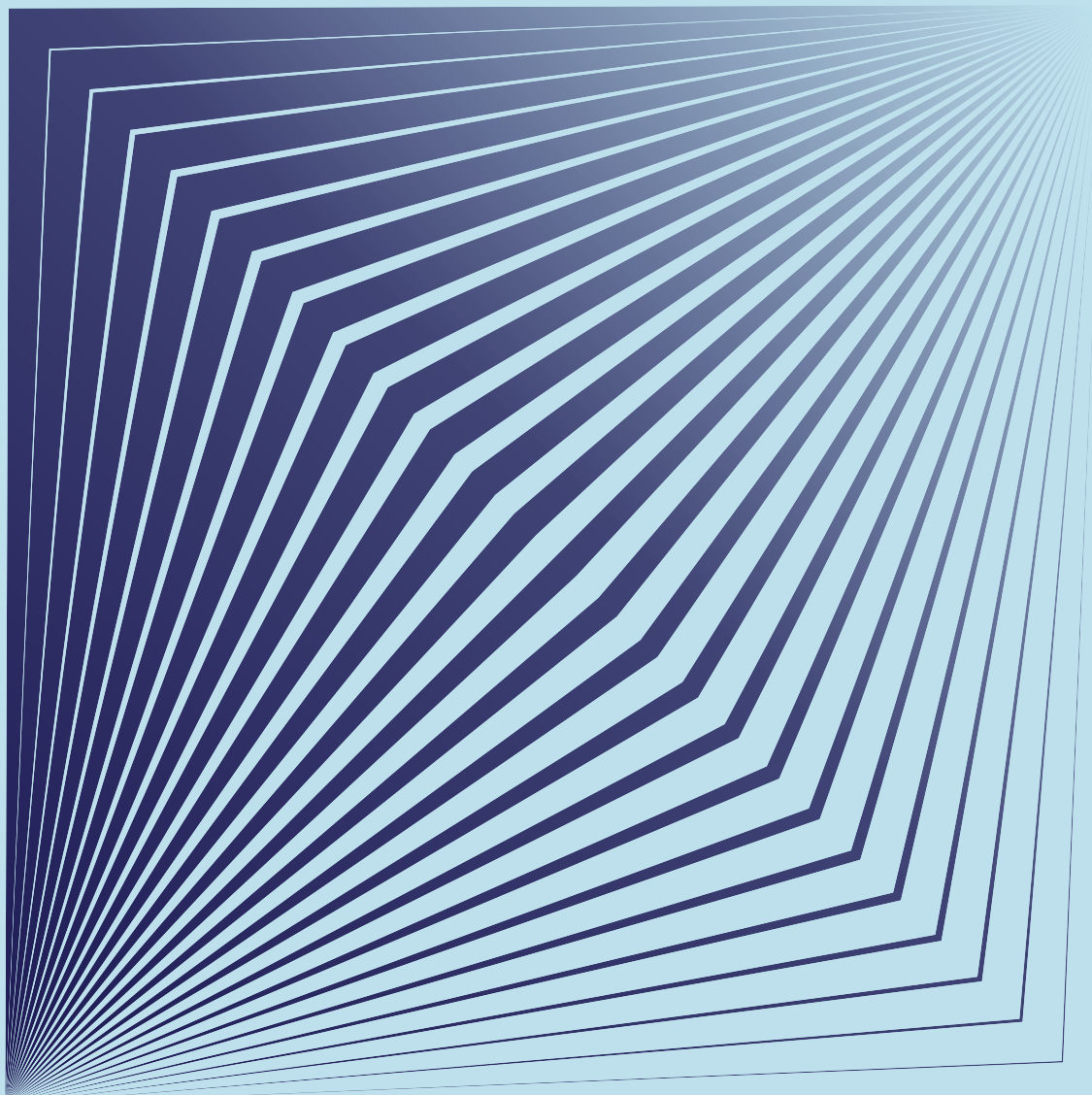




PÉRENNISATION DU DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS PAR TEST HPV À OUAGADOUGOU

**LEÇONS TIRÉES DU PROJET PILOTE MENÉ
DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE BASKUY**



Rapport scientifique

PÉRENNISATION DU DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS PAR TEST HPV À OUAGADOUGOU

**LEÇONS TIRÉES DU PROJET PILOTE MENÉ
DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE BASKUY**

Rapport scientifique

Auteurs

SERSAP : Abel Bicaba, Amadou Sagnon,
Soungalo Traore.

Comité de pilotage

Aurore Camier, Issaka Kouanda, Najat Lahmidi,
Bernard Sanon, Alexandre Singa,
Zerbo Aminata Diallo, Ursul Bambara
et Aminata Samda née Ouedraogo.

Financement

Cette recherche a été financée par l'Agence Française
pour le Développement dans le cadre du financement
du projet-pilote.

*Conception graphique et mise en page : Christophe Le Drean
Novembre 2025*



SOMMAIRE

Abréviations et acronymes	4		
Liste des tableaux	4		
Liste des Graphiques	4		
Résumé Exécutif	5	Discussions	32
Introduction	10	De l'effectivité des activités de lutte contre le CCU	32
But, questions et hypothèses de la recherche	10	De l'appréciation des parties prenantes	33
Méthodologie suivie	11	De la pérennisation et de la pérennité	33
1. Cadre de l'étude	11	1. Processus d'intégration	33
2. Type d'étude	11	2. Processus de routinisation	34
3. Période de la recherche	13	3. Le potentiel de répliation des activités dans d'autres FS	34
4. Population cible et échantillon	13	4. Facteurs favorables à la pérennisation et de la pérennité	35
5. Collecte et analyse des données	13	5. Facteurs défavorables à la pérennisation et de la pérennité	35
6. Difficultés rencontrées	13		
Principaux résultats	13	Conclusion et recommandations	36
1. Caractéristiques des cibles couvertes	13	Documents consultés	38
2. Gestion du processus de retrait de MdM	14	Bibliographie	39
3. Développement des principales interventions en matière de dépistage	16	Annexes	40
4. État des intrants	18		
5. Dynamique d'évolution des indicateurs cliniques	22		
6. Appréciations des acteurs clés	28		

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

BL	Bordereau de livraison
CCU	Cancer du col de l'utérus
CFA	Communauté française d'Afrique
CISSE	Centre d'information des statistiques sanitaires et épidémiologiques
CMU	Centre médical urbain
CNLAT	Centre national anti tuberculeux
CNSS	Caisse nationale de sécurité sociale
COPIL	Membres du comité de pilotage
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
DMEG	Dépôt de médicaments essentiels et Générique
DRS	Direction régionale de la santé
DS	District sanitaire
ECD	Équipe cadre de district
HPV	Papillomavirus humain
ICP	Infirmier chef de poste
IVA	Inspection visuelle après application de l'acide acétique
LNR	Laboratoire nationale de référence
LPC	Lésions précancéreuses
MCD	Médecin chef de district
MdM	Médecins du monde
MoU	Memorandum of Understanding
MS	Ministère de la santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
PDV	Perdus de vue
PEV	Programme élargi de vaccination
PF	Point focal
PMA	Paquet minimum d'activités
RAF	Responsable des affaires administratives et financières
ReCo	Relais communautaires
SMI	Santé maternelle et infantile
TBM	Technicien biomédical
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des FS du projet selon leur statut	11
Tableau 2 : Couverture des cibles prévues dans la collecte	12
Tableau 3 : Répartition des bénéficiaires par formation sanitaire	12
Tableau 4 : Caractéristiques sociodémographiques des bénéficiaires enquêtées (n = 154)	15
Tableau 5 : Place du dépistage CCU dans les activités selon le groupe de formation sanitaire	15
Tableau 6 : Disponibilité des intrants et des supports dans les 2 groupes	20
Tableau 7 : Situation des indicateurs cliniques CCU du district sanitaire de Baskuy en 2024	23
Tableau 8 : Niveau de satisfaction des patientes sur les prestations	29
Tableau 9 : Niveau de satisfaction des services reçu par les bénéficiaires	29
Tableau 10 : Participation au counseling avant le test de dépistage	29
Tableau 11 : Participation aux activités de dépistage	30
Tableau 12 : Situation des indicateurs cliniques CCU du groupe semi-autonome en 2024	41
Tableau 13 : Situation des indicateurs cliniques CCU du groupe dépendant en 2024	41

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Progression du dépistage dans le DS de Baskuy au cours 2023 et de 2024	23
Graphique 2 : Moyenne mensuelle de dépistage du CCU par FS pour le groupe semi-autonome en 2023 et 2024	24
Graphique 3 : Moyenne mensuelle de dépistage du CCU par FS pour le groupe dépendant en 2023 et 2024	24
Graphique 4 : Évolution mensuelle des taux d'auto-prélèvement en 2023 et 2024	24
Graphique 5 : Taux moyens d'auto-prélèvements dans les FS pour le groupe semi-autonome en 2023 et 2024	26
Graphique 6 : Taux moyens d'auto-prélèvements dans les FS pour le Groupe dépendant en 2023 et 2024	26
Graphique 7 : Évolution comparée des taux moyens d'auto-prélèvements des 2 groupes entre 2023 et 2024	27
Graphique 8 : Évolution de la prévalence de l'HPV entre 2023 et 2024 selon le mois	27

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Depuis 2018, l'ONG Médecin du Monde (MdM) accompagne le ministère de la Santé pour la mise en œuvre d'un projet pilote de dépistage du cancer de col de l'utérus (CCU) dans 9 formations sanitaires (FS) du district sanitaire (DS) de Baskuy. Ce projet s'appuie sur 3 innovations majeures que sont : (i) la réalisation du test HPV qui constitue la porte d'entrée dans le processus de dépistage; (ii) le traitement des lésions précancéreuses par thermo-coagulation; (iii) la promotion de l'auto-prélèvement vaginal.

Au regard des résultats positifs constatés, il s'est avéré pertinent de valider la possibilité de mettre à l'échelle ces innovations à travers la mise en œuvre d'une recherche-action conduite par la Société d'Étude et de Recherche en Santé Publique (SERSAP). Ce processus de recherche-action a été initié afin de valider l'hypothèse selon laquelle « les 9 FS appuyées par le projet sont capables de poursuivre le dépistage du CCU dans les mêmes standards techniques sans l'appui spécifique apporté par MdM dans le contexte de mise en œuvre du PMA des formations sanitaires de base ».

OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

La présente recherche-action visait à : (i) évaluer si l'activité de dépistage du CCU se maintient dans les formations sanitaires du groupe 2 « semi-autonome » dans les standards attendus et comparer avec le groupe « dépendant »; (ii) analyser les mesures qui sont prises par les formations sanitaires pour assurer la continuité et la durabilité de cette activité et identifier celles qui sont répliquables quel que soit le type de formation sanitaire; (iii) formuler des recommandations pour améliorer le processus de pérennisation et de pérennité du dépistage du CCU dans les districts sanitaires.

MÉTHODOLOGIE SUIVIE

La recherche a concerné les 9 FS incluses dans le projet de dépistage du CCU dont 4 Centres médicaux urbains (CMU) et 5 Centres de santé et de promotion sociale (CSPS) réparties sur l'ensemble du district sanitaire de Baskuy.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la recherche, 2 groupes de FS ont été constitués :

- **Le Groupe 1 ou « Groupe dépendant » constitué de 4 FS.** Ce groupe est resté soutenu de manière holistique par MdM comme de par le passé (c'est-à-dire avant le début de la mise en œuvre du processus de recherche).
- **Le Groupe 2 ou « Groupe semi autonome » constitué de 5 FS.** Ce groupe a été soutenu partiellement par MdM par la fourniture en écouvillons et en cartouches Genexpert afin de lui assurer une certaine autonomie dans la gestion du processus de dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU).

Une approche mixte a été utilisée dans la conduite de cette recherche : quantitative et qualitative visant à comparer d'une part les deux groupes de FS sur la période de l'étude, et d'autre part à comparer la situation de ces formations sanitaires avec celle d'avant la mise en œuvre du processus de retrait de MdM.

L'approche quantitative a permis d'analyser les données des activités des deux groupes sur une même période, mais également dans chaque formation sanitaire avant et après, tandis que l'approche qualitative a servi à recueillir les données sur les mécanismes de pérennisation auprès des professionnels de santé en charge de la mise en œuvre des activités au niveau des services des soins, mais aussi organisationnel.

RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

Du processus de retrait de MdM

Le processus de retrait de MdM a été progressif et marqué par les actions suivantes : i) la signature d'un mémorandum d'entente (MoU) avec chacune des parties prenantes ; ii) le transfert des appareils GenExpert au Ministère de la santé via la Direction régionale de la santé (DRS) du Centre ; iii) À partir du 15 juin 2024, le retrait partiel de MdM dans les 5 FS du « Groupe Semi-autonome » et maintien de l'appui total aux 4 FS du « Groupe Dépendant » ; iv) le retrait total de MdM des 9 FS à partir du 31 décembre 2024 ; v) le maintien de la fourniture des cartouches GenExpert et des écouvillons pendant 6 mois pour l'ensemble des 9 FS au cours de l'année 2025.

De l'analyse du Circuit des patientes

L'analyse du circuit des patientes n'a pas noté d'une part de changements par rapport à 2023, et d'autre part entre les deux groupes de FS. De manière générale, les femmes passent moins de 30 minutes dans les FS pour bénéficier des prestations. Il n'a pas été observé de différences notables entre les deux groupes de FS. Par ailleurs, très peu d'incidents ont été observés par les agents de collecte sur le terrain quel que soit le groupe. Aussi, les conditions d'accueil et de prestation sont jugées satisfaisantes pour ce qui concerne, la disponibilité de places assises, l'existence de conditions de convivialité et des conditions de confidentialité quel que soit le groupe de FS.

De l'analyse du processus de Formation

Il ressort des résultats de l'étude qu'il existe des plans formations intégrant les thématiques de dépistage du CCU dans l'ensemble des FS. Les formations sont généralement assurées par le duo Infirmier chef de poste et le point focal CCU (ICP-PFCCU) dans les 2 groupes de FS. Les résultats relevés suggèrent que la formation des nouveaux agents de santé affectés dans les FS a été plus systématique dans le groupe dépendant comparativement au groupe semi autonome. Ce résultat est cependant mitigé en raison de la fenêtre d'observation qui a été très courte.

De l'analyse du processus de supervision

Concernant la mise en œuvre de la supervision, les résultats de l'étude montrent que quel que soit le groupe de FS considéré, il y a eu des adaptations du processus dans le sens d'une intégration des supports, d'une prise en compte systématique de la supervision CCU soit de manière spécifique ou de manière intégrée. Les principales difficultés rencontrées par l'ensemble des FS dans le cadre de la supervision sont constituées par les ruptures de supports de supervision, l'irrégularité des supervisions de la part de l'équipe cadre de district (ECD) et la faible disponibilité du personnel des FS pour assurer les supervisions internes.

De la situation des intrants et des supports

Les résultats de l'étude indiquent que des ruptures de stocks de gants, de tests de grossesse, de coton et des compresses ont été constatées en décembre 2024 dans 4 FS sur 5 du groupe semi-autonome. Les FS du groupe dépendant ont été moins affectées par cette situation. En revanche, en 2024, il n'a pas été relevé de rupture en intrants sensibles (cartouches GenExpert, écouvillons) dans les 2 groupes contrairement à la situation qui a prévalu en 2023.

L'analyse de la situation des supports a permis de relever des ruptures en fiches IVA et en bulletins HPV en décembre 2024 ayant plus affecté les FS du groupe semi-autonome. Cependant, il n'a pas été noté de rupture en registre en décembre 2024.

