il décide de mettre fin à la vie terrestre de certaines femmes. « Comme c'est Dieu qui l'a fait apparaître là ! L'être humain ne connaît pas comment sera sa fin ! » (Enquêtée, 39 ans, non scolarisée, ménagère).

Il faut noter que la plupart des assertions qui mettent en avant la prédilection divine proviennent d'enquêtées plus ou moins religieuses imprégnés de discours de « résignation », rattachant tout ce qui arrive à l'être humain à un sort particulier et « irréversible », au destin. Parfois ce « destin » peut être lié à l'action de personnes animées d'esprit maléfique, c'est le cas des sorciers qu'évoquent certains enquêtés. Au cours des entretiens individuels, la sorcellerie a été

évoquée par nos répondants comme étant un facteur qui peut engendrer le cancer du col de l'utérus. Décrivant le maléfice et le pouvoir illimité des sorciers, une enquêtée indique que quand ces forces veulent du mal à une personne, elles y parviennent par des moyens détournés. « Il n'y a pas quelque chose que les sorciers ne peuvent pas faire ! Quand tu es enceinte, s'ils veulent ton enfant à l'intérieur, ils vont l'atteindre et le faire sortir ! Des êtres qui se transforment en tout ! S'ils peuvent se transformer en insecte et venir dans ta maison là, ce n'est pas cancer ils ne peuvent pas envoyer ! Ils peuvent provoquer le cancer ! Ils envoient une maladie à quelqu'un pour détourner son attention et celui de son entourage. Ils vous laissent croire que la malade souffre de telle maladie, et profitent de ça pour atteindre la personne. C'est comme le cas de la méningite, ce sont les sorciers qui passent par les symptômes, vomissement et diarrhée, pour ramasser les gens » (enquêtée, 35 ans, non scolarisée). Ces discours étiologiques qui démontrent le pouvoir illimité des sorciers dans la chaîne des événements et tourments qui arrivent à l'humain sont tenus par les femmes non scolarisées. Aucune référence magico-religieuse se rapportant à une prédilection divine, à une action maléfique ou à la sorcellerie n'a été évoquée par un homme enquêté.

Une maladie de la vie sexuelle et reproductive

Les personnes qui lient la survenue du cancer du col de l'utérus à la maternité évoquent les rapports sexuels, le mariage et les grossesses précoces comme les principaux facteurs de risque. Pour ces personnes, la cause sous-jacente est le mariage précoce qui induit potentiellement la précocité des autres facteurs. Ainsi, considèrent-elles que les rapports sexuels avant l'âge de la majorité sont des vecteurs de transmission du cancer du col de l'utérus. C'est ce qu'indique une patiente qui a subi un traitement après son dépistage positif au HPV et à l'IVA. En évoquant en filigrane son âge pendant ses premiers rapports sexuels « *je me suis mariée à 16 ans* », elle indique que « si tu commences les rapports avant que ton âge n'atteigne, ça peut provoquer la maladie (...) par exemple à 14, 16 ans » (enquêtée, mariée, 32 ans, non scolarisée). La patiente visiblement rassurée du facteur causal du cancer du col de l'utérus se rapportant à la précocité des rapports sexuels, indique qu'elle veillera à ce que ses filles se marient après l'âge de la majorité.

En plus de la précocité des rapports, les femmes incriminent aussi les nombreuses

maternités comme facteurs de risque de la maladie. Pour les femmes, le manque de repos de l'utérus, du fait de la survenue régulière des grossesses et accouchements, rend vulnérable cet organe et l'expose au cancer du col de l'utérus. « *C'est le non espacement des naissances qui cause cette maladie, il faut espacer pour bien se reposer* » (enquêtée, mariée, 30 ans, non scolarisée, ménagère-tisserande). Cette autre enquêtée, en parlant des femmes à risque, renchérit : « *celles qui continuent toujours de donner naissance, il faut que l'utérus se repose avant d'accoucher encore sinon ça peut être source de maladies* » (enquêtée, mariée, 35 ans, non scolarisée, commerçante, 03 enfants). Il faut noter que ces discours étiologiques associés au CCU tirent leur fondement des messages de sensibilisation sur la planification familiale (PF) qui, dans ce contexte urbain connait un certain écho dans le milieu féminin. Le taux de prévalence d'utilisation de contraceptifs est de 42 % dans la région du centre contre 24 % sur le plan national. Ainsi, rattachant la survenue du CCU au manque d'adoption des mesures contraceptives, les locuteurs expliquent qu'avec les rapports sexuels et les grossesses répétées, l'organisme de la femme ne se repose pas. Pour eux, les traumatismes du col de l'utérus associés à l'accouchement ne guérissent pas, ce qui est un facteur d'infection et de développement du cancer du col de l'utérus. Le maintien de l'organe génital en exercice permanent identifié comme facteur cancérigène a été particulièrement évoqué par les enquêtés dans le cas des femmes travailleuses du sexe.

Une maladie des travailleuses du sexe

La référence aux pratiques sexuelles est omniprésente dans les discours tenus par les enquêtés sur la maladie. Le mode de vie sexuelle comme facteur de risque du cancer du col de l'utérus ressort quasiment chez tous les enquêtés. Selon eux, les pratiques sexuelles avec de multiples partenaires constituent une des principales causes de cette maladie. C'est ce qu'explique cette enquêtée dépistée négative à l'IVA. Parlant des rapports sexuels, elle soutient que, « *comme certaines femmes qui vont aller chez telle personne aujourd'hui, aller chez telle autre demain et après-demain chez une autre personne, cela peut causer la maladie* » (enquêtée, mariée, 39 ans). Les pratiques sexuelles dans une certaine rotation des partenaires sexuels sont « mal » perçues par les enquêtés. D'un point de vue social, elles sont les caractéristiques d'une vie « malsaine » qui expose la personne concernée à des

risques de maladie. Dans le cas du cancer du col de l'utérus comme toutes les autres pathologies sexuellement transmissibles, ce comportement est évoqué comme un facteur de risque. « Ça peut attraper les femmes qui se vendent là ! Par ce que trop de rapports sexuels là, ce n'est pas bon ! Comme elles cherchent l'argent, même si c'est avec cinq ou six hommes, elles peuvent avoir les rapports avec eux ! Cela peut envoyer la maladie ! » (Enquêtée, mariée, 35 ans). Le risque est aussi évoqué pour les hommes qui fréquentent ces femmes. Selon cette ménagère, quand l'homme « *ne reste pas tranquille* », c'est un « *problème* ». Pour elle, les conjointes de ces hommes courent aussi un risque. Selon elle, en se faisant infecter suite à la fréquentation des travailleuses du sexe, ces hommes peuvent aussi infecter leurs épouses. Visiblement dans une certaine angoisse de la maladie, car soupçonnant son époux de pratiques sexuelles extra-conjugales, l'enquêtée, relate sa conviction, « *les femmes de ces hommes peuvent également être contaminées, parce que si ton mari n'est pas tranquille c'est un problème (...) s'il a été contaminé, c'est sûr qu'il va contaminer sa femme* » (enquêtée, mariée, 31 ans, niveau 6è).

Cette perception sociale associée aux « mauvaises » pratiques sexuelles comme facteur pathogène tire sa source des messages de sensibilisation contre les IST produits au niveau des formations sanitaires. Aussi, les explications des facteurs de contamination au HPV livrées par les agents de santé se construisent parfois autour d'une certaine altérité. Par les rapports sexuels, l'homme est présenté comme étant le vecteur d'infection de la femme au HPV alors qu'il serait lui-même épargné. C'est ce qu'explique cette sage-femme parlant du HPV, « *c'est un virus qui est partout dans l'air. Il se transmet pendant les rapports sexuels. Le virus peut être sur le pubis et pendant les rapports sexuels, l'homme pousse ça et met à l'intérieur. Les hommes peuvent aussi avoir le virus mais comme ils n'ont pas d'utérus, ça ne les fait rien, (...)* » (enquêtée, agent de santé).

Dans l'imaginaire social, les pratiques sexuelles extra-conjugales, le *yobo*, l'adultère, surtout commises par la femme, sont perçues comme « sales », susceptible de souiller la pureté du lignage. Et concernant le cancer du col de l'utérus, les impuretés dues à la multiplicité des partenaires sexuels de la femme, évoquées par les enquêtées, ne sont pas seulement pathogènes pour la pureté du corps social, elles ont été également relevées comme des facteurs cancérigènes pour les femmes coupables de ces pratiques « sales ».

Une maladie de la « saleté »

La notion de « saleté » met en exergue deux conceptions, notamment celle biomédicale renvoyant au non-respect de règles qui favorise l'exposition aux germes et microbes pathogènes et le point de vue populaire concernant les catégories de « propre » et de « sale ». Si généralement, l'on assiste à des écarts entre le « sale » biomédical et celui populaire, dans le cadre de cette étude, les partis semblent jeter le même regard sur cette catégorie concernant certaines pathologies qui touchent aux femmes. Au cours de la collecte de données, les femmes enquêtées ont désigné certains espaces comme malsains et potentiellement pathogènes, ce sont les lieux d'aisance publique. Pour les interlocutrices, les infections qui touchent à la femme sont contractées en partie par la fréquentation des espaces « sales », particulièrement les toilettes publiques. Cette assertion est partagée par presque toutes les femmes et certains hommes enquêtés. Pour le cas spécifique du cancer du col de l'utérus, la « saleté » est évoquée comme un facteur de risque. Le manque de propreté des parties intimes et des sous-vêtements sont évoqués par les enquêtés comme une cause possible d'infection pouvant engendrer le cancer du col de l'utérus. Pour les enquêtés, les femmes qui n'ont pas une bonne hygiène intime sont exposées au cancer du col de l'utérus, ou du moins, c'est ce qu'elles auraient appris des séances de *counseling*. « *Quand nous sommes allées au centre de santé, pendant la causerie, ils nous ont dit que c'est la saleté qui causait ça ; et comme aussi prendre sa main puis introduire dans le sexe peut provoquer ça ; les femmes qui ne lavent pas leurs slips, cela aussi provoque ça. Les rapports sexuels aussi, il y a des femmes qui laissent l'homme introduire son doigt dans son sexe, ces actes-là peuvent provoquer ça* » (enquêtée, mariée, 39 ans). Dans le même sens d'idée, une autre enquêtée, parlant des facteurs de risque de la maladie, ajoute : « (...) et aussi les hommes qui aiment doigter lors des rapports sexuels en ayant les doigts sales (...) » (enquêtée, célibataire, 26 ans, coiffeuse, niveau primaire).

À l'instar de ces dames, pour de nombreux enquêtés, le manque de propreté intime et certaines pratiques sexuelles sont des facteurs favorisant le cancer du col de l'utérus. Suivant ces facteurs, les enquêtés, dans un langage souvent culpabilisant, incriminent les femmes coupables de ces « manquements » dans la gestion de leur intimité. Le ton se durcit davantage pour le cas des femmes utilisatrices de « secrets ».

Une maladie des « secrets »

Les « secrets » sont des décoctions utilisées par des femmes pour davantage conquérir leurs conjoints. Ces produits sont appliqués sur les parties génitales ou sont ingérés sous forme de tisanes. Ces produits sont introduits sur le marché local par le biais de commerçantes. Ils existent aussi dans des emballages modernisés et vendus dans les marchés et dans les quartiers par des commerçants ambulants. Ayant probablement été « endommagées » du fait des accouchements, selon les enquêtées, ces produits sont appliqués sur les parties intimes dans une logique « réparatrice » afin de leurs restituer leurs « propriétés » d'antan. Parlant de leurs utilisations, cette consommatrice des « secrets », explique : *« les secrets là en tout cas, de fois, il nous faut ça pour nous aider (...). C'est quelque chose qu'on met dans le vagin, si tu mets ça dans le vagin, quand il fait les rapports, il sent que c'est bon »*. Pour l'enquêtée, l'usage des « secrets » est dans le but de conquérir le conjoint auprès de soi. *« C'est pour retenir l'homme seulement avec toi, sinon il y'a quelqu'une d'autre qui va utiliser ça et puis elle va le prendre te laisser. Mais quand tu fais ça en tout cas, ça lui fait plaisir »* (enquêtée, HPV+, mariée, ménagère, 37 ans, niveau 3^e). Selon les informatrices, les « secrets » auraient des spécificités en matière de rétrécissement de l'organe génital de la femme. Ce qui contribuerait à procurer un plus grand plaisir à leurs conjoints pendant les relations sexuelles et à le conquérir davantage, *« l'homme cherche là où y a plaisir là seulement »* indiquait l'enquêtée. Cependant, en dépit des « vertus » associées à l'utilisation de ces décoctions, il ressort des données collectées que leur introduction dans l'organe génital est un potentiel facteur à risque du cancer du col de l'utérus. *« On nous a dit qu'il y'a des risques, que des fois, ça peut donner le cancer »* relevait l'utilisatrice de « secret ».

Cette information est largement partagée par les enquêtées. Elle serait même évoquée par les médias. C'est ce qu'indique cette coiffeuse, célibataire et mère d'un enfant. *« J'entends à la télé que ce sont les produits bizarres que les femmes introduisent dans leur sexe qui amènent cette maladie »* (enquêtée, HPV-, célibataire, 26 ans, niveau primaire). Selon les perceptions des femmes enquêtées, les « secrets » seraient une des causes du cancer du col de l'utérus. Dans ce cas, les victimes des effets pathogènes de ces « secrets » sont perçues par les enquêtées comme coupables de leur maladie, des personnes qui auraient elles-mêmes « chercher » la maladie. C'est

le sentiment de cette ménagère, mère de quatre enfants, parlant des étiologies du cancer du col de l'utérus, elle informe qu'il existe des « maladies de Dieu » et des « maladies provoquées ». *« Par exemple, les utilisatrices de secrets, si elles venaient à être atteintes, ce seront-elles-mêmes qui l'auront provoqué. Mais, celles qui n'utilisent pas les secrets, on ne peut dire que c'est la volonté de Dieu »* (enquêtée, HPV+, mariée, ménagère, 35 ans, alphabétisée en arabe). De plus, une autre enquêtée, sous un ton mêlé à la fois de culpabilisation et de sensibilisation, ajoute *« il y a des produits que nous utilisons, alors que ces produits provoquent le cancer, par exemple les secrets. On nous dit même que le fait d'introduire les doigts dans le sexe peut provoquer des maladies, les pertes blanches. Que dire alors des différentes sortes de secrets. Des secrets qu'on utilise pour la toilette intime et d'autres sous forme de savon qu'on achète pour introduire dans le sexe. Comment pouvons-nous échapper aux maladies? On ne peut pas les échapper! Les femmes utilisent ces secrets pour que ça serre; mais si ça serre, quel que soit le temps, le jour que ça va desserrer, ça ne peut qu'être des problèmes pour toi! »* (Enquêtée, IVA+, mariée, ménagère, 32 ans, 5^e). Ces discours étiologiques considèrent le cancer du col de l'utérus comme une maladie sanction affligée à la victime du fait de sa transgression à des normes biomédicales qui régulent certains usages du corps. Cependant, un enquêté a évoqué une pratique sociale extérieure à la femme comme étant un facteur pouvant engendrer le cancer du col de l'utérus, l'excision.

Une maladie liée à l'excision

Les mutilations génitales féminines (MGF), plus communément appelées excisions, désignent l'ablation partielle ou totale des organes génitaux féminins extérieurs. Les données de l'enquête démographique et de santé indiquent que la forme de mutilation génitale la plus pratiquée au Burkina est le type 2. Les résultats de l'étude indiquent que 67,6 % des femmes de 15 à 49 ans et 11,3 % des filles de 0 à 14 ans ont subi l'excision, avec une prévalence nationale de 67,6 % contre 55,6 % à Ouagadougou.

Dans le cadre de cette étude, un enquêté, conjoint de femme dépistée positive au HPV attribue la survenue du cancer aux « anciennes plaies ». Pour lui, de façon générale, le cancer résulte des « anciennes plaies » non guéries. Faisant une démonstration de cause à effet, il explique : *« le cancer c'est une ancienne plaie parce que si une*

plaie fait 10 ans avec toi sans guérir ça devient quoi? Chez les Blancs ils vont l'appeler comment: cancer, parce que ça ne guérit pas (...)» (enquêté, conjoint de femme dépistée, 42 ans, ouvrier). Ainsi, du fait des séquelles parfois « non guéries » laissées par l'excision sur l'organe génital de la femme, selon l'enquête, la mention du cancer du col de l'utérus le renvoie aux femmes excisées. « (...) , si on dit cancer de col de l'utérus, moi je me pose la question immédiatement, les femmes qui sont excisées là (...) ». Évoquant le lien entre le cancer du col de l'utérus et l'excision, l'enquêté continue dans sa logique explicative. « (...) ce n'est pas une ancienne plaie qui devient cancer là, ce n'est pas une plaie qui ne guérit pas qui est cancer, donc c'est tellement simple, si y a une plaie qui ne guérit pas, qui ne guérit pas ça devient autre chose là, et si ça devient autre chose en ce moment on ne peut plus soigner, si ça continue de pourrir ça devient autre chose là. Donc les femmes qui sont excisées et ça ne guérit pas (...), ça devient autre chose, c'est cette chose-là que nous appelons ancienne plaie, les Blancs l'appellent cancer, (...), pour soigner une ancienne plaie c'est difficile » (Enquêté, conjoint de femme dépistée, 42 ans, ouvrier). Ainsi, pour l'enquêté, il existe un lien étroit entre les séquelles, les « plaies » causées par la pratique de l'excision et le cancer du col de l'utérus.

De manière générale, ces étiologies socio-culturelles rattachées au cancer du col de l'utérus restent homogènes et se rapportent à la femme et à la gestion de sa sexualité. Du fait des connaissances aussi bien populaires que savantes non clairement établies, les facteurs de risque restent encore des éléments en construction dans l'imaginaire des personnes interrogées. Cependant, il faut noter que les femmes sont beaucoup plus nombreuses que les hommes à donner des explications sur les facteurs cancérigènes qui se rapprochent plus ou moins à celles décrites de façon biomédicale. Ce qui est probablement le reflet de l'implication limitée des hommes dans la gestion des problèmes de la santé maternelle et de la santé féminine. Aussi, il faut indiquer que des six facteurs évoqués comme cancérigènes, seulement deux semblent extérieurs à la femme, notamment le facteur surnaturel et celui de l'excision. Les quatre autres, notamment ceux se rapportant à la vie sexuelle et reproductive, au travail du sexe, à la saleté et à l'utilisation du secret imputent à la femme sa responsabilité dans son infection au HPV bien que l'homme soit au cœur des motivations qui justifient certaines de ces pratiques chez les femmes. Ces facteurs cancérigènes à la fois moralisateurs et culpabilisants sont les reflets des codes sociaux élaborés pour réguler la vie sexuelle de la femme.

