



PRISE EN CHARGE ET TRAITEMENT DES LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

FICHES PRATIQUES 2024
MÉDECINS DU MONDE FRANCE

SOMMAIRE

LISTE DES ACRONYMES	3
GLOSSAIRE	4
0. INTRODUCTION GÉNÉRALE	5
1. DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS : PRINCIPES DIRECTEURS	9
2. DIAGNOSTIC : IDENTIFICATION DES RESSOURCES EXISTANTES	17
3. STRATÉGIE ET ALGORITHME DE DÉPISTAGE	23
4. CIRCUIT PATIENTE ET SUIVI DES PERDUES DE VUE	29
5. PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES	35
6. GESTION DES RÉFÉRENCEMENTS	43
7. RENFORCEMENT DES CAPACITÉS	47
8. LOGISTIQUE	51
9. STRATÉGIES ET ACTIVITÉS COMMUNAUTAIRES, PARTENARIATS ET PLAIDOYER	55
10. SUIVI ET ÉVALUATION	63
BIBLIOGRAPHIE	67
ANNEXES	69

LISTE DES ACRONYMES

CCU	cancer du col de l'utérus
DSC	déterminants socioculturels
DSSR	droits et santé sexuels et reproductifs
HPV ou PVH	human papilloma virus ou papillomavirus humain
IVA	inspection visuelle à l'acide acétique
IVL	inspection visuelle au Lugol
LPC	lésions précancéreuses
MdM	Médecins du Monde
MEAL	Suivi, évaluation, redevabilité et apprentissage (Monitoring, evaluation, accountability, and learning)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OSC	organisations de la société civile
PCR	polymerase chain reaction
PDV	perdu.es de vue
POCT	point-of-care tests
PVVIH	personnes vivant avec le VIH
RAD/LEEP	résection à l'anse diathermique
SNIS	système national d'information sanitaire
VIH	virus de l'immudéficience humaine

GLOSSAIRE

BIOPSIE	prélèvement d'un fragment de tissu en vue d'un examen microscopique
CONTRE-RÉFÉRENCEMENT	consiste à renvoyer le ou la patient.e vers l'interlocuteur.ice de départ pour la fin de la prise en charge
COUNSELING	relation dans laquelle une personne tente d'aider l'autre à comprendre et à résoudre des problèmes la concernant
DÉPISTAGE	recherche d'une maladie chez une personne en bonne santé apparente, avant l'apparition de tout symptôme
EMPOWERMENT	renforcement des possibilités des individus à faire face aux conditions économiques, sociales ou politiques auxquelles ils sont confrontés
FROTTIS	préparation en couche mince d'une substance organique pour examen au microscope
HUMAN PAPILLOMA VIRUS (HPV)	maladie virale se transmettant par contact direct avec une personne infectée et pouvant causer des lésions précancéreuses
INCIDENCE	nombre de nouveaux cas d'une maladie durant un temps donné
INSPECTION VISUELLE À L'ACIDE ACÉTIQUE (IVA)	approche de dépistage consistant en une inspection visuelle du col utérin après application d'acide acétique
INSPECTION VISUELLE AU LUGOL (IVL)	approche de dépistage consistant en une inspection visuelle du col utérin après application de Lugol
LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES	forme que prend un tissu ou organe où est susceptible de se développer un cancer
PHÉNOMÈNE DE CLAIRANCE VIRALE	capacité d'un virus à se résorber spontanément en l'absence de traitement
PRÉVALENCE	nombre de cas d'une maladie dans une population donnée à un temps donné
REDEVABILITÉ	représente le droit, pour toute personne étant affectée par les actions d'une personne ou d'une organisation, à demander des comptes
RÉFÉRENCEMENT	fait de renvoyer une personne à un.e interlocuteur.rice plus spécialisé.e après un premier contact
RELAIS COMMUNAUTAIRE	individu ou organisation assurant la continuité des actions entreprises par une ONG
RÉSECTION À L'ANSE DIATHERMIQUE (RAD OU LEEP)	retrait chirurgical d'une partie du col permettant son analyse
SCREEN, TRIAGE AND TREAT	stratégie consistant à enchaîner les étapes de la prise en charge de manière rapprochée afin de limiter les perdu.es de vue
THERMOCOAGULATION	traitement des lésions cancéreuses du col sous l'effet de la chaleur
ZONE DE JONCTION	zone cervicale entre l'exocol et l'endocol dans lequel les cellules peuvent être des deux types et sont plus susceptibles de devenir cancéreuses

0

INTRODUCTION GÉNÉRALE





L'évolution rapide des connaissances et pratiques médicales sur la prévention et la prise en charge du cancer du col de l'utérus implique de s'assurer de l'actualisation de ce document et de ses annexes auprès du ou de la référent.e technique DSSR de MdM.

I. PRÉAMBULE

Le cancer du col de l'utérus (CCU) est un cancer féminin (quatrième cancer le plus courant chez la femme à l'échelle mondiale) qui tue chaque année plus **de 340 000 personnes. Pourtant c'est une maladie évitable et éradicable** car il est possible de la prévenir avec des tests de dépistage efficaces. C'est une conséquence rare d'un virus fréquent, le papillomavirus humain (HPV) qui cause 99% des CCU, et qui se transmet lors des rapports sexuels. **Plus de 90 % des décès surviennent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, où l'accès au dépistage et au traitement est insuffisant.**

Comprendre l'histoire naturelle du CCU

Dans 70% des cas le CCU est causé par les HPV 16 et 18, et dans une moindre mesure par les **HPV 45, 33 et 52**. Le phénomène de clairance de la maladie implique une évolution lente, en 5 à 10 ans, des cellules cervicales en cellules cancéreuses, du fait de la persistance du HPV au niveau du col. Ce délai d'évolution est raccourci à 5 ans **chez les personnes vivant avec le VIH, qui ont 6 fois plus de risque de développer un CCU.**

C'est pourquoi le dépistage a une place primordiale dans la prévention du CCU. Un dépistage efficace est possible avec des moyens simples, suivi si nécessaire par une phase de traitements efficaces et abordables. Un dépistage précoce permet d'identifier et de traiter les lésions précancéreuses.

La stratégie de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en vue de l'élimination du CCU comporte la vaccination, le dépistage et le traitement, dans le but **de réduire le taux d'incidence de la maladie à moins de 4 cas pour 100 000 femmes** d'ici à 2050.

II. A QUI CES FICHES PRATIQUES SONT-ELLES DESTINÉES ?

Ce guide opérationnel vise à accompagner **les équipes projets en droits et santé sexuels et reproductifs (DSSR)** désirant développer et mettre en place des projets de prévention et prise en charge des lésions précancéreuses du CCU et/ou améliorer leur paquet de soins en DSSR.

Ces fiches ont vocation à être utilisées par les **professionnel.les de santé, les acteur.ices communautaires, les acteur.ices du plaidoyer.**

Ce guide s'adresse à **l'ensemble des personnes impliquées dans les projets** (acteurs et actrices opérationnel.les sur le terrain et au siège), afin de permettre une compréhension commune de l'approche de Médecins du Monde (MdM). Il ne s'adresse pas uniquement au personnel médical mais à toutes les personnes de MdM impliquées dans la construction et la mise en œuvre de projets.

III. QUELS SONT LES OBJECTIFS DE CES FICHES ?

1. Accompagner les équipes dans la mise en place d'un nouveau projet CCU, en cohérence avec la stratégie CCU de MdM.
2. Garantir la mise en place d'activités clés afin de permettre la prévention et la prise en charge des lésions précancéreuses du col de l'utérus au sein des structures soutenues ou par la mise en place d'un circuit de référencement adapté.
3. Garantir l'utilisation de protocoles validés et d'arbres décisionnels et algorithmes, établis en fonction des dernières recommandations internationales, de l'approche et des valeurs de MdM et ainsi développer la qualité de nos projets.

Ces fiches sont des outils **d'aide durant la phase d'implémentation qui visent à s'assurer que les besoins en termes de prévention du CCU** sont pris en compte et que des réponses adaptées sont mises en œuvre. Il ne s'agit pas de réponses clés en main, sachant que les modalités opérationnelles devront **être adaptées aux contextes d'intervention, aux politiques et protocoles nationaux et aux ressources disponibles.**

IV. QUE TROUVE-T-ON DANS CES FICHES ?

LISTE DES FICHES PRATIQUES PRISE EN CHARGE DU DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

1. Dépistage du cancer du col de l'utérus : principes directeurs
2. Diagnostic : identification des ressources existantes
3. Définition de la stratégie de dépistage
4. Circuit patiente et suivi des perdues de vue
5. Prise en charge médicale des lésions précancéreuses
6. Gestion des référencements
7. Renforcement des capacités
8. Logistique
9. Stratégies et activités communautaires, partenariats et plaidoyer
10. Suivi et évaluation

LISTE DES ANNEXES

1. Grille de diagnostic CCU
2. Cartographie des parties prenantes / coût des soins
3. Grille d'évaluation des centres de santé
4. Check-list de plans de formation
5. Algorithme de dépistage MdM / Circuit patiente
6. Protocoles des préparations des solutions IVA IVL et de décontamination
7. Modèle de formulaire de consentement éclairé / Modèle de formulaire de compte-rendu des résultats de l'IVA
8. Modèle de registre
9. Grille de supervision
10. Check-list mobilisation communautaire / Messages clés de sensibilisation
11. Factsheet plaidoyer CCU de MdM

La première partie des fiches pratiques introduit la thématique abordée et définit les concepts clés. Cette partie comprend un encadré présentant **les activités clés** à mettre en place de façon systématique dans les projets.

Une seconde partie définit les aspects opérationnels. Les activités à mettre en œuvre y sont détaillées et organisées par axe de travail ou groupe d'activités. Les utilisateurs trouveront ici une liste d'activités, le matériel nécessaire, les éléments spécifiques à la thématique en matière de suivi et d'évaluation et les principaux indicateurs.

On retrouvera aussi dans certaines fiches des **annexes**, des **documents « prêts à l'emploi »** (ex. : registre, grille de diagnostic etc.) et des liens vers d'autres documents ressources.

V. COMMENT UTILISER CES FICHES ?

Se préparer

Chaque fiche porte sur une thématique dédiée qui se veut une étape de la mise en œuvre. En revanche, il est à noter que, bien que certaines thématiques doivent être considérées au préalable, notamment les principes directeurs et l'identification des ressources, les différentes fiches ne sont pas forcément à mettre en œuvre de manière consécutive et parfois les étapes pourront être simultanées (logistique et formation par exemple), ou cycliques et continues (plaidoyer, mobilisation communautaire).

Passer à l'action

L'ensemble des **activités clés** mentionnées dans les encadrés en première partie de chaque fiche doit être considéré. En fonction des conclusions du diagnostic, on se référera aux modalités d'intervention proposées selon les thématiques.

Pour la mise en œuvre des activités

De nombreux éléments pratiques sont présentés dans les fiches et leur utilisation permettra aux équipes un gain de temps non négligeable, en regroupant notamment **les protocoles à utiliser**, établis en fonction des recommandations internationales et validés par le siège. Les **ressources nécessaires** pour la mise en œuvre sont également définies dans certaines fiches pour ce qui est des ressources matérielles, dans une fiche dédiée pour ce qui est des ressources humaines.

Monitoring / suivi

Une liste d'indicateurs spécifiques permettant d'assurer le monitoring et le suivi est proposée. L'utilisation des **outils de MdM (Monitool) ou issus de directives internationales** est recommandée.