De la collecte et gestion des données cliniques

En matière de collecte et de gestion des données cliniques, la période de retrait de MdM a été caractérisée essentiellement par une intégration de la gestion des données cliniques à tous les niveaux. Au niveau de l'ECD, la gestion des données de prestations CCU est assurée désormais par le Centre d'information et de suivi des statistiques épidémiologiques du district sanitaire (CISSE) avec l'ensemble des autres données cliniques des FS. Ce service assure la compilation mensuelle, le contrôle de qualité et de la complétude des données.

Au niveau des FS, le PFCCU assure toujours (comme avant 2023) la collecte, la compilation, la validation avec le responsable de la FS, la transmission du rapport mensuel au service CISSE du district.

Au titre des insuffisances constatées dans le processus de gestion des données, l'étude a constaté une irrégularité dans la tenue des sessions de validation des données aussi bien au niveau de l'ECD qu'au niveau des FS.

De l'analyse des indicateurs cliniques

L'analyse de l'évolution des indicateurs des formations sanitaires du groupe semi-autonome indique que ceux-ci sont restés globalement bien résilients après le retrait de MdM. En effet, dans la plupart des cas, les indicateurs des FS de ce groupe ont connu des améliorations entre 2023 et 2024. Certaines améliorations constatées dans ce groupe ont été parfois jugées meilleures que celles des formations sanitaires du groupe dépendant. Ce qui milite en faveur d'une pérennisation et d'une durabilité des acquis du projet si toutefois les FS continuent de bénéficier régulièrement des intrants sensibles que sont les écouvillons et les cartouches Genexpert.

DISCUSSIONS DES RÉSULTATS

De l'effectivité des activités de lutte contre le CCU

En matière d'effectivité des activités de lutte contre le CCU sur le terrain, la recherche-action a permis de constater que celles-ci se poursuivent effectivement dans les 2 groupes de FS avec une dynamique semblable à celle d'avant 2023. Il ressort par ailleurs que les FS ont conservé le même circuit des patientes dans les 2 groupes. Aussi, les résultats indiquent que le volet renforcement des compétences techniques sur la lutte contre le CCU des agents de santé est assuré à travers la formation et la supervision. Cependant, les résultats relèvent que la recherche des perdus de vue, apparaît faiblement menée aussi bien avant que pendant dans les 2 groupes.

De l'appréciation des parties prenantes

De façon générale, les appréciations des différentes parties prenantes sur les interventions du projet sont globalement satisfaisantes avec des spécificités qui varient selon les acteurs.

Ainsi, la quasi-totalité des bénéficiaires se dit satisfaite des prestations reçues dans les FS dans le cadre de la lutte contre le CCU. Cette satisfaction est exprimée avec une tendance similaire dans les 2 groupes de FS pendant et après l'appui.

De l'avis des techniciens biomédicaux (TBM) les défis majeurs dans la poursuite des interventions du projet concernent la maintenance des équipements et la gestion des déchets biomédicaux générés par le service.

Au niveau des relais communautaires (Reco) impliqués au niveau de 2 FS, on a noté également une appréciation très positive aussi bien sur la pertinence des activités que sur leur efficacité en termes d'information, de sensibilisation et d'adhésions des femmes aux processus de dépistage.

De la pérennisation et de la pérennité des interventions du projet

De nombreux facteurs militent en faveur de la pérennisation et de la pérennité des interventions du projet de dépistage du CCU. Parmi ces facteurs figurent :

- l'intégration des interventions du dépistage du CCU dans le paquet minimum des activités (PMA) des FS et de l'ECD. Cependant, certaines interventions ne sont pas suffisamment intégrées dans le PMA des FS. Il s'agit notamment, de la gestion des déchets bio médicaux et de la maintenance des équipements Genexpert ;
- le processus de routinisation. En effet, le fort degré d'intégration des activités essentielles de dépistage dans le PMA des FS et de l'ECD est un facteur déterminant dans la routinisation de ces activités CCU ;
- la révision de l'ordinogramme du dépistage du CCU par le ministère de la Santé (MS) et sa correspondance avec celui initié dans le cadre du projet. Ce qui renforce la perception de la lutte contre le CCU qui fait partie intégrale des politiques de santé publique du MS et constitue de ce fait un mandat pour les FS et les ECD.

Du potentiel de réplcation des activités dans d'autres FS

Le potentiel de réplcabilité des interventions du projet dans d'autres FS se fonde sur plusieurs dimensions. Il s'agit notamment :

- du fait que l'ensemble des conditions organisationnelles du PMA et le paquet complet d'activités (PCA) des FS offrent suffisamment de possibilités à la conduite des activités de dépistage y compris avec l'appui des relais communautaires recrutés par le ministère de la santé qui existent dans l'ensemble des FS des districts.
- sur le fait que le profil du personnel généralement disponible dans les FS est en adéquation avec la technicité requise pour la mise en œuvre des activités de dépistage dans le cadre de la lutte contre le CCU.

Cependant, la (sécurité) disponibilité des intrants essentiels, la gestion adéquate des déchets produits et la maintenance des équipements constituent les principaux défis à relever pour la réalisation des interventions.

CONCLUSION

Au terme de la mise œuvre de la présente recherche action, et au regard des résultats obtenus, l'équipe en charge de l'étude estime que le processus de retrait partiel de l'appui de MdM n'a pas affecté significativement la poursuite des activités de dépistage du CCU dans les FS du district de Baskuy. Elle relève par contre que la poursuite de celles-ci reste fortement dépendante de certains intrants clés dont la disponibilité est assurée par des financements exogènes.

Aussi, il ressort que la mise en œuvre des activités de dépistage du CCU est réplcable dans des FS de base dans le contexte du Burkina Faso.

Enfin, la maintenance effective des équipements, de même que la gestion efficace des déchets bio médicaux ont été identifiés comme déterminants pour la durabilité du processus de dépistage du CCU.

RECOMMANDATIONS

Au niveau de l'ECD/DRS

1. Prendre les mesures essentielles pour assurer la maintenance effective des équipements, de même que la gestion des déchets bio médicaux, en définissant d'une part, les conditions précises d'implication du Centre national anti tuberculeux (CNLAT) et du Laboratoire national de référence, et d'autre en assurant la mobilisation des ressources financières pour accompagner ces activités.
2. Renforcer le processus de micro-planification au niveau des FS en assurant une démarche plus systématique (élaboration, adoption, suivi et évaluation).
3. Renforcer les capacités techniques des acteurs des FS dans la gestion des intrants à travers des formations mais aussi des supervisions et des inventaires réguliers.
4. Assurer une meilleure continuité dans la gestion de l'information notamment lors de la rotation du personnel.

Au niveau des FS

1. Assurer une meilleure exploitation des micro-plans : élaboration dans les délais, diffusion auprès de l'ensemble du personnel, suivi de la mise en œuvre de ces micros plans.
2. Organiser un meilleur archivage des différents supports au niveau de la FS : rapports de supervision, rapports de formation, comptes rendus de rencontres, supports de gestion financière, rapports d'inventaire, etc.

Au niveau du programme national de lutte contre le cancer

1. Dans le cadre de la mise en œuvre du plan national de lutte contre le CCU, assurer un plaidoyer au niveau du budget de l'État, ainsi que des PTF afin que des lignes budgétaires soient clairement identifiées pour le financement des intrants sensibles tels que les écouvillons et les cartouches Genexpert.
2. Définir une stratégie nationale pérenne pour la maintenance des équipements GeneExpert.
3. Élaborer et diffuser des directives en ce qui concerne certains aspects tels que : les indicateurs traceurs à suivre dans le cadre de la lutte contre le CCU; la définition et le suivi des perspectives de vues.

INTRODUCTION

Au Burkina Faso, le cancer du col de l'utérus (CCU) est un problème de santé publique; c'est le deuxième cancer le plus fréquent chez la femme âgée entre 15 et 44 ans et est la cause première de mortalité due à un cancer après le cancer du sein. Selon GLOBOCAN 2020 (1), 1132 cas de CCU ont été enregistrés avec 839 décès dans le pays.

Face au fardeau que représente le cancer du col de l'utérus dans le monde, l'OMS (2) a lancé le 11 novembre 2020 une stratégie d'accélération de l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique pour atteindre d'ici 2030 l'élimination de celui-ci.

Le Burkina Faso souscrit à cette stratégie de l'OMS. Dans cette perspective, un certain nombre de mesures ont été prises par le Gouvernement du Burkina Faso à travers : a) l'institution de l'offre gratuite depuis Novembre 2016 du service de dépistage et de prise en charge des lésions précancéreuses du col de l'utérus pour améliorer l'accessibilité à ces soins spécifiques à tous les niveaux du système de santé chez les femmes âgées de 25 à 55 ans en population générale; b) la mise en œuvre d'un processus qui vise l'amélioration du plateau technique pour le diagnostic et la prise en charge des cancers; c) l'institution de la gratuité de la radiothérapie à partir de 2023; d) la vaccination pilote des jeunes filles de 9 à 14 ans avec en perspective l'introduction de la vaccination à HPV dans la vaccination de routine. Médecins du Monde (MdM) accompagne le Gouvernement du Burkina Faso dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie d'élimination du cancer du col de l'utérus

Le projet-pilote de dépistage du CCU mis en place par MdM dans 9 formations sanitaires du district de Baskuy dans la ville de Ouagadougou a pour terme prévu décembre 2024. Ainsi toutes les formations sanitaires incluses dans le projet initial ont été bien soutenues par MdM pendant toute la période prévue initialement.

Si la pertinence du projet est largement démontrée, il se pose la question de savoir dans quelles mesures les 9 FS soutenues maintiendront le processus de dépistage du CCU et assureront la pérennité des acquis après le retrait de MdM.

Pour répondre à cette interrogation, un processus de recherche est initié comportant deux phases. Une première phase qui est une étude de base réalisée en 2024 et une deuxième phase qui porte sur une analyse comparative de deux groupes de FS réalisée en 2025.

À partir du 15 juin 2024, MdM a opéré un retrait de son appui dans un groupe de formations sanitaires. L'intervention se poursuit donc dans deux groupes distincts de FS :

- **Le groupe 1 : groupe dépendant.** Au niveau de ce groupe, tout est comme avant. MdM continue d'apporter le paquet complet (paquet commun + paquet spécifique).
- **Le groupe 2 : groupe semi-autonome :** MdM apporte le paquet commun uniquement.

Le choix des FS par groupe a été fait de manière aléatoire.

Le présent rapport est un rapport de la phase 2 qui prend fin en juin 2025 avec la production du rapport final de la recherche. Ce rapport vise à mettre en évidence les différents facteurs déterminants de la pérennisation et de la pérennité consécutivement au processus de retrait, et produire des recommandations pour renforcer le processus de pérennisation et de la pérennité.

BUT, QUESTIONS ET HYPOTHÈSES DE LA RECHERCHE

Comme ci-dessus indiqué, les résultats de l'étude de base indiquent d'une part qu'il existe des acquis en termes de dépistage et de prise en charge effective des femmes, une satisfaction des bénéficiaires et d'autre part, qu'il existe un fort degré de pérennisation et de pérennité.

Le but de la recherche est donc de comparer, à contexte externe équivalent, l'évolution des activités de dépistage du CCU dans les deux groupes de formations sanitaires qui diffèrent uniquement par une partie du support fourni par MdM.

La question centrale qui se pose est de savoir si les formations sanitaires du district sanitaire de Baskuy sont capables de poursuivre le dépistage du CCU en respectant les standards établis sans l'appui technique actuel de MdM? De manière secondaire, cette dynamique de pérennisation et de pérennité est-elle répliquable dans d'autres contextes que celui du district de Baskuy?

Au regard du contexte et des acquis depuis l'appui de MdM en 2018, l'hypothèse est que les 9 FS sont capables de poursuivre le dépistage du CCU sans l'appui spécifique apporté par MdM dans le contexte de mise en œuvre du paquet minimum d'activités des formations sanitaires (PMA) de base.

Il s'agit de manière spécifique :

- D'évaluer si l'activité de dépistage du CCU se maintient dans les formations sanitaires du groupe 2 « semi-autonome » dans les standards attendus et comparer avec le groupe 1 « dépendant » ;
- D'analyser les mesures qui sont prises par les formations sanitaires pour assurer la continuité et la durabilité de cette activité et identifier celles qui sont répliquables quel que soit le type de formation sanitaire ;
- Formuler des recommandations pour améliorer le processus de pérennisation et de pérennité du dépistage du CCU dans les districts sanitaires.

Le présent rapport constitue le rapport final de ce processus de recherche action et vise à mettre en évidence les principales leçons apprises et formuler des recommandations pour la perspective dans la lutte contre le CCU.

MÉTHODOLOGIE SUIVIE

1. Cadre de l'étude

L'étude se déroule dans la ville de Ouagadougou notamment dans le district sanitaire de Baskuy. Elle concerne les 9 formations sanitaires incluses dans le projet de dépistage du CCU. Il s'agit de 4 Centres médicaux urbains (CMU) et de 5 Centres de santé

Tableau 1 : Répartition des FS du projet selon leur statut

Groupe dépendant (G1)	Groupe semi-autonome (G2)
CSPS Gounghin 6	CSPS du secteur 3
CMU Pogbi	CSPS du secteur 8 (ex 10)
CNSS	CSPS du secteur 12
CMU Urbain central	CMU 7 Gounghin
	CMU Samandin

et de promotion sociale (CSPS) répartis sur l'ensemble du district.

Le tableau 1 ci-dessus indique la répartition des 9 FS selon le type d'appui apporté par MdM.

2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude mixte : quantitative et qualitative qui vise à comparer les deux groupes de formations sanitaires sur la période de l'étude mais qui vise également à comparer la situation de ces formations sanitaires avec celle d'avant la mise en œuvre du processus de retrait.

L'approche quantitative va analyser les données d'activité des deux groupes sur une même période mais également dans chaque formation sanitaire avant/après.

L'approche qualitative vise à recueillir les données sur les mécanismes de pérennisation auprès des professionnels de santé en charge de la mise en œuvre des activités au niveau des services des soins mais aussi organisationnel. Ces données seront recueillies à différents niveaux. Dans la présente recherche la pérennité réfère aux routines organisationnelles qui sont fondamentales dans les écrits sur l'apprentissage dans les organisations (3, 4). Ces écrits, mettent en évidence plusieurs caractéristiques de la routinisation dont: mémoire, adaptation, valeurs et règles. Selon HADDAD et al. (5), le processus de pérennisation fait partie intégrante du cycle d'intégration de l'innovation comprenant l'adoption, l'implantation, la pérennisation et l'expansion. Ainsi, le degré d'intégration des différentes dimensions du processus de dépistage du CCU dans le paquet minimum d'activités des formations sanitaires permet de créer une routinisation dans leur mise en œuvre et

Déroulé et principales étapes de l'étude sur la pérennisation du dépistage du CCU à Ouagadougou



Tableau 2 : Couverture des cibles prévues dans la collecte

Cibles	Nombre prévu	Nombre couvert	Taux de couverture
Membres ECD	4	4	100,0 %
Prestataires dans les FS	24	23	95,8 %
Gérant DMEG	9	8	88,9 %
TBM	4	4	100,0 %
Relais Communautaires (ReCo) impliqués dans les activités de dépistage	6	6	100,0 %
Membres du comité de pilotage (COPIL) élargi	03	02	66,7 %
Bénéficiaires	143	154	107,7 %

Tableau 3 : Répartition des bénéficiaires par formation sanitaire

Formation sanitaire	Effectif	Pourcentage
* Groupe semi-autonome		
CMU Gounghin 7	16	10,4 %
CMU Samandin	18	11,7 %
CSPS du Secteur 10	25	16,2 %
CSPS du secteur 12	25	16,2 %
CSPS du Secteur 3	12	7,8 %
Sous-total	96	62,3 %
* Groupe dépendant		
CMU Pogbi	11	7,1 %
CMU Urbain	7	4,5 %
CSPS Gounghin 6	30	19,5 %
SMI CNSS	10	6,5 %
Sous-total	58	37,7 %
* Total	154	100,0 %

Source : Enquête SERSAP décembre 2024.

d'identifier le potentiel d'expansion vers d'autres formations sanitaires.