Analyse des connaissances biomédicales sur le cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus reste encore une « nouvelle maladie » dans le contexte local et médical Burkinabé. Dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet, il est ressorti que les agents de santé qui exercent au quotidien les actes de dépistage ont bénéficié d'une formation. La responsable de la maternité de Pogbi, parlant de la formation des agents intervenant au niveau de la maternité, reconnaît qu'« à la date d'aujourd'hui, la quasi-totalité (...) 21 personnes sur les 22 (...) sauf une qui était en congé » ont été formés (enquêté, agent de santé, responsable). C'est également le cas au niveau du CMU de Samandin, le responsable l'atteste « oui, toutes les sages-femmes et accoucheuses ont été formées au dépistage. Les sages-femmes ont été formées au dépistage et les accoucheuses au counseling » (enquêté, agent de santé, responsable). Cette formation s'est limitée aux agents de santé, sages-femmes, maïeuticiens et accoucheuses, qui interviennent au niveau de la maternité.

Les autres personnels comme les infirmiers et les techniciens de laboratoire n'ont pas bénéficié de formation sur la maladie. Les techniciens, n'ont bénéficié que d'une formation « sur l'aspect technique, sur l'appareil (...), les conditions de prélèvement, non » (enquêté, agent de santé, TBM). Selon la technicienne biomédicale, sa session de formation n'a porté que sur la manipulation du GeneXpert® pour le diagnostic des prélèvements. Elles ne disposent donc pas d'information concernant les conditions de prélèvement. En déplorant cet élément, elle estime que « les femmes, souvent, viennent ici pour s'informer. Là on pouvait directement leur dire, il ne faut pas faire les rapports sexuels, ou bien il ne faut pas avoir des menstrues, un truc comme ça. On ne sait pas s'il n'y a pas d'interdits. Si on était informés de certaines choses, de certains aspects, ça allait nous arranger, par ce que souvent l'appareil rejette certains prélèvements et on ne sait pas pourquoi » (enquêté, agent de santé, TBM). Le niveau faible de connaissance de ces agents se situe aussi sur les facteurs de risque de la maladie : « Humm...Vraiment je, je n'ai..., les facteurs de risques, non, je ne connais pas (...) les risques, qu'est-ce qui amène la maladie ? Et tout ça, je n'ai pas une idée, sincèrement » (enquêté, agent de santé, TBM). Et concernant les comportements à risque, le technicien ne perçoit pas un lien avec la maladie. « Je ne pense pas que c'est dû à un comportement. Non, je ne pense pas. Je me dis que toute femme est susceptible d'être contaminée si ça doit arriver en fait (...) vraiment, je ne sais pas,

je ne veux pas m'aventurer sur un terrain que je ne connais pas. Parce que si je parle d'hygiène, ça je vais mentir, parce que je connais des gens vraiment qui sont top-top mais qui ont le cancer du col de l'utérus, donc je ne peux pas...» (enquêté, agent de santé, TBM). La suite de l'entretien concernant la connaissance du cancer du col de l'utérus, les moyens de prévention, les personnes à risque, etc. est jalonnée de réponses à la forme négative. De l'entretien avec un responsable de projet MdM, pendant la formation des techniciens c'est « un briefing » sur la connaissance de la maladie qui a été fait. De ce fait, l'on pourrait attribuer la faible connaissance de la maladie évoquée par ces acteurs à un défaut de formation. Et de ce fait, l'on est tenté de généraliser cette faible connaissance de la maladie au corps des infirmiers qui, eux, n'ont bénéficié d'aucune forme de formation selon les informations collectées. Ainsi, selon les agents des laboratoires enquêtés, la formation sur la connaissance générale de la maladie devrait être dispensée à l'ensemble du personnel de soin d'autant plus que ces derniers sont aussi en contact avec les femmes. La technicienne, parlant des femmes, soutient que « souvent elles viennent ici pour s'informer ». Ce besoin d'information exprimé tous azimuts par les femmes est lié au fait que dans le contexte local, les usagers, à l'intérieur d'une formation sanitaire, n'opèrent pas de différence entre les agents portant une blouse.

Les connaissances d'ordre biomédical sur le cancer du col de l'utérus sont disposées et véhiculées par les agents de santé lors des différentes séances de sensibilisation. De façon générale, les descriptions faites par ces acteurs se rapportent aussi au caractère dangereux de la maladie. « C'est une maladie grave, quand ça rentre dans une famille, ça détruit toute la famille, c'est-à-dire la personne ne va pas rester mais elle va dilapider tous ses biens avant de partir et laisser la famille pauvre. C'est une maladie qui est dure à gérer » (enquêté, agent de santé). Pour eux, les facteurs de risque de cette maladie sont l'âge des premières activités sexuelles et la multiplicité des partenaires sexuels. De ce fait, les personnes à risque évoquées par les agents de santé sont « les travailleuses du sexe, les femmes qui s'éclaircissent, le tabagisme, celles qui fument... » (enquêté, agent de santé). Ces descriptions de la maladie, accusatrices des victimes, ressortent dans les messages de sensibilisation des agents de santé. Au cours de ces séances, en plus de la gravité, les informations livrées aux usagers gravitent autour du caractère « sournois » de la maladie et dont la seule alternative serait le dépistage. « C'est une maladie qui attrape les femmes de manière

silencieuse, ça peut rester dans ton organisme pendant des années, quand ça se déclenche, c'est qu'on ne peut rien faire. La seule manière d'éviter ça, c'est de faire son dépistage tôt (...)» (enquêté, agent de santé). Si ces messages d'information et d'éducation sur les facteurs de risque du HPV et d'incitation au dépistage sont manipulés aisément pas les agents de santé et théoriquement assimilés par les auditeurs, ces acteurs restent confrontés à des difficultés dans la transmission des informations. En effet, l'explication de la maladie en langue locale reste une difficulté : « *Imaginez-vous une femme qui ne parle que la langue nationale, pourtant, les termes là même là, pour les traduire en langue nationale c'est compliqué ! Donc, je ne sais pas comment tu vas expliquer HPV en langue nationale. Donc toi aussi tu vas passer par des astuces pour lui faire comprendre un peu sinon c'est compliqué !* » (Enquêté, agent de santé). La difficulté ne se limite pas seulement à un problème plus superficiel de traduction des expressions, elle est aussi liée à un problème de fond, le contenu du message. Les agents de santé, dans la transmission des messages restent encore confrontés, dans bien de cas, à des difficultés pour faire comprendre la dissociation entre l'infection au HPV et le cancer. Parlant de la différence entre HPV positif et le cancer, la sage-femme reconnaît que « en tout cas c'est très difficile à discerner » ; de ce fait, leurs explications n'arrivent pas toujours à faire percevoir la différence, « *il y a d'autres, je ne pense pas qu'elles arrivent à faire la différence, malgré les explications en tout cas* » (enquêtée, agent de santé). Les difficultés à établir la différence entre HPV positif et cancer sont liées à la capacité des agents de santé à trouver les mots « précis et concis » pendant les séances de *counseling*, c'est ce qu'affirme le responsable de la maternité du CMU Samandin. « *C'est la non maîtrise du counseling parce que le counseling, ce n'est pas forcément parler beaucoup, c'est être précis et concis, dire à la femme ce qui peut faire ça. Maintenant si ce n'est pas bien dit, la femme va se troubler (...)* » (enquêté, agent de santé). Aussi, propose-t-il de revoir, avec ses collaborateurs, le contenu du message à livrer aux patientes. « *On va revoir carrément au niveau du counseling avec les sages-femmes et les accoucheuses, pour voir qu'est-ce qu'il faut dire à la femme concrètement avant de faire les prélèvements, parce que si ce n'est pas comme ça, bon ! C'est facile de dire à la femme que vous avez le mal dans votre organisme* » (enquêté, agent de santé).

Il ressort que les connaissances limitées sur le cancer du col de l'utérus, loin de se restreindre aux femmes et hommes enquêtés, sont aussi une réalité vécue par les agents de santé. Si pour

les techniciens biomédicaux et les infirmiers cela serait lié au contenu plus technique de la formation reçue, pour les sages-femmes, les difficultés se situent dans la transmission des messages d'information et de sensibilisation des femmes.

LES FACTEURS DE MOTIVATIONS DES FEMMES POUR LE DÉPISTAGE DU HPV

Le principal moyen de prévention du cancer du col de l'utérus présenté aux femmes est le dépistage précoce des lésions précancéreuses. Les femmes sont incitées à réaliser un test en raison de son caractère gratuit et des possibilités de prise en charge en cas d'un dépistage positif au HPV. De ce fait, les facteurs de motivation des femmes au test quoiqu'intégrant ces avantages se construisent autour de quatre principaux facteurs: la peur suscitée par la gravité de la maladie, le besoin d'information clinique, le soupçon d'une anomalie pathologique et la gratuité de la prestation médicale et les possibilités de prise en charge. Chacune des femmes interrogées développent l'argumentaire de sa motivation au dépistage autour d'au moins un de ces facteurs.

Gravité de la maladie

D'emblée, la «gravité» du cancer du col de l'utérus constitue le socle des motivations collectives au dépistage. Selon une enquêtée, cette maladie doit être prise au sérieux et la mort qui pourrait en résulter doit être prévenue par le dépistage. «*Comme c'est une maladie qui tue là, il ne faut même pas s'amuser, c'est mieux d'aller, d'aller connaître sa situation que de rester chez toi sans rien savoir*» (enquêtée, IVA-, mariée, salariée, 30 ans, niveau BAC). La recherche de savoir sur la maladie et sur son état clinique a été indiquée comme un élément important dans la prévention de la maladie et comme un important facteur de motivation des femmes. C'est le cas de cette ménagère qui aurait eu l'information du dépistage grâce à sa belle-mère et pour qui, être informée de son état de santé, permet de prévenir tout risque de complication. En effet, explique-t-elle : «*c'est la maman de mon mari qui est venue nous informer et je me suis levée le matin pour aller faire. Si tu ne pars pas faire et si tu as ça ? Si tu as ça, et tu n'es pas aller faire pour savoir ça ne fera que s'aggraver seulement. Qu'est-ce que tu peux faire ? Mais si tu pars faire et tu es informée tôt, c'est ça*

qui est mieux !» (Enquêtée, IVA-, mariée, commerçante, 35 ans).

Ce facteur de motivation associée à la gravité de la maladie est renforcé chez les femmes du fait de la «sélection» faite par la maladie de ses victimes. C'est ce que déplore cette enquêtée : «*en tout cas, je pleure nous les femmes (...) nous les femmes là on pleure seulement mais on n'a pas le choix on est là (...)*» (enquêtée, mariée, IVA+, 35 ans, archiviste d'État). Selon l'enquêtée, cette maladie aurait eu une meilleure attention politique si elle était une maladie «pour tous», c'est-à-dire attaquant aussi bien les femmes que les hommes. Fondant son argumentation sur les réalisations des politiques de lutte contre le VIH, elle déplore qu'«*au lieu que ça ravage tout le monde là c'est les femmes seulement, pourquoi les femmes ? Les garçons aussi (rires), c'est ça là qui m'inquiète là, c'est ça qui ne me plaît pas là, il fallait que ce soit une maladie pour tous (...) là vous allez voir que d'un seul coup, par exemple comme pour le VIH là, ils se sont levés d'un coup, tout était gratuit (...)*». [Si les hommes étaient concernés, ...] «*Ils allaient donner gratuitement comme les retro viraux qu'on donne gratuitement là. Puisque tu vois certaines vieilles qui vont venir du village, tu sais que c'est le cancer du col de l'utérus mais les moyens, ils n'ont pas les moyens pour faire la chirurgie, par exemple opter pour enlever l'utérus s'ils n'ont pas l'argent donc la maladie va trainer avec la personne jusqu'à...*» (enquêtée, mariée, IVA+, 35 ans, archiviste d'État). Ainsi pour les enquêtées, et comme prenant leur responsabilité en main, le recourt au dépistage se présente comme l'option de prévention qui s'offre à elle. La motivation pour le test est liée au fait qu'il leur permet d'obtenir une information clinique concernant l'infection au HPV.

Besoin d'information clinique

Le recours au dépistage selon les femmes interrogées constitue la seule option dont elles disposeraient pour avoir une information clinique sur leur état d'infection au HPV. Dans ce cas, comme l'indique cette jeune dame, la motivation pour le dépistage se résume en ces trois verbes «*aller faire pour savoir*». En effet, explique-t-elle : «*je suis allée faire pour savoir (...) si tu ne fais pas pour savoir, tu vas faire comment ?*» (Enquêtée, IVA-, célibataire, étudiante, 28 ans). Cette recherche de savoir sur son état selon les enquêtées s'inscrit dans une logique d'anticipation sur la maladie. «*Si tu ne te fais pas dépister à temps, si tu as la maladie, au moment tu vas le savoir ce sera trop tard.*

Mais si tu fais, tu sauras ce que tu peux faire pour ne pas que ça t'atteigne. Mais si tu as ça, tu auras les traitements tôt, avant que ça n'aille de l'avant» (enquêtée, IVA+, mariée, ménagère-commerçante, 35 ans, non scolarisée).

Si pour ces enquêtées, la motivation pour le dépistage du HPV se fonde sur un besoin d'information sur la maladie et dans une dynamique de prévention, chez d'autres femmes, cette motivation fait suite à des symptômes pathologiques constatés au niveau de l'organisme.

Souçon d'anomalie pathologique

Le récit de cette patiente dépistée positive au HPV illustre au mieux cette assertion : *« (...) j'avais des boutons sur le col, je suis allée consulter une sage-femme à Somgandé, ils m'ont prescrit une ordonnance que d'aller payer le produit là, que c'est le Monsieur et Madame qui doivent utiliser ça, liquidation zone, on a payé ça et puis ils m'ont donné des ovules que d'utiliser ça. Donc nous on a pris ça et malgré tout ça là, ça n'allait pas. Quand je mets ma main là-bas je sens toujours les boutons là. Donc c'est ça, moi j'ai eu peur, peut-être c'est parce que j'utilise ces produits-là [« les secrets »] que j'ai le cancer ou bien c'est quoi, je ne comprenais rien quoi. C'est ça qui m'a poussé d'aller faire le test, (...) »* (enquêtée, IVA+, mariée, ménagère, 37 ans, niveau 3^e). Tout comme cette enquêtée, de nombreuses femmes ont indiqué avoir été motivées au dépistage du HPV suite à une affection de leur organe génital. Le recours au dépistage apparaît dans ce cas comme une nécessité afin d'établir la lumière sur cet état potentiellement pathologique. Cette nécessité du dépistage est aussi ressentie par des femmes mariées qui font face à des difficultés de procréation. La séance du dépistage du HPV, assimilé à un examen du col de l'utérus, est saisie comme une aubaine pour les femmes confrontées à cette difficulté dans la recherche de solution à ce désir de procréation et à cette attente sociale pesante. *« J'ai appris qu'on regarde le col des femmes ici, je suis mariée et depuis-là la grossesse tarde à venir. Quand je suis rentrée, la femme-là m'a dit que c'est le dépistage du cancer qu'on fait, je me suis dit que je vais faire et profiter expliquer mon problème. (...) »* (femme interrogée pendant la phase d'observation).

Il ressort que les motivations pour le dépistage du HPV sont fonction des motivations collectivement partagées ou basées sur des préoccupations individuelles de santé et de la vie génésique. Mais il faut noter que la majeure partie de ces motivations sont elles aussi motivées par

la gratuité et les possibilités de prise en charge de la maladie qu'offre le projet.

Gratuité du dépistage

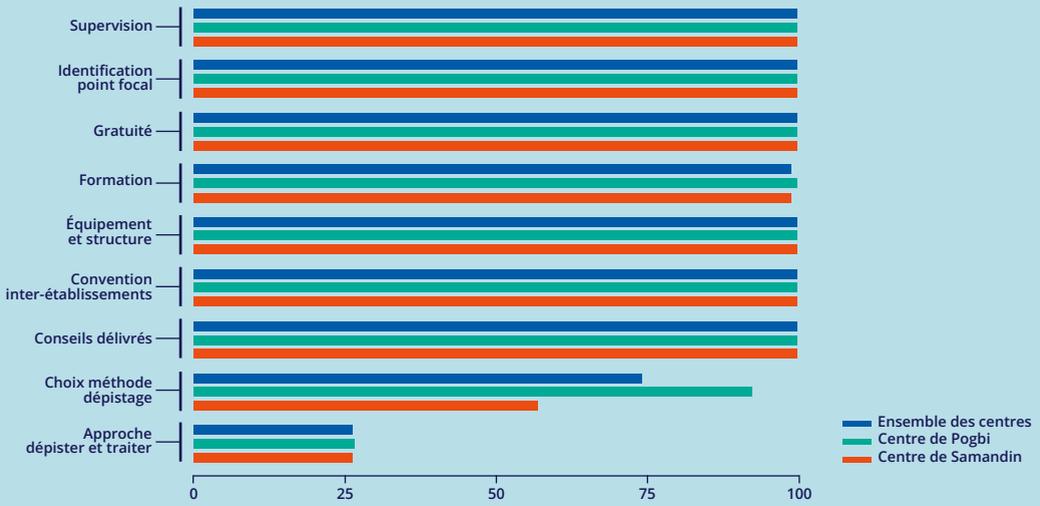
Le caractère gratuit du dépistage de l'HPV et les possibilités de prise en charge en cas d'anomalie ont été cités par les femmes comme des éléments importants dans la motivation au dépistage : *« ce qui m'a plu, c'est qu'ils font ça gratuitement, parce que si c'était pour payer l'argent il y aura beaucoup qui n'auront pas l'argent pour faire (...) »* (enquêtée, 41 ans, célibataire, employée de commerce). La gratuité du dépistage a été relevée comme quelque chose de bénéfique pour les femmes. *« Comme ils le font gratuitement, c'est quelque chose qui nous aide beaucoup, si on dit que c'est payant, si tu n'as pas l'argent pour aller faire ça c'est un problème pour toi, mais comme ils aident les gens de cette manière c'est un bénéfice pour les femmes »* (enquêtée, mariée, 35 ans, ménagère-commerçante). Le caractère gratuit du dépistage est un facteur de motivation qui a été apprécié par les femmes enquêtées. Et tout le souhait des femmes est que la gratuité du dépistage du HPV puisse demeurer. *« (...) si ils continuent de faire et que c'est gratuit c'est bien parce que si c'est payant ce n'est pas tout le monde qui a l'argent, quelque chose peut être 500 francs et ce n'est pas tout le monde qui peut avoir les 500 francs mais si c'est gratuit ça nous aide toutes, celles qui n'en ont pas peuvent aller faire »* (enquêtée, mariée, 39 ans, ménagère). Cette motivation basée sur la gratuité est d'autant plus fondée que selon un responsable du projet MdM, cette prestation coûterait environ 20 000 FCFA par personne, soit 65 % du SMIG⁹. De ce fait, pour les femmes, *« comme c'est gratuit, il faut en profiter »* pour connaître son état concernant l'infection au HPV (enquêtée, célibataire, 26 ans, coiffeuse, niveau primaire).

MISE EN ŒUVRE DU DÉPISTAGE

Fidélité de la mise en œuvre

Ici, nous avons évalué la proportion de réalisation des différentes composantes du programme. Leur niveau de fidélité est présenté dans la **figure 3** (p. 46). Il apparaît que la majorité des activités planifiées (7/9) ont été mise en œuvre à 100 %.

⁹ Salaire minimum interprofessionnel garanti, fixé à 30 684 FCFA au BF.

FIGURE 3 : FIDÉLITÉ DE LA MISE EN ŒUVRE***FIGURE 4 : NOMBRE DE FEMMES DÉPISTÉES PAR JOUR ET PAR CENTRE***

*Adapté de Mensah et al, 2021.