1 DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS : PRINCIPES DIRECTEURS

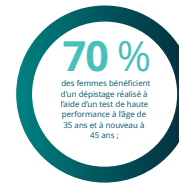
I. PRÉAMBULE

La stratégie de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en vue de l'élimination du CCU comporte la vaccination, le dépistage et le traitement, dans le but de réduire les nouveaux cas de maladie d'ici à 2050¹. Cette stratégie mondiale propose :

➔ **Un monde où le cancer du col de l'utérus est éliminé en tant que problème de santé publique** en atteignant un taux d'incidence inférieur à quatre cas pour 100 000 femmes.

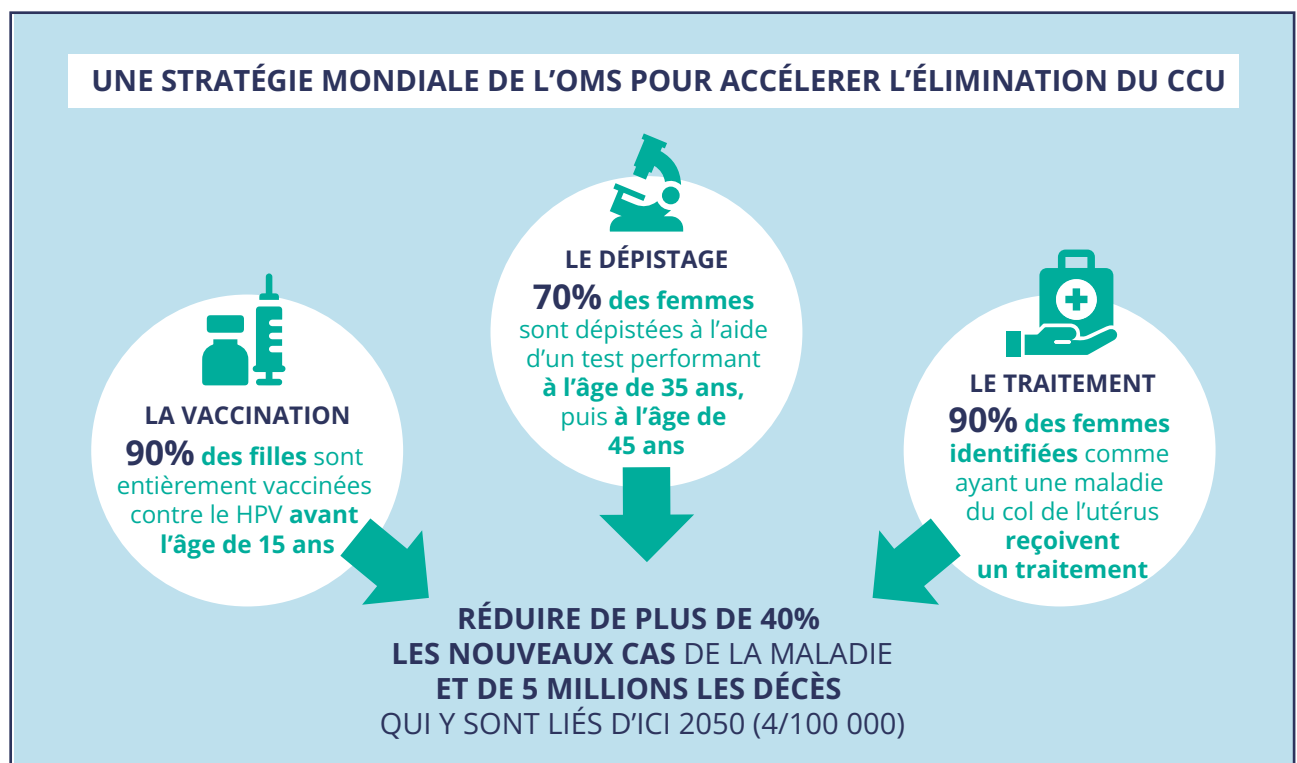
➔ **Les cibles 90-70-90 doivent être atteintes :**

- 90 % des filles sont entièrement vaccinées contre le papillomavirus humain à l'âge de 15 ans ;
- 70% des femmes bénéficient d'un dépistage réalisé à l'aide d'un test de haute performance à l'âge de 35 ans et à nouveau à 45 ans ;
- 90% des femmes chez qui une maladie du col de l'utérus a été diagnostiquée reçoivent un traitement (90 % des femmes atteintes de lésions précancéreuses sont traitées, et 90 % des femmes atteintes d'un cancer invasif sont prises en charge).



Un modèle mathématique qui illustre les avantages intermédiaires que l'on obtiendrait si l'on atteignait les cibles 90-70-90 d'ici 2030 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure, à savoir une baisse de 10 % du taux d'incidence médian du cancer du col de l'utérus d'ici 2030, avec des projections de baisses de 42 % d'ici 2045 et de plus de 97 % d'ici 2120, évitant plus de 74 millions de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus.

Les recommandations sur le dépistage. L'OMS incite à dépister avec un test performant pour améliorer l'impact. Alors que la majorité des pays à faibles et moyens revenus utilise l'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA), Médecins du Monde a développé des projets pilotes sur le dépistage par test HPV qui comporte de nombreux avantages, celui notamment d'être performant mais sans complexité et donc faisable dans les pays à faibles et moyens revenus. Il permet également que le prélèvement soit réalisé par la personne



elle-même, ce qui permet de rendre accessible le test à un plus grand nombre de personnes et notamment celles les plus éloignées du soin.

Cependant le prix de ce dépistage reste encore élevé, donc **lorsqu'il ne sera pas possible de réaliser le dépistage par un test performant, MdM recommande tout de même de dépister par inspection visuelle à l'acide acétique** et de traiter par thermocoagulation les lésions précancéreuses.

II. PRINCIPES DE MÉDECINS DU MONDE

MdM agit en faveur du **respect du droit à la santé et de l'accès universel aux services de SSR**, ce qui passe par le renforcement du continuum de soins de la communauté aux services de référence et tout au long de la vie des usager.ères de ces services.

La mise en œuvre des engagements de MdM sur la thématique s'articule à travers deux approches complémentaires :

- ➔ **Une approche de santé publique** qui se traduit par une offre de soins holistiques dans le respect du continuum de soins, accessible à toutes et tous et de qualité ;
- ➔ **Une approche de promotion des droits sexuels et reproductifs** qui se traduit par un plaidoyer en faveur du respect du droit d'accéder à des services de santé adaptés et de qualité.

Elle s'articule autour de 3 types d'intervention complémentaires :

- ➔ **Une offre de soins holistiques**, accessible et de qualité pour les populations les plus vulnérables ;
- ➔ **Une mobilisation communautaire ;**
- ➔ **Un plaidoyer en faveur du respect du droit** de ces populations à accéder à des services de santé adaptés et de qualité.

Un projet de prévention du CCU à MdM s'inscrit dans l'approche globale DSSR, centrée sur l'autonomie et l'empowerment des personnes, qui sont au cœur de cette approche. La santé est un droit humain universel dont toute personne est titulaire, et qui doit être garanti par les Etats. Pour

MdM, cela implique de soutenir et de renforcer les systèmes publics de santé en tant que garants de l'accessibilité aux soins et du respect du droit à la santé. Il est aussi nécessaire de renforcer les capacités individuelles des usager.ères, en tant que titulaires de droits, afin qu'ils et elles connaissent et puissent revendiquer ces droits.

III. ASPECTS OPÉRATIONNELS

a. Quelle réponse apporter en matière de prise en charge et traitement des lésions précancéreuses ?

La réponse de MdM se concentre sur la prise en charge et le traitement des lésions précancéreuses. Cette prise en charge s'intègre au sein de services de SSR complets. En fonction du type de dépistage utilisé, l'offre peut être réalisée dans le centre de santé (dépistage opportuniste), ou directement en communauté (dépistage organisé).

A ce jour, il existe différents types de tests, qui doivent être adaptés en fonction du contexte et des réalités programmatiques. Il est aussi possible de combiner des types de tests pour améliorer la performance du dépistage. Ci-dessous, un tableau récapitulant les avantages et inconvénients des différents tests.

- ➔ **Test HPV**
- ➔ **Frottis**
- ➔ **Inspection visuelle à l'acide acétique (IVA) ou inspection visuelle au Lugol (IVL)**
- ➔ **Test HPV + IVA / IVL**
- ➔ **Test HPV sérotypage (16, 18, 45, 33, 51)**

TYPES DE DÉPISTAGE	AVANTAGES	INCONVENIENTS
IVA	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Coût moins élevé ➔ « Dépister et traiter » plus facilement réalisable 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Besoin élevé de formation ➔ Risque de surtraitement ➔ Personne-dépendant avec des risques de faux positifs et faux négatifs
HPV	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Forte sensibilité ➔ Auto-prélèvement possible ➔ Typologie des HPV dans le résultat ➔ Peu de pertues de vue (PDV) 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Surtraitement ➔ Coût plus élevé ➔ Laboratoire nécessaire
FROTTIS	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Bonne spécificité 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Rendez-vous spécifique ➔ Fréquence élevée : tous les 3 ans ➔ Analyse spécifique
HPV + IVA	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Risque réduit de surtraitement ➔ Risque réduit de faux négatifs 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Coût plus élevé ➔ Besoin de formation ➔ Risque de non-complétude du dépistage plus élevé
HPV + sérotype	<ul style="list-style-type: none"> ➔ 16, 18, 45, 31, 33 ➔ Forte sensibilité ➔ Auto-prélèvement possible ➔ Typologie des HPV dans le résultat ➔ Meilleures sensibilité et spécificité que HPV + IVA ➔ Moins de PDV 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Coût plus élevé ➔ Laboratoire nécessaire

b. Dépistage du cancer du col de l'utérus : définitions et concepts

Empowerment : renforcement des possibilités des individus à faire face aux conditions économiques, sociales ou politiques auxquelles ils sont confrontés.

Autosoins : désigne la capacité des personnes, des familles et des communautés à faire la promotion de la santé, à prévenir les maladies, à rester en bonne santé et à faire face à la maladie et au handicap avec ou sans l'accompagnement d'un prestataire de soins.

Human Papilloma Virus : maladie virale se transmettant par contact direct avec une personne infectée et pouvant causer des lésions précancéreuses.

Prévalence : nombre de cas d'une maladie dans une population donnée à un temps donné.

Incidence : nombre de nouveaux cas d'une

maladie durant un temps donné.

Perdus de vue : personnes qui sortent du circuit de prise en charge avant la fin de celle-ci².

En l'absence de normes mondiales pour définir le moment où une personne qui ne se conforme pas à un référencement ou ne se présente pas pour bénéficier d'un traitement qui a été différé, passe dans la catégorie des « perdus de vue », les programmes doivent élaborer leurs propres définitions standardisées. (Cf. fiche 4.)

Screen, triage and treat / Dépister, trier, traiter : stratégie consistant à enchaîner les étapes de la prise en charge de manière rapprochée afin de limiter les pertues de vue.

Point-of-care tests : analyse délocalisée réalisée hors du laboratoire au chevet du ou de la patient.e et au moment des soins. Pour le CCU, les point-of-care tests consistent en des appareils de tests PCR dépistant la présence de virus HPV très rapidement.

² <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/324795/9789242514254-fre.pdf?sequence=1> page 125

Dépistage performant : la performance d'un test de dépistage est, comme pour les tests diagnostics, basée sur la sensibilité (la proportion d'individus malades avec un test positif), la spécificité (la proportion d'individus non malades avec un test négatif), ainsi que les valeurs prédictives positives (la proportion d'individus avec un test positif qui ont la maladie) et négatives (la proportion d'individus avec un test négatif qui n'ont pas la maladie).

Dépistage opportuniste : dépistage ayant lieu en dehors d'un programme de dépistage organisé, réalisé au gré des opportunités de contact avec le patient.es potentiel.les, dans le centre de santé.