3. Période de la recherche

Le schéma ci-dessus donne un aperçu de l'ensemble du processus en lien avec le déroulement de la recherche.

4. Population cible et échantillon

Les cibles de la collecte des données sont constituées par : (i) Les patientes/utilisatrices des services de dépistage pour le CCU dans les formations sanitaires du projet. Il s'agit des patientes utilisatrices des services au cours des trois dernières années (2023-2025). Au niveau de cette cible, il s'est agi de documenter le niveau de satisfaction des femmes bénéficiaires des prestations. La cible visée est de 30% des utilisatrices de chaque FS. (ii) Les agents de santé issus des formations sanitaires concernées. Il s'agira prioritairement des Infirmiers (ICP) ou des médecins-chefs (pour les CMU); des responsables des laboratoires (TBM) dans les CMU; des responsables des maternités; des points focaux (PF) CCU et des responsables des dépôts de médicaments (analyse de la gestion des intrants). (iii) Les relais communautaires (ReCo) issus des 2 formations sanitaires mettant en œuvre la stratégie communautaire. (iv) Les membres de l'équipe Cadre du District Sanitaire (ECD) de Baskuy. (v) Les membres du comité de pilotage du projet et les superviseurs MdM et le programme de lutte contre le cancer au ministère de la santé (MS).

5. Collecte et analyse des données

La deuxième phase de collecte des données a débuté le 5 décembre 2024 et a impliqué les 6 assistants de recherche qui ont pris part à l'étude de base.

Au stade actuel l'analyse couvre les dimensions suivantes :

- Les mécanismes mis en place dans les FS des deux groupes pour assurer la poursuite d'une intégration effective des activités de dépistage du CCU dans le paquet minimum d'activités (PMA).
- Le degré d'intégration des interventions clés en matière de dépistage du CCU, de la gouvernance

globale du dépistage du CCU, de la gestion des ressources notamment financières.

- L'appréciation des principaux acteurs (Bénéficiaires et prestataires).
- La dynamique d'évolution des indicateurs cliniques (comparée à la situation de base).

6. Difficultés rencontrées

La principale difficulté réside dans l'accès aux documents notamment les différents rapports périodiques, les rapports de supervision et de formation etc. La seconde phase de collecte a mis l'accent sur ce volet. Cela a permis de valider certaines déclarations des prestataires et de disposer de d'informations pertinentes.

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Les résultats sont présentés autour des points suivants : (i) les caractéristiques des personnes enquêtées ; (ii) la gestion du processus de retrait de MdM; (iii) le développement des principales interventions en matière de dépistage de CCU et (iv) certains résultats notamment l'appréciation des bénéficiaires, l'évolution des indicateurs cliniques et la disponibilité des intrants.

1. Caractéristiques des cibles couvertes

1.1. Couverture des cibles prévues

Les résultats (tableau 2, page 12) indiquent une bonne couverture des effectifs prévisionnels. En effet, au niveau des bénéficiaires, il ressort que 154 ont été couvertes par l'enquête de satisfaction contre 143 prévues, soit un taux de couverture de 107,7% sur l'échantillon prévisionnel. Au niveau du comité de pilotage (COPIL) élargi, c'est le représentant du programme de lutte contre le cancer au Burkina Faso qui n'a pas pu être interrogé au stade actuel.

Le tableau 3 (page 12) donne un aperçu des bénéficiaires touchés par la collecte des données par formation sanitaire et par groupe.

L'analyse de la répartition des bénéficiaires enquêtées par formation sanitaire indique que ce sont surtout les CSPS des secteurs 12 et 10 dans le groupe semi-autonome et du CSPS Gounghin 6

dans le groupe dépendant qui ont le plus contribué à alimenter l'échantillon de la cible avec respectivement 16,2 % pour chacune des deux (FS) du groupe semi-autonome et 19,5 % pour le CSPS Gounghin 6 comme le montrent les données du tableau 3.

1.2. Caractéristiques socio-démographiques des bénéficiaires enquêtées

Le tableau 4 (page 15) établit le portrait des caractéristiques sociodémographiques des bénéficiaires interrogées.

Il ressort que la majorité des bénéficiaires interrogées est constituée de personnes âgées de 31-45 ans (52,60 %). L'analyse relève que moins d'une bénéficiaire sur trois (31,12 %) a moins de 31 ans. Seulement 14,29 % de l'échantillon de bénéficiaires ont plus de 45 ans.

Sur le plan matrimonial, plus des trois quarts des bénéficiaires interrogées vit en union (77,3 %).

En tenant compte du niveau d'instruction, les résultats indiquent que 32,5 %, ont atteint le niveau secondaire, tandis que 29,9 % n'ont bénéficié que d'un enseignement primaire.

Sur le plan professionnel, les bénéficiaires sont principalement commerçantes (42,2 %), ménagères (24,7 %), et travailleuses du secteur informel (13 %).

En dehors de ces caractéristiques, dans leur majorité (66,9 %), les femmes enquêtées ont déclaré qu'au moment où elles ont bénéficié de leur premier test de dépistage du cancer du col de l'utérus, elles s'étaient déplacées dans la formation sanitaire dans le but bénéficié de ce service. **Cependant, pour près d'un tiers de l'échantillon (31,1 %), la décision de faire ce test a été motivé sur place à la formation sanitaire alors qu'elles y étaient allées pour bénéficier d'un autre service.** Par ailleurs, en matière d'expérience de la pratique de dépistage du cancer du col de l'utérus, **le profil de femmes interrogées indique que près de deux-tiers (63 %) ont effectué le test une seule fois.**

Les tendances (tableau 5, page 15) sont observées au niveau des deux groupes de formations sanitaires.

Les résultats observés au niveau des deux groupes montrent des différences qui pourraient traduire une dynamique de pratiques différentes. Dans les FS dépendantes, il y aurait plus de réactivité sur

l'orientation des femmes vers les prestations de CCU ainsi que des relances qui expliqueraient un retour de certaines femmes pour un deuxième dépistage. Il faut noter que plusieurs autres facteurs peuvent expliquer cette dynamique (le profil/ nombre du personnel, le bassin de desserte de la FS, etc.)

2. Gestion du processus de retrait de MdM

Le processus de retrait de l'appui de MdM au dépistage du CCU est envisagé en plusieurs étapes : (i) À partir du 15 juin 2024, retrait partiel de MdM dans 5 FS et maintien de l'appui total aux 4 autres FS ; (ii) retrait total de MdM des 9 FS à partir du 31 décembre 2024 ; (iii) maintien de la fourniture des cartouches GenExpert et des écouvillons pendant six mois pour l'ensemble des 9 FS au cours de l'année 2025. Les formations sanitaires semi autonomes se ravitaillant à parti du district.

Afin de formaliser ce processus, un certain nombre de dispositions ont été prises dont : (i) La signature d'un memorandum d'entente (MoU) avec chacune des FS ainsi que le DS. Ces MoU précisent la nature de l'appui de MdM, les mécanismes envisagés pour cet appui et les ressources financières mobilisables pour chaque FS ; (ii) le transfert des appareils GenExpert au MS via la DRS du Centre.

2.1. Connaissance du MoU

De la revue documentaire et des entretiens avec les acteurs concernés on note :

- Les MoU ont été signés par les médecins chefs ou responsables des FS après le visa du médecin chef de district.
- 91,3 % des 23 agents de santé responsables des FS enquêtées ont indiqué connaître l'existence du MoU
- Seulement 33 % d'entre eux indiquent avoir participé aux réflexions sur le contenu des MoU
- Un peu plus de la moitié (62 %) indiquent qu'une rencontre a été organisée dans leur FS afin de discuter du contenu et de la mise en œuvre du MoU
- La dimension ressource financière du MoU apparaît très peu connue des acteurs enquêtés. En effet, parmi les 7 agents qui ont indiqué avoir participé aux réflexions sur le contenu du MoU, aucun n'a pu indiquer le montant annuel exact prévisionnel pour la FS directement ou à partir d'une source documentaire.

Tableau 4 : Caractéristiques sociodémographiques des bénéficiaires enquêtées (n = 154)

Caractéristiques sociodémographiques	Nombre	Pourcentage
• Groupe d'âge		
Moins de 31 ans	51	33,12 %
31-45 ans	81	52,60 %
Plus de 45 ans	22	14,29 %
• Statut matrimonial		
Mariée	119	77,3 %
Célibataire	33	21,4 %
Divorcée	1	0,6 %
Veuve	1	0,6 %
• Niveau d'instruction		
Aucun	44	28,6 %
Primaire	46	29,9 %
Secondaire	50	32,5 %
Supérieur	14	9,1 %
• Profession		
Sans emploi	6	3,9 %
Ménagère	38	24,7 %
Commerçante	65	42,2 %
Travailleuse salariée	14	9,1 %
Étudiante	11	7,1 %
Secteur informel	20	13,0 %

Source : Enquête SERSAP décembre 2024.

Tableau 5 : Place du dépistage CCU dans les activités selon le groupe de formation sanitaire

	Groupe semi-autonome	Groupe dépendant
CCU comme motif de consultation	76 %	52 %
Plus d'une visite pour dépistage CCU	27 %	47 %

- L'examen par formation sanitaire indique que dans 5 des 9 formations sanitaires les agents enquêtés indiquent n'avoir pas participé à des réflexions sur l'élaboration des MoU. Cependant dans 7 des 9 FS, les agents enquêtés indiquent qu'une rencontre de concertation a été organisée au sein de la FS autour du MoU.
- De manière générale, les acteurs de l'ECD ont été largement impliqués dans le processus de conception et de finalisation des MoU dont la signature s'est faite via l'approbation du MCD.

2.2. Rôle des acteurs

Dans le cadre de la mise en œuvre du MoU, le rôle des acteurs notamment ceux au niveau de l'ECD a été clarifié tenant compte du retrait partiel ou total de MdM dans la mise en œuvre des interventions CCU. Les « nouveaux rôles » concernent essentiellement (i) la gestion du système d'information sanitaire (données cliniques) dont le circuit a été redéfini et passe désormais des FS au service CISSE¹. Ce service CISSE assure désormais la compilation mensuelle des données cliniques du dépistage du CCU à partir des rapports transmis régulièrement par les formations sanitaires et est chargé également du contrôle de qualité; (ii) la gestion financière avec une implication du responsable administratif et financier; (iii) gestion des intrants qui transitent désormais par le DRD pour aboutir au DMEG des FS.

2.3. Planification et suivi de la mise en œuvre des activités

Dans le cadre de la mise en œuvre des activités des FS, le processus de micro-planification devrait être systématique. Dans la totalité des FS, il est indiqué l'existence d'un micro plan. Cependant au cours du premier trimestre de 2025, dans certaines FS les micros-plans semblaient être toujours en cours d'élaboration

Dans le groupe dépendant si l'existence du micro plan est affirmé par les responsables, dans deux FS ces micro-plan n'ont pas pu être obtenu pour plusieurs raisons (existe dans ordinateur et non accessible par l'équipe, ne peut être partagé avec l'équipe). Il s'agit des deux CMU. Il en est de même pour les activités CCU qui de l'avis des responsables

de ces deux FS ne sont pas intégrées dans leur micro-plan et sont développées séparément. On note une effectivité du déroulement des activités de lutte contre le CCU dans l'ensemble des 4 FS (réalisation des counselings, des prélèvements et transmission des prélèvements aux TBM).

La tendance est totalement différente dans le groupe semi autonome dans lequel le micro-plan existe et a été vu par les équipes dans les cinq FS. Par ailleurs, les activités CCU sont intégrées et budgétisées dans ces micro-plans. Les données indiquent la mise en œuvre systématique des prestations de CCU dans les cinq formations sanitaires (réalisation des counselings, des prélèvements et transmission des prélèvements aux TBM).

3. Développement des principales interventions en matière de dépistage

3.1. Circuit des patientes

Les observations faites dans les formations sanitaires ont montré les principaux éléments ci-après :

- Les patientes du dépistage du CCU passent principalement dans l'Unité CCU et dans l'Unité de Planning familial. Toutefois, une patiente a transité par le Service du PEV avant d'être reçue.
- En général, les femmes passent moins de 30 minutes dans les formations sanitaires pour bénéficier des services de dépistage du CCU indépendamment du groupe.
- Très peu d'incidents sont observés lors du passage des équipes lors des prestations. Il a été observé dans deux cas, des arrêts intermittents lors des prestations. Ces interruptions sont expliquées par l'accumulation de postes de travail par un prestataire qui par ailleurs doit s'occuper de patientes venues pour un autre motif.
- Les conditions d'accueil et de prestation sont généralement satisfaisantes en ce qui concerne la disponibilité de places assises pour les patientes venues pour les services CCU, de même que l'existence de conditions de convivialité du cadre d'attente ainsi que les conditions de confidentialité, il n'a pas été constaté d'insuffisances majeures. L'insuffisance observée concerne le non-respect de la confidentialité dans deux cas avec la venue et allez de collègues de services du prestataire.

Le circuit des patientes n'a pas connu d'ajustements particuliers au fil du temps et n'a pas été

¹ Centre d'information des statistiques sanitaires et épidémiologiques. Le CISSE fait partie de l'organigramme des équipes cadres de districts au Burkina Faso. Il a la charge de la gestion de l'information sanitaire produite dans le district : collecte, compilation, analyse, encadrement du personnel, etc.

influencé par le processus de retrait de MdM. De l'avis des acteurs, il est intimement lié aux dispositifs organisationnels classiques des FS. Il n'est pas observé de différences entre groupes de formations sanitaires

3.2. Formation

Dans l'ensemble des formations sanitaires, il existe des plans de formation intégrant les thématiques de dépistage du CCU. L'existence formelle de plans de formation dans chacune des formations sanitaires milite en faveur de la poursuite de cette activité. Cette formation des prestataires de la FS consiste en la mise à niveau par coaching et la formation recyclage des acteurs déjà impliqués dans le dépistage du CCU, mais aussi à l'initiation et l'encadrement du personnel nouveau et compétent pour le service.

Quel que soit le groupe de formations sanitaires, elles sont généralement assurées par le duo ICP-PFCCU. Pour le cas spécifique du groupe semi-autonome, c'est le duo ICP-PFCCU qui assurent prioritairement les formations à la différence du groupe dépendant qui continue de bénéficier de l'appui technique de MdM.

Si l'on s'en tient aux déclarations des responsables des FS lors de l'enquête en février 2025, il ressort que dans le groupe dépendant, la formation des agents nouvellement affectés a été effective dans toutes formations sanitaires au cours de la période de janvier et février 2025. Il faut noter cependant que les rapports de formation n'ont pas pu être observés lors des enquêtes. À l'inverse, dans le groupe semi-autonome, aucune formation sanitaire n'a indiqué avoir réalisé une formation au profit de ce nouveaux affectés au cours de la même période. Cette situation peut être aussi en lien avec la fenêtre d'observation relativement courte (janvier/mars).

3.3. Supervision

La supervision (interne et externe) des prestataires de soins est routinière faisant partie du PMA des formations sanitaires ; à ce titre, elle fait partie intégrante du plan d'actions de chaque centre de santé.