Deux activités ont des niveaux de fidélité moyen et faible: offrir le choix de la méthode de dépistage et offrir l'approche « dépister et traiter ». Ainsi, le choix de la méthode de dépistage a été proposé dans 72 % des cas tandis que l'approche « dépister et traiter » n'a lieu que pour 27% des cas. Le centre de Pogbi avait plus largement laissé le choix aux femmes de la méthode de dépistage (87.9 % vs 57.9 % des cas, $p < 0.001$) mais l'approche « dépister et traiter » était intégrée à un niveau similaire dans les deux centres.

Portée ou capacité à atteindre la population visée

L'objectif initial était de pouvoir dépister 8 femmes par jour à raison de 4 femmes/centre. Le nombre moyen de femmes dépistées au cours de la période de d'étude était de 6.6/jour (SD = 4.11): 4.0/jour dans le centre de Samandin (SD = 3.1) et 3.4/jour dans le centre de Pogbi (SD = 2.2). Dans le centre de Samandin, la tendance des femmes dépistées quotidiennement varie au cours des mois avec un pic en juillet suivi d'une baisse en août et décembre (figure 4, p. 46). Dans le centre de Pogbi, la courbe montre un taux de dépistage

journalier plus faible mais en constante augmentation de mai à décembre.

Dose ou intensité de la mise en œuvre du dépistage

Le **tableau 8** (p. 47) présente les indicateurs d'intensité de mise en œuvre de PARACAO, en termes de délai d'attente, de rendu des résultats et de compréhension des informations délivrées. On peut constater que certains indicateurs d'intensité de mise en œuvre diffèrent d'un centre à l'autre. Des différences statistiquement significatives entre les centres ont été retrouvées en ce qui concerne: le temps d'attente des femmes, le fait d'offrir le choix de la méthode de prélèvement, la méthode de prélèvement choisie et le temps de traitement des échantillons par les laboratoires ($p < 0.01$).

Ainsi, dans le centre de Pogbi où le choix de la méthode de dépistage était plus souvent proposé que dans le centre de Samandin (87.9 vs 57.5 %, $p < 0.01$), les femmes ont opté à parts égales pour l'auto-prélèvement et le prélèvement soignant (42.7 % et 45.2 % respectivement). Dans le centre de Samandin qui présente un taux plus

TABLEAU 8 : INTENSITÉ DE LA MISE EN ŒUVRE

	Tous (N=317)	Centre de Samandin (N=160)	Centre de Pogbi (N=157)	P value
Temps du dépistage HPV (%)				0.186
Immédiat (1 ^{ère} visite)	279 (88)	137 (85.6)	142 (90.4)	
Différée (après une 1 ^{ère} visite)	38 (12.0)	23 (14.4)	15 (9.6)	
Choix de la méthode de prélèvement	230 (72.6%)	92 (57.5)	138 (87.9)	< 0.001
Méthode de prélèvement				< 0.001
Auto-prélèvement	214 (67.5)	136 (85.0)	78 (49.7)	
Prélèvement soignant	103 (32.5)	24 (15.0)	79 (50.3)	
Délai d'attente des femmes au laboratoire en heure (moyenne (SD))	1.22 (0.88)	0.74 (0.71)	1.69 (0.76)	< 0.001
Délai entre prélèvement et rendu de résultats (%)				0.287
Jour du prélèvement	87 (27.4)	44 (27.5)	43 (27.4)	
24-48h post-prélèvement	113 (35.6)	51 (31.9)	62 (39.5)	
> 48h post-prélèvement	117 (36.9)	65 (40.6)	52 (33.1)	
Compréhension des informations				
Résultats test HPV non compris (%)	24 (7.6)	13 (8.1)	11 (7.0)	0.707
Recommandations post-dépistage non comprises	81 (25.6)	39 (24.4)	42 (26.8)	0.628
IVA réalisée si besoin	55/68 (80.9)	25/32 (78.1)	30/36 (83.3)	0.804
Thermo-coagulation si besoin	3/6 (50.0)	2/4 (50.0)	1/2 (50.0)	0.635

haut d'auto-prélèvement (67.5 % vs 49.7 %, $p < 0.01$), celui-ci était choisi dans 48 % des cas et imposé dans 39 % des cas. À l'inverse, le prélèvement soignant était peu choisi ou imposé (9.4 % et 5.6 % des cas respectivement).

Le temps moyen de traitement des échantillons était significativement plus rapide dans le centre de Samandin que dans le centre de Pogbi (53 minutes vs 1 heure 42, $p < 0.01$) ce qui pourrait s'expliquer par la différence de composition d'équipe laborantine entre les deux centres (tableau 3, p. 25).

La majorité des femmes (88 %) a été dépistée lors de sa première visite au centre. Parmi les 317 femmes incluses dans l'étude, 230 (72,6 %) ont eu le choix de la méthode de prélèvement. Parmi les femmes ayant eu le choix, 144 (62,6 %) ont choisi l'auto-prélèvement et 86 (37,4 %) le prélèvement par un soignant. Lorsque la méthode de prélèvement était imposée, c'était majoritairement un auto-prélèvement qui était réalisé (80,5 % des méthodes de prélèvement imposées).

Nous nous sommes intéressés aux délais associés aux différentes étapes du dépistage. Le délai moyen d'attente pour accéder au laboratoire (entre le prélèvement et la réception par un laborantin) était de 1h 13 (0,88). La récupération des résultats par les femmes survenait en moyenne 2,74 (SD = 4,01) jours après le prélèvement, avec une faible proportion de femmes (7,1 %) venant au-delà de 7 jours post-prélèvement.

PERCEPTION DES ACTEURS SUR LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET

La stratégie de dépistage du HPV mis en œuvre par MdM au Burkina Faso est perçue comme une démarche innovante en matière de dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus. De ce fait, elle connaît une bonne appréciation aussi bien des prestataires de soins que de la population bénéficiaire de l'intervention.

Perception et attentes des agents de santé sur le projet

Les agents de santé, en comparaison de ce qui se faisait « avant » par rapport à celui de « maintenant » concèdent au projet bien des aspects « salutaires ». Par ses séances de renforcement de capacité, le projet aurait contribué à améliorer leur compétence professionnelle dans le cadre du

dépistage du HPV. Une sage-femme interrogée à ce sujet reconnaît que « c'est très salubre, avant on faisait mais on ne savait pas bien ce qu'on recherchait. Il n'y avait pas de formation, tu apprends sur le tas avec les tares des autres, mais maintenant ça va ! ». Pour elle, « ce qui se faisait avant dans la masse là, c'est bon mais ce n'était pas arrivé », car, « avant, on ne connaissait pas la cartographie du col, mais maintenant en tout cas, sur le plan clinique ça va ! » (Enquêtée, agent de santé). Dans le même sens d'idée, un responsable de la maternité, considère que la technique de dépistage par la recherche de l'HPV vient palier à la méthode « archaïque » de dépistage qui se faisait avant et qui consistait à l'administration « en pagaille d'ovules ». Il explique : « avant quand on le faisait, c'était trop archaïque, tu vois seulement le col, tu vois seulement des lésions et tu dis, ah bon madame voilà c'est [le cancer], on administrait des ovules en pagaille (...), aujourd'hui là, avec le HPV, pratiquement, on n'a plus de soucis. Au moins on sait que si elle n'a pas le HPV dans le col, même si elle a des trucs, c'est un truc banal, ça ne peut pas être carrément un problème qui peut amener la femme à avoir des soucis par rapport à son état de santé » (enquête, agent de santé). Selon eux, une innovation efficace introduite par le projet est « la recherche déjà de l'HPV, avant on ne le faisait pas ». En plus de cet élément, s'ajoute l'amélioration des connaissances : « vraiment la connaissance, je veux dire maîtriser le col, les différents cols, savoir lire le col même, voilà ! ». Cette connaissance des différents types de col favorisée par le projet a contribué à corriger les « erreurs » qui étaient commises au temps « d'avant ». « En tout cas c'est bien, ça nous a apporté, ça fait que ça corrigé les erreurs qu'on faisait avant (...) » (enquête, agent de santé).

Pour les techniciens de laboratoire, le projet a contribué à l'amélioration des connaissances. Une technicienne affirme que « cela a augmenté quand même la connaissance, on a appris pas mal de choses ». Et concernant le matériel et les équipements, elle soutient que « on est bien équipé et puis c'est bon aussi pour le centre » (enquête, agent de santé, TBM).

Également, selon les agents de santé, le projet a contribué à améliorer la cote de popularité de leurs formations sanitaires au regard de la provenance des usagers. Un agent de santé, responsable de CMU témoigne, « (...) les femmes viennent de partout pour se renseigner par rapport au cancer, au dépistage ; et puis ça donné un nom carrément par rapport à la structure, son nom était sorti avant, mais ça carrément donné encore un autre nom à la structure quand on parle du dépistage de cancer de col. Beaucoup de centre réfère les

femmes ici pour qu'on prenne carrément en charge ces femmes (...)» (enquête, agent de santé). Aussi, une efficacité accordée au projet réside dans sa contribution à une plus grande visibilité des CMU bénéficiaires de l'intervention, ce qui est bien apprécié du personnel. « Ça augmenté quand même la fréquentation de la population vis-à-vis du centre, les femmes viennent, beaucoup de femme viennent et ça apporte ... » (enquête, agent de santé, TBM).

Pour les agents de santé d'une façon générale, si le projet a contribué à l'amélioration des connaissances cliniques et à la popularisation des structures, particulièrement pour les techniciens, l'équipement des laboratoires avec des appareils de grande qualité constitue une valeur ajoutée évidente induite par le projet. Selon un responsable de laboratoire, certains examens qui n'avaient jamais été faits dans leur laboratoire seront désormais possible grâce à l'appareil. « Oui c'est un plus, puisqu'on n'a jamais fait la PCR dans notre labo, on n'a pas eu cette occasion, voilà qu'on a eu l'appareil qui nous permet de faire la PCR » (enquête, agent de santé, TBM). Selon elle, de nombreux examens peuvent être effectués sur l'appareil, « mais comme c'est un projet, c'est sûr ils ne vont pas autoriser qu'on fasse d'autres examens dessus, sinon avec ça, on fait plein, on fait hépatite B, on fait hépatite C, (...), on fait tout. Mais on ne peut pas parce que c'est un projet » (enquête, agent de santé, TBM). Selon la technicienne, l'utilisation de l'appareil pour d'autres examens du laboratoire, réduira un tant soit peu leur charge de travail. « C'est plus facile pour nous parce qu'on va plus s'asseoir pour enlever des crachats, mettre sur lame, aller colorer et puis lire au microscope. Ça nous sort directement le résultat, soit il est négatif, soit il est positif, et puis voilà quel médicament il prend (...) » (enquête, agent de santé, TBM).

Il ressort une bonne appréciation du projet par les personnels de santé. L'effectivité des formations dispensées et les équipements en appareils constituent des facteurs d'efficacité du projet qui ont contribué à installer des habitudes, des facilités dans l'offre de dépistage du HPV.

Cependant, il reste que les ruptures de stock, par moment, de certains consommables sont de nature à bouleverser la dynamique amorcée. C'est ce que relate cet agent de santé. « Il y a des problèmes d'intrants qui se posaient à chaque fois au début du projet; puisque on était en rupture de beaucoup d'intrants à chaque fois, soit c'est les gants, soit c'est les spéculums, soit c'est les bulletins, soit c'est les écouvillons. Donc au début, actuellement comme y a une influence ça, comme la femme vient beaucoup. Quand la femme vient il n'y a pas de rupture, il y a beaucoup d'intrants; on

dit que bon! l'utilisation, on dit que la femme doit faire l'auto prélèvement, on n'a pas de spéculums, c'est à dire il faut carrément l'assister par un agent, (...) donc actuellement les femmes, on les laisse carrément faire leur auto prélèvement, on les explique elles font leur auto prélèvement, pour cause n'y a pas de spéculums » (enquête, agent de santé). Selon l'agent de santé, « depuis le début du projet les spéculums posent problème »; ainsi, pour lui, en cas de rupture, pour faire le dépistage, c'est l'auto-prélèvement qui est systématiquement enseigné aux femmes. Pour les responsables du projet, MdM aurait doté les CMU en une bonne quantité de spéculum dans le cadre de la mise en œuvre du projet mais qu'ils auraient été utilisés par le personnel de santé pour pallier au manque de dotation en intrants du district. Ce qui a conduit à une rupture de stock. Un agent de santé en séance de dépistage s'est retrouvé avec son dernier bulletin d'examen. Informée de la rupture du stock, elle prévient que, « si votre projet là va être comme ça, ça va être compliqué! On dit n'y a pas de bulletin, et que je dois écrire sur ça! Alors que ce ne sont pas les mêmes items » (enquête, agents de santé). Les autres examens de la journée ont été notés sur un bulletin ordinaire avec certains items portés au stylo. De même, au CMU de Pogbi, l'épuisement de l'encre de l'imprimante du laboratoire qui sert à l'impression des résultats du dépistage a déjà occasionné l'arrêt des séances de dépistage pendant près de 48 heures. Et pendant la période de rédaction de ce rapport, cela faisait plus de deux semaines que l'offre de service du dépistage s'était interrompu pour manque de cartouches au niveau du laboratoire. Notons que les responsables du projet reconnaissent ces cas de ruptures de stock d'intrants. Ils attribuent les ruptures cartouches GeneXpert à l'afflux des femmes au démarrage du projet qui aurait entraîné une surconsommation alors que le ravitaillement est confronté à un temps incompressible de la commande internationale. Pour le cas de rupture de cartouche, ils auraient demandé au CMU de poursuivre le dépistage avec la technique de l'IVA préconisée au Burkina. Mais selon un agent de santé, « les femmes quand elles viennent se retournent, elles préfèrent attendre l'arrivée des cartouches, elles veulent faire ce que les autres ont fait ».

Aussi, il est à noter que jusqu'à la fin de la période de collecte de données, l'appropriation du projet par les agents de santé au niveau des deux CMU était toujours un processus en cours. Si certains agents n'hésitent pas à déplorer la charge de travail induite, c'est le manque de motivation financière qui est placé au cœur des

plaintes par d'autres. En rapport à la charge de travail, un agent de santé en comparaison de ce qui se faisait « avant » avec ce qui doit se faire « maintenant » affirme que : *« maintenant dans le cadre du projet, il faut les expliquer ce que c'est le HPV, comment ça se contracte, comment il faut éviter, quand on a le cancer du col quelles sont les manières qu'on doit se prendre pour le traitement, il faut quand même plus de temps, les supports sont plus nombreux puisque avant c'était le carnet de la dame, le registre et puis l'ordonnance. Maintenant y a le billet, le bulletin, le carnet, les fiches à remplir, il faut prélever, il faut écrire sur les écouvillons c'est-à-dire la charge du travail a augmenté »* (enquête, agents de santé). Selon lui, la technique de prélèvement, le renseignement des supports et les séances de *counseling* nécessitées par le projet sont des pratiques qui contribuent à augmenter la charge de travail. Et de ce fait, les agents de santé estiment qu'une mesure financière doit être prise pour les accompagner dans l'exécution de ces tâches « supplémentaires ». Selon l'enquête, sans la motivation financière individuelle, le travail est mené, à la limite, comme une contrainte, par les agents de santé. *« Mais comme ça fait partir carrément du paquet de la gratuité. Les gens sont obligés de travailler parce qu'ils n'ont pas le choix »*. A une période de la mise en œuvre du projet, le manque de mesure d'accompagnement ou de motivation financière individuelle ressortait systématiquement dans les échanges avec les agents de santé. Cette situation est déplorée par les acteurs du projet. Selon un responsable, *« on a eu plusieurs fois à les rencontrer pour leur expliquer »* mais comme l'indique-t-elle, *« quand les gens entendent projet, ils pensent à l'argent »,* alors que *« le projet n'a prévu aucune motivation personnelle pour les agents »*. Selon lui, *« l'intervention consiste à accompagner le ministère dans ses activités »,* et pour ce faire, *« c'est un appui institutionnel pour le fonctionnement du CMU qui est fait »* (enquête, responsable, MdM). Mais en attendant, les agents de santé estiment devoir bénéficier « honnêtement » d'un « appui individuel », ce qui influencerait leur productivité. *« C'est parce qu'il n'y a pas de motivation, s'il y avait motivation, même le laboratoire qui a limité à huit là, ils allaient faire plus que ça. Honnêtement, eux-mêmes ils doivent voir comment motiver les gens. Voilà, les collègues sont partis et moi je suis là, j'attends les résultats. [Il était 12h32] Normalement, à l'heure-là, c'est la permanence. Je suis là, j'ai faim, pourtant s'il y avait à manger, je pouvais manger ici et demander même aux dames de patienter pour les résultats mais il n'y a pas à manger. A l'heure-là, même si une femme est là, je vais lui dire de partir et revenir demain, parce*

que j'ai faim et je veux rentrer manger » (enquête, agent de santé).

Notons qu'au démarrage du projet, l'agent de santé demandait aux femmes de patienter pour leurs résultats à 12 heures mais au plus un mois après, c'est seulement aux quatre premières femmes à qui il est demandé de patienter. Les autres sont systématiquement renvoyées pour le lendemain. Ce qui ne semblerait pas faciliter les choses pour les femmes, surtout celles qui viennent de quartiers éloignés du CMU. Et qui du coup remet en cause l'un des concepts innovants du projet, *« le dépistage en un passage »*. D'où la présence constatée de nombreux résultats de dépistage non rendus pendant la phase d'observation au niveau des différentes salles, du fait, selon les agents de santé, du manque de crédit de communication pour rappeler les femmes concernées. Pendant la phase d'observation, c'est-à-dire avant l'appui institutionnel, il a été observé que des femmes étaient appelées au passage d'un superviseur MdM, avec le téléphone de ce dernier. Cette situation a évolué après ledit appui sur lequel nous reviendrons.

Il faut indiquer que durant la phase d'observation, avec le manque de motivation financière individuelle, les agents de santé ont peu participé aux activités de dépistage de l'HPV. Aussi, il n'est pas rare d'assister à des « négociations » effectuées par les superviseurs MdM auprès des agents de santé par rapport au remplissage de registres ou à l'accomplissement de l'IVA d'une patiente. De même, il n'était pas rare de voir des sages-femmes négocier le diagnostic de prélèvement au laboratoire. *« Aujourd'hui on a trop de travail », « on ne peut plus prendre », « il ne faut plus envoyer de prélèvement ici »,* sont les phrases qui se laissent entendre.

Comme précédemment indiqué, l'appropriation du projet reste une disposition en cours au niveau de nombreux agents de santé. Au CMU de Pogbi, cette appropriation connaît une bonne évolution aussi bien au niveau de la salle de dépistage qu'au niveau du laboratoire. Au CMU de Samandin, il peut être soutenu que cette appropriation s'inscrit dans une temporalité longue, surtout au niveau de la salle de dépistage.