Dépistage organisé : dépistage proposé systématiquement à l'ensemble d'une population cible qui ne présente ni symptômes, ni facteurs de risques particuliers. Un recensement de la population éligible doit être réalisé en amont et le prélèvement de dépistage se fait au plus proche du ou de la patient.e sans que celui-ci ou celle-ci ait à se déplacer au centre de santé.

Référencement / contre-référencement : le référencement consiste à envoyer un.e patient.e d'un niveau inférieur au supérieur. Le contre-référencement envoie le ou la patient.e du niveau supérieur à l'inférieur.

Inspection visuelle à l'acide acétique : approche de dépistage consistant en une inspection visuelle du col utérin après application d'acide acétique.

Inspection visuelle au Lugol : approche de dépistage consistant en une inspection visuelle du col utérin après application de Lugol.

Zone de jonction : «jonction pavimento-cylindrique» (ou jonction squamo-cylindrique) : la ligne de jonction située entre l'épithélium malpighien et l'épithélium cylindrique et du col utérin. Cette ligne est importante à visualiser lors de l'IVA car c'est à ce niveau que surviennent habituellement les lésions précancéreuses du col utérin.

Frottis : préparation en couche mince d'une substance organique pour examen au microscope en vue d'analyser les cellules cervico-vaginales.

Lésions précancéreuses : cellules anormales susceptibles de se développer en cancer.

Phénomène de clairance : capacité d'un virus à se résorber spontanément en l'absence de traitement.

Biopsie : prélèvement d'un fragment de tissu en vue d'un examen microscopique.

RAD (résection à l'anse diathermique) / LEEP : retrait chirurgical d'une partie du col permettant son analyse et ou l'élimination des cellules cancéreuses.

Thermocoagulation / cryothérapie : traitement des lésions cancéreuses du col sous l'effet de la chaleur / du froid.

Mise à l'échelle : la mise à l'échelle concerne des solutions efficaces identifiées dans le cadre d'interventions réussies et qui méritent d'être reproduites et/ou étendues. En effet, investir dans la mise à l'échelle d'une solution revient à reconnaître que l'intervention pourrait avoir un impact plus important. Il paraît alors essentiel d'inclure dans la proposition de projet la production de données fiables, de preuves démontrant les bénéfices de l'intervention, et également de penser dès le début du projet à son possible développement ultérieur.

c. Dépistage du cancer du col de l'utérus : les approches

Afin de faciliter la compréhension et l'utilisation de cette partie consacrée aux approches et principes, rappelons quelques définitions :

1. L'éthique

MdM rappelle dans son Guide « Pour une éthique de terrain » les sept principes éthiques qu'il convient d'observer de façon systématique, en tous lieux et en tout temps. Ces principes sont les suivants :

- Le respect de la dignité
- L'obligation de traiter sans discrimination
- L'obligation de ne pas nuire
- Le consentement libre et éclairé
- Le respect de la confidentialité
- L'obligation de protéger
- L'obligation de délivrer un certificat médical à la demande de la personne victime de violence.

2. Les déterminants socioculturels (DSC)

Les DSC correspondent à l'ensemble des normes, des valeurs, des savoirs et des pratiques populaires en lien avec la santé, régissant les manières de faire, de dire et de penser la santé, la maladie ou encore

le soin. L'analyse de ces déterminants doit être intégrée autant que possible et ceci dès la phase de diagnostic, ces derniers pouvant constituer une entrave à l'accès aux soins. Une absence de prise en compte de ces déterminants pourrait aboutir à un décalage entre les activités envisagées et leurs possibilités concrètes d'application.

3. L'approche santé publique en SSR

De par leur prévalence, leur gravité, leurs conséquences sur l'individu et sur la société, les problèmes de SSR représentent des problèmes de santé publique importants. Il est donc essentiel pour MdM de proposer une offre de soins holistiques, accessible et de qualité, qui permette de réduire l'impact des problèmes de SSR. Les services de SSR, pour cela, ne doivent pas être isolés ou pensés de manière verticale mais intégrés aux services de soins de santé primaires.

4. L'approche fondée sur les droits humains

La santé est un droit humain universel dont toute personne est titulaire et qui doit être garanti par les Etats. Pour MdM, cela implique de soutenir et de renforcer les systèmes publics de santé en tant que garants de l'accessibilité aux soins et du respect du droit à la santé. Il est aussi nécessaire de renforcer les capacités individuelles de la population afin qu'elle connaisse et puisse revendiquer ses droits.

5. L'approche genre

MdM reprend les recommandations de la Conférence du Caire de 1994 et celles de la Conférence de Beijing de 1995 en incorporant la perspective de genre dans ses projets comme un engagement en faveur de l'équité et de la justice sociale en matière de santé et aussi en matière de santé sexuelle et reproductive. En effet, et tel que souligné dans la Déclaration de Beijing, les inégalités de genre sont à la base des inégalités en matière d'accès aux services de santé pour les hommes et les femmes ainsi que le contrôle sur leur propre santé.

Dans ce sens, MdM s'engage à incorporer une perspective de genre à tous ses projets pour répondre à la fois aux besoins pratiques et aux besoins stratégiques en matière de DSSR pour les hommes, les femmes et les personnes non-

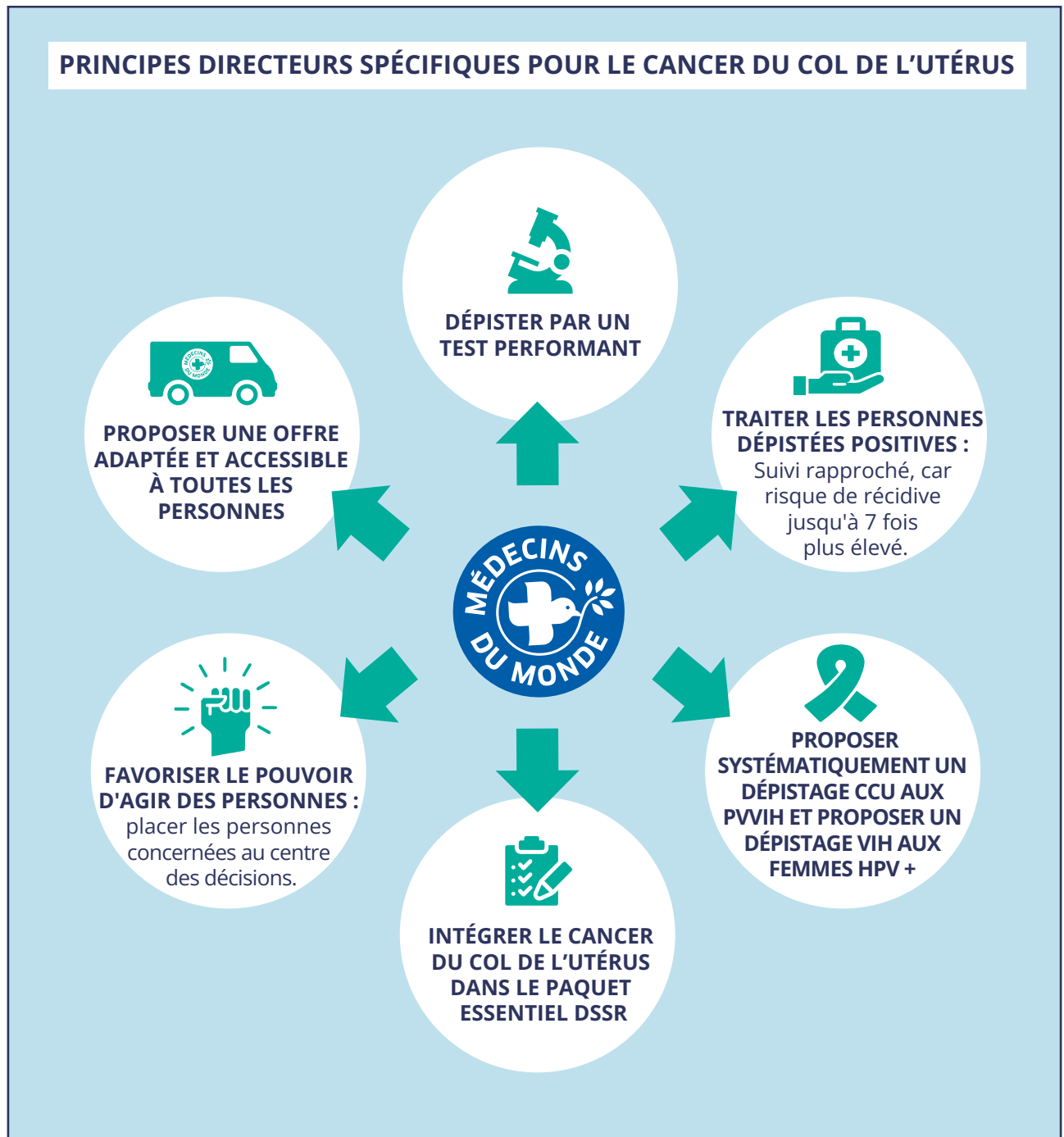
binaires. Ainsi, au niveau des besoins pratiques, les projets et activités seront conçus pour répondre aux besoins spécifiques au genre ou au sexe et pour développer des pratiques qui ne reproduisent pas les différentes discriminations et stéréotypes de genre. En ce qui concerne les besoins stratégiques, les activités permettront de réduire les inégalités de genre à travers le développement d'actions permettant d'accroître l'empowerment des femmes et de contribuer à la co-responsabilisation des hommes.

MdM considère également les inégalités de genre comme un obstacle au respect des droits sexuels et reproductifs, à l'accès aux soins et affirme l'importance d'une approche basée sur le genre. Le genre est un outil d'analyse sociologique qui renvoie à la construction et à la répartition des rôles sociaux attribués à chaque sexe, dans une société et à une époque donnée. L'approche genre est particulièrement pertinente dans les projets DSSR ; il s'agit de prendre en compte cette répartition des rôles et des activités des femmes et des hommes et des personnes non-binaires dans un contexte donné et de favoriser l'égalité des genres.

IV. PRINCIPES DIRECTEURS SPÉCIFIQUES AU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

- ➔ **Fournir une offre adaptée à toutes les personnes** y compris celles qui sont éloignées du soin et spécifiquement **les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), qui ont 6 fois plus de risque de développer un cancer.**
- ➔ **Dépister par des tests performants**, afin d'éviter les surtraitements et les occasions manquées.
- ➔ **Traiter les personnes dépistées positives.**
- ➔ Les personnes HPV + ont un risque supérieur d'être positives au VIH ; **il est important de (re) proposer un dépistage VIH.**
- ➔ **Proposer des circuits (dépister / traiter) simples et adaptés**, facilement répliquables, s'intégrant à l'offre de soins pour permettre une mise à l'échelle.
- ➔ **Co-responsabiliser les partenaires et les hommes** sur la prévention du cancer du col de l'utérus.

PRINCIPES DIRECTEURS SPÉCIFIQUES POUR LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS



2.

**DIAGNOSTIC :
IDENTIFICATION
DES RESSOURCES
EXISTANTES**

I. INTRODUCTION

ACTIVITÉS CLÉS

- ❑ Cartographie et analyse des acteurs, identification de partenaires potentiels et des possibilités de référencement
- ❑ Analyse de la disponibilité des services et des intrants et identification des besoins non couverts
- ❑ Analyse du contexte général, notamment au regard des déterminants socioculturels en lien avec l'accès au dépistage et au traitement, et des différentes barrières d'accès
- ❑ Analyse des documents / référentiels administratifs, légaux ou institutionnels nationaux et du parcours de soins
- ❑ Analyse des risques.