À la période janvier-février 2025, le constat est que deux tiers (2/3) des FS soit six (6) sur neuf 9 disposent de supports de supervision ; le CSPS du 12, celui du 6 à Goughin et le CMU central n'en disposent pas

De nouvelles dispositions ont été adoptées par les FS pour la continuité des activités CCU par l'intégration des activités de supervision au plan de supervision, les supervisions intégrées y compris la CCU aux CSPS des secteurs 10 et 12 ainsi qu'aux CMU de Samandin et de la SMI de la CNSS qui est le seul à avoir effectué une supervision spécifique. Il faut noter que seulement quatre formations sanitaires dont trois dans le groupe semi autonome et une dans celui dépendant ont pu réaliser des supervisions (interne/intégrées) avec des rapports de supervision disponibles.

Les principales difficultés dans la mise en œuvre du processus de supervision relevées par 03 prestataires sont : la survenue de rupture de supports de supervision ; l'irrégularité des supervisions de la part de l'ECD ; la faible disponibilité du personnel de la FS pour assurer les supervisions interne.

3.4. Recherche des perdues de vues

En dehors du dépistage du CCU pour lequel la recherche des perdues de vue (PDV) est systématisée, il existe d'autres prestations pour lesquelles la recherche des PDV fait partie du PMA des FS. Il s'agit du programme élargi de vaccination (PEV), de la prise en charge des enfants malnutris et de la planification familiale.

Dans 4 des 9 FS, les prestataires indiquent qu'il existe des ressources financières en dehors de MdM pour assurer la recherche des PDV.

Dans trois de ces FS il est indiqué que les procédures de gestion permettent une mutualisation des ressources financières pour la recherche des PDV.

La seule insuffisance relevée par les prestataires en ce qui concerne le suivi des PDV dans le cadre de la mise en œuvre du MoU est le faible niveau des financements prévus pour la recherche des PDV.

Au cours des 72 heures ayant précédées l'enquête aucune des cinq FS du groupe semi autonome n'a effectué une recherche de perdues de vues dans le cadre de la CCU. Il en est de même pour les 4 FS du groupe dépendant. Cette situation est sans nul doute liée à la fenêtre d'observation relativement faible (72h). À l'évidence, l'activité recherche de PDV ne semble pas véritablement être menée de manière systématique dans les FS.

De manière générale, les données cliniques indiquent que la situation des PDV en termes de notification n'est pas assez « maîtrisée » par les prestataires. En effet en 2023, seulement deux cas sont répertoriés au cours du premier semestre et aucune donnée disponible au deuxième semestre. En 2024, les données indiquent 19 cas de PDV notifiés au cours de dernier trimestre de l'année. Pour 2025 (janvier-février), 16 PDV sont notifiées par le CSPS 8 (ex 10) du groupe semi autonome.

3.5. Gestion des ressources financières

Des ressources financières ont été mises à la disposition des formations sanitaires à travers la signature des MoU. Les modalités d'utilisation de ces ressources financières sont fonction du groupe de formation sanitaire. Ainsi, MdM s'est engagé à mettre les ressources financières à la disposition des formations sanitaires à travers des transferts trimestriels dans les comptes des formations sanitaires. Le renouvellement des transferts est conditionné par la justification des dépenses effectuées. L'élaboration et la mise en œuvre des plans d'actions des formations sanitaires devrait constituer un cadre de référence pour une utilisation rationnelle de ces fonds.

La dynamique de gestion de ces ressources semble variable d'une formation sanitaire à l'autre. En effet, 43 % des prestataires enquêtés indiquent que la gestion de ces ressources est intégrée dans le dispositif traditionnel de gestion (acteurs de gestions tels que les COGES, les outils de gestion traditionnellement utilisés), tandis que 29 % d'entre eux indiquent que cette gestion n'est pas intégrée et est assurée par divers acteurs notamment ceux directement en charge de l'activité de dépistage CCU. Dans le groupe semi autonome, deux FS indiquent que la gestion est assurée par l'infirmier chef de poste tandis que dans les trois autres FS, il s'agit des COGES. Au niveau du groupe dépendant, les COGES assurent la gestion dans trois formations sanitaires et le point focal CCU dans une formation sanitaire.

Globalement il y a une tendance à intégrer la gestion des ressources aussi bien financières que matérielles dans les dispositifs existants. Les spécificités observées sont fonction de certaines réalités contextuelles liées aux acteurs en place plutôt qu'aux groupes de formations sanitaires.

Dans le groupe semi autonome, le taux moyen d'absorption des fonds mis à disposition est de 80 % avec des extrêmes de 100 % à 50 %. Au niveau du groupe dépendant, une formation sanitaire n'a pas pu fournir des informations en raison de la mobilité du personnel et de l'absence d'archives permettant de documenter l'utilisation des ressources. Pour l'ensemble des trois FS restantes, le taux moyen d'absorption des fonds est de 92 % avec des extrêmes de 100 % à 75 %.

Les principaux problèmes rencontrés dans les deux groupes résident dans i) la mobilité du personnel sans un processus de gestion continue de l'information en raison de manque de passation de service mais également d'insuffisance d'archivage ; ii) la production des justificatifs de manière exhaustive et dans les délais.

4. État des intrants

4.1. Gestion des intrants

4.1.1. Au niveau de l'ECD

Au niveau du dépôt répartiteur du district (DRD), le suivi de la gestion des intrants se fait à travers le système de gestion de logistique (SIGL) et aussi par l'ensembles des outils physiques classiques, ainsi que par un logiciel de gestion.

Plusieurs outils sont utilisés pour le suivi de la gestion des stocks, notamment les logiciels SIGL, VGS de gestion des stocks et aussi les outils physiques comme les fiches de stock (FS), le rapport SIGL, les fiches d'inventaire, le cahier de notification péremption /avarié/cassé, les bordereaux de livraison (BL), les factures, les états de répartition...). Certains de ces outils intègrent les intrants CCU.

Le suivi de gestion est fait semestriellement à travers la supervision intégrée des dépôts de médicaments essentiels et génériques (DMEG) par le contrôle de la gestion des stocks et de la gestion financière des ventes. Un contrôle peut se faire également dans les situations spécifiques nécessitant une visite de supervision et de suivi suggérées par MdM et/ou DS.

Au cours de la collecte de décembre 2024, 600 cartouches Genexpert et 900 écouvillons étaient disponibles au niveau du dépôt répartiteur du district (DRD).

4.1.2. Au niveau des DMEG

■ Modalités de gestion des intrants

En matière de gestion des intrants, deux modalités se dessinent au niveau des DMEG :

1. *Les intrants transits CCU par le DMEG et sont récupérés et gérés par le PF et le laboratoire.*

Les interventions suivantes sont assez illustratives sur cette modalité de gestion qui est très utilisée au niveau des FS du groupe semi-autonome.

« Le responsable laboratoire et le point focal signalent au major ou à la coordonnatrice, eux ils font un bon et vont enlever aux DS. Une fois que les intrants/fournitures arrivent au CMU, les cartouches sont déposés au labo directement et les écouvillons, bulletin en salle CCU. L'acide acétique et le Lugol sont en salle CCU, Mdm avait fait un ravitaillement en quantité de ces deux produits (l'acide acétique dans un gros flacon) donc l'ancien stock est toujours disponible en salle CCU. Il n'y a pas eu de nouvelle commande sur ces deux produits depuis. » (CMUGG7_semi)

« Dès que les intrants (Spéculum, Écouvillons, cartouches Genexpert...) viennent au niveau du DMEG, la PF et le laboratoire viennent tout prendre pour stocker à leur niveau. » (CMUSMD_semi)

« C'est le point focal qui le fait dans le rapport qu'elle transmet à Mdm, je pense que la manifestation de besoin est faite directement là-bas. Et quand ça vient, c'est elle qui s'occupe de la gestion. » (SEC3_semi)

« Les intrants CCU sont gérés au niveau du service de la maternité par le point focal CCU. Le point focal manifeste les besoins en termes d'intrant CCU dans son rapport mensuel et lorsque l'intrant arrivé c'est elle qui reçoit les intrants et stocke à son niveau. Normalement tous les intrants doivent transiter par le DMEG mais pour le CCU, je ne saurai vous dire pour c'est comme ça. Il y a un autre projet de Mdm dénommé respect et les intrants de respect transite par le DMEG. » (SEC12_semi)

2. *Les intrants sont gérés directement par le DMEG mais avec des outils spécifiques.*

C'est le cas du CSPA Gounghin 6 et de la SMI CNSS qui relèvent du groupe dépendant, du CSPA 8 ex 10 du groupe semi-autonome.

■ Les inventaires

Dans la majorité des DMEG, les inventaires sont mensuels et systématiques. Ils sont organisés par les COGES. Ces inventaires intègrent l'ensemble des produits du DMEG. Cependant, au niveau de SMI CNSS, les inventaires sont trimestriels pour les intrants CCU à la différence des autres intrants où l'inventaire est mensuel.

Lors de la collecte de données, il a été constaté que certaines FS connaissaient des situations de rupture de stock certains intrants. Le bilan détaillé des constats faits sur la disponibilité des différents intrants est présenté plus bas.

Un agent de santé en service dans une FS du groupe dépendant, souligne que son centre de santé est fréquemment confronté à des situations de ruptures de stock pour certains intrants, qui semble-t-il sont consécutives à des retards de dotation par Mdm. Son témoignage est sans équivoque.

« Souvent il y a un manque d'intrants car il y a un retard au niveau du CMU pour transmettre les rapports. Par conséquent Mdm tarde dans l'envoi des intrants. » (CSPSG6_d)

Il ressort également la problématique des dates de préemption de certains intrants souvent très proches au moment de la livraison.

De l'avis des prestataires interrogés, les inventaires favorisent une bonne gestion des intrants.

« Après chaque inventaire, on sélectionne les produits qui ne sont pas en quantité suffisantes et on fait la demande. Jusque-là, nous n'avons pas eu de retard dans l'approvisionnement. La gestion aussi, ça va, vu qu'il y a une fiche de stock qu'il faut remplir à chaque fois qu'un produit rentre et à la fin du mois on fait l'inventaire » (CMUSMD_semi)

Le schéma (page 20) résume le circuit des instants du Dépôt répartiteur de district (DRD) au dépôt de médicaments des formations sanitaires (DMEG).

4.2. Situation des intrants et des supports

Les principaux intrants et consommables médicaux utilisés dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus sont constitués par les cartouches Genexpert, les écouvillons, les gants, les spéculums, le coton, l'acide acétique, les tests (tests de grossesse) et les compresses.

Mécanisme de commande et d'approvisionnement des intrants

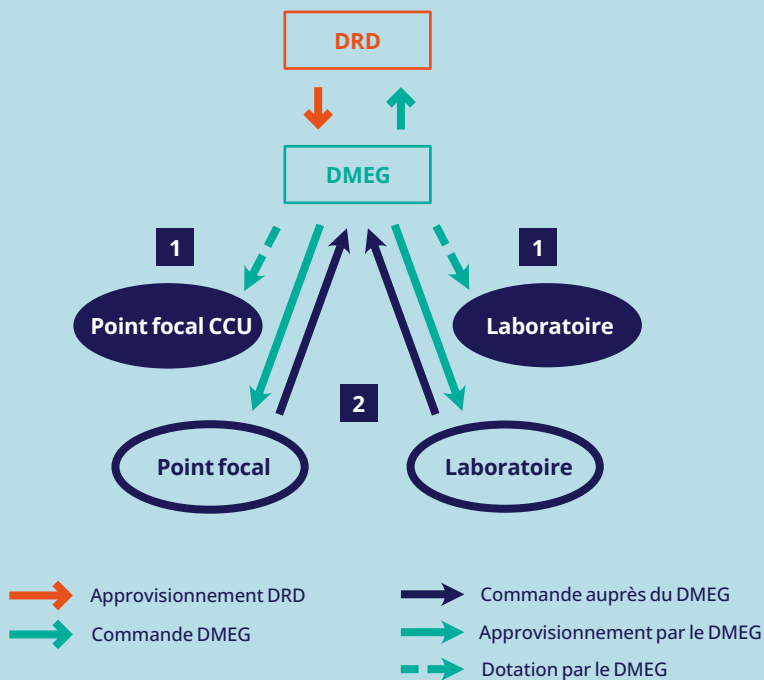


Tableau 6 : Disponibilité des intrants et des supports dans les 2 groupes

Intrants	Groupe semi-autonome					Groupe dépendant			
	CSPS secteur 3	CSPS secteur 10	CSPS secteur 12	CMU 7 Gounghin	CMU Samandin	CSPS Gounghin 6	CMU Pogbi	CNSS	CMU Urbain central
Cartouches Genexpert	Oui	NA	NA	Oui	Oui	NA	Oui	NA	Oui
Écouvillons	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Gants	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Spéculums	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Cotons	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Chlorure de sodium	Non	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	Non
Acide acétique	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Lugol	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non
Tests de grossesse	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Compresse	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Non
Registres	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Fiches	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Bulletins	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui

Oui : Disponible.

Non : Non disponible.

NA : Non applicable (se rapporte aux cartouches Genexpert qui ne sont disponibles qu'au niveau des laboratoires, notamment au niveau des CMU).

Source : Données collectées dans les FS en décembre 2024.

Le tableau 6 (page 20) présente la situation par formation sanitaire.

4.2.1. Situation des intrants

L'analyse de la disponibilité des intrants et des consommables médicaux dans les formations sanitaires du groupe semi-autonome montre que des ruptures ont été constatées au cours de l'enquête en décembre 2024 pour ce qui concerne les gants, les tests de grossesse, le coton et les compresses. En dehors du CMU de Samandin, toutes autres formations sanitaires du groupe ont été affectées par la rupture en test de grossesse. Le CMU 7 de Gounghin est la FS la plus affectée par les ruptures. En effet, l'enquête y a relevé des ruptures en gants, en tests de grossesse, en coton et en compresses. La deuxième FS la plus affectée du groupe est le CSPS du secteur 12 où des ruptures en tests de grossesse et en compresses ont été constatées.

L'analyse montre que les FS du groupe dépendant ont été moins affectées par les ruptures en intrants et consommables médicaux. Cependant, une rupture en gants et en compresses a été relevée au niveau du CMU central, tandis que le CSPS Gounghin 6 et le service de la SMI de la CNSS ont enregistré respectivement des ruptures en coton et en acide acétique indispensable pour la réalisation du dépistage CCU, comme on peut le voir dans le tableau 6.

D'une manière générale, la collecte de données n'a pas relevé par les acteurs de collecte, ni signalé par le personnel de santé au cours de l'année 2024, une situation de rupture au niveau des intrants sensibles comme les écouvillons et les cartouches Genexpert, à l'opposé de 2023 qui a connu des ruptures majeures en cartouches de Genexpert et des écouvillons au cours du dernier trimestre ayant affecté le cours normal des activités de dépistage dans l'ensemble des formations sanitaires. Cependant, les ruptures de certains intrants moins sensibles comme les gants, les compresses, etc., ont été plus observés dans certaines formations sanitaires du groupe semi-autonome en 2024. Ce qui doit interpellier sur la capacité des FS dans l'expression des besoins à temps dans la mesure où elles disposent toutes de ressources pour pouvoir anticiper sur ces ruptures. Aussi, le DRD qui a en charge la conduite des actions de contrôle et de suivi des formations sanitaires devrait pouvoir renforcer ce processus d'encadrement.

4.2.2. Situations des supports

Dans les formations sanitaires, plusieurs supports sont utilisés pour assurer les prestations. Il s'agit essentiellement du registre de consultation et de prises en charge du CCU, du registre de counseling, du registre du laboratoire d'analyse, du registre de dépistage et de prise en charge du VIH, la fiche IVA, les bulletins d'analyses pour HPV, la fiche de référencement des cas suspects de cancers. Ces supports dont la majorité relève du niveau national (en dehors des registre CCU fourni par MdM) sont généralement fournis aux formations sanitaires par le district sanitaire.