Pendant, il faut indiquer qu'au moment où nous concluons ce rapport, les agents de santé avaient amélioré leur appréciation par rapport au projet. *« L'appui institutionnel »* aurait été accordé aux CMU. Le compte d'un CMU aurait été crédité d'un montant de 330 000 FCFA répartie en quatre lignes : 1- Communication et recherche de perdu de vue ; 2- Appui général au fonctionnement ; 3- Entretien de l'incinérateur

et 4- Supervision des activités communautaires par les agents de santé. Selon un responsable du projet au niveau de MdM, « *ce qu'ils font avec est une cuisine interne (...)* ». Avec cette absence de restriction dans l'utilisation des fonds, à écouter un responsable de CMU, la ligne 2 portant « appui général au fonctionnement » est inscrite « *comme une autre manière de dire motivation du personnel* ». Ils s'en sont servis pour motiver le personnel. Un agent de santé interrogé au cours d'un entretien informel à ce sujet a affirmé avoir reçu « quelque chose ». Selon lui, « *maintenant ça va, ils ont fait quelque chose, j'ai reçu environ un dix mille francs, ça nous aide aussi* », (enquête, agent de santé). Cependant, il faut noter qu'au niveau de ce CMU, un responsable a déploré l'égalité du montant accordé aux différentes formations sanitaires. Pour lui, « *chaque CMU à son plan d'action, on n'a pas la même taille, on n'a pas le même personnel, alors qu'ils donnent la même chose à tout le monde (...)* », et de ce fait, « *moins vous êtes nombreux, plus ça vous arrange*. Il affirme que « *beaucoup d'agents ne sont pas contents de leur motivation, c'est comme une désillusion!* » (Enquête, agent de santé, responsable). Il explique une incompréhension entre les agents au moment du « partage » des fonds. Les agents du laboratoire auraient refusé leur part arguant le fait qu'il soit « peu » alors qu'ils travailleraient plus que les agents de la maternité. Selon le responsable, cette situation a nécessité une intervention des responsables au niveau de MdM afin d'expliquer davantage les raisons de cet appui institutionnel. Selon le responsable, cette situation a été résolue.

Ainsi, avec cet « appui institutionnel », en partie converti en motivation individuelle pour le personnel, les plaintes par rapport à l'absence de motivation se sont quelque peu estompées. Celles relatives à la charge de travail se « résorbent » également surtout que l'on assiste depuis novembre 2019 à une faible mobilisation des femmes pour le dépistage.

Cependant, il faut indiquer que selon un responsable du CMU de Samandin, les « défailances » constatées dans l'organisation du service de dépistage au démarrage du projet auraient été rattrapées. Selon lui, cette tâche jadis assurée par le responsable de la maternité qui la réalisait difficilement au regard de ses nombreuses occupations auraient été rétrocédée au point focal CCU. Ainsi, un calendrier est fait de telle sorte que le service de dépistage soit quotidiennement assuré par deux agents, une sage-femme/maïeuticien et une accoucheuse. Cette information a été confirmée par le point focal qui explique que « *maintenant ça va* » au niveau de la

salle. Toutefois, ce changement n'a pas pu être observé au regard du contexte national marqué par la pandémie du Coronavirus qui a entraîné une forte baisse de la fréquentation des formations sanitaires et une réduction du personnel de santé au niveau des formations sanitaires. Les rares femmes qui viennent pour le dépistage sont reçues par le point focal qui, durant cette période, est affectée au service de PF.

Perceptions et attentes de la population

Le projet de dépistage de l'HPV est perçu par la population comme « *quelque chose qui est venu aider les femmes* ». Toutes les personnes interrogées au sein de la communauté (femmes et conjoints) ont témoigné de sa portée humaniste d'aide aux femmes et de son arrimage avec leur besoin de santé. Ils ont tous apprécié et salué le projet de façon loyale. C'est le sentiment qu'exprime le conjoint d'une femme dépistée négative au HPV : « *Sincèrement votre initiative là, c'est une très bonne chose* » (enquête, conjoint femme, 43 ans, couturier). Cette appréciation est faite par les femmes, les bénéficiaires privilégiées de « l'initiative ». Pour elles, l'aspect bénéfique du projet réside dans sa capacité à situer les femmes sur leur état d'infection au HPV : « *(...) c'est une bonne initiative puisqu'étant à la maison, on ne peut pas savoir si on a la maladie ou pas (...) c'est vraiment bénéfique pour nous les femmes* » (enquête, HPV+, mariée, 35 ans, ménagère-commerçante). Pour cette enquêtée, la multiplication de telles initiatives ne fera qu'améliorer le niveau de connaissance des femmes sur leur état de santé. « *C'est bien parce que si ce genre-là d'initiative est beaucoup c'est bien, ça fait que les femmes peuvent savoir leurs maladies. L'être humain qui marche comme ça tu ne peux pas savoir si tu es malade ou si tu n'es pas malade mais si tu ne fais pas de chose comme ça comment tu vas faire pour savoir ? Si tu ne fais pas de dépistage tu vas faire comment pour savoir ? C'est une bonne chose, bon ! C'est une bonne idée de faire le dépistage et nous aussi qui partons faire c'est bien* » (enquête, HPV-, célibataire, 45 ans, secrétaire).

Ainsi, le bénéfice accordé au projet réside dans le fait qu'il a permis à de nombreuses femmes d'avoir pour la première fois l'information sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, « *nous entendons la maladie mais on ne sait pas comment faire pour savoir si tu as ça ou tu ne l'as pas (...), on se sait pas si c'est payant ou c'est gratuit, il y a un centre de santé choisit pour le faire ou pas, ça nous ne savons pas et c'est lorsque la femme de*

Rock est venue maintenant que nous sommes allées demander et ils ont dit qu'on faisait gratuitement mais les gens le faisaient même avant. Il y avait des gens même qui partaient payer à la clinique pour faire mais ça je n'ai pas entendu si ce n'est pas que la femme de Rock est venue» (enquêtée, HPV+, mariée, 39 ans, ménagère).

Le cancer du col de l'utérus, reste toujours une maladie peu connue des femmes. Un conjoint de femme dépistée soutenait que « *si on rassemble toutes femmes du Burkina, celles qui connaissent la maladie là, n'atteindrons pas 40 %* » (enquêté, conjoint de femme dépistée, 31 ans, enseignant). Ainsi, pour les enquêtés, le projet en permettant un meilleur accès à l'information des femmes sur la maladie, leur offre l'opportunité d'avoir non seulement l'information sur la maladie, mais aussi la chance de se faire dépister. Selon cette ménagère dépistée positive au HPV, le projet fut pour elle une opportunité d'accéder au dépistage : « *C'est bien, parce que si on ne faisait pas ça [dépistage], nous autres on n'allait pas faire ça aussi* » (enquêtée, HPV+, mariée, 37 ans, ménagère). L'opportunité prégnante de dépistage qu'offre le projet favorise un épanouissement sur le plan sanitaire des femmes. Selon elles, le projet permet à celles qui sont dépistées positives de s'engager dans la recherche de soins, et procure un sentiment de bonheur à celles qui sont HPV négatif. Ayant bravé la peur du dépistage, c'est ce sentiment qui anime cette archiviste d'État qui, selon elle, peut désormais s'inviter dans les débats autour de cette maladie. « *Puisqu'il a permis à beaucoup de gens de savoir, bon, surtout les femmes, si elles ont ça ou pas. Puisque si tu as ça, tu vas chercher des solutions, si tu n'as pas ça aussi, bon ! Tant mieux tu es contente. (...), moi particulièrement je suis contente parce que je n'ai pas le cancer donc quand on parle de cancer je peux parler à haute voix* » (enquêtée, HPV-, mariée, 30 ans, archiviste d'État).

La recherche de solution que propose le projet après un dépistage positif a été aussi évoquée comme une force de l'intervention. « *Bon ce qui m'a plu, c'est que si on arrive à te détecter positif, tu sais que, et on arrive à faire un traitement sur place, en tout cas c'est mieux que de te donner des papiers que d'aller faire un traitement. Peut-être y a des gens qui n'ont pas l'argent pour aller faire ce traitement, ils vont aller déposer le papier à la maison ça va trainer jusqu'à ça va se déclencher mais faire un traitement sur le champ c'est bien en tout cas* » (enquêtée, HPV+, mariée, 35 ans, fonctionnaire).

De plus, un autre élément d'efficacité du projet évoqué par les personnes interrogées a été sa capacité d'intégration de la précarité des

conditions économiques des femmes : « *En ce qui concerne leur travail, l'idée de la gratuité est à saluer, parce que souvent le manque de moyen est aussi un problème* » (enquêtée, HPV+, mariée, 35 ans, ménagère-commerçante). Une autre enquêtée, exprimant sa satisfaction de la gratuité du traitement, fait le rapprochement avec la médecine traditionnelle qui, bien que locale, reste payante. « *Je suis contente parce que ce qu'ils ont fait ça aide les femmes, s'ils avaient fait et que c'était payant (...), il y a des gens qui sont à la maison même pour avoir deux mille c'est difficile. Mais comme nous avons trouvé qu'ils font et que c'est gratuit sauf si c'est toi qui ne veux pas, ça seulement là même, nous remercions les initiateurs, merci beaucoup parce qu'ils ont bien fait, le fait de prendre ses produits pour soigner les gens gratuitement, pour savoir leur état de santé, même si c'est traitement traditionnel, si tu pars, premièrement on te dit d'envoyer 220 francs avant qu'on enlève le médicament pour te donner (...). Ils ont accepté faire gratuitement même pour moi quand ils ont fait, ils ont brûlé ils ne m'ont pas dit de payer 1 franc, ils ne m'ont pas dit de payer, tout était gratuit. Donc pour cela, je jure que je remercie Dieu, on prie Dieu pour qu'il y ait la paix dans ce pays pour qu'ils puissent continuer leur travail et aider la population, ils auront leurs récompenses le jour du jugement dernier* », (enquêtée, HPV+, mariée, 32 ans, employée de commerce). Précédemment cité comme le facteur principal de motivation, la gratuité du dépistage est mentionnée par les femmes comme un déterminant qui garantira la réussite du projet. Cette appréciation de l'efficacité de la gratuité est probablement liée au fait que la gratuité du dépistage intégrée dans la politique d'exemption de paiement des soins promue par le gouvernement depuis 2016 est restée beaucoup plus théorique, car dans les faits, les femmes sont amenées le plus souvent à supporter le coût des intrants au regard des fréquentes ruptures.

En plus de ces éléments d'efficacité du projet, des femmes interrogées émettent également une appréciation favorable à propos du fonctionnement des services de dépistage, surtout au niveau du CMU de Pogbi. Ce sont particulièrement la qualité de l'accueil et la jovialité de la sage-femme qui sont mentionnés. « (...) *et puis je peux dire qu'ils ont bien choisi les gens qui étaient là-bas, ils ont bien choisi surtout la femme qui était là-bas là, en tout cas elle était bonne (...), l'accueil était bon, et puis elle même personnellement c'est quelqu'un qui aime rire, elle aime rire, elle n'aime pas serrer sa mine là, ça c'est bon pour les malades, (...), Quand le mari aussi est venu poser ses questions, en tout cas, elle a bien répondu, elle a bien parlé et puis le mari*

aussi était content (...)», (enquêtée, HPV+, mariée, 37 ans, ménagère).

La qualité des interactions pendant les séances de dépistage du HPV au niveau du CMU a été mentionnée par les femmes. Mais cette appréciation reste différente d'une femme à une autre. En plus de ces facteurs d'efficacité du projet, un autre facteur évoqué en filigrane par les femmes interrogées est l'effet d'entraînement des séances de dépistage. Cela se traduit par les canaux d'accès à l'information du dépistage. L'information part parfois du réseau familial et se propage par les liens d'amitié : *« C'est ma grande sœur qui est partie se faire dépister, moi je ne savais pas, vu que je ne suis pas tout temps à la maison et c'est elle qui m'a donné l'information et que c'est gratuit. J'ai dit gratuit ! Et je suis allée informer d'autres, de bouche à oreille on était plus d'une dizaine à aller se faire dépister, uniquement des femmes de mon quartier (...)*», (enquêtée, HPV-, célibataire, 26 ans, coiffeuse). Aussi, du cercle familial, elle s'étant à l'ensemble du quartier, comme l'explique cette enquêtée. *« C'est la maman de mon mari qui est venue nous informer et je me suis levé le matin pour aller faire (...) pour les femmes de ce quartier, celles qui n'ont pas faire sont rares. Si une personne part faire elle vient dire à d'autre et elles aussi partent faire pour elles*», (enquêtée, HPV-, célibataire, 35 ans, commerçante). Également, l'information du dépistage se relaie dans le réseau professionnel, *« voilà ! Bon ! c'est une de nos collègues qui m'a dit, elle-même elle a fait pour elle. C'est elle qui m'a montré le lieu qu'elle est partie faire (...)*», (enquêtée, HPV-, mariée, 30 ans, archiviste d'État). Il est ressorti que de nombreuses femmes ont eu l'information du dépistage du cancer du col de l'utérus dans leur réseau social grâce à cet effet d'entraînement qui revêt parfois une dimension psychologique. *« Ce qui m'a vraiment motivé, c'est le fait que ma grande sœur est allée se faire dépister et ça m'a donné le courage (...), ma sœur a eu le courage d'aller se faire dépister et j'ai dit moi aussi je vais aussi le faire, c'est ça qui m'a encouragé, sinon que ça fait peur*», (enquêtée, HPV-, célibataire, 26 ans, coiffeuse).

Ainsi, si l'accès à l'information du dépistage du HPV est rendu possible par des femmes grâce à un effet d'entraînement au sein de leur réseau socioprofessionnel.

Cependant, de nombreuses autres femmes ont exprimé une insatisfaction du fait de la sélection effectuée concernant le choix des femmes au dépistage. C'est ce qu'explique une enquêtée venue au CMU de Samandin pour son dépistage. Elle explique que l'agent de santé lui aurait refusé le dépistage du fait de son âge « passé ».

« On m'a dit que je ne peux pas faire que mon âge est passé, alors que la maladie là attrape aussi les vieilles femmes. J'ai une voisine même que la maladie a attrapé et elle est morte. Elle a souffert comme ça et à la fin elle est morte. Donc vraiment, il faut qu'ils voient comment ils peuvent regarder tout le monde, avec les vieilles » (enquêtée, femme non dépistée, 58 ans). En plus de cette sélection explorée par les femmes âgées de plus de 55 ans, il est aussi ressorti que de nombres femmes de la tranche d'âge ciblée restent sans aucune information concernant cette opportunité de dépistage du HPV, ce qui pourrait porter un coup à la poursuite de cette activité. Pour remédier à cette situation, les acteurs interrogés, notamment les agents de santé et la population, ont formulé des propositions.

Les facteurs de continuité du service de dépistage du HPV

L'atteinte des objectifs du projet dépend des mesures mises en place pour assurer la continuité de l'offre de dépistage du HPV au profit des femmes. L'équipement et la multiplication des sites de dépistage effectués par les responsables du projet sont certes importants mais, selon les bénéficiaires, ne garantissent pas à eux seuls la réussite de l'intervention. En effet, le cancer du col de l'utérus reste une « nouvelle » pathologie dans le contexte social Burkinabé. Et comme toute pathologie, il comporte un déterminant certes biomédical mais aussi des composantes à la fois sociale, psychologique et communautaire importantes. Aussi, selon les personnes interrogées, en parallèle à la multiplication de l'offre du dépistage à travers les CSPS associés, l'engouement des femmes à cette offre de dépistage doit être suscitée davantage, cela au regard de la chute progressive de l'effectif de candidates au dépistage. Tous les acteurs s'accordent sur l'organisation d'une communication et sensibilisation sociale de masse avec une diversité de stratégies et de canaux de médiatisation. Le récit de cet agent de santé est illustratif : *« Au début là, c'était dix, douze mais maintenant ça ne dépasse plus deux ou trois par jour, je ne sais pas, c'est manque d'information ou bien par, bon ! si y a un problème c'est que c'est manque d'information parce que y a pas une publicité, même les médias publics ou privés pour dire que voilà on fait le HPV dans les centres, Samandin, Pogbi. Je pense que Médecins du Monde devait faire en tout cas même des publicités, et prendre certaines femmes en témoignage celles qui sont venues faire, particulièrement celles qu'on*

a trouvé le HPV dans leur col, quels sont les conseils qu'on leur a donnés, pour permettre à d'autres femmes qui sont ailleurs de venir faire le dépistage », (enquête, agent de santé, responsable). Cette assertion relative à la continuité du projet de dépistage reflète les propositions faites par la majorité des agents de santé.

Pour la communauté, au regard de « l'ignorance » de la maladie, l'élargissement de l'information par rapport au dépistage revêt un caractère primordial. « (...) il faut faire des meetings pour sensibiliser les femmes concernant la maladie parce que les gens ignorent la maladie et ça tue. Tu peux avoir ça sans savoir et tu marches dans l'ignorance. Mon souhait est que vous venez faire la sensibilisation même si c'est à l'hippodrome là, inviter les femmes elles vont venir et vous allez causer avec elles (...) Comme ça là, la sensibilisation là, ce n'est pas arrivée. Chez nous ici, quand tu échanges avec une femme, tu sens qu'elle n'est pas informée », (enquête, HPV-, célibataire, 28 ans, étudiante). Ces campagnes de sensibilisation doivent « ratisser large » pour atteindre les différentes couches sociales à l'intérieur de la ville. « En tout cas selon moi, y a des gens jusqu'à présent, y a des femmes qui savent pas que y a le cancer, parce que je peux dire que chez nous là-bas, moi je n'ai jamais vu une femme parler de ça même, Parce que quand tu parles de ça, ah, moi je n'ai jamais entendu parler de ça à part les sms qu'ils envoient et puis à la radio ou bien les pub à la télé, elles savent même pas, donc... [c'est de voir comment on peut étendre l'information quoi] Voilà ! Pour ces femmes-là, surtout dans les non lotis que nous sommes là, en tout cas ces femmes- là n'osent pas aller dans les centres pour faire des trucs donc il faut s'approcher d'eux pour... [leur expliquer ?] Voilà ! Sinon, ce n'est pas facile », (enquête, HPV+, mariée, 37 ans, ménagère).

Au Burkina Faso, le lit du cancer du col de l'utérus demeure le faible accès à l'information de la population. Afin de freiner l'accroissement de la vulnérabilité des femmes, les campagnes de sensibilisation publique sont présentées comme les moyens efficaces dont doivent s'approprier les responsables du projet pour susciter leur adhésion à ce projet de dépistage du HPV. « Là, ce rôle est dédié à Médecins du Monde (...) nous, nous n'avons pas les moyens pour faire ça, nous n'avons pas les moyens pour prendre des gens pour faire les publicités. C'est de bouche à oreille que les collègues donnent l'information à leur famille ou les femmes qui viennent faire et qui reviennent ici, maintenant si on veut que ça prenne une autre forme, il faut carrément que... », (enquête, agent de santé). Pendant ces campagnes, il semble important de livrer les

informations sur les services disponibles, notamment la gratuité du dépistage, la disponibilité des premiers soins et le référencement, et d'impliquer des femmes dépistées pour servir de modèles. « Ces femmes sont des femmes témoins qu'on peut prendre pour booster carrément l'activité du dépistage de cancer de col de l'utérus » expliquait l'agent de santé.