Avoir une vision et une analyse globale du contexte d'intervention est essentiel afin d'identifier **les points d'entrée potentiels pour la mise en place d'activités de prévention et prise en charge des lésions précancéreuses du col de l'utérus**. Le diagnostic est un préalable indispensable à la mise en œuvre d'une intervention. Il pourra être intégré à la mission exploratoire. Dans les contextes où MdM est déjà présent, il s'appuiera sur les connaissances et acquis des projets menés dans la zone.

Il sera nécessaire, au cours de la phase de diagnostic, de réaliser une analyse des besoins mais aussi des différentes barrières d'accès et des potentiels leviers auprès de différents groupes de populations, en tenant compte de certaines populations à risques. L'ensemble de ces informations est nécessaire pour définir la stratégie d'intervention et sa déclinaison opérationnelle, analyser les enjeux de pérennité et les risques potentiels.

II. ASPECTS OPÉRATIONNELS

a. Phase préparatoire

➔ Briefing des **coordinateur.ices médicaux, coordinateur.ices généraux, coordinateur. ices programme, responsables plaidoyer SSR / CCU au siège** (réfèrent.e DSSR, réfèrent.e santé,

réfèrent.e plaidoyer) notamment sur les fiches pratiques et leur utilisation.

- ➔ **Revue et analyse des données existantes** (issues du Système d'Information Sanitaire National (SNIS), d'enquêtes, d'évaluations, etc.)
- ➔ **Préparation des outils de collecte et d'analyse** (grilles d'entretien, de focus groupe, listes de contrôle pour l'évaluation des services).

b. Analyse des facteurs influençant la situation et de la faisabilité d'un projet CCU

Sont précisées ici les informations à collecter pour guider notre intervention en termes de prévention et prise en charge des lésions précancéreuses du col de l'utérus. Les autres informations classiquement recueillies lors du diagnostic ne sont pas mentionnées dans cette fiche. Pour plus de détails :



[Voir le guide de MdM : Planification de projets de santé](#)

➔ **Facteurs démographiques et sanitaires**

- Données démographiques des zones à couvrir par l'intervention, **désagrégées par sexe et âge, et statut VIH**
- **Données disponibles en matière de CCU** (via système national d'information sanitaire (SNIS), partenaires, instituts de recherche) : prévalence, fréquentation des services de dépistage, incidence des référencement pour traitement...

➔ **Facteurs liés à la politique de santé et à l'organisation du système de santé**

- Politiques, plans, stratégies nationales, protocoles de prévention et prise en charge du CCU
- Structures de santé disposant de services de dépistage et/ou traitement du CCU et qualité des services fournis (à évaluer via : visite / observation / patient.e mystère, et/ou entretien avec les professionnel.les de santé)
- **Existence de mécanismes de référencement**
- Parcours de soins, coût de chaque étape et type de prise en charge (aides disponibles ou non)
- Disponibilité et qualité des **consommables et**

des équipements médicaux pour le dépistage (IVA et/ou test HPV et/ou le frottis)

- Disponibilité **de ressources humaines en santé, délégation des tâches** et formation du personnel en matière de dépistage et de traitement (test HPV, IVA, thermocoagulation, cryothérapie, biopsie, radiothérapie et chimiothérapie, accompagnement des soins palliatifs)
- Disponibilité et qualité des **centres de laboratoires et** leur mécanisme de maintenance d'intrants si c'est un point de test. L'ensemble de ces éléments permettra d'élaborer et de décliner les stratégies communautaires et de plaider.



Le parcours de soins à analyser peut être différent selon que l'on analyse le système de santé public ou privé. Les services peuvent également être disponibles au niveau national, ou à l'étranger, avec ou sans mécanisme d'appui pour la prise en charge à l'étranger. Ces informations seront utiles à connaître ! Pour cette phase, commencez par vous référer aux fiches pays de l'OMS sur le CCU (Cf. annexe 1).

➔ Facteurs socio-économiques

- Facteurs exacerbant les vulnérabilités économiques et sociales des femmes
- **Diagnostic de vulnérabilité** : isolement géographique, faible niveau d'instruction et/ou de revenus, infection par le VIH/sida, pratique du travail du sexe, etc.
- Influence des ressources économiques sur les pratiques de dépistage

➔ Facteurs socioculturels

- Organisation des réseaux sociaux et familiaux et structures de leadership
- Identification des personnes clés de la communauté : leaders, relais communautaires, groupes de femmes, groupes de jeunes, etc.
- Inégalités de genre et autres inégalités d'accès aux services de base
- Représentations en matière de santé et perception face à la maladie
- Représentations en matière de CCU, potentiel stigma, acceptabilité des services existants

- Préférences des femmes en matière de méthode de dépistage (ex : auto-prélèvement / prélèvement par un.e prestataire pour le test HPV, aller au centre de santé ou pas)
- Perception des soins palliatifs.

c. Analyse et cartographie des parties prenantes

➔ Acteurs de santé intervenant dans le domaine de la prise en charge du CCU

- **Interlocuteurs et interlocutrices clés / personnes ressources au sein du ministère de la Santé**
- **Structures publiques** (de niveau primaire et secondaire), méthodes disponibles et qualité, et **système de référencement** (de la communauté vers les services de santé, entre les services de santé) ; **et spécifiquement les structures utilisant des point-of-care tests** (tests PCR à la recherche de HPV, par ex. : GeneXpert®, Segeen®, Hologic®)
- Partenaires impliqués sur **la vaccination HPV** (ex. : GAVI), la prise en charge de la **douleur et les soins palliatifs**
- **Structures de santé privées**, niveau de soins, méthodes disponibles. Ces structures devront être classifiées selon les standards de qualité des services mis en œuvre et le respect ou non des recommandations internationales en matière de dépistage et traitement (notamment pour le frottis)
- **ONG** (nationales et internationales, ex. : Jhpiego...), organisations de la société civile et acteurs communautaires.

➔ Concernant le plaidoyer y compris la sensibilisation


- **Organisations** rassemblant et/ou travaillant auprès des personnes particulièrement vulnérables par rapport au CCU (ex. : PVIH, travailleuses et travailleurs du sexe...)
- **Organisations impliquées dans l'accompagnement de fin de vie** : soutien psychosocial, accompagnement...
- **Organisations de jeunesse** (enjeux vaccination), féminines, professionnel.les de media, sociétés savantes (sages-femmes, gynécologues...), juristes, organisations

professionnelles, traditionnelles...

- Veiller à chercher / identifier les associations ou regroupements **d'anciens malades**
- **Identifier des coalitions ou réseaux SSR** intervenant sur la planification familiale ou autres, mais pas sur le CCU (ex. : groupe technique...)

Cette étape permet également d'identifier de potentiels partenaires pour le projet. Une analyse des dynamiques existantes entre les différents acteurs pourra être réalisée et chaque acteur classé selon son influence et son intérêt.

NB : *Certaines informations ne pourront pas toujours être collectées au cours du diagnostic initial. Il sera alors important que le processus de diagnostic soit mis en œuvre de façon continue.*

 **[Voir outils de MdM : Pour en savoir plus sur la méthodologie d'analyse des dynamiques existantes entre les acteurs, se référer au chapitre « Diagnostic » du Guide de MdM : Planification de projets de santé \(p.103\)](#)**

d. Méthodes qualitatives de collecte des données

Des méthodes qualitatives doivent être mises en œuvre dans le cadre du diagnostic continu. Seuls les éléments spécifiques au CCU sont présentés ici.


On peut alors organiser :

- ➔ Des **observations**, notamment dans les structures de santé
 - L'observation de la prise en charge elle-même peut être délicate pour les personnels de santé comme pour les patientes.
 - On peut se concentrer sur l'observation d'autres services de SSR par exemple (avec un focus sur le respect de la confidentialité, le recueil du consentement éclairé, etc.). Ces observations peuvent être réalisées par le personnel de MdM travaillant avec les structures de santé (superviseur.euse) une fois le projet mis en place.
- ➔ Des entretiens individuels
 - Avec les professionnel.les de santé, y compris

les autorités de santé.

- Avec les personnes clés de la communauté.
 - Avec des acteurs d'organisations de la société civile.
- ➔ Des focus groupes
- La thématique du CCU doit être incluse dans un guide de focus groupe plus large : enjeux liés à la SSR, personnes ressources, recours aux services, méthodes choisies et préférence des femmes, pratiques mises en œuvre au niveau communautaire, etc.

 **[Voir Guide MdM : Collecte de données - méthodes qualitatives](#)**

 **Outils pratiques**
Annexe 1. Grille de diagnostic CCU
Annexe 2. Cartographie des parties prenantes / coût des soins

3.

**DÉFINITION
DE LA STRATÉGIE
DE DÉPISTAGE**

I. INTRODUCTION

ACTIVITÉS CLÉS

- Analyse du parcours de soins préexistant et de la délégation des tâches en place dans le contexte d'intervention
- Définition de l'algorithme et du parcours de soins dans le projet et répartition des rôles et responsabilités
- Identification, cartographie et coordination avec les acteurs fournissant des traitements et les structures de soins de santé secondaires en cas de lésions étendues ou suspicion de cancer
- Mise en place et formalisation d'un circuit de référencement et de contre-référencement
- Mise en place d'un système de suivi des personnes perdues de vue
- Sécurisation d'une ligne budgétaire pour la prise en charge ponctuelle des traitements lorsqu'ils sont payants.

Il n'est pas toujours possible dans nos projets de répondre aux demandes de traitement, notamment pour les lésions précancéreuses larges ou en cas de cancer. La mise en place d'un **système de référencement** est alors essentielle pour permettre un accès aux soins, ce qui nécessite un travail en réseau avec les acteurs intervenant dans la prise en charge des lésions précancéreuses du CCU. L'établissement de parcours de soins et de circuits de référencement doit détailler les lieux de prise en charge et les modalités d'accès (y compris les aides financières disponibles et les conditions pour y avoir accès le cas échéant). Le dépistage ne devra pas être mis en place en cas d'absence totale d'accès au traitement.

Le parcours de soins doit être établi sur la base d'une cartographie des centres de santé à différents niveaux. Pour cela, une évaluation de la qualité des services fournis (également auprès de structures privées, type laboratoires) est indispensable (via la visite des structures, des rencontres régulières).

II. ASPECTS OPÉRATIONNELS

La mise en place d'une stratégie de dépistage du cancer du col de l'utérus varie selon plusieurs déterminants : tranche d'âge, disponibilité du type de dépistage, enjeux liés à la communauté sur l'accès au système de santé (exemple : rural / urbain, personnes déplacées...).

a. Définir la population cible

➔ En concertation étroite avec le ministère de la Santé, la première chose à faire pour la phase d'implémentation d'un projet CCU consiste à définir la population cible du projet :

- Définir les tranches d'âge concernées. Il faut garder à l'esprit que **la tranche d'âge de 25 à 29 ans ne peut être dépistée que par frottis ou par IVA. Il n'est pas recommandé d'utiliser le test HPV pour les personnes de moins de 30 ans.**
- Pour rappel, l'OMS recommande de dépister les femmes à l'âge de 35 et 45 ans pour avoir un haut impact le plus rapidement possible, avec une fréquence de dépistage de 10 à 15 ans.
- Explorer la question des populations à risques, notamment **les personnes vivant avec le VIH** (qui ont 6 fois plus de risque de développer un cancer rapidement évolutif) ; le dépistage par test HPV se fera à partir de 25 ans et la fréquence sera augmentée de 3 à 5 ans.