Au cours de l'enquête de décembre 2024, il n'a pas été relevé de rupture en registre car toutes les formations sanitaires avaient au moins un registre en cours d'utilisation. Cependant, des situations de rupture en fiches IVA et en bulletins HPV ont été constatées. L'analyse montre que ces ruptures ont plus affecté les formations sanitaires du groupe semi-autonome comparativement au groupe dépendant. En effets des ruptures en fiches IVA ont été relevées dans le groupe semi-autonome au niveau du CSPS du secteur 3, du CSPS du secteur 10 et du CM7 de Gounghin. Aussi, des ruptures en bulletins ont été signalées au CSPS du secteur 3 et au CMU7 de Gounghin. Cependant, au niveau du groupe dépendant, seule une rupture en bulletins a concerné le CMU de Pobjgi comme le montrent les données du tableau 6. Il faut cependant noter que les ruptures en supports ne compromettent pas de manière notable les activités de dépistage car les agents trouvent des options alternatives en attendant les réapprovisionnements.

Les situations de ruptures de certains supports comme les bulletins et les fiches IVA ont également été constatées par les supervisions de l'ECD dans certaines FS, alors qu'une recommandation a été faite au COGES de veiller à financer la reproduction de ces supports en assurant par photocopie.

4.2.3. Conclusion partielle

Il ressort des résultats de l'étude que la gestion des intrants au niveau de l'ECD relève du dépôt répartiteur de district sanitaire (DRD). Le DRD a en charge l'approvisionnement des formations. Afin d'éviter les ruptures de stock dans les formations sanitaires, le DRD est appelé à assurer l'encadrement de la gestion des intrants au niveau des dépôts de médicaments essentiels et génériques (DMEG) à travers des contrôles, des supervisions,

des missions d'assistance technique pour l'estimation des besoins.

Au niveau des formations sanitaires, la gestion des intrants est assurée par le DMEG. Il assure la vente, les estimations de besoins et les commandes auprès du DRD.

Pour ce qui concerne les intrants CCU, à partir du DMEG, deux modalités de gestion ont été observées sur le terrain, comme mentionné sur le schéma (page 20). (i) Après commande, les intrants CCU transitent par le DMEG et sont récupérés et gérés par le point focal et le laboratoire. (ii) soit, les intrants sont gérés directement par le DMEG mais avec des outils spécifiques.

5. Dynamique d'évolution des indicateurs cliniques

5.1. Collecte et gestion des données cliniques

En 2023, la gestion des données de prestations était concentrée au niveau du point focal CCU de la formation sanitaire qui en assurait la collecte, la compilation, la validation avec le responsable de la FS, avant la transmission à MdM par le canal des superviseurs CCU de cette ONG. Les rencontres de validation prévues de façon trimestrielles étaient très peu tenues.

À partir de juillet 2024, dans le cadre du processus de retrait de MdM, la gestion des données de prestations a été transférée au service Cisse du district sanitaire de Baskuy. Ce service assure désormais la compilation mensuelle des données cliniques du dépistage du CCU à partir des rapports transmis régulièrement par les formations sanitaires. Ainsi, **le service Cisse s'est vu confié l'analyse de la qualité des données, leur complétude, ainsi que leur validation. Cependant, jusqu'en décembre 2024, aucun atelier de validation des données CCU n'avait pas encore été réalisé.**

On note par ailleurs qu'au niveau des formations sanitaires c'est le point focal CCU qui assure toujours la collecte, la compilation, la validation avec le responsable de la FS, qui assure la transmission du rapport mensuel au service Cisse du district. Cette procédure est conforme aux pratiques dans les FS car les responsables désignés de certaines prestations (PEV, PF, etc.) ont la charge de la compilation des données.

5.2. Analyse comparative de l'évolution des indicateurs clés

5.2.1. Appréciation globale des indicateurs

Au cours des 12 mois de l'année 2024, au total, 5969 femmes (contre 5241 en 2023) ont bénéficié du dépistage du cancer du col de l'utérus, au niveau du district sanitaire de Baskuy, soit en moyenne mensuelle 497 femmes (contre 437 en 2023).

Les résultats globaux de 2024 montrent que sur 1382 IVA réalisés, 96 ont été positifs, soit 6,94 %. Ces résultats indiquent par ailleurs, 82 cas de traitement réalisés par thermo-coagulation. **On note en outre 19 cas de pertues de vues.** Ces pertues de vues ont toutes été enregistrées au cours du dernier trimestre de l'année. Le tableau 7 fait le bilan global des indicateurs. Pour ce qui concerne la situation des pertues de vue de 2023, l'équipe en charge de la recherche a noté que cette donnée a été très peu capitalisée ce qui rend une comparaison difficile.

L'analyse par groupe en 2024 (voir tableaux 12 et 13 en annexes) indique qu'au niveau de l'ensemble des formations sanitaires du groupe semi-autonome, 3613 femmes (contre 3109 en 2023) ont pris part au dépistage du cancer du col de l'utérus. Cet effectif² est de 2356 (contre 1632 en 2023) pour celui du groupe dépendant. En 2024, en moyenne, respectivement 301 femmes et 196 femmes ont pris part chaque mois aux activités de dépistage du cancer du col de l'utérus au niveau des formations sanitaires du groupe semi-autonome et celles du groupe dépendant. En 2023, cette participation moyenne mensuelle était estimée respectivement à 260 et 136 femmes pour les deux groupes.

5.2.2. Évolution du dépistage

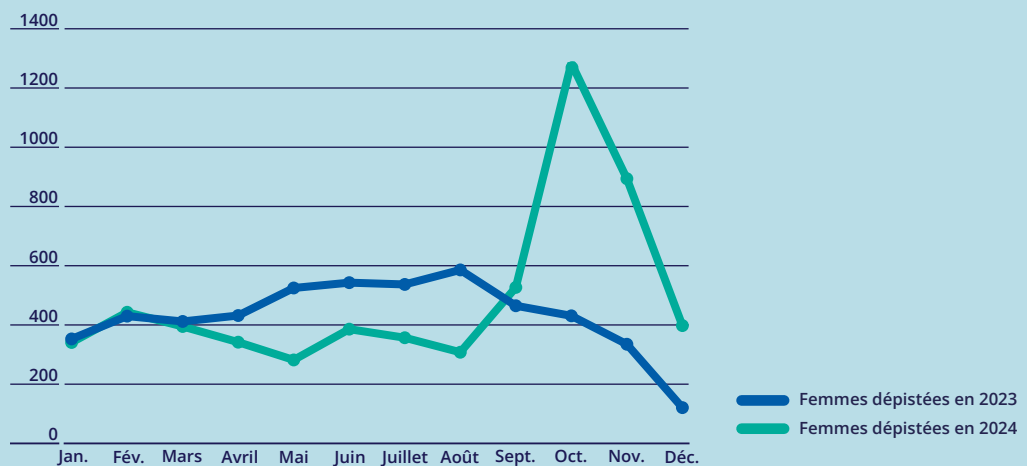
Au cours de l'année 2023, la progression mensuelle dans le dépistage du cancer dans le district sanitaire de Baskuy est restée assez constante avec cependant une tendance à la régression au cours du dernier trimestre, conséquence de la rupture des intrants enregistrée au cours du dernier trimestre de l'année 2023.

² En 2023, les données du SMI CNS n'ont pas été accessibles au niveau de cette FS. Aussi, au niveau du CMU Pogbi, seulement des données de 9 mois ont été rendues disponibles au niveau de cette FS. Ce qui constitue une limite objective dans l'analyse des données du groupe dépendant.

Tableau 7 : Situation des indicateurs cliniques CCU du district sanitaire de Baskuy en 2024

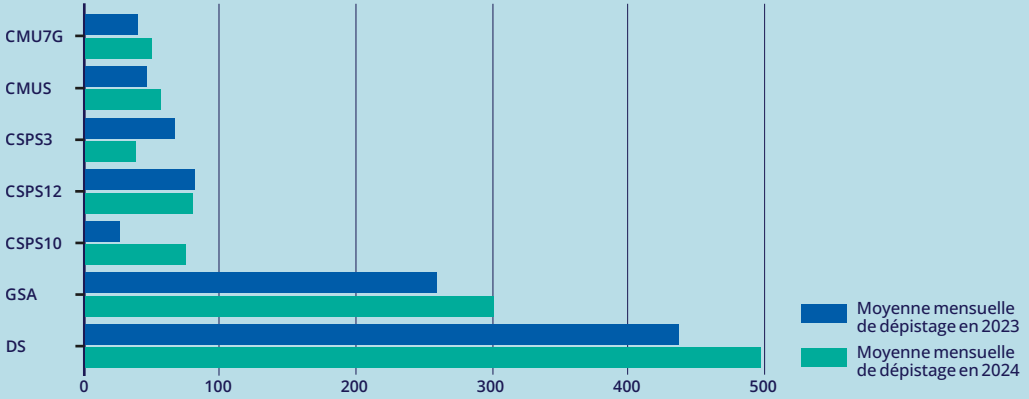
Indicateurs	Janv	Fév	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Aout	Sept	Oct	Nov	Déc	Total
Nbre de femmes dépistées	342	444	396	343	283	387	358	309	528	1285	895	399	5969
Dont nouvelles dépistées (HPV)	280	353	337	292	232	329	288	229	454	1065	693	322	4874
Auto-prélèvement vaginal	279	324	308	289	225	320	278	212	433	946	618	310	4542
HPV Positif	79	101	70	75	48	66	61	58	110	272	197	78	1215
Nbre d'IVA réalisées	93	114	95	82	68	62	87	80	77	312	179	133	1382
Nbre d'IVA positif	5	7	7	5	2	6	2	8	7	17	18	12	96
Dont Positif LPC < 75 %	5	6	7	5	2	6	2	6	6	15	13	11	84
Dont Positif LPC > 75 %	0	1	0	1	2	0	0	2	1	2	5	1	15
Nbre de cas traité à la thermo coagulation	5	5	6	5	2	6	2	6	6	15	13	11	82
Nbre de cas référés (> 75 %, jonction non visible, suspicion de cancer)	0	1	0	1	0	2	1	3	2	2	0	6	18
Nbre de cas de cancers avérés	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Nbre des femmes perdues de vue.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	6	4	19

Source : Formation sanitaire, décembre 2024.

Graphique 1 : Progression du dépistage dans le DS de Baskuy au cours 2023 et de 2024

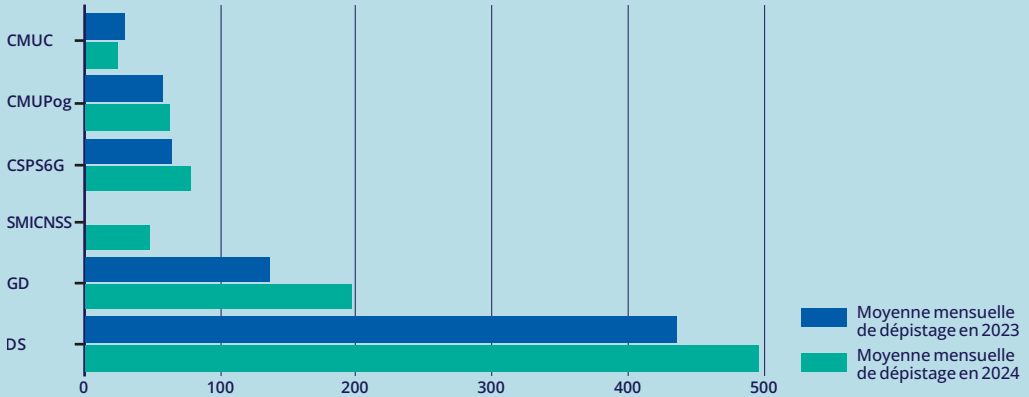
Source : Données collectées dans les FS.

Graphique 2 : Moyenne mensuelle de dépistage du CCU par FS pour le groupe semi-autonome en 2023 et 2024



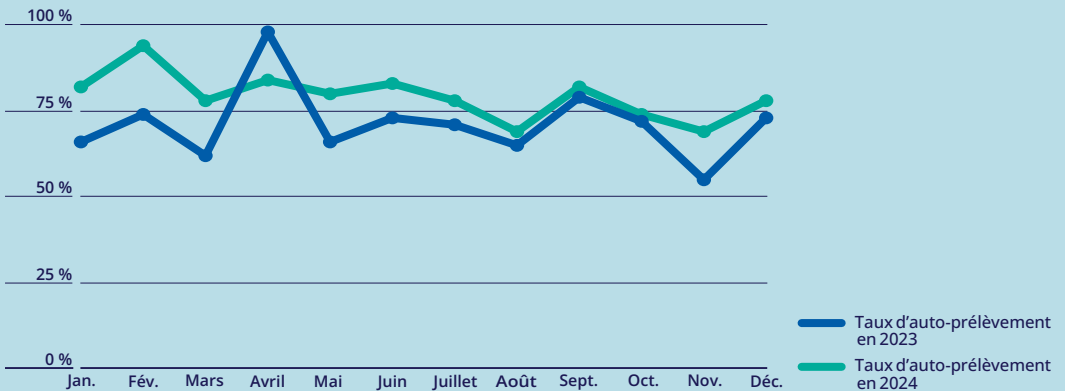
Source : Données collectées dans les FS.

Graphique 3 : Moyenne mensuelle de dépistage du CCU par FS pour le groupe dépendant en 2023 et 2024



Source : Données collectées dans les FS.

Graphique 4 : Évolution mensuelle des taux d'auto-prélèvement en 2023 et 2024



Comparativement à la situation observée en 2023, celle de 2024 est quelque peu différente. En effet, bien que cette progression soit assez constante entre janvier 2024 à juillet 2024, on a noté un accroissement continu de l'indicateur entre août et octobre 2024, avant d'amorcer une baisse à partir de novembre 2024.

Le graphique 1 (page 23) présente l'aperçu de la progression mensuelle du dépistage en 2023 et 2024 à l'échelle du district sanitaire.

Il ressort des entretiens, que le pic observé dans l'adhésion au dépistage sur la période allant de septembre à novembre 2024 est dû aux fortes affluences occasionnées par les mini-campagnes organisées en septembre et octobre 2024 par les formations sur le dépistage du CCU. Par ailleurs, en octobre 2024, dans le cadre du mois d'Octobre rose, il y a eu beaucoup d'activités de promotion du dépistage des cancers féminins. Les grandes affluences observées sont probablement la résultante de toutes ces actions.

5.2.3. Appréciation du nombre moyen de dépistage par formation sanitaire

Les deux graphiques 3 et 4 (page 24) donnent un aperçu de l'utilisation moyenne des services de dépistage du CCU par FS mensuellement en 2023 et en 2024. L'analyse note une amélioration de la moyenne mensuelle du dépistage au niveau au niveau de la plupart des formations sanitaires (4/5) du groupe semi-autonome (GSA) entre 2023 et 2024. Au niveau des 4 formations sanitaires du groupe dépendant (GD), cette amélioration est perceptible pour le CSPS Gounghin6 et CMU Pogbi.

5.2.4. Progression des taux mensuels d'auto-prélèvement en 2023 et 2024

L'analyse de la situation des cas d'auto-prélèvements parmi les femmes ayant effectué le test de dépistage du CCU en 2024 montre qu'au niveau de l'ensemble du district sanitaire de Baskuy, 76,1 % des femmes ont effectué un auto-prélèvement. Comparativement à la situation de 2023, ce taux a connu une amélioration car il était établi à 72 %.