De plus, pour les agents de santé, la continuité de l'offre du dépistage est aussi soumise à la disponibilité des intrants. L'optimisme relatif à la continuité de l'activité de dépistage du HPV selon ces prestataires de soins est rattaché à la disponibilité des intrants. « Bon ! En tout cas si les intrants sont permanents nous sommes optimistes, si les intrants ne sont pas permanents, c'est pas même chose... », (enquête, agent de santé). Aussi soutiennent-ils que la survie du projet après l'intervention de Médecins du Monde reste rattachée à la fourniture desdits intrants. « [Sinon, si le projet se retire ?] Ah ! Qui va prendre les intrants en charge ? Si on peut élargir on remet ça à la gratuité des soins, n'y a pas de soucis, ça continue comme d'habitude. Maintenant les écouvillons tout ça là si le projet peut payer il n'y a pas de soucis, maintenant si y a n'en pas c'est un peu difficile », (enquête, agent de santé). Pour cet autre agent de santé, la poursuite du dépistage du HPV au retrait de Médecins du Monde ne sera plus effective. Pour lui, ce sera un retour à l'ancienne stratégie de dépistage. « Ah ! Si Médecins du Monde se retire aujourd'hui là, ce n'est même pas bon, nous on ne pourra pas faire le HPV en tout cas. Nous notre..., puisque le matériel est là, ça ils n'ont pas besoin de retirer leurs matériels. L'IVA on va toujours le faire, si y a des cas positifs on va toujours traiter » (enquête, agent de santé).

DISCUSSION

Cette recherche montre que le dépistage primaire par test HPV, selon la stratégie PARACAO, est faisable et relativement bien acceptée par les femmes et les soignants des deux centres de santé participants. En revanche l'approche « dépister et traiter » en une visite unique n'a pas été systématiquement mise en œuvre comme souhaitée initialement, au profit d'une approche en plusieurs visites. Malgré cette adaptation du protocole PARACAO, le nombre de dépistages journaliers était proche de celui attendu de 4 femmes/jour/centre. De même, la majorité des femmes (94,3 %) ont eu une séquence de dépistage complète incluant le traitement des lésions acidophiles lorsque cela était nécessaire. Il apparaît clairement, cependant, que la compréhension des résultats du test HPV et des recommandations de suivi ont un impact sur la complétude du dépistage.

Nos résultats nuancent les préconisations de l'OMS selon lesquelles les approches en visites multiples favorisent les perdus de vue. Cette discordance pourrait s'expliquer par la localisation urbaine des centres puisque la plupart des contraintes connues à l'accès aux services de santé (distance, travail rural, état des routes) ne s'appliquent pas dans ce contexte [28,29]. Une autre hypothèse serait liée à la stratégie de dépistage par test HPV elle-même. En effet, une barrière au dépistage, fréquemment relevée dans la littérature, est l'examen gynécologique et ce qu'il implique en termes de douleur et de pudeur [28,30,31]. Or dans PARACAO, l'auto-prélèvement supprime la réalisation d'un examen gynécologique lors de la première étape du dépistage. Cette levée de frein pourrait expliquer l'écart entre nos résultats et ceux retrouvés dans la littérature.

Nos analyses ont permis d'identifier des éléments cruciaux pour la complétude et la satisfaction associée au dépistage. Ainsi, la complétude du dépistage dépend de la compréhension que les femmes ont de leurs résultats ainsi que des recommandations (IVA nécessaire, traitement nécessaire, visite dans 5 ans) qui s'ensuivent. La qualité des informations délivrées lors d'une visite médicale est primordiale pour la participation au dépistage, l'adhérence au traitement ou des changements comportementaux en santé,

comme cela a été démontré dans d'autres maladies chroniques [32,33].

Le niveau de satisfaction des femmes lors du dépistage était d'autant plus élevé que le délai de rendu des résultats du test HPV était faible. Ceci suggère que l'organisation du dépistage au sein du centre de santé affecte la satisfaction. De plus, les femmes ayant des antécédents de dépistage par IVA sont plus satisfaites que les autres ; ce qui semble indiquer que l'innovation apportée par le test HPV, particulièrement en matière de choix d'auto-prélèvement, est perçue positivement par les femmes. Des études plus poussées, notamment qualitatives seront nécessaires pour explorer le contenu exact des informations et comment leur mode de transmission pourrait influencer la satisfaction et la participation (adhésion) des femmes.

L'ensemble des résultats montre l'importance de l'organisation des centres de santé dans le succès de la mise en œuvre de PARACAO. Ils soulèvent également la question de l'intégration de nouveaux services au sein de structures existantes. Les données de la littérature à ce sujet sont conflictuelles : certains y voient une opportunité d'amélioration des services offerts aux usagers [34], tandis que d'autres les considèrent comme des facteurs de perturbation des services existant [35]. Si des études ultérieures seront nécessaires pour mieux comprendre l'effet de l'intégration du dépistage par test HPV dans les services de santé primaire, nous fournissons ici des informations sur les composantes essentielles à la mise en œuvre d'un tel dépistage [36,37].

De façon générale, les différents acteurs chargés de la mise en œuvre concèdent à l'intervention toute sa pertinence du fait de son adéquation aux politiques et stratégies nationales de prévention contre cette pathologie. Aussi, ils ont reconnu son efficacité dans le renforcement de connaissances cliniques des professionnels de santé et dans l'équipement des formations sanitaires. Pour les femmes bénéficiaires, cette intervention a le mérite de considérer à la fois, leur besoin en matière d'offre de dépistage du cancer du col de l'utérus mais aussi leur condition de vulnérabilité socio-économique. C'est l'ensemble de

ces appréciations qui sont à la base de l'engouement des femmes autour du projet. Un engouement qui corrobore bien l'assertion de Olivier de Sardan J-B. et Ridde V., « *il faut noter aussi que, dans les projets pilotes de gratuité promus par des ONG du Nord, les hausses de fréquentation sont encore plus importantes* » [38] du fait de la garantie supplémentaire de qualité offerte aux usagers.

Ainsi, si par l'effectivité des innovations et réalisations du projet, les différents acteurs (les agents de santé et les femmes bénéficiaires), en fonction des interventions antérieures, plébiscitent cette stratégie de prévention du CCU, il convient de noter quelques insuffisances de mise en œuvre qui pourraient influencer à terme l'atteinte des objectifs escomptés du projet. En effet, la faible appropriation du projet par les agents de santé du fait du manque de motivation financière individuelle influence leur pratique en matière d'information et d'éducation des usagères de la maladie. Les répercussions directes de cette situation se font sentir sur le niveau de connaissance des femmes sur la maladie. Aussi, du fait de cette qualité limitée de *counseling*, la méthode innovante de l'auto-prélèvement reste encore peu connue et acceptée par de nombreuses femmes. Mais en tout état de cause, la continuité de ce projet d'offre de dépistage du CCU sera d'un apport capital à l'amélioration des conditions sanitaires des femmes voire des indicateurs de santé maternelle et infantile au Burkina Faso.

La principale limite de ce travail consiste en sa période de réalisation. En effet, les données ont été collectées lors du premier trimestre de mise en œuvre. Il est connu que de nombreux ajustements ont lieu au cours de cette période de démarrage. Ainsi, les données ne reflètent pas la dynamique actuelle du projet de dépistage. Toutefois, elles capturent les changements initiaux qui façonnent la suite de la mise en œuvre et permettent d'affiner la suite du programme.

De plus, les centres sont situés en milieu urbain dans une zone fortement peuplée (Ouagadougou). Les résultats ne sont donc pas généralisables à l'ensemble du Burkina Faso. Dans l'optique d'une mise en œuvre à grande échelle, il s'avèrera nécessaire de prendre en compte des difficultés spécifiques telles qu'une approche « *dépister et traiter* » et la nécessité des ressources humaines et logistiques pour l'utilisation de la plateforme Genexpert. De même, la faible proportion de non-complétude et d'insatisfaction retrouvées dans notre étude conduit à des intervalles de confiance élevés.

Au niveau des formations sanitaires, nous avons été confrontés au « regard » des agents de

santé tout au long de l'étude. Ceux-ci nous percevaient comme un contrôleur en peau de chercheur enquêtant sur leurs pratiques. De ce fait, au début des observations anthropologiques, un déploiement d'énergie avec « *artifice* » s'observait chez certains agents dans les explications apportées aux malades. Aussi, surtout au début de la recherche, ils ne manquaient de nous soumettre leurs soucis voire se plaindre auprès de nous en cas de rupture de consommables. Les explications apportées et surtout les échanges avec les superviseurs MdM ont permis à certains de réaliser la différence entre le projet et la recherche menée. De plus, il faut noter que certains agents de santé ont marqué une réticence voire un refus face à notre demande d'entretien. Évoquant les questions de positionnement administratif, ils nous renvoyaient toujours vers leurs supérieurs hiérarchiques.

En outre, il faut noter que dans le contexte actuel du Burkina Faso marqué par une certaine montée de l'insécurité, il s'installe aussi progressivement un certain climat de méfiance. Ainsi, pendant la phase des entretiens individuels avec les femmes, malgré les appels téléphoniques de présentation et de rappel du contexte de l'étude, des femmes restaient toujours dubitatives face à notre demande d'entretien. Certaines, les plus coopératives, déjà au téléphone, nous soumettaient des difficultés pour nous recevoir chez elles du fait des inquiétudes posées par leurs conjoints. C'est plus la peur d'être une source d'information nuisible qui ressort des explications avancées. Dans le cas des femmes qui ont été peu coopératives, après avoir pris le soin de recueillir leurs approbations, nous avons effectué le déplacement et sommes arrivés au quartier indiqué, celles-ci devenaient injoignables au téléphone. Après une ou deux journées, quand nous arrivions à les joindre, aucun argument ne ressortait fondamentalement. Notons qu'à ces femmes, le choix était accordé de désigner un endroit public pour l'entretien. Cela a été le cas avec plusieurs couples interrogés. Dans certains cas, l'entretien a pu se faire avec seulement la femme et dans d'autre, il n'a pu se faire avec aucun membre du couple. Signalons que pendant les entretiens avec les femmes, une indemnité de compensation des frais de déplacement de 2 000 FCFA était accordée à chaque interlocutrice, ce qui n'a pas été le cas avec les conjoints des femmes. Dans certains cas, nous avons senti de la déception dans les salutations d'au revoir tenues par certains conjoints, surtout dans le cas des conjoints qui sont dans des situations de vulnérabilité (sans emploi, retraité, etc.)

Aussi, cette recherche n'incluait pas d'indicateurs de qualité concernant les IVA réalisées. Or des études ont démontré que le dépistage par test HPV n'est performant que si l'IVA de triage qui le suit est elle-même performante [39]. Au cours de notre étude, seulement 4.4 % des femmes HPV positives (3 femmes) ont été traitées, ce qui est bien inférieur aux taux de 10 à 35 % habituellement retrouvés dans la littérature [40,41]. Dans ce contexte, évaluer la qualité des IVA, développer et intégrer des indicateurs de qualité spécifiques, comme cela a été fait au Cameroun [37] permettrait d'améliorer la prise en charge et le suivi des femmes. Ainsi, le devenir des femmes référées auprès de cliniques extérieures n'a pas été renseigné dans notre étude. L'existence de critères spécifiques permettant de suivre aussi bien les femmes prises en charge au centre de santé qu'en dehors.

Enfin, il faut noter qu'avec les acteurs chargés de la coordination du projet au niveau de l'équipe de MdM, la fluidité dans la communication a connu des difficultés lors de la collecte de données. L'équipe de MdM reprochait à l'équipe de recherche d'avoir communiqué des informations sur le déroulement du projet, ce qui aurait provoqué un retour « violent » de leurs supérieurs hiérarchiques. Pour eux, ces éléments auraient pu être abordés à « l'interne » afin que des dispositions soient prises pour améliorer les potentielles insuffisances. De ce fait, s'est installé un certain « filtre » des informations communiquées pendant la collecte de données, arguant le fait qu'ils ne savent pas comment celles-ci pourraient se retourner contre eux. Les démarches de diversification des sources d'information dans une dynamique de triangulation concernant les informations collectées étaient abordées par l'équipe de MdM avec précaution. Comme dans une « interrogation policière » pour emprunter les mots d'un responsable, les commentaires étaient limités pendant les entretiens. Certaines questions sur des sujets spécifiques étaient jugées trop « pointues » et abordées avec réserve. On ne veut pas donner trop de détails « dans le dos » des responsables. Cette collecte de données, abordée sous forme de « pourparlers » [26] est révélatrice de la complexité des recherches opérationnelles. Elle révèle aussi la « sensibilité » des résultats à mi-parcours de la recherche et la nécessité de les utiliser avec davantage de tact pour améliorer les potentielles insuffisances constatées, afin de ne pas « fermer » le terrain aux chercheurs.

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, s'appuyant sur les performances et les contraintes constatées du projet sur le terrain ainsi que d'un atelier de restitution d'expériences constitué d'un panel diversifié d'intervenants impliqués dans le projet, les recommandations suivantes sont énoncées :

LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET ORGANISMES PARTENAIRES

- Organiser des ateliers de renforcement de capacité des agents de santé en charge du dépistage concernant les messages clés à livrer aux femmes pendant les séances de *counseling* avant et après le dépistage (différence entre HPV positif et cancer), les modalités de prélèvement dont l'auto-prélèvement, les résultats, les recommandations de suivi, le respect de l'intimité et le ressenti des femmes lors des procédures médicales.
- Impliquer les OSC pour avoir des retours d'expériences.
- Développer un dialogue entre OSC, patientes et professionnels afin de définir des critères de qualité du dépistage.
- Vérifier le niveau de préparation des centres de santé et adapter les conditions de mise en place d'un dispositif de dépistage en prévoyant une clarification des fiches de poste, la mise en place d'un système de motivation des agents de santé, et d'un système de coordination et de contrôle qualité des IVA.
- Adapter les services des structures de santé pour les usagers, chercher à améliorer leur accueil, à renforcer la communication dans les structures de soin, initier un travail sur la qualité des interactions soignant-e-patient-e-s.
- Améliorer l'accessibilité des services en respectant les horaires communiqués à la population pour accéder au dépistage et aux résultats, en cherchant à minimiser l'attente des résultats du test HPV et en finançant/aidant les individus pour le coût du transport.

LA POLITIQUE PUBLIQUE

- Intégrer le dépistage HPV dans une approche globale de Santé de Sexuelle et Reproductive (SSR) : élargir la sélection des bénéficiaires du dépistage par l'inclusion des femmes âgées de plus de 55 ans à qui il pourrait être proposée une IVA, favoriser l'offre de soins de proximité, renforcer la prise en charge des cas de cancer avérés.
- Mettre en place des conditions matérielles permettant la réalisation des dépistages, notamment résoudre les difficultés liées à la fourniture des intrants dans les laboratoires et dans les salles de dépistage, augmenter les ressources humaines qualifiées au sein des centres de santé, renforcer la capacité matérielle et humaine des laboratoires pour absorber le potentiel afflux des prélèvements.
- Renforcer la communication autour du dépistage et du CCU, en organisant des spots télévisuels et radiophoniques d'incitation des femmes au dépistage avec un *focus* sur la gratuité et les possibilités de prise en charge des lésions précoces.
- Inscrire la question du CCU au cursus du collège et lycée pour sensibiliser la population, ainsi que dans les cursus des écoles de formation en santé.
- Augmenter le niveau d'implication des leaders d'opinion et augmenter l'implication des hommes.
- Informatisation de la collecte de données primaires dans les centres de santé, développer plus de plateformes e-santé qui permettraient de renforcer le suivi des patientes.

LE PROJET - L'ORGANISATION

- Organiser des activités de sensibilisation publique et d'animation théâtrale (niveau des espaces d'attroupement de femmes, notamment les marchés, les maquis et les espaces stratégiques des quartiers) sur les idées fausses véhiculées autour de la maladie afin d'améliorer les connaissances populaires et favoriser davantage le recours au dépistage.
- Sensibiliser la population sur la différence entre HPV+ et le cancer par des référents locaux (*bāaga bila* = graine de la maladie = virus; en opposition au *bāaga* = maladie). Se servir de l'exemple du paludisme assez bien connu des femmes.
- Mener des campagnes de plaidoyer auprès des acteurs du système sanitaire national pour la prise en charge du dépistage dans une approche globale SSR, pour que le projet soit intégré dans des campagnes nationales, pour l'approvisionnement et la disponibilité en intrants, et pour des ressources financières pour la prise en charge des cancers avérés et des soins palliatifs.
- Mener des campagnes de plaidoyer auprès de la société civile pour la mise en place d'un comité nationale de lutte contre le cancer.
- Produire des outils pour faciliter la communication à la population à propos de la maladie et du dépistage, dans différentes langues et à différents niveaux d'accessibilité. Nécessité d'avoir des supports imagés pour faciliter l'explication/compréhension de la maladie.
- Intégrer des outils de collecte qui seront réadaptables par la suite si nécessaire et utiliser le ministère de la santé comme moyen de diffusion, en utilisant ses canaux.
- Encourager la participation des femmes de la communauté dans la diffusion des messages et d'informations concernant le dépistage, en particulier celles ayant déjà bénéficié du dispositif.
- Identifier dans la communauté des leaders capables de porter les messages, les former et les outiller afin de porter des messages au sein de la communauté.
- Effectuer un travail pour sensibiliser la communauté à propos du CCU. Expliquer la durée des procédures et les facteurs pouvant retarder les différentes étapes pour améliorer le suivi. Les relais communautaires peuvent aider à la recherche/suivi des perdues de vues et conduire une sensibilisation pour réduire l'impact des rumeurs.

LA RECHERCHE

- Renforcer la recherche sur les « perdues de vue », se concentrer davantage pour trouver des solutions.
- Mener des recherches sur les pistes qui ont pu émerger du projet : études sur le suivi des patientes prises en charge, études approfondies sur la qualité de l'intervention lors de la prise en charge, investiguer les sources de motivation des agents et leur ressenti par rapport à leur métier et leurs conditions de travail, approfondir l'impact que peut avoir le type de prélèvement proposé sur la complétude et la satisfaction des femmes.
- Mesurer à nouveau la satisfaction des femmes, car l'étude a été réalisée au début du projet.

CONCLUSION

Ce projet de recherche mixte sur le dépistage du cancer du col de l'utérus assuré par Médecins du Monde à Ouagadougou, permet d'avoir un aperçu général sur cette intervention d'offre du dépistage. Débuté en novembre 2018 par la mobilisation de la logistique, le projet a été officiellement lancé le 25 juin 2019 au CMU de Samandin et est prévu pour une période de quatre ans.

L'ensemble des résultats montrent que la mise en œuvre du dépistage par test HPV dans des structures de santé primaires est réalisable en favorisant une approche à multiple visites. Si ces résultats sont confirmés par d'autres études, cela suggérerait que l'approche « dépister et traiter », au moins dans les zones urbaines, ne devrait pas être l'ultime critère de réussite du dépistage.