➔ MdM recommande de suivre les référentiels en vigueur au niveau national pour s'adapter à chaque contexte et de plaider, si nécessaire, pour des changements de normes et directives afin d'améliorer l'accès aux soins de manière efficace.

b. Elaborer le parcours de soins

➔ Il est essentiel **d'élaborer un parcours de soins basé sur l'existant** et de le formaliser : quel est le parcours ? quels sont les coûts ? quels sont les délais de rendez-vous à chaque étape (et d'obtention des résultats) ? Quels sont les systèmes de référencement, les services disponibles et où se trouvent-ils, quels sont les mécanismes existants pour soutenir la prise en charge au niveau national ou à l'étranger ? etc.

➔ Clarifier dès le début la question des compétences professionnelles : qui peut faire quoi ? Une sage-femme peut-elle faire une biopsie ? un test IVA ? Au-delà des répartitions des tâches prévues par le système de santé, il est intéressant d'analyser si les prestataires concernés ont bien été formés et équipés pour mener à bien ces tâches.

➔ Le parcours de soins doit être coconstruit avec les parties prenantes partenaires (comme les associations d'anciennes malades affectées par le cancer du col de l'utérus).

c. Définir l'algorithme de dépistage

➔ Recommandations de l'OMS : elles servent de base au choix de l'algorithme le plus adapté ou selon les ressources existantes.

➔ Critères de choix en fonction de la méthode de prélèvement, notamment en cas de dépistage par la réalisation d'un test HPV : soit par auto-prélèvement ou soit prélèvement par le ou la clinicien.ne.

➔ Choix en fonction de la stratégie de dépistage : opportuniste ou organisé

➔ Choix en fonction du test de dépistage.

 **Voir Annexe 5 : algorithme de dépistage MdM / Circuit patiente**


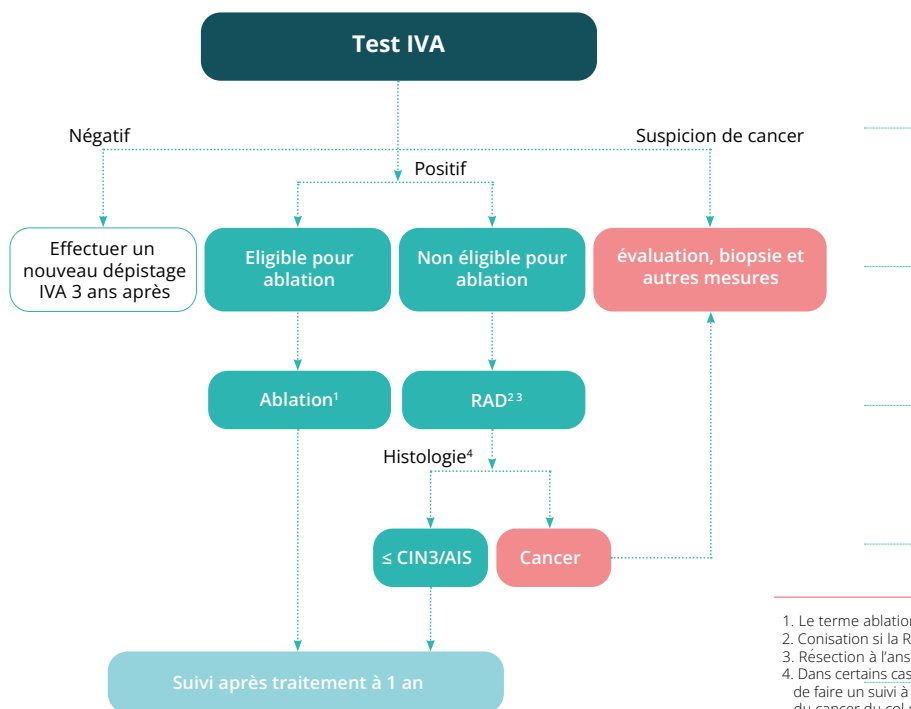
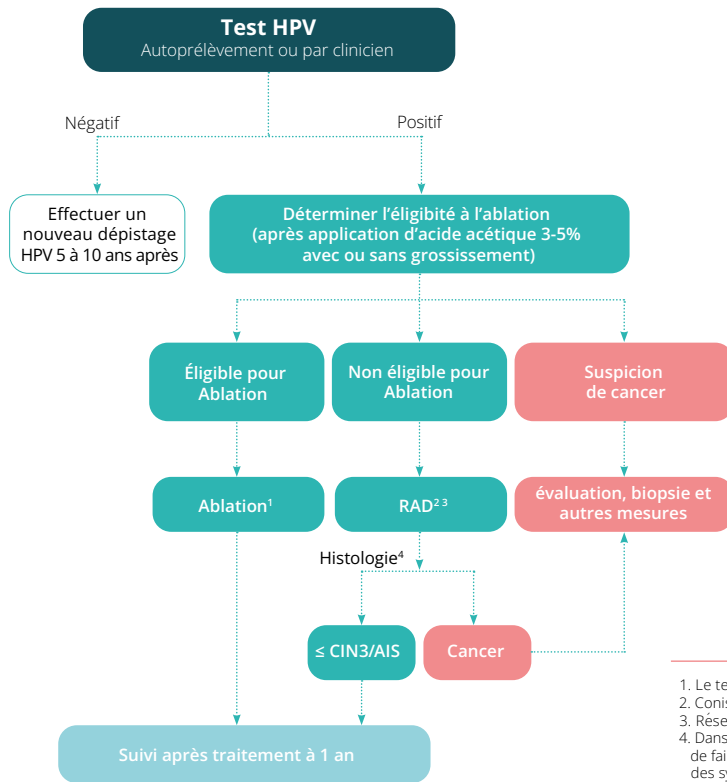
 **Plaidoyer** : si on constate une différence entre les recommandations nationales et celles de l'OMS, inclure celles-ci dans la stratégie de plaidoyer.

SCHÉMA 1 : ALGORITHME DE DÉPISTAGE, TEST IVA



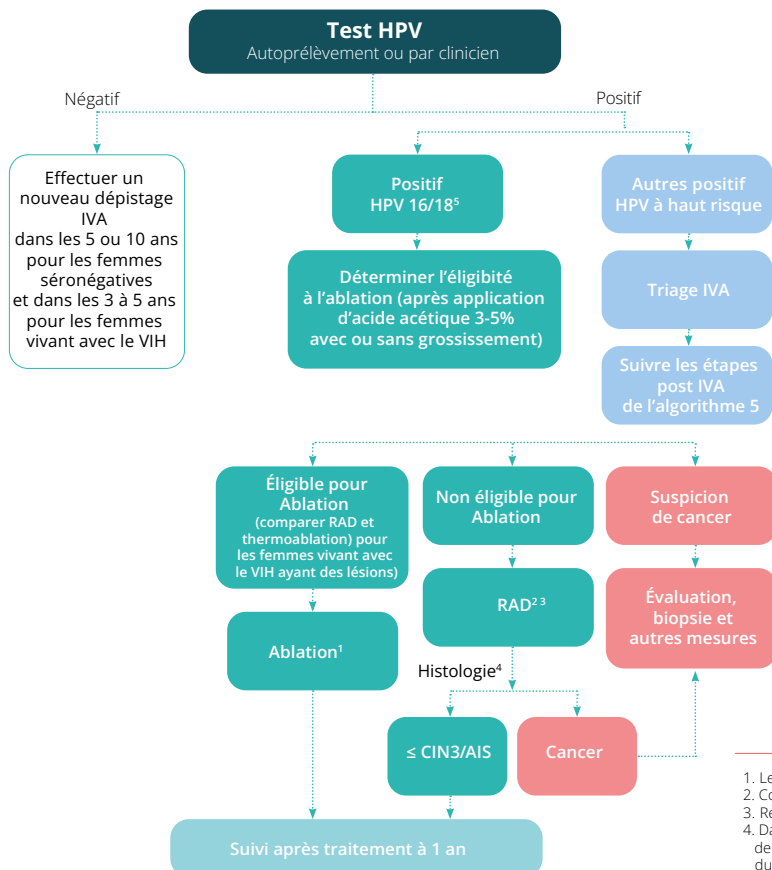
1. Le terme ablation inclut la cryothérapie et la thermoablation.
 2. Conisation si la RAD n'est pas disponible.
 3. Résection à l'anse diathermique.
 4. Dans certains cas, l'histologie peut être indisponible : conseiller aux femmes de faire un suivi à un an ou plus tôt si elles développent des symptômes du cancer du col de l'utérus.

SCHÉMA 2 : ALGORITHME DE DÉPISTAGE, TEST HPV



1. Le terme ablation inclut la cryothérapie et la thermoablation.
 2. Conisation si la RAD n'est pas disponible.
 3. Résection à l'anse diathermique.
 4. Dans certains cas, l'histologie peut être indisponible : conseiller aux femmes de faire un suivi à un an ou plus tôt si elles développent des symptômes du cancer du col de l'utérus.

SCHÉMA 3 : ALGORITHME DE DÉPISTAGE, TEST HPV / SEROTYPAGE



1. Le terme ablation inclut la cryothérapie et la thermoablation.
 2. Conisation si la RAD n'est pas disponible.
 3. Résection à l'anse diathermique.
 4. Dans certains cas, l'histologie peut être indisponible : conseiller aux femmes de faire un suivi à un an ou plus tôt si elles développent des symptômes du cancer du col de l'utérus.

d. Définir un système de référencement entre les différents acteurs

➔ **Définir** un système de référencement entre les différents acteurs impliqués :

Des relais d'informations au niveau communautaire vers les centres de santé pour les personnes perdues de vues ; vers les laboratoires pour déposer les prélèvements en fonction de la stratégie.

- **Système de référencement** en cas de lésions étendues ou en cas de cancer avéré **vers le centre hospitalier de référence**, pour une information complémentaire et un accompagnement thérapeutique.

- **Des structures de santé vers les laboratoires** pour obtenir les résultats du dépistage quand celui-ci est réalisé par test HPV ou IVA.

➔ Il sera important d'identifier des systèmes de référencement pérennes.

➔ A noter que dans de nombreux contextes, la radiothérapie est peu, voire pas disponible.

e. Cartographie des acteurs fournissant des soins pour le traitement des lésions précancéreuses étendues ou du CCU

➔ Identifier les **différents acteurs de santé proposant des services qui ne seraient pas disponibles au sein des structures soutenues** ou mises en place par MdM (ex. : RAD, biopsie, frottis, radiothérapie, chimiothérapie...).

➔ **Évaluer la qualité des services dispensés** par les acteurs identifiés afin de déterminer les structures ou organisations vers lesquelles orienter (via des rencontres bilatérales, les expériences antérieures, des mécanismes de coordination, des visites, etc.).

➔ L'évaluation de la qualité intègre le respect de la confidentialité et des principes éthiques.

➔ Évaluer l'accès géographique et sécuritaire.

f. Coordination avec les acteurs fournissant des soins thérapeutiques et mise en place d'un circuit de référencement / contre-référencement

➔ Rencontrer **les structures / acteurs de référence** fournissant des soins et établir des procédures de référencement avec les différents acteurs sélectionnés. Ces procédures doivent spécifier le rôle et la responsabilité de chaque acteur : définition et mise en place de fiches de référence, de réunions de coordination, de schémas de communication, contre-référencement, gestion sécurisée des données, etc.

➔ **Former les professionnel.les de santé des structures soutenues**, ainsi que les potentiels partenaires communautaires aux procédures de référencement.

➔ **Assurer la mise en place des mécanismes de coordination**, des visites, etc. L'évaluation de la qualité intègre le respect de la confidentialité, et des principes éthiques.

➔ Définir et mettre en place des **outils de gestion et de suivi des référencements** vers les structures soutenues.