Le graphique 4 (page 24) donne les tendances évolutives observées des taux mensuels d'auto-prélèvements au cours des années 2023 et 2024 à l'échelle du district sanitaire de Baskuy.

D'une manière générale, les taux d'auto-prélèvement ont évolué en dents de scie au cours des 2 années. Cependant, l'analyse montre que l'indicateur a connu une amélioration dans sa progression en 2024 comparativement à la situation observée en 2023, comme le montre le graphique 4 (page 24).

L'appréciation des taux moyens d'auto-prélèvement par formation sanitaire et par groupe laisse transparaitre globalement une amélioration l'indicateur au niveau du groupe semi-autonome entre 2023 et 2024, contre une détérioration au niveau du groupe dépendant.

À l'intérieur de chaque groupe, l'analyse montre qu'au niveau des FS du groupe semi-autonome, dans la plupart des formations sanitaires (4/5), l'indicateur a connu une évolution positive entre 2023 et 2024. Au niveau du groupe de FS dépendant, l'amélioration est perceptible au niveau du CMU Pogbi et du CSPS 6 de Gounghin sur la même période. Les graphiques 5 et 6 (page 26) présentent les tendances évolutives observées de l'indicateur entre 2023 et 2024.

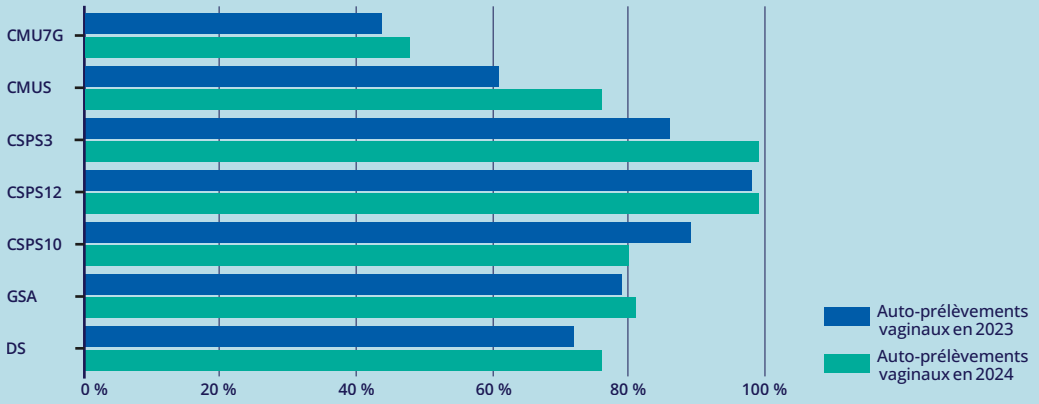
Le graphique 7 (page 27) indique que le taux d'auto-prélèvement a connu une baisse dans le groupe dépendant entre 2023 et 2024 passant de 78 % à 68 %. Cependant, la proportion d'auto-prélèvement est resté pratiquement stable au niveau du groupe semi autonome. La baisse observée dans le groupe dépendant pourrait être liée au très faible niveau d'auto-prélèvement au niveau de la SMI de la CNSS qui a influencé la moyenne du groupe.

5.2.5. Analyse de la positivité des prélèvements

Le graphique 8 (page 27) donne un aperçu de l'évolution des taux de positivité des prélèvement HPV en 2023 et en 2024 à l'échelle du district sanitaire de Baskuy. L'analyse indique très peu de différence entre les deux taux de positivité pour ce qui concerne les mois de janvier, d'avril, de septembre, d'octobre, et décembre des 2023 et 2024. En revanche, on note des différences importantes sur les autres périodes. En l'absence d'une connaissance de la prévalence dans le milieu, il est difficile de d'interpréter les tendances observées.

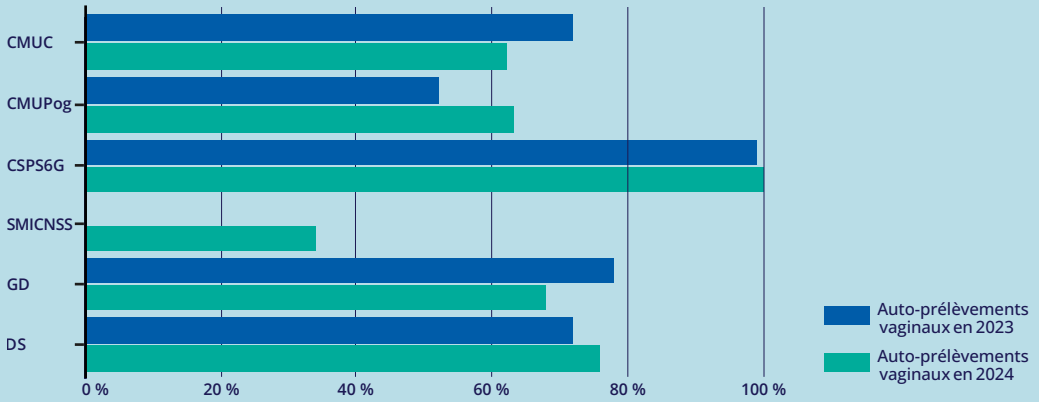
Il ressort du graphique 8 (page 27) que les taux de positivité ont été globalement moindre en 2024 comparativement à leurs niveaux de 2023 parmi les patientes admises au dépistage. Ces données ne peuvent cependant pas être rapportées au niveau populationnel. On peut cependant estimer

Graphique 5 : Taux moyens d'auto-prélèvements dans les FS pour le groupe semi-autonome en 2023 et 2024

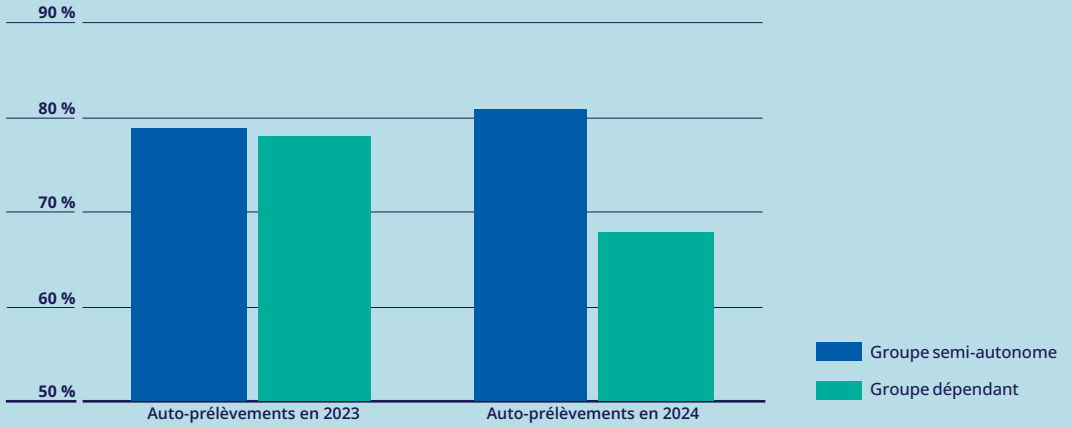
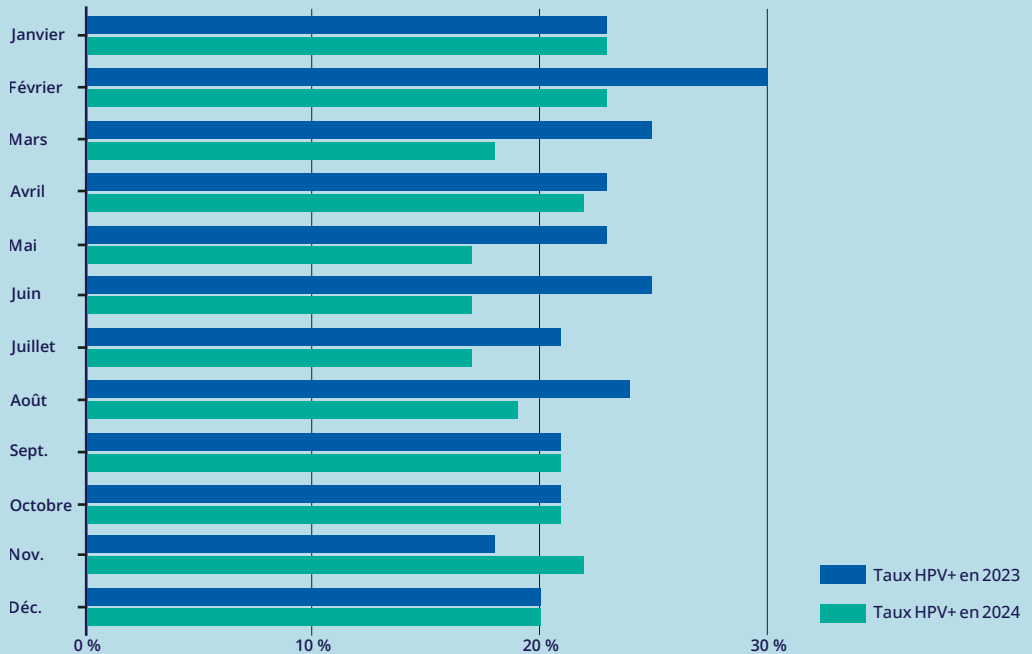


Source : Données collectées dans les FS.

Graphique 6 : Taux moyens d'auto-prélèvements dans les FS pour le Groupe dépendant en 2023 et 2024



Source : Données collectées dans les FS.

Graphique 7 : Évolution comparée des taux moyens d'auto-prélèvements des 2 groupes entre 2023 et 2024**Graphique 8 : Évolution de la prévalence de l'HPV entre 2023 et 2024 selon le mois**

que de nombreuses femmes viennent au dépistage a des stades ou des actions de sensibilisation peuvent permettre de les intégrer dans un processus de suivi précoce.

5.2.6. Situation des perdues de vue

L'analyse de la situation de l'indicateur portant sur les cas de perdu de vue se heurte à certaines limites. En effet, en 2023, l'indicateur a été très peu capitalisé si bien que dans les rapports d'activité, l'information qui est régulièrement mentionné a été généralement « NR » qui signifie « Non renseigné ».

En 2024, au total **19 cas de perdues de vues ont été rapportés**. Ces perdues de vues ont toutes été enregistrées au cours du dernier trimestre de l'année et relèvent toutes du groupe semi-autonome.

Il ressort donc que la situation des perdues de vues en 2023, a été très peu capitalisée. Ce qui rend toute comparaison difficile entre 2023 et 2024.

5.2.7. Conclusion partielle

L'analyse de l'évolution des indicateurs des formations sanitaires du groupe semi-autonome indique que celles-ci sont restées globalement bien résilientes. En effet, dans la plupart des cas, les indicateurs des FS de ce groupe ont connu des améliorations entre 2023 et 2024, parfois mieux que les formations sanitaires du groupe dépendant, bien que ne bénéficiant plus de certains appuis de MdM. Cette bonne réactivité des formations sanitaires du groupe semi-autonome milite en faveur d'une pérennisation du projet, pour peu que les FS bénéficient régulièrement d'intrants sensibles comme les écouvillons et les cartouches Genexpert.

6. Appréciations des acteurs clés

6.1. Appréciations des bénéficiaires

Au total 154 bénéficiaires dont 96 dans le groupe semi-autonome et 58 dans le groupe dépendant ont été interrogées.

Au regard de la faiblesse des effectifs par groupe, les résultats sont présentés de manière globale dans le tableau 8 (page 29). Cependant des analyses ont été faites par groupe selon les modalités de prestations (counseling, prélèvement etc.).

De façon générale, les patientes sont globalement satisfaites de la qualité des prestations reçues. Cependant, les prestataires doivent se montrer davantage à l'écoute des patientes car environ 16 % estiment n'avoir pas pu poser toutes les questions qui les préoccupaient lors du counseling prétest.

Par ailleurs, au moins deux bénéficiaires sur cinq (40,9 %) soutiennent que le prestataire ne leur a pas fait de proposition sur le choix de prélèvement.

Cependant, il apparaît très clairement que les bénéficiaires sont satisfaites des services offerts dans leurs quasi-totalité, comme le montrent les données du tableau 9 (page 29).

Au total, l'appréciation générale des femmes sur les services reçus est satisfaisante à 98,7 %. La raison de non-satisfaction exprimée par les 2 femmes est le temps mis pour obtenir les résultats du test de dépistage.

6.1.1. Participation aux activités de counseling

Elles sont 70 et 46 à indiquer avoir participé à des séances de counseling avant le test respectivement dans le groupe semi autonome et dans le groupe dépendant (voir tableau 10, page 29).

On note que dans le groupe dépendant les Reco ont joué un rôle important dans la conduite des counselings. Ce résultat peut se justifier par le fait que dans ce groupe plus de la moitié des femmes viennent du CSPS de Gounguin 6 qui abrite 3 Reco engagés les activités de dépistage du CCU.

Quel que soit le groupe, les femmes déclarent toutes que leur intimité est respectée.

6.1.2. Participation au dépistage

Elles sont 96 et 58 respectivement dans le groupe semi autonome et le groupe dépendant à avoir pris part au dépistage (voir tableau 11, page 30). La tendance des résultats reste sensiblement la même dans les deux groupes.

Deux bénéficiaires dans le groupe semi autonome indiquent n'avoir pas pris les résultats du test pour des raisons de distance à parcourir et pour non-disponibilité La seule patiente du groupe dépendant à ne pas avoir récupérer son résultat, évoque la raison suivante : « *Quand je suis allée pour prendre le résultat, ça vaut au moins deux fois et l'agent de santé m'avait dit que le résultat n'était pas prêt. Du*

Tableau 8 : Niveau de satisfaction des patientes sur les prestations

Items	Niveau de satisfaction
Le message reçu au cours de la causerie répondait aux attentes bénéficiaires (N = 21)	100 %
Les bénéficiaires ont pu poser toutes les questions qui les préoccupaient pendant la causerie (N = 21)	76,2 %
Les réponses aux questions posées pendant la causerie jugées satisfaisantes (16)	100 %
Partage des informations reçues au cours de la causerie avec d'autres personnes (N = 21)	81 %
Respect de l'intimité lors de l'entretien (counseling prétest) avec l'agent de santé (N = 116)	100 %
Les bénéficiaires ont pu poser toutes les questions qui les préoccupaient pendant le counseling prétest (N = 116)	80,2 %
Les bénéficiaires n'ont pas pu poser toutes les questions qui les préoccupaient pendant le counseling prétest (N = 116)	15,6 %
Les réponses aux questions posées ont eu des réponses satisfaisantes (N = 93)	75,3 %
Les réponses aux questions posées ont eu des réponses satisfaisantes ? (N = 93)	24,7 %
Proposition de choix de prélèvement par le prestataire (N = 154)	58,4 %
Le prestataire n'a pas fait de proposition de choix de prélèvement (N = 154)	40,9 %
Respect choix de prélèvement de la patiente par le praticien (N = 90)	100 %
Ont pris connaissance du résultat du test de dépistage (Oui : N = 154)	98,1 %
N'a pas pris connaissance du résultat du test de dépistage (N = 154)	1,9 %
Les bénéficiaires ont bénéficié d'un counseling posttest avant la remise des résultats (N = 154)	79,9 %
Les bénéficiaires n'ont pas bénéficié d'un counseling post test avant la remise des résultats (N = 154)	19,5 %
Raison de non-récupération des résultats du test* (N = 3)	
• Traitement	
À bénéficié d'un counseling avant le traitement (N = 6)	100 %
Respect de l'intimité des bénéficiaires lors du traitement (N = 6)	100 %
Les bénéficiaires ont pu poser toutes les questions qui les préoccupaient avant le traitement (N = 6)	100 %
Les bénéficiaires ont bénéficié de conseils après le traitement (N = 6)	100 %
Respect de l'intimité pendant le traitement (N = 6)	100 %
La cliente a pu poser toutes les questions qui la préoccupaient lors du traitement (N = 6)	100 %

* Les raisons données par les 3 femmes qui n'ont pas récupéré les résultats du test sont : la distance, le manque de temps, et la non-disponibilité du résultat au centre de santé 1 mois après le dépistage.