Il apparaît également que l'intégration du test HPV via des changements de structure, des formations et une supervision régulière des soignants, n'est pas l'élément le plus complexe à mettre en œuvre. En revanche, l'organisation de l'activité au sein des centres, la qualité des informations dispensées par les agents de santé et l'existence réelle d'un choix pour les femmes sur la façon de faire le prélèvement, restent les principaux obstacles à surpasser.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. mai 2021;71(3):209-49.
- [2] IARC. Globocan 2020 - Fact sheet Burkina Faso.
- [3] Ajenifuja KO, Gage JC, Adepiti AC, Wentzensen N, Eklund C, Reilly M, et al. A Population-Based Study of Visual Inspection With Acetic Acid (VIA) for Cervical Screening in Rural Nigeria. *Int J Gynecol Cancer*. mars 2013;23(3):507-12.
- [4] Jeronimo J, Bansil P, Lim J, Peck R, Paul P, Amador JJ, et al. ATL. *Int J Gynecol Cancer*. mars 2014;24(3):576-85.
- [5] Sankaranarayanan R, Nene BM, Shastri SS, Jayant K, Muwonge R, Budukh AM, et al. HPV screening for cervical cancer in rural India. *N Engl J Med*. 2 avr 2009;360(14):1385-94.
- [6] Denny L, Kuhn L, Hu CC, Tsai WY, Wright TC. Human Papillomavirus-Based Cervical Cancer Prevention: Long-term Results of a Randomized Screening Trial. *JNCI J Natl Cancer Inst*. 20 oct 2010;102(20):1557-67.
- [7] BurkinaFaso_2013_STEPS_Report.pdf [Internet]. [cité 12 juin 2020]. Disponible sur https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/BurkinaFaso_2013_STEPS_Report.pdf.
- [8] STEPS Report Burkina Faso [Internet]. WHO; 2013 [cité 12 juin 2020]. Disponible sur https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/BurkinaFaso_2013_STEPS_Report.pdf.
- [9] IARC. Globocan 2020 - Fact sheet Africa.
- [10] Vaccarella S, Lortet-Tieulent J, Plummer M, Franceschi S, Bray F. Worldwide trends in cervical cancer incidence: impact of screening against changes in disease risk factors. *Eur J Cancer Oxf Engl*. 1990. oct 2013;49(15):3262-73.
- [11] WHO | Planning and implementing cervical cancer prevention and control programs [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 9 juin 2020]. Disponible sur <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/ag2126/en>.
- [12] Goldie SJ, Kuhn L, Denny L, Pollack A, Wright TC. Policy Analysis of Cervical Cancer Screening Strategies in Low-Resource Settings: Clinical Benefits and Cost-effectiveness. *JAMA*. 27 juin 2001;285(24):3107.
- [13] Équipe PARACAO. Étude socio-anthropologique des facteurs influençant l'accès à la prévention et aux soins du cancer du col de l'utérus à Ouagadougou, Burkina Faso. Rapport de recherche, Ceped, Médecins du Monde; 2019.
- [14] Mensah K, Kaboré C, Zeba S, Bouchon M, Duchesne V, Pourette D, et al. Implementation of HPV-based screening in Burkina Faso: lessons learned from the PARACAO hybrid-effectiveness study. *BMC Womens Health*. déc 2021;21(1):251.
- [15] Curran GM, Bauer M, Mittman B, Pyne JM, Stetler C. Effectiveness-implementation Hybrid Designs: Combining Elements of Clinical Effectiveness and Implementation Research to Enhance Public Health Impact. *Med Care*. mars 2012;50(3):217-26.
- [16] World Health Organization, éditeur. WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. Geneva: World Health Organization; 2013. 40 p.
- [17] Ministère de la santé, DGESS. annuaire statistique. 2017.
- [18] CMU de Pogbi. Rapport de plan d'action. 2019.
- [19] Howe LD, Hargreaves JR, Huttly SR. Issues in the construction of wealth indices for the measurement of socio-economic position in low-income countries. *Emerg Themes Epidemiol* [Internet]. déc 2008 [cité 9 avr 2020];5(1). Disponible sur <https://ete-online.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-7622-5-3>.
- [20] Diviani N, Schulz PJ. What should laypersons know about cancer? Towards an operational definition of cancer literacy. *Patient Educ Couns*. déc 2011;85(3):487-92.
- [21] Morris NS, Field TS, Wagner JL, Cutrona SL, Roblin DW, Gaglio B, et al. The Association Between Health Literacy and Cancer-Related Attitudes, Behaviors, and Knowledge. *J Health Commun*. déc 2013;18(Suppl 1):223-41.
- [22] Williams KP, Templin TN. Bringing the Real World to Psychometric Evaluation of Cervical Cancer Literacy Assessments with Black, Latina, and Arab Women in Real-World Settings. *J Cancer Educ*. déc 2013;28(4):738-43.

- [23] Talley CH, Williams KP. Impact of Age and Comorbidity on Cervical and Breast Cancer Literacy of African Americans, Latina, and Arab Women. *Nurs Clin North Am.* sept 2015;50(3):545-63.
- [24] Rivera-Vasquez O, Mabiso A, Hammad A, Williams KP. A Community-Based Approach to Translating and Testing Cancer Literacy Assessment Tools. *J Cancer Educ.* oct 2009;24(4):319-25.
- [25] Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ.* 19 mars 2015;350(mar19 6):h1258-h1258.
- [26] Derbez B. Négocier un terrain hospitalier: Un moment critique de la recherche en anthropologie médicale. *Genèses.* 25 mai 2010;no 78(1):105-20.
- [27] Principes éthiques applicables aux recherches médicales sur des sujets humains. *Laennec.* 2002;50(1):38.
- [28] Binka C, Nyarko SH, Awusabo-Asare K, Doku DT. Barriers to the Uptake of Cervical Cancer Screening and Treatment among Rural Women in Ghana. *BioMed Res Int.* 3 nov 2019;2019:1-8.
- [29] Syed ST, Gerber BS, Sharp LK. Traveling Towards Disease: Transportation Barriers to Health Care Access. *J Community Health.* oct 2013;38(5):976-93.
- [30] Compaore S, Ouedraogo CMR, Koanda S, Haynatzki G, Chamberlain RM, Soliman AS. Barriers to Cervical Cancer Screening in Burkina Faso: Needs for Patient and Professional Education. *J Cancer Educ Off J Am Assoc Cancer Educ.* déc 2016;31(4):760-6.
- [31] Devarapalli P, Labani S, Nagarjuna N, Panchal P, Asthana S. Barriers affecting uptake of cervical cancer screening in low and middle income countries: A systematic review. *Indian J Cancer.* 2018;55(4):318.
- [32] Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Tobacco Addiction Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 31 mars 2017 [cité 6 août 2020]; Disponible sur <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001292.pub3>.
- [33] Fonner VA, Denison J, Kennedy CE, O'Reilly K, Sweat M. Voluntary counseling and testing (VCT) for changing HIV-related risk behavior in developing countries. *Cochrane HIV/AIDS Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 12 sept 2012 [cité 7 août 2020]; Disponible sur <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001224.pub4>.
- [34] Church K, Warren CE, Birdthistle I, Ploubidis GB, Tomlin K, Zhou W, et al. Impact of Integrated Services on HIV Testing: A Nonrandomized Trial among Kenyan Family Planning Clients: Impact of Integrated Services on HIV Testing. *Stud Fam Plann.* juin 2017;48(2):201-18.
- [35] Dudley L, Garner P. Strategies for integrating primary health services in low- and middle-income countries at the point of delivery. *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 6 juill 2011 [cité 19 juin 2020]; Disponible sur <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003318.pub3>.
- [36] Topp SM, Abimbola S, Joshi R, Negin J. How to assess and prepare health systems in low- and middle-income countries for integration of services—a systematic review. *Health Policy Plan.* 1 mars 2018;33(2):298-312.
- [37] Levy J, Preux M, Kenfack B, Sormani J, Catarino R, Tincho EF, et al. Implementing the 3T approach for cervical cancer screening in Cameroon: Preliminary results on program performance. *Cancer Med [Internet].* 5 août 2020 [cité 16 sept 2020]; Disponible sur <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cam4.3355>.
- [38] Olivier de Sardan JP, Ridde V. L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger: Les contradictions des politiques publiques. *Afr Contemp.* 9 janv 2013; n° 243(3):11-32.
- [39] Umulisa MC, Franceschi S, Baussano I, Tenet V, Uwimbabazi M, Rugwizangoga B, et al. Evaluation of human-papillomavirus testing and visual inspection for cervical cancer screening in Rwanda. *BMC Womens Health [Internet].* déc 2018 [cité 12 juin 2020];18(1). Disponible sur <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-018-0549-5>.
- [40] Jeronimo J, Morales O, Horna J, Pariona J, Manrique J, Rubiños J, et al. Visual inspection with acetic acid for cervical cancer screening outside of low-resource settings. *Rev Panam Salud Pública [Internet].* janv 2005 [cité 5 oct 2020];17(1). Disponible sur http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000100001&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
- [41] Catarino R, Vassilakos P, Tebeu PM, Schäfer S, Bongoe A, Petignat P. Risk factors associated with human papillomavirus prevalence and cervical neoplasia among Cameroonian women. *Cancer Epidemiol.* févr 2016;40:60-6.

ANNEXES

LISTE DES PERSONNELS ADMINISTRATIFS

Enquêté	Titre	Structure
Enquêté n° 1	Responsable	Médecins du Monde
Enquêté n° 2	Responsable	Médecins du Monde
Enquêté n° 3	Responsable	CMU de Samandin
Enquêté n° 4	Responsable	CMU de Samandin
Enquêté n° 5	Responsable	CMU de Samandin
Enquêté n° 6	Responsable	CMU de Samandin
Enquêté n° 7	Responsable	CMU de Pogbi
Enquêté n° 8	Responsable	CMU de Pogbi
Enquêté n° 9	Responsable	CMU de Pogbi
Enquêté n° 10	Responsable	Direction générale de l'offre de soin

LISTE DES FEMMES ENQUÊTÉES

Enquêtée	Conjoint	Statut HPV	Âge	Niveau études	Profession	Situation matrimoniale	Nbre enfants	Langue entretien
Enquêtée n° 1	Enquêté n° 1	IVA-	37	BEPC	Ménagère	Mariée	2	Mooré
Enquêtée n° 2	Enquêté n° 2	IVA-	40	Primaire	ménagère Coiffeuse	Mariée	2	Mooré
Enquêtée n° 3	Enquêté n° 3	IVA-	24	3 ^e	Ménagère élève	Concubinage	1	Mooré
Enquêtée n° 4	Enquêté n° 4	IVA-	35	Non scolarisée	Commerçante	Mariée	3	Mooré
Enquêtée n° 5	Enquêté n° 5	IVA + traitée	32	5 ^e	Employée de commerce	Mariée	4	Mooré
Enquêtée n° 6	Enquêté n° 6	HPV-	31	6 ^e	Tisserande ménagère	Mariée	4	Mooré
Enquêtée n° 7	Enquêté n° 7	HPV-	36	5 ^e	Restauratrice	Mariée	1	Français
Enquêtée n° 8	Enquêté n° 8	IVA-	39	Non scolarisée	Ménagère	Mariée- Polygame	4	Mooré
Enquêtée n° 9	Enquêté n° 9	IVA-	31	Primaire	Ménagère	Mariée	4	Mooré
Enquêtée n° 10	Enquêté n° 10	HPV-	33	Primaire	Ménagère	Mariée	5	Mooré
Enquêtée n° 11	Célibataire	IVA-	28	BEPC	Étudiante auxiliaire de pharmacie	Célibataire	0	Mooré
Enquêtée n° 12	Conjoint non consentant	IVA-	35	Franco-arabe	Ménagère commerçante	Mariée	4	Mooré
Enquêtée n° 13	Conjoint en province	HPV-	30	BAC	Archiviste	Mariée	2	Français
Enquêtée n° 14	Conjoint au Mali	HPV-	30	Non scolarisé	Tisserande	Mariée	3	Mooré
Enquêtée n° 15	Célibataire	HPV-	26	Primaire	Coiffeuse	Célibataire	1	Mooré
Enquêtée n° 16	Célibataire	HPV-	41	3 ^e	Employée de commerce	Célibataire	1	Mooré
Enquêtée n° 17	Célibataire	IVA-	31	Université	Etudiante	Célibataire	0	Français
Enquêtée n° 18	Divorcée	HPV-	45	3 ^e	Secrétaire	Divorcée	1	Mooré
Enquêtée n° 19	Divorcée	IVA-	42	Primaire	Cuisinière	Divorcée	3	Français
Enquêtée n° 20	Conjoint non consentant	IVA + traitée	35	Université	Archiviste	Mariée	1	Français

LISTE DES HOMMES INTERROGÉS

Enquêté	Conjointe	Âge	Niveau d'études	Profession	Situation matrimoniale	Nbre enfants	Langue entretien
Enquêté n° 1	Enquêtée n° 1	42	Primaire	Ouvrier	Marié	2	Mooré
Enquêté n° 2	Enquêtée n° 2	47	3è	Vigile	Marié	2	Mooré
Enquêté n° 3	Enquêtée n° 3	27	BEPC	Chauffeur	Concubinage	1	Dioula
Enquêté n° 4	Enquêtée n° 4	39	Primaire	Employé de commerce	Marié	3	Mooré
Enquêté n° 5	Enquêtée n° 5	35	Primaire	Chauffeur	Marié	2	Mooré
Enquêté n° 6	Enquêtée n° 6	50	BEPC	Commerce	Marié	5	Mooré
Enquêté n° 7	Enquêtée n° 7	43	Secondaire	Couturier	Marié	1	Français
Enquêté n° 8	Enquêtée n° 8	72	Non scolarisé	Retraité	Marié-polygame	11	Mooré
Enquêté n° 9	Enquêtée n° 9	42	Primaire	Chauffeur	Marié	5	Mooré
Enquêté n° 10	Enquêtée n° 10	46	3 ^e	Commerce	Marié	5	Français
Enquêté n° 11	Femme non dépistée	42	5 ^e	Parkeur	Marié	3	Mooré
Enquêté n° 12	Femme non dépistée	41	Licence	Enseignant	Marié	1	Français
Enquêté n° 13	Femme non dépistée	36	Licence	Psychologue conseiller conjugal	Marié	2	Français
Enquêté n° 14	Femme non dépistée	29	BEPC	Instituteur	Marié	1	Français
Enquêté n° 15	Femme non dépistée	41	Non scolarisé	Couturier	Marié	1	Dioula
Enquêté n° 16	Femme non dépistée	43	Secondaire	Animateur	Marié	2	Français
Enquêté n° 17	Femme non dépistée	33	Licence	Enseignant	Marié	1	Français
Enquêté n° 18	Femme non dépistée	39	Terminale	Commerce	Marié	1	Français
Enquêté n° 19	Femme non dépistée	47	Non scolarisé	Commerce	Marié polygame	10	Dioula
Enquêté n° 20	Femme non dépistée	41	BEPC	Technicien du froid	Marié	2	Français

INDICATEURS DE PERFORMANCE DES CMU

Indicateur	CMU	Moyenne	Cible/Norme
Taux de nouveau dépistage (Nombre nouvelle dépistées/Total dépistées x 100)	-	-	Supérieur à 70 %
Taux de prévalence du HPV (Nombre de femmes avec HPV+/Total dépistées x 100)	-	-	5 % - 25 %
% de traitement par thermo-Coagulation	-	-	90 %
Taux d'acceptation de l'auto-prélèvement	-	-	ND
% de femmes perdues de vue HPV	-	-	20 %
% de femmes perdues de vue IVA	-	-	10 %
Taux de prévalence de l'approche « screen, triage et traitement » au CMU	-	-	80 %

GRILLES D'ENTRETIEN

Guide d'entretien avec les femmes

Date
Lieu
Âge
Éducation (niveau d'étude ou diplôme)
Emploi
Situation matrimoniale
Nombre d'enfants
Contact
ID étude

1. Généralités au sujet de la santé sexuelle et recours au centre de santé

Pouvez-vous me parler un peu de vous ?

— Que faites-vous dans la vie ? Comment occupez-vous vos journées ? avez-vous des enfants ? *Connaissez-vous des maladies qui ne touchent que les femmes ?*

— Quelles sont-elles ? quelle partie du corps concernent-elles ?

— Que faut-il faire pour les soigner ? Que faut-il faire pour les éviter ?

Comment soignez-vous les maladies de femmes ?

— À qui demandez-vous conseil ? Qui allez-vous voir ? *Si évoque les tradipraticiens*, pour quel type de problèmes ? *Si non*, pourquoi ? qui allez-vous voir dans ce cas ?

— Si elle indique le centre de santé comme référence :

Comment cela s'est-il passé la dernière fois que vous êtes allée voir la sage-femme ?

— Pour quelle raison y êtes-vous allée ?

— Est-ce que vous vous sentez plus à l'aise avec certains praticiens ? Si oui, lesquels ? Sage-femmes ? Médecins ? Infirmiers ? Étudiants ?

— Qu'est-ce qui vous dérange quand vous y allez ? Le comportement des soignants avec-vous est-il agréable ? L'attente ?

Si autre que le centre de santé, pourquoi allez-vous dans cette structure ?

2. Vécu du dépistage et de la séquence de prise en charge

Avant ce dépistage, aviez-vous déjà entendu parler du dépistage ?

— Si oui, comment ? Par qui ? À quelle occasion ? *Qu'est-ce qui vous a motivé à faire le dépistage du cancer du col de l'utérus ?*

— Avez-vous décidé par vous-même de faire ce dépistage ? *Si oui*, pourquoi ? *Si non*, qui vous l'a

proposé ? Avec qui en avez-vous parlé ? Pourquoi avez-vous accepté ?

Pouvez-vous me raconter comment s'est passé le dépistage/test du cancer du col que vous avez eu au centre X ?

— Comment avez-vous été accueillie ? Qu'est-ce que les soignants vous ont dit ? Quelles explications vous ont-ils données ?

— Quelle technique avez-vous faite (auto-prélèvement ? prélèvement par les soignants ?) ? Pourquoi ?

— *Si choix du prélèvement* : qu'avez-vous pensé de la méthode de dépistage ?

— *Si choix de l'auto-prélèvement* : qu'est-ce que vous avez pensé de cette méthode ?

— Est-ce que vous aviez déjà fait un dépistage du cancer du col avant ? *Si oui*, comment s'était passé l'autre dépistage ? Quelles différences avez-vous vu avec la technique actuelle ? Laquelle vous convient le mieux ?

— Est-ce qu'il y a des éléments qui vont ont dérangé pendant le dépistage ? *Si oui*, lesquels ?

Comment avez-vous vécu l'attente du résultat ? Au bout de combien de temps avez-vous eu le résultat ? Comment s'est passé l'annonce du résultat de votre dépistage ?

— Avez-vous eu votre résultat de test de dépistage ? *Si oui*, comment (lors d'une consultation ? par téléphone ? autrement ?) ? Qui vous a donné le résultat ? Pouvez-vous me dire ce que l'on vous a expliqué à ce moment ? *Si non*, est-ce que vous savez pourquoi ?

Maintenant que vous avez eu votre résultat, quelle est la suite ?

— *Si a eu son résultat et que celui-ci est négatif ou absence de résultat* : savez-vous comment se passe le dépistage après ? Est-ce qu'il est nécessaire de refaire le test ? *Si oui*, dans combien de temps ?

— *Si résultat positif* : êtes-vous allée à la consultation après le résultat ? *Si non*, pourquoi ?

— Est-ce que vous prévoyez de le faire ? Dans combien de temps ? Qu'est-ce qui vous motiverait à aller à la consultation ?