➔ Lorsque **les services de référence sont des services payants, sécuriser une ligne budgétaire pour la prise en charge ponctuelle des traitements**.

➔ Intégrer des critères relatifs à la qualité des activités de **référencement lors des supervisions formatives au niveau des structures de santé soutenues**.



Outils pratiques

Annexe 5. Algorithme de dépistage de MdM / Circuit patiente

4.

**CIRCUIT PATIENTE
ET SUIVI
DES PERDUES
DE VUE**

I. INTRODUCTION

ACTIVITÉS CLÉS

- ❑ Définition du circuit patiente au sein des structures soutenues avec les parties prenantes
- ❑ Définition du circuit des prélèvements HPV entre les services de consultation et les laboratoires dotés d'un point-of-care test
- ❑ Mise en place des mécanismes de recherche et suivi des perdues de vue.

La mise en place de l'algorithme de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses proposé par MdM nécessite l'implication de différents services au sein des centres de santé, parmi lesquels des services de consultation et les laboratoires.

La mise en place du circuit patiente et le principe « **Dépister, trier et traiter** » est dépendant de l'organisation de chaque centre et son personnel, des liens avec le système communautaire, du modèle d'intervention (opportuniste ou organisé) et du choix du dépistage (IVA / HPV / HPV + IVA / HPV + sérotypage). Des points de vigilance propres aux centres dotés d'un laboratoire ou à ceux n'en étant pas dotés devront être considérés ou encore comment les patientes souhaitent se voir transmettre le résultat, avec le respect de la confidentialité. L'implication de l'ensemble des prestataires et chef.fes de services concerné.es est essentielle pour cette étape.

Des mécanismes doivent également être pensés et mis en place en amont pour la recherche et le suivi des perdues de vue, qui prennent en compte les barrières géographiques, culturelles ou financières propres à chaque contexte d'intervention.

L'élaboration du circuit patiente et du suivi des perdues de vue est réalisé avec l'ensemble **des parties prenantes, particulièrement les personnes concernées, les agents communautaires et le personnel soignant**. Cette phase d'élaboration du circuit patiente

est d'ailleurs l'un des éléments importants de la stratégie communautaire.

II. ASPECTS OPÉRATIONNELS

a. Accueil et information sur les services disponibles

- ➔ **Former l'ensemble du personnel des structures de santé** sur le CCU et l'offre de dépistage mise en place, y compris **les agents communautaires**, le personnel de laboratoire et le service accueillant les PVVIH.
- ➔ **Organiser des sessions d'information au niveau des services fréquentés par les femmes** (ex. : pesée des nourrissons, vaccinations, planification familiale...).
- ➔ Sensibiliser l'ensemble du personnel de la structure **aux principes de lutte contre les attitudes négatives** (perception du CCU comme une maladie non évitable et non curable, stigmatisation des femmes affectées...).
- ➔ **Sensibiliser les parties prenantes et organisations de la société civile (OSC) locales, éducateur.ices pair.es, personnes relais, etc.**
- ➔ Sensibiliser la communauté (spots radio, flyers, posters, etc.).
- ➔ Langage clair et compréhensible.
- ➔ Respect de la confidentialité.

b. Définir le circuit patiente et le circuit des prélèvements

- ➔ Définir un circuit patiente **avec l'ensemble des parties prenantes** (prestataires de santé communautaire, technicien.nes de laboratoire et les femmes) pour réfléchir au meilleur circuit pour les patientes de manière à rendre possible le « dépister, trier et traiter », pour limiter les perdues de vue, sans engendrer de surcharge de travail et en tenant compte des capacités du laboratoire pour l'analyse des tests (définir des horaires pour le dépistage, plafonner le nombre de tests pour permettre leur analyse dans un délai suffisant).
- ➔ **Définir le lieu de counseling et de prélèvement HPV** dans la structure de santé en fonction du contexte et de la configuration de la structure (service de planification familiale, salle dédiée, etc.).

- ➔ **Mettre à disposition des structures soutenues les intrants médicaux et non médicaux** nécessaires au dépistage (écouvillon, acide acétique, coton, pince languette, spéculum, réfrigérateur) et au traitement des lésions précancéreuses (thermocoagulations).
- ➔ **S'assurer que la configuration de la salle prévoit un espace fermé, propre et confortable**, mettre à disposition un paravent pour l'auto-prélèvement (garantie de l'intimité, matériel et indications pour le lavage des mains, espace suffisant, etc.).
- ➔ Mettre en place **un espace d'attente adapté et confortable** pour permettre aux patientes d'attendre la réception de leurs résultats.
- ➔ **Être vigilant.e sur le temps d'attente des résultats et du traitement** idéalement réalisé des circuits courts (qui peuvent avoir un impact sur les pertues de vue).
- ➔ **Réadapter le circuit patiente** au besoin, par exemple il sera possible de réaliser le test IVA et le traitement par thermocoagulation dans une démarche d'aller-vers, au plus proche de la patiente.
- ➔ **En cas de référencement des prélèvements vers un laboratoire extérieur à la structure où est réalisé le test, il sera essentiel de définir le circuit, les horaires, les modalités (ex. tricycle), le nombre maximum de prélèvements qui pourront être envoyés au laboratoire chaque jour, ainsi que les modalités de retour des résultats** des tests aux prestataires en charge du counseling. Il sera important de mettre à disposition des intrants pour le transport des écouvillons (glacière, indicateurs de température).



Les échantillons pour les tests HPV en milieu sec ne peuvent être conservés au-delà de 48h.

c. Mécanismes de recherche des pertues de vues

- ➔ **Identifier à partir du circuit patiente les risques de pertues de vues** et réduire ces risques en proposant d'autres alternatives. Penser également à l'ensemble des éléments qui permettraient de réduire le temps d'attente des résultats.

Exemple :

Les temps d'attente longs peuvent avoir un impact significatif sur les pertues de vue. Il existe des options pour réduire autant que possible ce temps, comme mettre à disposition un crédit téléphonie entre technicien.ne de laboratoire et sage-femme pour la communication des résultats.

- *Les études menées par MdM dans le cadre des projets CCU, ont montré que les femmes à qui l'on propose le choix de la méthode de prélèvement avaient plus de complétude de dépistage. Le taux était encore plus important lorsque la patiente choisit l'auto-prélèvement.*
- *L'étude a également montré que le taux de complétude devient 10 fois plus important lorsque la patiente comprend les résultats du dépistage.*

- ➔ **Mettre en place un système de recherche des pertues de vue**, réfléchir en amont de l'ouverture des services de dépistage, en impliquant les prestataires concerné.es et les femmes dans cette réflexion pour comprendre leurs préférences, leurs contraintes et le contexte.

Exemple de mécanisme de recherche des pertues de vue : des appels téléphoniques ou des visites à domicile via des agents communautaires ou des personnes relais.

- ➔ **Être en lien avec les différents services pour la recherche des pertues de vue** (la patiente pourrait être identifiée à partir d'un autre service qu'elle fréquente pour un autre besoin de santé, ex. : vaccination ou pesée).

- ➔ **Définir une définition standard de pertues de vue, propre à chaque programme.**

Une fois qu'une femme a reçu un résultat positif à son dépistage, il est parfois nécessaire que le traitement soit différé ou de faire un référencement, ces situations étant fréquemment une occasion pour ces femmes d'être perdues de vue.

En l'absence de normes mondiales pour définir le moment où une femme qui ne se conforme pas à un référencement ou ne se présente pas pour bénéficier d'un traitement qui a été différé passe dans la catégorie des « pertues de vue », les programmes doivent élaborer leurs propres définitions standardisées. Par exemple, « perdue

de vue » peut être défini comme « patiente qui ne se rend pas à une visite programmée après un référencement » ; ou « patiente qui ne se présente pas pour un traitement programmé après que celui-ci a été différé ».

Dans le cadre de définitions plus robustes, assorties d'échéances, et d'un mécanisme de recherche, une classification en tant que « perdue de vue » peut être attribuée à une femme qui ne se conforme pas comme prévu à un référencement ou ne se présente pas comme prévu à une visite de traitement dans les six mois suivant sa visite de dépistage.

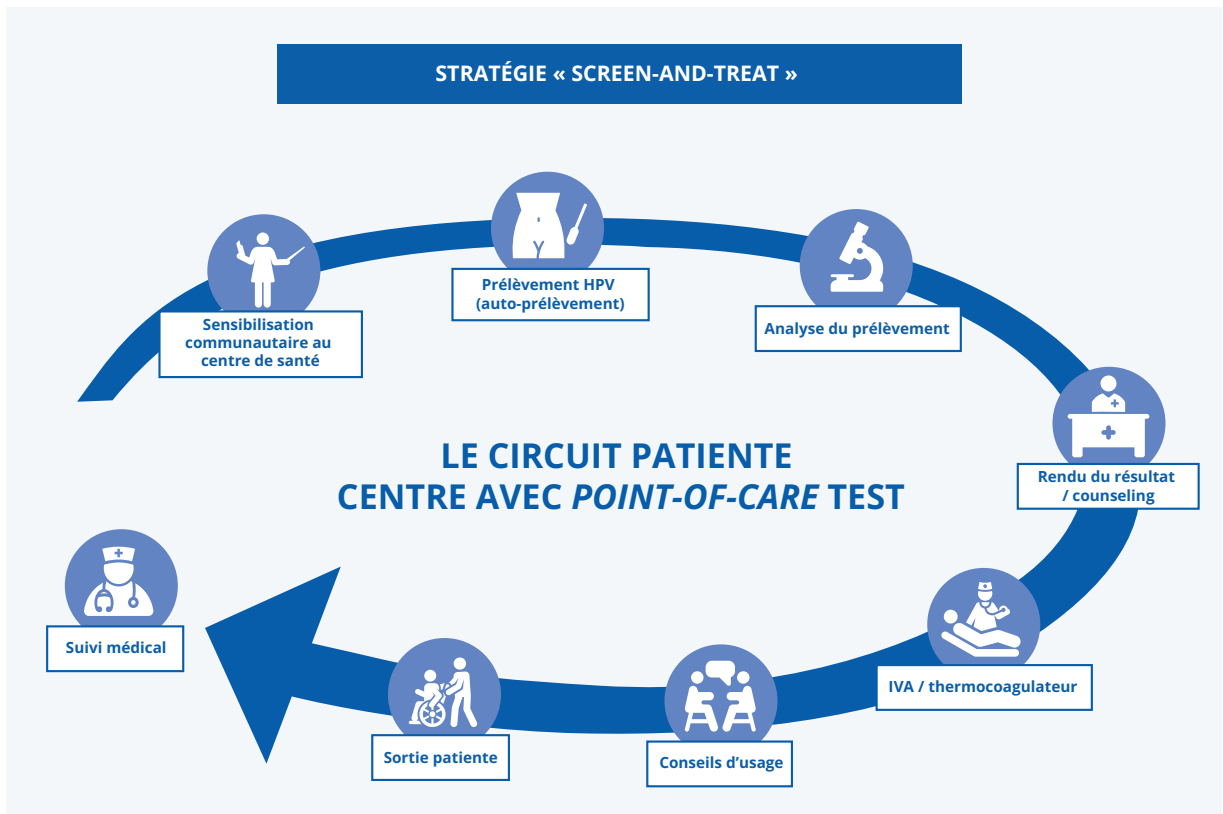
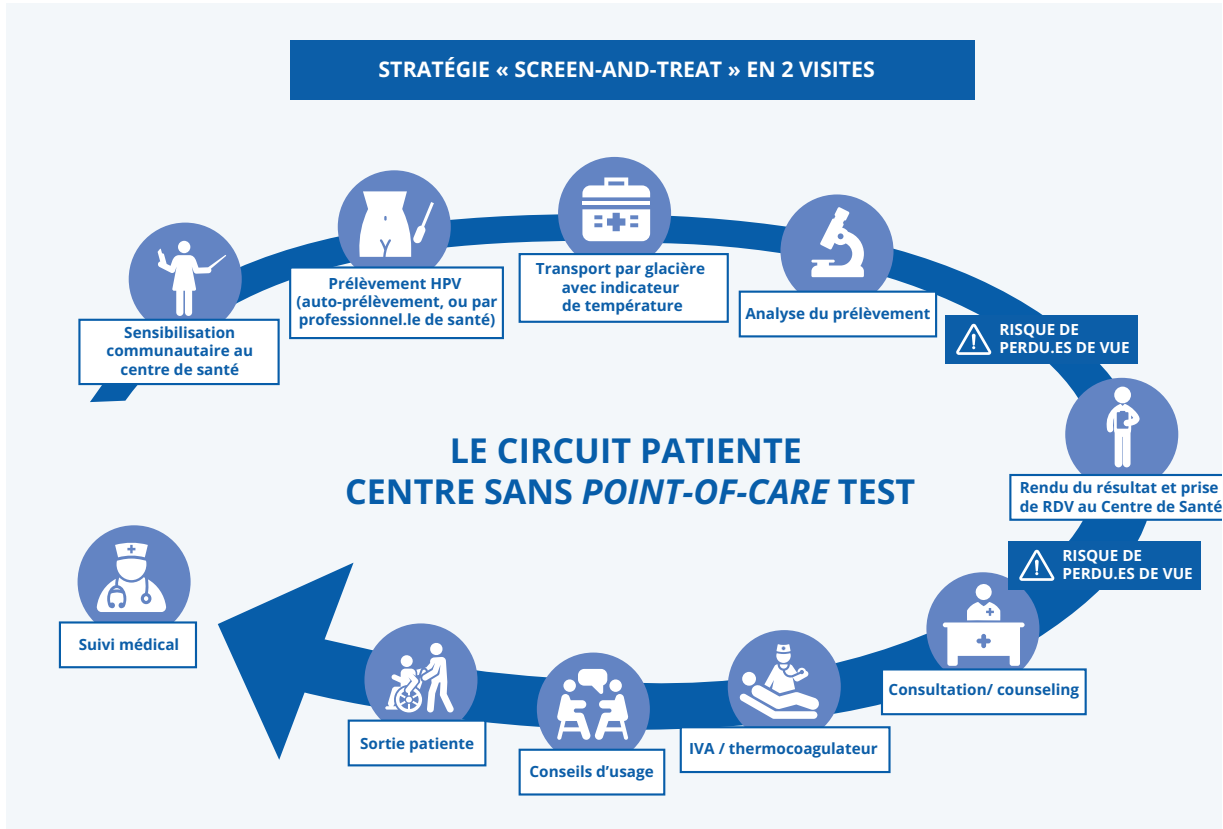
Afin d'assurer la qualité des données obtenues et de la prestation des soins prodigués aux patientes, des définitions standardisées doivent être élaborées à l'échelle nationale, donc en lien avec le ministère de la Santé.