Source : enquête SERSAP, décembre 2024.

Tableau 9 : Niveau de satisfaction des services reçu par les bénéficiaires

Réponse	Effectif	%
Satisfaite des services	152	98,7
Non satisfaite des services	2	1,3
Total	154	100

Tableau 10 : Participation au counseling avant le test de dépistage

Responsable du counseling	Semi autonome (n = 70)	Dépendant (n = 46)
Agents de santé	82,9 %	43,4 %
Reco	17,1 %	52,2 %
Amies/coépouse	0	4,4 %

Tableau 11 : Participation aux activités de dépistage

	Semi autonome (96)	Dépendant (58)
Entretien individuel avant dépistage	87,50 %	93,10 %
Satisfaction /entretien	100 %	100 %
Proposition d'une méthode de prélèvement	60,40 %	55,20 %
Respect de la méthode choisie	100 %	100 %
A récupéré les résultats	97,90 %	93,30 %
Counseling posttest	81,30 %	77,60 %

dépistage à aujourd'hui ça fait 1 mois et je ne suis pas encore repasser pour le résultat. Mais je repartirai pour voir si c'est prêt. »

6.2. Appréciation des TBM

6.2.1. Sur le dispositif managérial des prélèvements

Le circuit de management DS et FS s'est renforcé au cours de la période retrait de MdM.

« Depuis le retrait de MdM en début d'année 2024 l'approvisionnement a changé. Ya des directives qui ont changé puisqu'apparemment c'était MdM qui nous ravitaillait mais depuis lors on se ravitaille au District. Mais c'est comme l'ancien truc, puisqu'après avoir évaluer le rapport du mois on fait une estimation pour le mois suivant avant de demander. On essaie de voir le nombre de femmes attendu et en fonction de ça on essaie de faire les commandes ».

« Par exemple pour le mois à venir j'ai eu à faire la commande de 120 cartouches en fonction des activités planifiées. » (CMUGG7)

6.2.2. Maintenance des équipements

« D'abord la maintenance primaire est assurée par nous les TBM. La maintenance journalière et hebdomadaire comme il se doit. Ce sont les techniciens, on essaie de nettoyer les cartouches, faire la maintenance mensuelle. Nous le faisons tout le temps. Il y a à peine 3 mois nous avons reçu le représentant de Genexpert (BMF) qui est venue changer un module et faire le contrôle de qualité concernant le volet maintenance des appareils. » (CMUGG7)

« Je pense que c'est MdM qui a fait la maintenance n'y a pas longtemps. » (CMUSMD)

« MdM avait un contrat de maintenance avec une maison qu'on appelle BMF. Avec le retrait je ne sais pas si le contrat continu ou pas. Il y a de petite maintenance que nous pouvons gérer souvent mais la mise à jour de module c'est la maison qui le fait » (CMUSMD)

« Au cours des 05 derniers mois, nous n'avons reçu aucun appui technique. Mais avant les 5 mois il y a le LNR TB (Centre National de Tuberculose) qui souvent lorsqu'ils ont des formations sur le Xpert il nous convie car avant l'arrivée de MdM ils furent les premiers à utiliser le Xpert. Et avec l'arrivée de MdM ce sont eux au début qui venait assurer la maintenance et c'est également eux qui furent les premiers à nous former. » (CMUSMD)

« Il y a aussi le Laboratoire Nationale de Référence (LNR) qui est chargé de faire la maintenance des appareils Genexpert de façon annuelle, ils viennent avec leurs agents pour la maintenance. » (CMU PB)

6.2.3. Difficultés

« Quand les maintenanciers viennent faire la maintenance annuelle, car ils font la maintenance chaque année ou si nous avons fait avant la fin de l'année 2 000 tests, il faut impérativement faire une mise à jour, ils nous disent souvent qu'il y a des modules qu'ils n'arrivent pas à mettre à jour. Donc l'appareil continue de fonctionner mais les résultats qu'ils génèrent ne sont pas souvent à jour. Nous ici on peut dire que c'est fiable mais au niveau de la maison Xpert ils ne peuvent pas valider ces résultats. » (CMUSMD)

« Il y a la rupture de cartouches qui nous bloque souvent. Depuis le mois de septembre, nous étions en rupture de cartouches cela est dû au retard dans la transmission des rapports du CMU à MdM. » (CMUSMD)

« Diverses ruptures ont été observées et concernent les gants ; les compresses ; les enveloppes et l'encre pour le laboratoire... Depuis plus de six mois nous avons des ruptures d'enveloppe et nous sommes obligés de plier les résultats et de remettre ainsi aux patientes. Par conséquent le principe de confidentialité n'est pas totalement respecté. » (CMPB)

6.2.4. Gestion des déchets biomédicaux

Le district sanitaire a acquis deux tricycles pour le convoyage des déchets bio médicaux. Un a été retiré du circuit pour des raisons liées à la sécurité publique (cabinet fermée à l'arrière).

Une dotation financière de 96 000 FCFA est assurée pour les EPI du manœuvre et le carburant ; 75 000 FCFA pour sa motivation trimestrielle.

Difficulté : réticence du centre national anti tuberculeux (CNLAT) à recevoir les déchets en raison du non-renouvellement du contrat (pas de suivi de cette difficulté).

6.3. Appréciation des relais communautaires (Reco)

De manière générale, plusieurs points de vue des Reco traduisent leur satisfaction par rapport à la conduite générale des activités de dépistage du CCU. Par ailleurs, La totalité des Reco estiment que l'adhésion des femmes est satisfaisante. Les propos suivants illustrent cette satisfaction pour l'adhésion.

« La demande est toujours importante, les femmes nous contactent directement pour pouvoir bénéficier du dépistage et des conseils » (1Reco2)

« Il y a une bonne adhésion, tant des hommes que des femmes. Certains hommes accompagnent leurs épouses pour le dépistage, car ils ont compris son utilité. De nombreuses femmes apprécient particulièrement le fait que nous nous rendions dans les ménages pour recueillir les prélèvements et leur apporter les résultats, car beaucoup n'ont pas le temps de venir au CSPS. Le principal problème réside dans le manque de temps, ce qui empêche certaines femmes de venir pour le traitement, et elles se demandent si nous pourrions également le faire à domicile, comme pour les prélèvements. » (1Reco)

« Ils estiment à l'unanimité que la sensibilisation et les causeries sont le facteur clé. : « Le facteur clé réside dans les causeries et la sensibilisation, non seulement auprès des femmes, mais aussi auprès de leurs époux, car le traitement nécessite des engagements particuliers en cas de résultat positif » (1Reco)

« En termes d'acquis de manière récurrente, les Reco estiment qu'ils ont beaucoup appris sur la nature humaine et sur la manière d'interagir avec les individus. Nous avons également appris à aborder les gens, à communiquer efficacement avec eux pour transmettre un message et nous faire comprendre. »

Il y a une certaine unanimité sur le fait que la poursuite des activités de dépistage sera assez difficile sans un appui précis tel que celui apporté par MdM.

« Sans vous mentir ici ça va être difficile car le personnel n'a pas assez de temps dû au fait qu'il y a peu de personnel. Ça va être difficile. Même si ça continue, ça ne sera pas assez sur le plan quantitatif. Ils ne pourront pas avoir beaucoup de femmes. Les femmes viendront mais n'obtiendront pas toutes le dépistage. Certaines femmes sont "têtues" il faut plusieurs sensibilisations pour les convaincre. Certaines ne voudront pas se déplacer juste pour venir se faire dépister. Elles vont préférer qu'on les rejoigne pour le faire. D'autres disent souvent qu'elles ont honte de venir parler de ça au CM. Elles vont préférer le secret. Les femmes sont habituées aussi à la gratuité si elles viennent et on demande de l'argent elles seront réticentes elles se diront que c'était gratuit et pourquoi maintenant c'est payant. » (6Reco1)

En ce qui concerne la suite de l'implication des Reco, les avis sont tranchés « Non, sans motivation ce n'est pas possible. Cela demande de l'essence et de la communication. Si MdM finit on redevient Reco du CMU. » (6Reco1). Autrement dit, les Reco fortement engagés dans le processus de dépistage du CCU, reviendront à leurs activités basiques (celles pour lesquelles le ministère de la santé les a recrutés). La particularité des Reco est que non seulement ils ont été formés mais ils bénéficient de l'accompagnement financier et technique ce qui ne sera plus le cas après le retrait de MdM.

DISCUSSIONS

Dans le cadre de ce processus de recherche engagé depuis 2023, les résultats de l'étude de base indiquent d'une part qu'il existe des acquis dans la lutte contre le CCU en termes de dépistage et de prise en charge effective des femmes, une satisfaction des bénéficiaires et d'autre part, qu'il existe un fort degré de pérennisation et de pérennité. La question centrale qui se pose est de savoir si les formations sanitaires du district sanitaire de Baskuy sont capables de maintenir ces acquis en respectant les standards établis, sans l'appui technique actuel de MdM? De manière secondaire, cette dynamique de pérennisation et de pérennité est-elle répliquable dans d'autres contextes que celui du district de Baskuy?

DE L'EFFECTIVITÉ DES ACTIVITÉS DE LUTTE CONTRE LE CCU

Les résultats de la recherche indiquent que les activités de dépistage du CCU sont effectives entre les deux groupes de formations sanitaires avec une dynamique semblable à celle d'avant c'est-à-dire en 2023.

Globalement les formations sanitaires ont conservé le même circuit pour les patientes dans les deux groupes. De l'avis des acteurs, il est difficile d'envisager d'autres alternatives pour le circuit des patientes car il est intimement lié aux dispositions organisationnelles des FS qui assurent une assez bonne intégration des prestations offertes.

Le volet renforcement des compétences techniques des agents à travers la formation et la supervision sont maintenues en ce qui concerne la lutte contre le CCU. Quel que soit le groupe de formations sanitaires considéré, il existe des plans de formation qui intègrent le volet CCU. Cependant les résultats suggèrent une différence entre les formations sanitaires du groupe dépendant et celles du groupe semi autonome. En effet, dans les FS du groupe dépendant, la formation des nouveaux

agents semble systématique à la différence du groupe semi autonome. Cette tendance pourrait être liée au fait que dans le groupe dépendant, il existe une présence plus forte de MdM sur les aspects d'appui technique. La mise en œuvre des activités de supervision apparaît beaucoup moins systématique quel que soit le groupe de FS. Par ailleurs, aussi bien pour la formation que pour la supervision, on note des difficultés dans la gestion des supports notamment les rapports de supervision et de formation qui ne sont quasiment jamais retrouvés. Cette insuffisance de l'avis des acteurs n'est pas spécifique au volet CCU mais concerne l'ensemble des prestations.

En ce qui concerne la recherche des perdus de vue, cette activité apparaît globalement faiblement menée aussi bien avant que pendant et dans les deux groupes de formations sanitaires. L'examen des données montre que la notification des cas de PDV est très erratique dans le temps probablement en raison d'une insuffisance la codification des cas.

La mise à disposition des ressources financières pour les activités de CCU, a été une opportunité de tester la capacité managériale des FS. Globalement il y a une tendance à intégrer la gestion des ressources aussi bien financières que matérielles dans les dispositifs existants. Les spécificités observées sont fonction de certaines réalités contextuelles liées aux acteurs en place et ne semblent pas dépendre des groupes de FS. Les résultats montrent cependant que le groupe dépendant a une tendance plus forte à utiliser les ressources financières mises à disposition. L'ensemble des FS reste confronté à des problèmes récurrents dans les FS à savoir : la mobilité du personnel et la non-production des justificatifs dans les délais. En effet, la mobilité du personnel ne permet pas dans certains cas d'organiser une passation de service créant ainsi une rupture dans l'information. Cette situation combinée à l'insuffisance d'archivage entraîne assez souvent des retards dans la production des justificatifs.

La gestion des intrants et des supports montre à l'instar de la gestion financière, une tendance à l'intégration de cette gestion dans les dispositifs existants à savoir le dépôts MEG mais aussi au niveau de certains postes de prestation. Les ruptures constatées concernent généralement les intrants relativement peu sensibles tels que les compresse et autres. Ces ruptures touchent plus le groupe semi autonome traduisant des capacités limitées dans la dynamique d'expression des besoins et de commandes dans des délais. Il en est de même pour les supports de prestation.

Sur le plan clinique, les différentes prestations ont produit les résultats qui indiquent qu'en 2024 au total, 5 969 femmes (contre 5 241 en 2023) ont bénéficié du dépistage du cancer du col de l'utérus, au niveau du district sanitaire de Baskuy, soit en moyenne mensuelle 497 femmes (contre 437 en 2023). Sur 1 382 IVA réalisés, 96 ont été positifs, soit 6,94 %. Ces résultats indiquent par ailleurs, 82 cas de traitement réalisés par thermo-coagulation. De manière générale, on note une légère amélioration des indicateurs globaux entre 2023 et 2024. En ce qui concerne l'auto-prélèvement, les tendances sont semblables entre 2023 et 2024 avec une légère tendance à la hausse pour 2024 et une meilleure performance. Par ailleurs, les performances semblent meilleures dans le groupe semi autonome comparativement au groupe dépendant. Si cette tendance traduit une bonne capacité de ce groupe à mener les activités sans un appui holistique de partenaire, il faut cependant relativiser la comparaison en raison de la variabilité des contextes des FS (population desservie et dynamique des Reco). En tout état de cause, la dynamique dans les activités de dépistage constatée en 2023 se poursuit de manière satisfaisante en 2024 et ceci quel que soit le groupe de FS considéré.

DE L'APPRÉCIATION DES PARTIES PRENANTES

Si les appréciations des parties prenantes sont globalement satisfaisantes, il apparaît des spécificités tenant compte des niveaux d'implication. En ce qui concerne les bénéficiaires, la presque totalité se dit satisfaite des prestations reçues dans le cadre de la lutte contre le CCU. La tendance est semblable entre groupes de FS et avant 2024.

Pour ce qui concerne les TBM, les défis majeurs résident dans la maintenance des équipements notamment GenExpert ainsi que dans la gestion des déchets biomédicaux. En effet, le dispositif

d'implication du laboratoire national de référence dans la maintenance n'est pas très opérationnel (irrégularité des appuis) de même il y a des réticences au niveau du CNLAT pour la gestion des déchets bio médicaux. Cette situation est en rapport avec une insuffisance d'implication de la DRS dans le suivi des engagements pris pour la maintenance mais également avec une insuffisance de ressources financières pour accompagner le CNLAT dans la gestion des déchets.

Les relais communautaires (Reco) impliqués au niveau de deux FS ont une appréciation très positive aussi bien sur la pertinence des activités que sur leur efficacité en termes d'information, de sensibilisation et d'adhésions des femmes aux processus de dépistage et de prise en charge. Pour eux, le facteur clé de succès réside dans la gestion de proximité dans les ménages incluant les époux. Les avis sont cependant tranchés quant à la poursuite des activités en cas de retrait des partenaires. En effet, ils estiment que l'appui technique (formation) et financier sont des éléments majeurs dont les Reco ne peuvent pas se passer. L'abandon de ces différents appuis entraînerait un arrêt de leur implication actuelle dans les activités de dépistage.