— *Si oui*, est-ce que vous êtes allée accompagner par quelqu'un à cette consultation ? A qui en avez-vous parlé ? Comment s'est passé la consultation ? Qu'est-ce qui vous a été expliqué ? Est-ce que vous avez reçu un traitement avec une sonde (thermo-ablation) ? *Si oui*, que vous a dit la sage-femme avant de faire le traitement ? Après ? Est-ce que les explications étaient claires ? Si vous aviez pu, est-ce que vous auriez refusé le traitement ? Pourquoi ? À quoi sert ce traitement ?

— *Si non*, pourquoi ? Est-ce parce que tout était normal ? Est-ce parce que vous ne pouviez pas

faire le traitement (contre-indication, refus, référencement, demande de report pour raison financière ou autre)? A qui en avez-vous parlé?

— *Si refus traitement*, pouvez-vous m'expliquer les raisons de votre refus? Est-ce que vous allez faire le traitement? Si oui, savez-vous déjà quand? A qui en avez-vous parlé?

— *Si référencement*, que vous ont expliqué les sages-femmes? Qu'est-ce que cela représente pour vous? Avez-vous déjà prévu d'aller à la clinique/hôpital où vous allez être référée? *Si rdv prévu*, quand? Serez-vous accompagnée et par qui? *Si pas de RDV pris ou pas prévu de poursuivre la prise en charge*, pour quelles raisons?

— À qui en avez-vous parlé?

Globalement, que pensez-vous de ce dépistage?

— Quelles sont les éléments que vous avez trouvés bien? Ceux que vous n'avez pas aimés?

— Qu'est-ce que vous voudriez changer pour la prochaine fois que vous faites un dépistage comme celui-ci? ou : Comment pourrait-on améliorer le dépistage à votre avis?

Si est en couple ou mariée: par rapport à votre situation de couple, quel a été la place de votre conjoint dans ce processus?

— Avez-vous discuté du dépistage avec lui? *Si oui*, qu'en a-t-il pensé? *Si non*, pourquoi? Pensez-vous en parler avec lui à un moment?

Pour les femmes qui ont eu un traitement: que pense votre conjoint du traitement que vous avez reçu?

— Votre conjoint a-t-il été présent pour la consultation gynécologique? L'avez-vous informé? *Si oui*, quelle a été sa réaction? Y a-t'il eu un changement dans votre relation? *Si non*, qu'est-ce qui vous en a empêché? Pensez-vous lui en parler à un moment?

Pour les femmes qui ont été référées: que pense votre conjoint de la suite?

— Avez-vous informé votre conjoint? Que lui avez-vous dit? *Si non*, pour quelles raisons?

— Votre conjoint a-t-il été présent pour la consultation à l'hôpital? L'avez-vous informé? *Si oui*, quelle a été sa réaction? *Si non*, qu'est-ce qui vous en a empêché? Pensez-vous lui en parler à un moment?

— Quel a été l'impact du diagnostic sur votre couple? (Est-ce que ce diagnostic a été un problème dans votre couple?)

Est-ce que vous recommanderiez le dépistage du cancer du col aux femmes autour de vous?

— Avez-vous été satisfaite de la façon dont le dépistage s'est déroulé?

Que faudrait-il faire pour motiver les femmes à se dépister pour le cancer du col selon vous?

3. Connaissances et perceptions au sujet du cancer du col

Pouvez-vous me dire ce que vous savez sur l'utérus et le cancer du col de l'utérus?

— Avez-vous déjà entendu parler du CCU? (*Si oui*) C'était où, avec qui et à quelle occasion? Quelles informations vous ont été données?

— Qu'est-ce qui provoque le CCU (un virus, un mauvais sort, etc.)?

— Quand on vous parle du CCU, qu'est-ce que vous ressentez?

— Que pensez-vous de cette maladie? Connaissez-vous des femmes qui en sont atteintes? (*Si oui*) Quelles sont vos relations avec elles? Comment réagiriez-vous si vous appreniez que vous aviez cette maladie?

— Y a-t-il des femmes qui ont plus de risques d'avoir le CCU? Si oui, lesquelles? Pourquoi?

— Y a-t-il un âge à partir duquel le cancer du col de l'utérus n'est plus un problème? Ou cela concerne-t-il toutes les femmes?

— Savez-vous si c'est une maladie qu'on peut soigner? (*Si oui*) Comment faut-il s'y prendre? Où faut-il aller? (*Si non*) Pourquoi?

Guide d'entretien avec les conjoints des femmes dépistées

Date

Lieu

Age

Éducation (niveau d'étude ou diplôme)

Emploi

Situation matrimoniale

Nombre d'enfants

Contact

1. Connaissances et perceptions au sujet du cancer du col

Connaissez-vous des maladies qui ne touchent que les femmes?

— Quelles sont-elles? quelle partie du corps concernent-elles?

— Que faut-il faire pour les soigner? Que faut-il faire pour les éviter?

Pouvez-vous me dire ce que vous savez sur l'utérus et le cancer du col de l'utérus?

— Avez-vous déjà entendu parler du CCU? (*Si oui*) C'était où, avec qui et à quelle occasion? Quelles informations vous ont été données?

— Qu'est-ce qui provoque le CCU (un virus, un mauvais sort, etc.)?

- Quand on vous parle du CCU, qu'est-ce que vous ressentez ?
- Que pensez-vous de cette maladie ? Connaissez-vous des femmes qui en sont atteintes ? (*Si oui*) Quelles sont vos relations avec elles ? Comment réagiriez-vous si vous appreniez que votre conjointe avait cette maladie ?
- Y a-t-il des femmes qui ont plus de risques d'avoir le CCU ? Si oui, lesquelles ? Pourquoi ?
- Savez-vous si c'est une maladie qu'on peut soigner ? (*Si oui*) Comment faut-il s'y prendre ? Où faut-il aller ? (*Si non*) Pourquoi ?
Savez-vous comment savoir et prévenir le cancer du col ?
- Quelles sont les moyens pour savoir si on a ou non cette maladie ?
- (*Si la personne parle du dépistage*), Comment savez-vous pour le dépistage ? Savez-vous où on peut le faire ? Combien doit-on payer pour le faire ? Qu'est-ce que vous savez sur le dépistage ? Comment cela se passe-t-il ? Savez-vous à partir de quel âge et jusqu'à quand il faut faire le dépistage ? Sa fréquence ?
- Votre conjointe a-t-elle déjà fait un dépistage ? *Si dépistage déjà fait*, comment l'avez-vous su ? Vous a-t-elle expliqué comment cela s'est déroulé ? Qu'en avez-vous pensé ? *Si ne sait pas où dit jamais réalisé*, pousseriez-vous votre femme à aller se faire dépister ? Pour quelles raisons ?

2. Rôle du conjoint

Avez-vous joué un rôle dans le dépistage (ou le parcours de soins) de votre femme ? Lequel ?

Connaissez-vous des hommes dont la femme a eu un cancer ?

- Quelle était votre relation avec ces personnes ? Comment ont-ils réagi ? Qu'avez-vous pensé de cette réaction ?
Pour les femmes ayant eu un test HPV positif et un traitement : Comment avez-vous vécu le traitement de votre femme ?
- Comment / par qui avez-vous été informé que votre femme devait avoir un traitement ? Quelles sont les explications qu'on vous a données ? Qu'avez-vous ressenti alors ?
- Avez-vous accompagné votre femme pour le RDV ?
- Cette situation a-t-elle changé votre avis sur le cancer du col ? le dépistage ? Si oui, comment ?
- Cette situation a-t-elle changé quelque chose dans votre couple ? Quoi ?
Pour les femmes référencées : Comment avez-vous vécu le fait que votre femme doive aller à l'hôpital ?
- Comment ou par qui avez-vous été informé que votre femme devait aller à l'hôpital ? Quelles

sont les explications qu'on vous a données ? Qu'avez-vous ressenti alors ?

— En avez-vous parlé avec votre femme ? Comment avez-vous vécu/vivez-vous l'attente des résultats ? Le rendez-vous à l'hôpital ?

— Si votre femme était malade, comment réagiriez-vous ? Quelles personnes informeriez-vous ?

— Cette situation a-t-elle changé votre avis sur le cancer du col ? le dépistage ? Si oui, comment ?

— Cette situation a-t-elle changé quelque chose dans votre couple ? Quoi ?

Est-ce que vous pensez que vous avez un rôle à jouer dans la santé de votre femme et de vos filles (si filles adolescentes ou plus âgées) ? Quel est le rôle des hommes par rapport aux questions de santé des femmes et des jeunes filles ?

— Est-ce que la santé de votre femme est un élément qui ne concerne que les femmes ? En discutez-vous avec elle ? *Si oui*, quels sont les sujets que vous évoquez ? Est-ce que ce sujet est une source de conflit ? *Si conflit*, pour quelles raisons ? Est-ce que ce sujet est une source de rapprochement avec votre femme (*meilleure entente, soutien...*) ?

— Est-ce que vous pensez que le cancer peut concerner votre femme ? Vos filles ? *Si oui*, pourquoi ? *Si non*, pourquoi ?

— Est-ce que vous vous sentez concerné par la santé de votre femme ? Par la santé de vos filles ? En quoi ?

À votre avis, pour quelle(s) raison(s) certaines femmes ne se font pas dépister ?

— Le cancer est-il une maladie qui fait trop peur ? Est-ce un problème financier ? Autre ?

Guide d'entretien avec le personnel administratif

Date

Lieu

Age

Sexe

Éducation (niveau d'étude ou diplôme)

Structure :

Poste au sein de la structure

Années de service globales

Années de service dans la structure

Contact

1. Organisation du travail

Pouvez-vous m'expliquer votre travail (tâches, missions, rôles, organisation du travail...)?

— Depuis quand faites-vous ce travail ? Que faites-vous avant ?

— Depuis quand travaillez-vous dans ce lieu ?

- Comment êtes-vous arrivé dans la structure ?
- Combien de soignants y a-t-il dans le service ? Combien de personnels en tout ?
- Quels sont les lieux/communautés où vous intervenez ?
- Qui sont les « usagers » de la structure ?

2. Perception du cancer du col de l'utérus

Que pouvez-vous me dire sur le cancer du col de l'utérus ?

- Connaissez-vous le cancer du col de l'utérus ?
- Que pensez-vous de cette maladie ? Pensez-vous qu'elle touche plus certaines femmes que d'autres ? Si oui lesquelles ?
- Pensez-vous que ce soit une maladie que l'on peut guérir ? Prévenir efficacement ?
- Quels sont les moyens de prévention que vous connaissez ? Que savez-vous sur le traitement du cancer du col de l'utérus ?

3. Offre de services liés au HPV et CCU

Pouvez-vous me dire les types services que vous offrez en lien avec le HPV et le CCU ?

- Depuis combien de temps offrez-vous ces services ?
- Combien de soignants sont formés pour offrir ces services ?
- Quelles sont les conditions pour bénéficier de ces services ?
- Comment est organisée l'offre de services liés au CCU ? Comment s'insère-t-elle dans le fonctionnement global du service ?
- Comment se passe le dépistage actuellement avec les femmes ? Certaines femmes viennent-elles au centre de santé spécifiquement pour le dépistage ? Savez-vous comment ce dépistage est perçu par les femmes ?

4. Intervention MdM et adaptations

Pouvez-vous me dire comment s'organise le dépistage du CCU dans votre structure actuellement ?

- Comment fonctionne l'offre de dépistage ? Combien de femmes dépistez-vous environ par jour/semaine/mois ?
- Rencontrez-vous des problèmes avec ce type de dépistage ? Si oui, de quel type ?
- Pouvez-vous me raconter comment s'est mis le place le nouveau dépistage ?*
- Savez-vous quelles formations ont été dispensées ? Par qui ? Comment ?
- Quelles sont les modifications que ce dépistage a entraîné dans l'activité du centre de santé ?

- Avez-vous du faire des changements/adaptations avec le projet initial ? *Si oui*, quelles adaptations et pourquoi ?
- Quelles étaient vos craintes avant de débiter ? Quelles sont-elles maintenant ?
- Quels sont les problèmes que vous rencontrez avec cette stratégie ? Arrivez-vous à les régler ? si oui, comment ? Si non, pourquoi ? Que pensez-vous qui pourrait aider à régler les problèmes ?
- Quelles sont vos relations avec l'équipe de MdM ? À quelle fréquence les voyez-vous ? Dans quelles circonstances ? êtes-vous satisfait-e-s de cette relation ?

5. Intérêt et pérennité de l'intervention

- Quel est le plus grand avantage de cette stratégie de dépistage selon vous ?
- Qu'est-ce que cette intervention a apporté à votre structure ? En termes de formation ? En termes de matériel ? En termes de soins ?
- Comment pourrait-on améliorer cette stratégie de dépistage ?
- Pensez-vous que ce nouveau test, d'après les connaissances que vous en avez, pourra être utilisé dans n'importe quel centre ensuite ? Si oui pourquoi ? Si non pourquoi ?
- En termes de coût et d'activité, comment voyez-vous ce test HPV ?
- Pensez-vous que les femmes participeront plus au dépistage avec ce test ? Si non, pourquoi ? Qu'est-ce qui pourrait les inciter à se faire dépister selon vous ?

6. En conclusion

- Optimisme ou pessimisme à l'égard d'une offre adaptée aux besoins ?

Grille d'observation

Date
Lieu
Personnes présentes
Heure de début
Heure de fin
Statut ; sexe ; âge
Observateur

Les discours, échanges verbaux et non verbaux, attitudes, gestuelles et déroulement des activités et interactions seront observés afin de répondre aux questions suivantes :

1. Comment les femmes dépistées sont-elles sélectionnées ?
2. Quelles sont les informations transmises aux femmes lors de chacune des étapes du dépistage ?
3. Quelle est l'attitude des femmes et quelles sont leurs questions lors du *counseling* pré-dépistage et post-dépistage ?
4. Quel discours les soignants ont-ils au sujet de l'auto-prélèvement ? Quels sont les réactions des femmes ?
5. Quelle est la stratégie de recherche des perdus de vue ?
6. Comment s'organise le référencement et la prise en charge des femmes avec un test HPV positif ?
7. Quels sont les acteurs en contact direct avec les femmes lors du dépistage ? (Sage-femme, élève, laborantin, médecin, autre ?)
8. Comment s'organise la logistique du dépistage par auto-prélèvement ?
9. Quel degré d'intimité et de confidentialité lors des consultations associées au dépistage du cancer du col de l'utérus ? Y a-t-il des mesures prises pour favoriser ces éléments ?

Grille d'observation actualisée

Les discours, échanges verbaux et non verbaux, attitudes, gestuelles et déroulement des activités et interactions seront observés afin de répondre aux questions suivantes :

1. À quelle heure commence le service de dépistage ?
2. Combien d'agent de santé au sein de la maternité, et en salle CCU ?
3. Heure de début et de fin du service de dépistage ?
4. Comment et par qui sont envoyés les prélèvements au laboratoire ?
5. A quelle heure le laboratoire a livré les résultats, à qui ?
6. Combien de femmes ont eu leur résultat le même jour ?
7. Quelles sont les réactions des femmes face à un HPV positif ?
8. Quelles sont les réactions des femmes pendant le traitement ?
9. Quelles sont les informations livrées aux femmes pendant et après le traitement ?
10. À quelle heure s'arrêtent les consultations au sein de la maternité ?

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Questionnaire PARACAO – Socio-demo

ID Participante :

Centre :
Patient investigateur :
Patient ID :

Date:

Consentement de la participante

Date signature consentement
Heure signature consentement
Nom investigateur

Informations sur la participante

Date de naissance :
Si date de naissance non connue : âge

Antécédents de dépistage du cancer du col

Antécédents de dépistage du cancer du col ?
 Oui / Non / Ne sait pas

Si oui :

Date dernier dépistage : (*si mois inconnu, mettre XX pour le mois et compléter l'année*)
 Non disponible

Traitement proposé ?

Oui / Non / Ne sait pas

Traitement réalisé ?

Oui / Non / Ne sait pas

Caractéristiques socio-démographiques

Lieu de résidence
 Dans le district / Hors district / Hors Ouagadougou

Préciser le quartier de résidence (*si réside dans le district*)

Préciser le district de résidence (*si réside hors district*)

Préciser la ville de résidence (*si réside hors Ouagadougou*)

Niveau d'éducation maximum atteint ?
 Jamais scolarisée / Primaire ou moins /
 Secondaire / Supérieur / Pas de réponse

Statut matrimonial?

Célibataire / Vit en couple (conjoint avec ou sans enfant) / Veuve, divorcée / Pas de réponse

Profession actuelle?

Un seul choix possible (préciser profession principale si plusieurs métiers exercés)

Salariée / Travail indépendant (à son compte) / Petits métiers (informel) / Étudiante / Femme au foyer / Sans travail / Autres (préciser) / Pas de réponse

Avez-vous travaillé au cours des 12 derniers mois?

Oui / Non / Pas de réponse

Si oui, comment êtes-vous rémunérée?

En argent seulement / En nature seulement / En argent et en nature / Pas de réponse

Si non, quel est votre statut?

En recherche d'emploi / Femme au foyer / Autre (préciser) / Pas de réponse

Si non, d'où proviennent vos revenus?

Épargne personnelle / Aide familiale / Revenus du conjoint / Pas de réponse

Combien de personnes vivent dans votre foyer, enfants compris?

Niveau d'éducation maximum du conjoint? (*si participante en couple*)

Jamais scolarisé / Primaire ou moins / Secondaire / Supérieur / NA / Pas de réponse

Est-ce que le conjoint a un revenu régulier?

(*si participante en couple*)
 Oui / Non / NA / Pas de réponse

Est-ce que vous arrivez à épargner régulièrement?

Oui, via une tontine / Oui, sur un compte en banque / Non / Pas de réponse

Électricité dans le foyer?

Oui / Non / Pas de réponse

D'où provient l'eau du foyer? (*une seule réponse possible*)

Eau distribuée (robinet) / Forage / Eau stockée / Autre / Pas de réponse

Comment êtes-vous venue aujourd'hui?

À pied / En vélo / En moto / En taxi / Véhicule personnel / Pas de réponse

D'où venez-vous aujourd'hui?

Domicile / Travail / Autre (préciser) / NSP

Temps de trajet entre votre domicile/travail et le centre de santé? (*en min*)

Pourquoi venez-vous au centre de Samandin aujourd'hui?

Consultation planning familial / Vaccination des enfants / Problème gynécologique / Autre

QUESTIONNAIRE POST-PRÉLÈVEMENT

Les participantes ayant été identifiées comme dépistées passeront ce questionnaire

ID Participante :

Centre :

Patient ID :

Date:

Infection VIH

Connaissez-vous votre statut VIH

Oui / Non / Non réponse

Si oui, quelle est la date de votre dernier test VIH?

Accepteriez-vous de nous indiquer quel est votre statut?

Positif / Négatif / Refus

Si positif, êtes-vous sous traitement ARV?

En cours / Prévu / Non

Prélèvement

Avez-vous eu le choix de la méthode de dépistage?

Oui / Non / NSP

Méthode de prélèvement choisie

Auto-prélèvement / Prélèvement par le soignant

Si prélèvement par le professionnel choisi plutôt qu'auto-prélèvement, pourriez-vous nous indiquer les raisons de votre choix?