Outils pratiques

Annexe 5. Algorithme de dépistage / circuit patiente

EXEMPLE DES CIRCUITS MIS EN PLACE AU BURKINA FASO POUR LE SCREEN, TRIAGE AND TREAT
DANS LES CENTRES DE SANTE AVEC OU SANS POINT-OF-CARE TEST :



5.

**PRISE EN CHARGE
MÉDICALE
DES LÉSIONS
PRÉCANCÉREUSES**

I. INTRODUCTION

ACTIVITÉS CLÉS

- ❑ Assurer la disponibilité des intrants nécessaires à la prise en charge
- ❑ Former les professionnel.les de santé des structures soutenues aux protocoles de prise en charge des lésions précancéreuses
- ❑ Garantir la disponibilité de protocoles de prise en charge répondant aux recommandations nationales et/ou internationales en la matière
- ❑ Assurer la disponibilité des intrants et équipements de qualité nécessaires
- ❑ Former l'ensemble du personnel des structures soutenues à l'éthique et au principe de confidentialité
- ❑ Mettre en place un système de référencement vers des services complémentaires pour la prise en charge des lésions larges et des cas de cancers.

Après avoir défini la stratégie d'intervention, l'algorithme et le circuit patiente (Fiches 3 et 4), il sera important d'accompagner la mise en place pratique de la prise en charge. Elle pourra être réalisée par MdM dans un premier temps mais devra être rapidement intégrée dans le paquet de formation et supervision du système de santé pour assurer la pérennité du projet.

II. ASPECTS OPÉRATIONNELS

La procédure de dépistage et de traitement comporte une succession **d'étapes** qui guident la pratique des professionnel.les de santé. Afin de permettre le bon déroulement des différentes étapes de prise en charge et de garantir l'accès à des soins de qualité, il est d'abord nécessaire de :

- ➔ Évaluer **la disponibilité des intrants de qualité**, notamment l'acide acétique et/ou le Lugol pour le dépistage par IVA/IVL. Si nécessaire, il est possible, pour l'acide acétique, d'acheter du vinaigre blanc du commerce, dilué entre 3 et 5 %.
- ➔ Mettre à disposition des structures soutenues les **intrants, équipements médicaux et consommables de qualité**, nécessaires à une prise en charge du dépistage et au traitement des lésions précancéreuses en fonction du niveau de

soins de la structure.

➔ Garantir **la disponibilité de protocoles médicaux** clairs décrivant les différentes étapes de la consultation, les différentes options en termes de méthodes / procédures ainsi que les contre-indications relatives à chaque méthode. S'ils existent, on privilégiera l'utilisation des protocoles nationaux après avoir vérifié qu'ils sont en adéquation avec les recommandations internationales. Dans le cas contraire, on utilisera les protocoles de l'OMS en les adaptant au contexte.

➔ **Former les professionnel.les de santé** à la mise en œuvre des **protocoles médicaux**.

➔ **Former les technicien.nes de laboratoire** à la mise en œuvre **des protocoles d'analyse**.

➔ **Sensibiliser les professionnel.les de santé à l'écoute active et bienveillante** et à l'utilisation d'une communication empathique, précise, claire et sans jugement.

➔ Mettre en place des **supervisions formatives régulières** auprès des personnels de santé afin de garantir la qualité des soins dispensés.

➔ S'assurer de la mise en place d'un **système de référencement** vers des structures de soins de santé secondaires.

a. L'accueil

Lors de la consultation, il est important **d'expliquer le dépistage du CCU, d'identifier tout signe clinique qui laisserait penser à une suspicion de cancer**, notamment en cas de saignement vaginal irrégulier ; l'anamnèse, l'examen clinique et des potentiels examens complémentaires auront été pratiqués au cours de cette consultation.

Si le cancer évolue, des symptômes apparaissent :

- Saignements vaginaux après les rapports sexuels ;
- saignements vaginaux spontanés en dehors de la période des règles ;
- douleurs au moment des rapports sexuels ;
- pertes vaginales ;
- douleurs dans le bas-ventre ;
- douleurs lombaires.

Ces symptômes ne sont pas spécifiques du cancer

du col de l'utérus et peuvent être dus à tout autre chose. Il ne faut cependant pas les négliger. En leur présence, une consultation médicale est indispensable.

- ➔ **Adopter une attitude d'écoute active, empathique, attentive et respectueuse.** Laisser s'exprimer la patiente sans l'interrompre.
- ➔ Mener la consultation dans un lieu privé où elle pourra se sentir à l'aise et en confiance.
- ➔ **S'assurer du consentement libre et éclairé.**
- ➔ S'assurer d'une attitude **non stigmatisante** des professionnel.les de santé vis-à-vis de la patiente.
- ➔ Rassurer la patiente sur le **caractère confidentiel de la consultation.**
- ➔ Utiliser un **langage clair, compréhensible et réconfortant.**
- ➔ Expliquer le déroulement de la consultation.
- ➔ S'assurer que la patiente a **bien compris le dépistage et les différents résultats.**

Une bonne compréhension du dépistage et des résultats améliorent considérablement la complétude du dépistage : il y a plus de chances que la personne aille jusqu'au bout du traitement et cela permet d'éviter les pertes de vue.

b. Informations et généralités concernant le dépistage par test HPV

1. Le prélèvement de l'échantillon

Le dépistage par test HPV utilise des point-of-care tests permettant d'avoir le résultat par PCR en une heure. Il existe plusieurs marques, il sera pertinent d'identifier les technologies qui existent pour éviter la sous-utilisation des machines.



Plaidoyer : MdM recommande d'avoir une vigilance particulière concernant la répartition géographique des machines, afin de limiter les sous-utilisations et de permettre une redistribution le cas échéant.

Le prélèvement vaginal peut être réalisé par la patiente elle-même ou par les prestataires de santé.

De nombreuses études montrent qu'il n'y a aucune différence de prélèvement entre celui réalisé

par la personne elle-même et celui réalisé par le prestataire de soin.

L'auto-prélèvement est simple, indolore, pratique, peu coûteux et améliore considérablement l'adhésion au dépistage.

Dans le cadre d'un prélèvement réalisé par un.e professionnel.le de santé, il ne sera pas nécessaire d'utiliser un spéculum, sauf si la personne présente des symptômes.

Recommandations à suivre avant un prélèvement pour le dépistage du cancer du col de l'utérus

1. Éviter la période menstruelle : il est recommandé de ne pas réaliser le prélèvement pendant les règles, sauf en cas de saignement vaginal peu abondant.
2. Éviter les rapports sexuels la veille : il est conseillé de ne pas avoir de rapports sexuels non protégés dans les 24 heures précédant le prélèvement.
3. Éviter les douches vaginales : il est préférable de ne pas effectuer de toilette vaginale dans les 24 heures précédant le prélèvement.
4. Éviter l'utilisation de produits vaginaux : il est recommandé d'éviter l'utilisation de produits vaginaux, tels que des crèmes ou des gels, dans les 24 heures précédant le prélèvement. L'utilisation de produits vaginaux est déconseillée de manière générale.

En respectant ces recommandations, la qualité du prélèvement pour le dépistage du cancer du col de l'utérus peut être optimisée, ce qui permet d'obtenir des résultats précis et fiables.

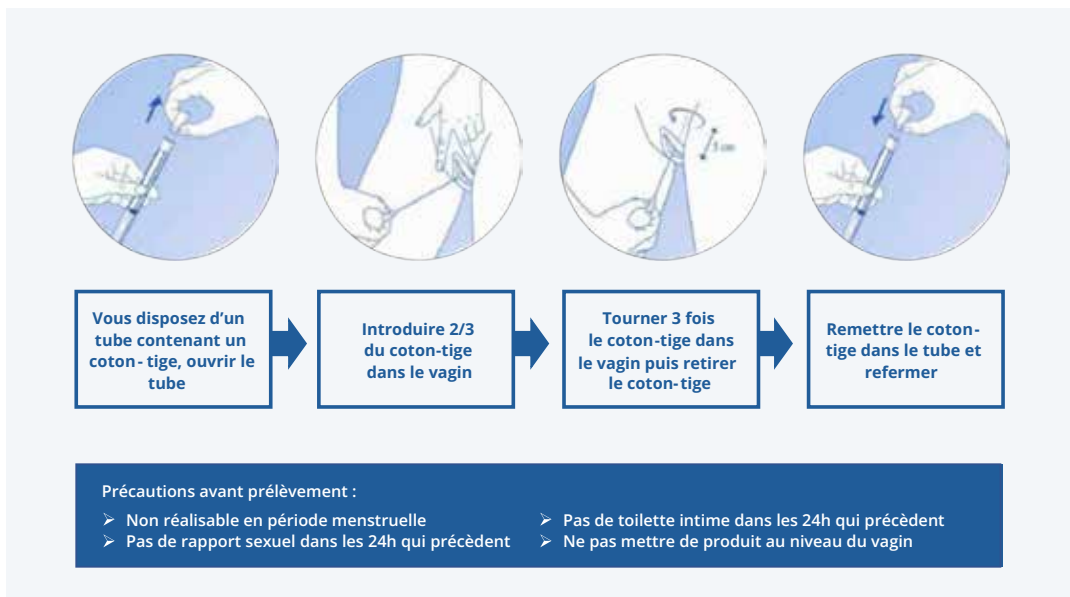
Le test peut être effectué pendant la période de grossesse, mais le traitement ne peut être administré qu'avant la 16^e semaine d'aménorrhée. Cela est à discuter avec les parties prenantes, car le risque est d'angoisser la patiente pendant sa grossesse.