DE LA PÉRENNISATION ET DE LA PÉRENNITÉ

1. Processus d'intégration

Le principe de l'intégration dans les approches de santé publique est largement admis et constitue une option stratégique pour le ministère de la Santé et de l'hygiène publique (MSHP)³. En effet, dans le cadre de l'organisation du système de santé basé sur le modèle de district sanitaire, il est défini un paquet minimum d'activité au niveau des formations sanitaires coordonnées et supervisées par une équipe cadre de district. La spécificité du PMA est qu'il permet d'absorber les innovations visant à améliorer l'offre des services et de soins dans l'optique de s'adapter aux besoins des population et à la dynamique des évolutions contextuelles, démographiques et épidémiologiques. Ces processus d'intégration réussis, sont en principe des facteurs déterminants de la routinisation des interventions et de la pérennité des acquis.

La presque totalité des interventions dans le cadre de la lutte contre le CCU sont intégrées dans le PMA

³ MSHP, module de formation des médecins en gestion de districts, concepts généraux, édition 2022

ou susceptibles d'être intégrées selon plusieurs modalités :

- De l'avis des responsables des formations sanitaires, les micros plans sont élaborés de manière systématique et dans le principe intègrent toutes les prestations de la FS et sont budgétisés de manière globale. On note cependant que dans certaines FS, il y a une tendance à singulariser certaines interventions en raison du fait qu'il existe des financements spécifiques. Certaines FS ont ainsi des plans de formation pour la CCU non intégrés dans le micro-plan global de la FS.
- Les activités de supervision prennent en compte le volet CCU soit à travers des supervisions spécifiques effectuées par le personnel de la FS ou l'ECD soit de manière intégrée avec d'autres prestations.
- La gestion des ressources notamment des intrants se fait de manière intégrée depuis l'ECD aux FS. Le point de départ du circuit de gestion est l'ECD à travers le responsable administratif et financier, le gestionnaire du DRD. Au niveau des FS, plusieurs unités (DMEG, Points focaux, COGES) sont mises à contribution tenant compte des réalités de chaque FS. De l'avis des responsables des FS et du DS, les différentes procédures qui existent permettent en général une mutualisation des ressources financières pour mener des activités. Ainsi, les activités de supervision de même que la recherche des perdus de vue sont menées grâce à l'apport de diverses sources de financement.
- Les supports de prestation connaissent également un fort degré d'intégration. Ainsi, les supports de supervision intègrent la dimension CCU de même le processus de rapportage des données cliniques est intégré dans le circuit traditionnellement mis en place. La consolidation est faite au niveau du district sanitaire.

Il faut cependant noter que la mise en œuvre des activités de dépistage du CCU impose que certaines dispositions soient prises mais il ressort que ces dispositions ne sont pas facilement intégrées dans le PMA traditionnellement mis en œuvre. Il s'agit notamment de la gestion des déchets bio-médicaux et de la maintenance des équipements Genexpert. En ce qui concerne la gestion des déchets, il faut noter que cette dimension n'est pas toujours bien gérée par le système de santé (incinérateurs généralement peu ou pas entretenus; le cumul de déchets non détruits, etc.) et n'est donc pas spécifique au programme de dépistage du CCU. L'initiative d'impliquer le CNLAT n'est pas très

opérationnelle en raison de l'insuffisance voire le manque de ressources financières. Il en est de même pour la maintenance des équipements qui est généralement peu opérationnelle dans le système de santé et donc non spécifique au dépistage du CCU. Cette insuffisance affecte les équipements Genexpert.

2. Processus de routinisation

Comme ci-dessus indiqué, le fort degré d'intégration des activités essentielles de dépistage dans le PMA des FS et de l'ECD constitue un facteur déterminant dans la routinisation de ces activités. Ainsi, la formation des acteurs, la supervision, la gestion des intrants, la sensibilisation des populations cibles constituent des activités mises en œuvre de manière quotidienne dans les FS autour des différentes prestations offertes aux populations.

La révision de l'ordinogramme CCU par le MS et sa correspondance avec celui initié dans le cadre du projet renforce la perception que la lutte contre le CCU fait partie intégrale des politiques de santé publique du MS et constitue de ce fait un mandat pour les FS et les ECD. Au niveau communautaire, les relais communautaires mis en place par le MS ont entre autres mandats, la sensibilisation et la mobilisation des populations pour divers programmes (programme élargi de vaccination, planification familiale, lutte contre la malnutrition, paludisme, etc.). Si pour de nombreux programmes les compétences de ces relais communautaires sont en adéquation avec leur mandat, il n'en est pas de même dans le cadre de leur implication pour le CCU. En effet, cette implication exige des formations complémentaires et un appui financier supplémentaire. La poursuite des activités à ce niveau reste conditionnée par la prise en compte de ces deux aspects.

3. Le potentiel de réplcation des activités dans d'autres FS

De l'avis de la quasi-totalité des infirmiers chefs de poste, il ressort que les activités de dépistage dans le cadre de la lutte contre le CCU peuvent être techniquement réalisées dans l'ensemble des FS des districts. Pour eux, l'ensemble des conditions organisationnelles du PMA offrent suffisamment de possibilités à la conduite des activités de dépistage y compris avec l'appui des

relais communautaires qui existent dans l'ensemble des FS des districts.

Les défis de la mise en œuvre des activités dans les FS résident essentiellement dans la (sécurisation) disponibilité des intrants essentiels (écouvillons, cartouches Genexperts) et dans la gestion des déchets produits ainsi que la maintenance des équipements.

4. Facteurs favorables à la pérennisation et de la pérennité

Les principaux facteurs déterminants qui se dégagent de l'étude et qui sont favorables pour la pérennisation et la pérennité des acquis :

- Le choix systématique fait par le MS d'intégrer les initiatives nouvelles dans le PMA des FS ainsi que de l'ECD. La lutte contre le CCU s'inscrit dans cette dynamique. Cela favorise l'appropriation de la lutte contre le CCU par les différents acteurs du système de santé.
- Un certain nombre d'opportunités sont offertes par le système de santé tel qu'organisé : (i) l'existence des CMU avec un potentiel de laboratoire (équipement et personnel), favorise l'intégration de la dimension liée à l'analyse des prélèvements pour le diagnostic (ii) l'existence d'un réseau de relais communautaires constitue une opportunité pour développer les activités au niveau communautaire.
- La forte adhésion des femmes au processus de dépistage, constitue un facteur essentiel pour la poursuite de la demande au sein des populations. Cette demande permanente va entraîner des innovations pour maintenir l'offre au niveau du système de santé.

5. Facteurs défavorables à la pérennisation et de la pérennité

Certains facteurs constituent des risques qu'il est essentiel de minimiser pour ne pas compromettre durablement le maintien du processus et des acquis. Il s'agit essentiellement :

- La problématique de la gestion des déchets produits dans le cadre des prestations de dépistage. Une accumulation des déchets produits peu a termes démotiver le personnel et entraîner une mise en œuvre à minima des activités de dépistage.
- Il en est de même pour la maintenance des équipements Genexpert. Une insuffisance

récurrente de la maintenance de ces équipements entrainera un arrêt des analyses dans certains CMU et donc l'arrêt des prélèvements au niveau des FS des Reco.

- La faiblesse du processus de micro-planification. Même si le principe des micros plan est acquis au niveau des FS, les résultats montrent que cette planification n'est pas toujours faite dans les délais requis. Par ailleurs, les micros plans ne sont pas toujours connus de l'ensemble des acteurs de la FS et finalement le micro plan ne constitue pas un véritable outil de gestion du PMA.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Au terme de ce processus de recherche, les résultats indiquent que (i) le processus de retrait partiel de l'appui de MdM n'a pas affecté de manière significative la poursuite des activités de dépistage du CCU dans les FS du district de Baskuy. Autrement dit, il existe dans les FS un certain nombre de conditions permettant d'assurer une continuation du processus et un maintien des acquis en termes de dépistage et de prise en charge effective des patientes; (ii) la poursuite des activités de dépistage reste cependant fortement dépendante de certains intrants clés comme les écouvillons et les cartouches Genexpert que les ressources financières actuelles du système de santé ne peuvent absorber; (iii) certains facteurs tels que la maintenance effective des équipements de même que la gestion efficace des déchets bio médicaux sont déterminants pour la durabilité du processus de dépistage.

Aux termes de ces différents résultats et constats, les recommandations suivantes sont formulées.

AU NIVEAU DE L'ECD/DRS

- La maintenance effective des équipements de même que la gestion des déchets constituent des éléments essentiels pour la lutte contre le CCU et nécessitent que des mesures soient prises dans ce sens. Au titre de ces mesures on peut retenir essentiellement : (i) définir des conditions précises d'implication du CNLT et du Laboratoire national de référence. Il pourrait s'agir de protocoles d'ententes et/ou de partenariat qui définissent le rôle de chaque partie prenante et les mécanismes de suivi (ii) mobiliser des ressources financières pour accompagner ces activités. Il pourrait s'agir de ressources provenant du budget de l'état ou de partenaires techniques et financiers.
- Renforcer le processus de micro-planification au niveau des FS en assurant une démarche plus systématique : calendrier de production des micros plans, sessions de validation et d'adoption des micros plans et suivi périodique de la mise en œuvre des micros plans.
- Renforcer les capacités techniques des acteurs des FS dans la gestion des intrants à travers des formations mais aussi des supervisions et des inventaires réguliers.
- Assurer une meilleure continuité dans la gestion de l'information notamment lors de la rotation du personnel. En effet, les résultats indiquent qu'à la suite du départ et à l'arrivée de nouveaux agents, il y a souvent une rupture de l'information et une perte de mémoire affectant le management notamment des ressources financières. Le processus de passation de service devra être organisé et supervisé par l'ECD.

AU NIVEAU DES FS

- Assurer une meilleure exploitation des micros plans en (i) assurant leur production dans les délais ; (ii) leur diffusion auprès de l'ensemble du personnel ; (iii) le suivi de la mise en œuvre de ces micros plans.
- Organiser un meilleur archivage des différents supports au niveau de la FS : rapports de supervision, les rapports de formation, les comptes rendus de rencontres, les supports de gestion financière, les rapports d'inventaire, etc.

AU NIVEAU DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER

- Dans le cadre de la mise en œuvre du plan national de lutte contre le CCU, assurer un plaidoyer au niveau du budget de l'État ainsi que des PTF afin que des lignes budgétaires soient clairement identifiées pour le financement des intrants sensibles tels que les écouillons et les cartouches Genexpert. Un processus d'acquisition groupé peut permettre de minimiser les coûts et assurer une dotation régulière des FS.
- Définir une stratégie nationale pérenne pour la maintenance des équipements GeneExpert.
- Élaborer et diffuser des directives en ce qui concerne certains aspects tels que : les indicateurs traceurs à suivre dans le cadre de la lutte contre le CCU ; la définition et le suivi des perdues de vues.

DOCUMENTS CONSULTÉS

1. Arrêté portant gratuité dépistage cancer du col de l'utérus et cancer du sein chez la femme.
2. Médecins du Monde; Fiches « volet pays » pour les projets multi-pays.
3. Médecins du Monde : Réduction de la morbidité et de la mortalité dues au cancer du col utérin (CCU) dans le district sanitaire de Baskuy; Rapport d'exécution intermédiaire multi-pays; 01/01/2018 - 31/03/2020.
4. Médecins du Monde; Indicateurs de collecte CCU au mois d'août 2023.
5. Médecins du Monde; Indicateurs de collecte CCU au mois d'avril 2023.
6. Médecins du Monde; Indicateurs de collecte CCU au mois d'octobre 2023.
7. Médecins du Monde; Indicateurs de collecte CCU au mois de décembre 2023.
8. Médecins du Monde; Indicateurs de collecte CCU au mois de février 2023.
9. Médecins du Monde; Indicateurs de collecte CCU au mois de janvier 2023.
10. Médecins du Monde; Indicateurs de collecte CCU au mois de juillet 2023.
11. Médecins du Monde; Indicateurs de collecte CCU au mois de juin 2023.
12. Médecins du Monde; Indicateurs de collecte CCU au mois de mai 2023.
13. Médecins du Monde; Indicateurs de collecte CCU au mois de mars 2023.
14. Médecins du Monde; Indicateurs de collecte CCU au mois de novembre 2023.
15. Médecins du Monde; Indicateurs de collecte CCU au mois de septembre 2023.
16. Médecins du Monde; Rapport d'exécution final multi-pays_ Tranche 2_ CCU Burkina Faso : Mars 2022.
17. Médecins du Monde; Rapport d'exécution intermédiaire multi-pays; Avril 2016.
18. MSHP : Directives prévention du CCU au BFA.
19. MSHP, Burkina Faso : Plan Stratégique de lutte contre le cancer 2020-2025.
20. MSHP, module de formation des médecins en gestion de districts, concepts généraux, édition 2022.
21. MSHP; Guide national pour la prévention du cancer du col de l'utérus au Burkina Faso.

BIBLIOGRAPHIE

- Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries - Sung - 2021 - CA: A Cancer Journal for Clinicians - Wiley Online Library [Internet]. [cité 11 oct 2024]. Disponible sur: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21660>.
- WHO. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem [Internet]. [cité 3 nov 2025]. Disponible sur: <https://fctc.who.int/resources/publications/i/item/9789240014107>.
- Pluye P. Vers un nouveau modèle théorique du déroulement des programmes : étude de la routinisation des programmes en promotion de la santé. mai 2002 [cité 3 nov 2025]; Disponible sur: <http://hdl.handle.net/1866/33724>.
- Pluye P, Potvin L, Denis JL. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Eval Program Plann.* mai 2004;27(2):121-33.
- Druetz T, Kadio K, Haddad S, Kouanda S, Ridde V. Do community health workers perceive mechanisms associated with the success of community case management of malaria? A qualitative study from Burkina Faso. *Soc Sci Med.* janv 2015;124:232-40.
- Oumar Mallé Samb, Valery Ridde, Ludovic Queuille : Quelle pérennité pour les interventions pilotes de gratuité des soins au Burkina Faso ? Dans *Revue Tiers Monde* 2013/3 (n°215), pages 73 à 91.
- Pluye, P., Potvin, L. & Denis, J.-L. (2000). La pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 7(1), 99-113.
- Ridde, V., Pluye, P. et Queuille, L. (2006). Évaluer la pérennité des programmes de santé publique : un outil et son application en Haïti. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 54, 421-431.
- Stratégie d'accélération élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique.
- Yin, Robert K. 2018. *Case study research and applications: design and methods*. Sixth édition. Los Angeles : SAGE.

ANNEXES

AVIS DU COMITÉ D'ÉTHIQUE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET
DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE

BURKINA FASO

Unité - Progrès - Justice

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION

COMITE D'ETHIQUE POUR LA
RECHERCHE EN SANTE

1 b FEV 2024

CERTIFICAT ETHIQUE

*Le Président du comité d'Éthique
pour la recherche en santé*

A
Dr Abel Bicaba
Investigateur principal
SERSAP

Je voudrais par le présent porter à votre connaissance que le Comité d'éthique pour la recherche en santé (CERS) par délibération n° 2024-02-36 après examen de votre protocole intitulé : «Etude comparative sur la pérennisation d'un projet-pilote de dépistage du CCU par test HPV dans le district sanitaire de Baskuy- Ouagadougou-Burkina Faso», a émis un avis favorable.

Ce certificat est valable pour une durée de un (1) an renouvelable sur demande accompagnée d'un rapport annuel.

Veuillez agréer, Monsieur l'investigateur principal, l'expression de ma parfaite collaboration.


Pr Fla KOUËTA
Chevalier de l'Ordre du Mérite
Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques





**SOIGNE AUSSI
L'INJUSTICE**

NOVEMBRE 2025