- Pas de confiance dans l'auto-prélèvement /
 Trop compliqué / Plus confiance en la sage-femme/médecin / NA / Pas de réponse

Date du prélèvement

Heure du prélèvement

Évaluation globale de la satisfaction liée au prélèvement

Que pensez-vous des explications qui vous ont été données sur le déroulement des différentes étapes du dépistage?

- Elles étaient claires, et le déroulement de la prise en charge a été sans surprise / J'avais compris les grandes lignes mais certaines étapes de la prise en charge m'ont surpris / Je n'avais pas bien compris et j'ai été pris au dépourvu /
 Pas de réponse

Si 2 ou 3 : qu'est-ce qui vous a surpris?

Lister les éléments de surprises et noter les suggestions de la participante

Auto-prélèvement

Difficultés pour faire ce prélèvement

- Pas de difficulté / Manque d'intimité / Brosse difficile à manipuler / Explications des soignants pas claires / Autre (préciser) / Pas de réponse

Accepteriez-vous de refaire l'auto-prélèvement fait aujourd'hui?

- Oui, sans hésiter / Non, je n'ai pas apprécié /
 NA / Pas de réponse

Conseilleriez-vous à d'autres femmes de votre entourage de faire ce même dépistage?

- Oui, sans hésiter / Non, je n'ai pas apprécié /
 NA / Pas de réponse

Coût du dépistage

Combien vous a coûté la consultation de dépistage?

Combien vous a coûté l'analyse au laboratoire?

Combien avez-vous dépensé pour le transport?

Si invalide et test refait remplir nouvelle fiche

QUESTIONNAIRE DE SUIVI DE DÉPISTAGE

Questionnaire PARACAO – Suivi de dépistage

Ce questionnaire est passé aux femmes lorsqu'elles reviennent au centre pour récupérer leur résultat, pour l'IVA ou pour le traitement. Si la patiente revient plusieurs fois, le questionnaire sera repassé autant de fois qu'il y aura de passage.

ID Participante :

Centre :

Patient ID :

Date

Informations sur la participante

Date de naissance

Si date de naissance non connue : âge

Résultat test HPV

Date du prélèvement

- Raison de venue ce jour / Récupérer les résultats / Faire l'examen / Faire le traitement
 Autre (préciser)

Si résultat, est-ce la patiente qui récupère son résultat?

- Oui / Non / NA / Autre (préciser)

Si non, raison de non venue de la patiente

- Pas le temps de revenir / Trop loin pour revenir / Peur de revenir / Raison pratique (maladie, personne qui passe au centre)

Lien de parenté avec la patiente

- Famille / Conjoint / Amis / Autre (préciser)

Vous a-t-on dit que les résultats étaient

- Normal / Anormal / À refaire / Sans réponse / Autre (préciser)

Avez-vous les résultats du laboratoire avec vous?

- Oui / Non / Sans réponse

Recopier les résultats du laboratoire

- Négatif / Positif / Indifférencié / Sans réponse

Typage HPV

- 16 / 18/45 / 31,33, 35, 52, 58 / 51/59 /
 39,56, 66, 68 / Indifférencié

Quelles recommandations avez-vous reçu après les résultats?

- Refaire un dépistage dans 5 ans / Faire des examens complémentaires / Aller voir un médecin / Aucune recommandation / NSP / Autre (*préciser*)

Que pensez-vous des explications qui vous ont été données sur le déroulement des différentes étapes du dépistage?

- Claires et détaillées de la prise en charge sans surprise / Grandes lignes comprises mais surprise par certaines étapes / Je n'avais pas bien compris et j'ai été pris au dépourvu / Sans réponse
Autre (*préciser*)

Si surprise par certaines étapes ou n'avait pas compris : Qu'est-ce qui ne vous convenait pas? (*préciser*)

Accepteriez-vous de refaire le dépistage?

- Oui, sans hésiter / Non, je n'ai pas apprécié / Pas de réponse / Autre (*préciser*)

Si non, Qu'est-ce que vous n'avez pas apprécié?

- Manque d'intimité / Manque d'hygiène / Le temps d'attente pour les résultats / Les informations données trop compliquées / Autre (*préciser*)

Conseilleriez-vous à d'autres femmes de votre entourage de faire ce même dépistage?

- Oui, sans hésiter / Non, je n'ai pas apprécié / Pas de réponse / Autre (*préciser*)

Si non, Qu'est-ce que vous n'avez pas apprécié?

- Manque d'intimité / Manque d'hygiène / Manque de confiance pour le dépistage

Si résultat HPV négatif, passez directement aux questions sur le coût (dernière question), si HPV positif, continuer

Réalisation de l'IVA

Avez-vous réalisé un examen gynécologique après les résultats?

- Oui / Non / NA / Autre (*préciser*)

Si oui, date de réalisation de l'IVA

Si date exacte inconnue remplir le mois et l'année

Si non, pourquoi n'avez-vous pas réalisé l'examen?

- Manque de temps / Problèmes financiers / Peur du traitement / Refus personnel / Refus du conjoint / Pas de réponse / NA

Si refus personnel de faire l'examen, préciser les raisons du refus

- Je n'ai pas compris pourquoi faire cet examen / Cela me dérange pour des questions d'hygiène / Cela me dérange pour des questions d'intimité / C'est contre mes principes / Je souhaite en discuter avec ma famille avant / Autre (*préciser*)

Quand pensez-vous faire cet examen?

- Je ne pense pas faire cet examen / Dans quelques jours / Dans quelques semaines / Dans quelque mois / Je n'ai pas besoin de cet examen / Pas de réponse / NA

Si IVA réalisée, qu'indiquaient les résultats de l'examen gynécologique?

- Normal / Anormal / À refaire / Sans réponse / Autre (*préciser*)

Quelles recommandations avez-vous reçu après les résultats?

- Refaire un dépistage dans 5 ans / Faire des examens complémentaires / Aller voir un médecin / Aucune recommandation / NSP / Autre (*préciser*)

Que pensez-vous de l'examen gynécologique qui a été effectué?

- Pas de difficulté / Manque d'intimité / Cela m'a fait mal / Explications sur le déroulement de l'examen pas claires / Sans réponse / Autre (*préciser*)

Accepteriez-vous de refaire le dépistage?

- Oui, sans hésiter / Non, je n'ai pas apprécié / Pas de réponse / Autre (*préciser*)

Si non, qu'est-ce que vous n'avez pas apprécié?

- Manque d'intimité / Manque d'hygiène / Le temps d'attente pour les résultats / Les informations données trop compliquées / Autre (*préciser*)

Conseilleriez-vous à d'autres femmes de votre entourage de faire ce même dépistage?

- Oui, sans hésiter / Non, je n'ai pas apprécié / Pas de réponse / Autre (*préciser*)

Si non, Qu'est-ce que vous n'avez pas apprécié?

- Manque d'intimité / Manque d'hygiène / Manque de confiance pour le dépistage

Avez-vous reçu un traitement pendant l'examen avec une sonde?

Oui / Non / NSP

Si oui, date du traitement

Si date exacte inconnue remplir le mois et l'année

Si non, pourquoi n'avez-vous pas eu de traitement?

Non nécessaire d'après les soignants /
 Manque de temps / Problèmes financiers /
 Peur du traitement / Refus personnel /
 Refus du conjoint / Pas de réponse / NA

Que pensez-vous du traitement qui a été effectué?

Pas de difficulté / Manque d'intimité / Cela m'a fait mal / Explications sur le déroulement de l'examen pas claires / Sans réponse / Autre (*préciser*)

Si nécessaire, accepteriez-vous d'avoir à nouveau ce traitement?

Oui, sans hésiter / Non, je n'ai pas apprécié /
 Pas de réponse / Autre (*préciser*)

Si non, Qu'est-ce que vous n'avez pas apprécié?

Manque d'intimité
 Manque d'hygiène
 Le temps d'attente pour les résultats
 Les informations données trop compliquées
 Autre (*préciser*)

Conseilleriez-vous à d'autres femmes de votre entourage de faire ce même dépistage?

Oui, sans hésiter / Non, je n'ai pas apprécié /
 Pas de réponse / Autre (*préciser*)

Si non, qu'est-ce que vous n'avez pas apprécié?

Manque d'intimité / Manque d'hygiène /
 Manque de confiance pour le dépistage

Vous a-t-on demandé d'aller voir un médecin dans un autre centre (gynécologue en clinique ou à l'hôpital)?

Oui / Non / NSP

Si oui, Avez-vous déjà vu le médecin?

Oui
 Non mais j'ai déjà une date pour un RDV
 Non et je n'ai pas de date pour un RDV
 Sans réponse
 Autre (*préciser*)

Combien vous a coûté le dépistage au final?
 Cout prélèvement (*préciser*)

Coût Traitement (*préciser*)

Coût transport (*préciser*)

Consultation médecin (*préciser*)

QUESTIONNAIRE DE SUIVI À 1 MOIS

Questionnaire PARACAO – suivi à 1 mois

ID Participante :

Centre :

Patient investigateur :

Patient ID :

Date:

Suivi à M1

Date de l'appel 1

Heure de l'appel 1

Date de l'appel 2

Heure de l'appel 2

Date de l'appel 3

Heure de l'appel 3

Date de l'appel 4

Heure de l'appel 4

Date de l'appel 5

Heure de l'appel 5

Date de l'appel 6

Heure de l'appel 6

Résultat test HPV

1. Avez-vous reçu vos résultats de dépistage du test HPV?

Oui / Non / NA / Autre (*préciser*)

2. Si non, pourquoi n'avez-vous pas eu vos résultats?

Après réponse à cette question, passer directement aux questions 20-24 puis 34

N'a pas attendu les résultats

N'est pas retournée au centre depuis

NSP

Autre (*préciser*)

3. Si oui, date communication des résultats à la patiente

Si date exacte inconnue remplir le mois et l'année

4. Comment avez-vous reçu les résultats ? (Si plusieurs réponses, indiquer le premier lieu de communication des résultats)

En consultation / Par téléphone / Au laboratoire / Par une tierce personne

5. Si tierce personne, quelle relation avez-vous avec cette personne ?

Membre de la famille / Conjoint / Ami / Entourage éloigné / Autre (*préciser*)

6. Avez-vous les résultats du laboratoire avec vous ?

Oui / Non / Sans réponse

7. Qu'indiquent les résultats que vous avez ?

Négatif / Positif / Indifférencié / Sans réponse

8. Vous a-t-on dit que le résultat était

Normal
 Anormal
 À refaire / Sans réponse / Autre (*préciser*)

9. Quelles recommandations avez-vous reçu après les résultats ?

Refaire un dépistage dans 5 ans / Faire des examens complémentaires / Aller voir un médecin / Aucune recommandation / NSP / Autre (*préciser*)

10. Que pensez-vous des explications qui vous ont été données sur le déroulement des différentes étapes du dépistage ?

Claires et déroulement de la prise en charge sans surprise / Grandes lignes comprise mais surprise par certaines étapes / Je n'avais pas bien compris et j'ai été pris au dépourvu / Sans réponse / Autre (*préciser*)

11. Si surprise par certaines étapes ou n'avait pas compris, qu'est-ce qui ne vous convenait pas ? (*préciser*)

Réalisation de l'IVA

12. Avez-vous réalisé un examen gynécologique après les résultats ?

Oui / Non / NA / Autre (*préciser*)

13. Si oui, date de réalisation de l'IVA

Si date exacte inconnue remplir le mois et l'année

14. Si non, pourquoi n'avez-vous pas réalisé l'examen ?

Manque de temps / Problèmes financiers / Peur du traitement / Refus personnel / Refus du conjoint / Pas de réponse / NA

15. Si refus personnel de faire l'examen, préciser les raisons du refus

Je n'ai pas compris pourquoi faire cet examen / Cela me dérange pour des questions d'hygiène / Cela me dérange pour des questions d'intimité / C'est contre mes principes / Je souhaite en discuter avec ma famille avant / Autre (*préciser*)

16. Quand pensez-vous faire cet examen ?

Je ne pense pas faire cet examen / Dans quelques jours / Dans quelques semaines / Dans quelque mois / Je n'ai pas besoin de cet examen / Pas de réponse / NA

17. Si IVA réalisée, qu'indiquaient les résultats de l'examen gynécologique ?

Normal / Anormal / À refaire / Sans réponse / Autre (*préciser*)

18. Quelles recommandations avez-vous reçu après les résultats ?

Refaire un dépistage dans 5 ans / Faire des examens complémentaires / Aller voir un médecin / Aucune recommandation / NSP / Autre (*préciser*)

19. Que pensez-vous de l'examen gynécologique qui a été effectué ?

Pas de difficulté / Manque d'intimité / Cela m'a fait mal / Explications sur le déroulement de l'examen pas claires / Sans réponse / Autre (*préciser*)

20. Accepteriez-vous de refaire le dépistage ?

Oui, sans hésiter / Non, je n'ai pas apprécié / Pas de réponse / Autre (*préciser*)

21. Si non, Qu'est-ce que vous n'avez pas apprécié ?

Manque d'intimité / Manque d'hygiène / Le temps d'attente pour les résultats / Les informations données trop compliquées / Autre (*préciser*)

22. Conseilleriez-vous à d'autres femmes de votre entourage de faire ce même dépistage ?

Oui, sans hésiter / Non, je n'ai pas apprécié / Pas de réponse / Autre (*préciser*)

23. Si non, qu'est-ce que vous n'avez pas apprécié?

- Manque d'intimité / Manque d'hygiène /
 Manque de confiance pour le dépistage

24. Avez-vous reçu un traitement pendant l'examen avec une sonde?

- Oui / Non / NSP

25. Si oui, date du traitement

Si date exacte inconnue remplir le mois et l'année

26. Si non, pourquoi n'avez-vous pas eu de traitement?

- Non nécessaire d'après les soignants /
 Manque de temps / Problèmes financiers /
 Peur du traitement / Refus personnel /
 Refus du conjoint / Pas de réponse / NA

27. Que pensez-vous du traitement qui a été effectué?

- Pas de difficulté / Manque d'intimité / Cela m'a fait mal / Explications sur le déroulement de l'examen pas claires / Sans réponse / Autre (*préciser*)

28. Si nécessaire, accepteriez-vous d'avoir à nouveau ce traitement?

- Oui, sans hésiter / Non, je n'ai pas apprécié /
 Pas de réponse / Autre (*préciser*)

29. Si non, qu'est-ce que vous n'avez pas apprécié?

- Manque d'intimité / Manque d'hygiène /
 Le temps d'attente pour les résultats / Les informations données trop compliquées / Autre (*préciser*)

30. Conseilleriez-vous à d'autres femmes de votre entourage de faire ce même dépistage?

Si oui, passer à la question 32

- Oui, sans hésiter / Non, je n'ai pas apprécié /
 Pas de réponse / Autre (*préciser*)

31. Si non, Qu'est-ce que vous n'avez pas apprécié?

- Manque d'intimité / Manque d'hygiène /
 Manque de confiance pour le dépistage

32. Vous a-t-on demandé d'aller voir un médecin dans un autre centre (gynécologue en clinique ou à l'hôpital)?

Si non ou NSP passer à la question 34

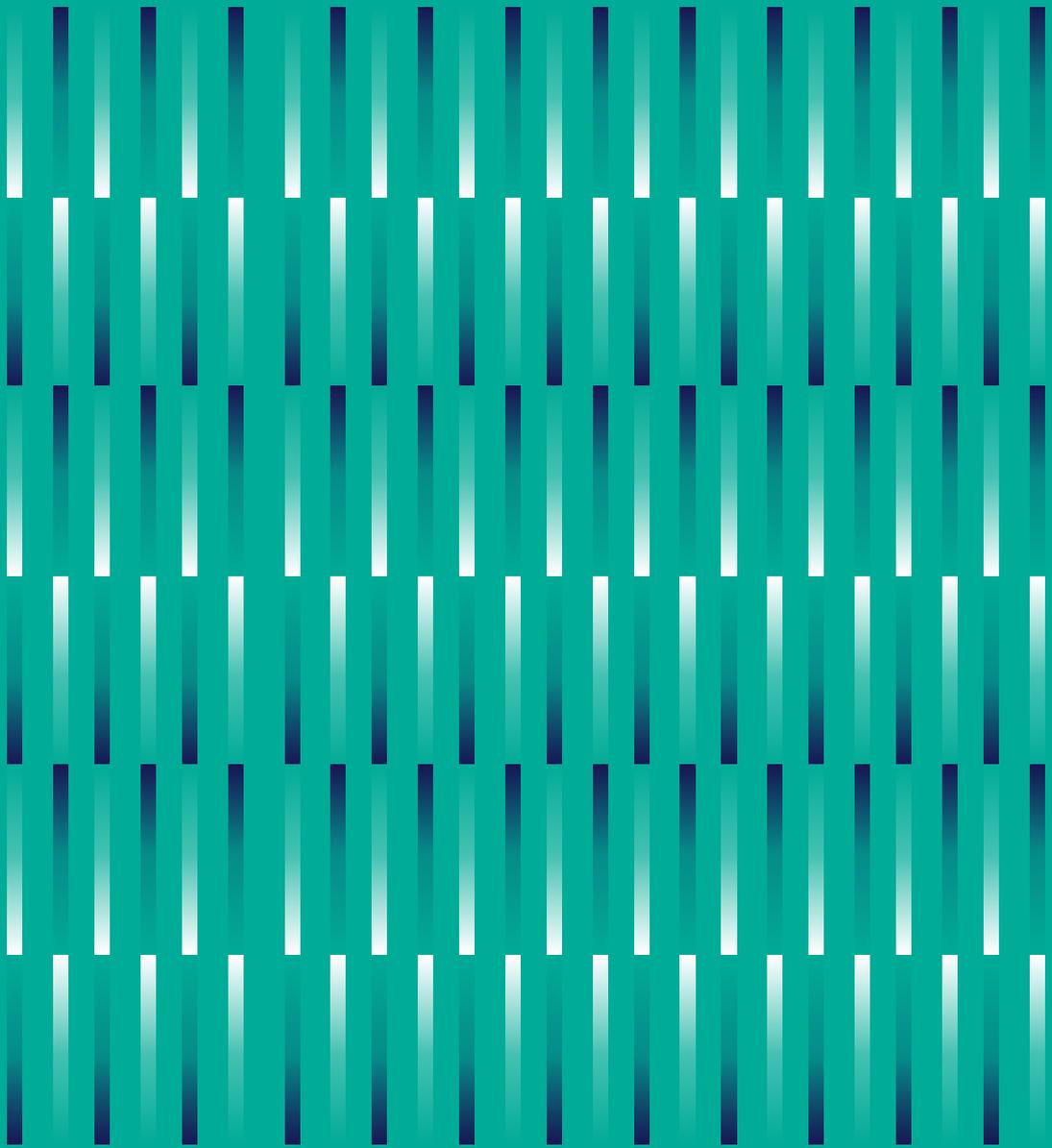
- Oui / Non / NSP

33. Si oui, avez-vous déjà vu le médecin?

- Oui / Non mais j'ai déjà une date pour un RDV / Non et je n'ai pas de date pour un RDV /
 Sans réponse / Autre (*préciser*)

34. Combien vous a coûté le dépistage au final?

- Coût prélèvement (*préciser*)
 Coût Traitement (*préciser*)
 Coût transport (*préciser*)
 Consultation médecin (*préciser*)



**SOIGNE AUSSI
L'INJUSTICE**