Ces recommandations seront à rediscuter et à réadapter notamment pour les travailleuses du sexe.



Plaidoyer : MdM plaide pour l'auto-prélèvement et l'introduction du dépistage par test HPV

AUTO-PRELEVEMENT : MODE D'EMPLOI

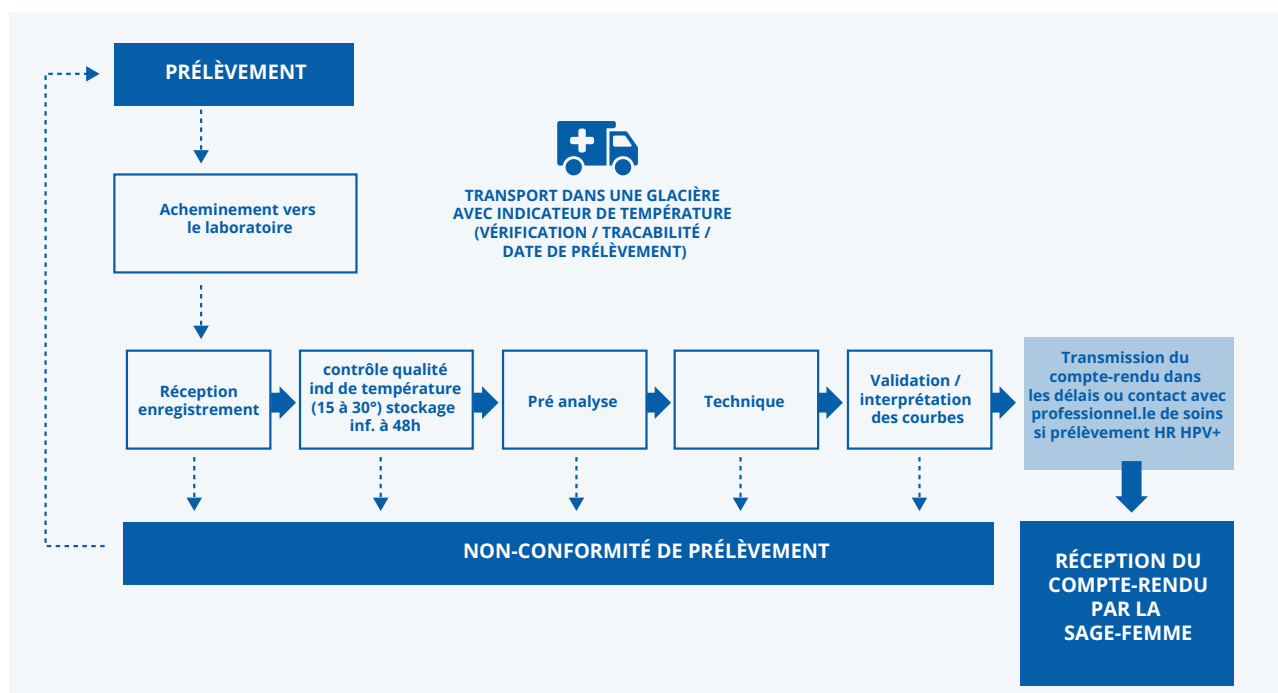


Dans le cadre de l'auto-prélèvement on proposera un endroit confidentiel et intime, si il est réalisé au centre de santé, avec une affiche expliquant les modalités :

- Ouvrez partiellement le sachet contenant l'écouvillon.
- Ne touchez pas le coton et ne le laissez pas tomber. Si le coton est touché ou si l'écouvillon est tombé, demandez un nouveau kit de prélèvement.
- Enlevez l'écouvillon du sachet.
- Tenez l'écouvillon comme le montre la figure 1, en plaçant le pouce et l'index en haut de la tige.

- Avec votre main écartez vos lèvres de façon à ce que l'écouvillon ne touche pas la partie externe (cf. figure 2).
- Introduisez doucement l'écouvillon dans le vagin sur une distance d'environ 2/3 (cf. figure 2).
- Tournez doucement l'écouvillon 3 fois pendant 10 à 30 secondes. Assurez-vous que l'écouvillon touche les parois du vagin pour que l'humidité soit absorbée par l'écouvillon (cf. figure 3).
- Retirez l'écouvillon sans toucher la peau.
- Placez immédiatement l'écouvillon dans le milieu de transport et refermer l'écouvillon (cf. figure 4).

ACHEMINEMENT DU PRÉLÈVEMENT



2. L'acheminement de l'échantillon

Le prélèvement doit être transporté au centre de laboratoire, selon la procédure suivante :

Les prélèvements doivent être placés dans les sachets plastiques : un sachet par patiente.

- Plier le bon de demande et le mettre dans le sachet.
- Stocker le prélèvement dans la glacière afin de le conserver à une température entre 15 et 30° et acheminer dans le laboratoire dans les plus brefs délais (durée maximale de 48 heures entre le prélèvement et l'analyse).
- Pour les prélèvements déposés par un coursier, une feuille de traçabilité du transport est également remise avec heure et date de réalisation et de dépôt du prélèvement au laboratoire.
- A réception des prélèvements, le ou la technicien.ne de laboratoire et le coursier vérifient la traçabilité, la date et l'heure du prélèvement, ainsi que l'indicateur de température.

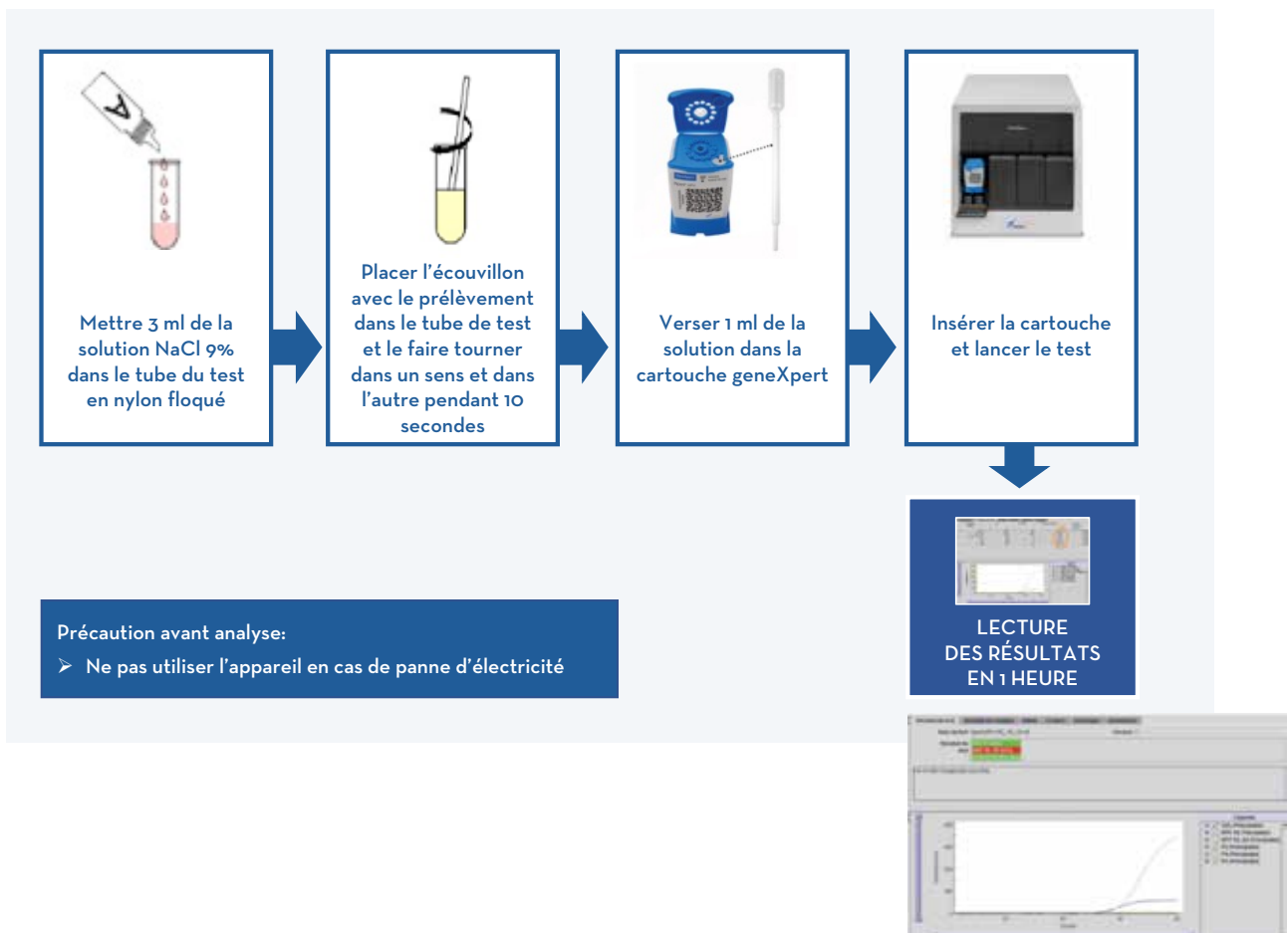
- En cas de non-conformité, l'information et le motif devront être renseignés.

3. Analyse de l'échantillon

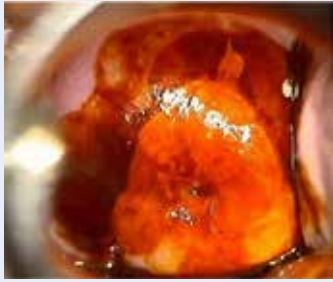
Le ou la technicien.ne de laboratoire réalise une pré-analyse selon les recommandations suivantes : Le rendu des résultats est simple et rapide (une heure) : positif ou négatif avec un code couleur rouge et vert. Les résultats donnent l'information des types de sérotype de HPV (exemple : GeneXpert).

Une des stratégies de dépistage recommandée par l'OMS consiste à traiter directement les personnes en cas de HPV 16, 18, 31, 33 et 58. Il n'y aura pas d'examen de triage, mais une IVA sera réalisée comme examen complémentaire pour s'assurer que la personne est éligible à la thermocoagulation. Cela signifie que même en cas d'IVA négative, on traite directement au niveau du col de l'utérus. En cas d'IVA avec lésions larges, la personne sera transférée au centre de référence.

ANALYSE DE L'ÉCHANTILLON :



TEST IVA POSITIF :



IVA positive : On distingue sur la lèvre antérieure une zone acidophile bien définie, opaque, aux bords réguliers, accolée à la jonction paviméto-cylindrique qui est entièrement visible. Noter la zone blanche assez mal définie sur la lèvre postérieure. La lésion pénètre dans le canal endocervical.

c. Informations et généralités concernant le dépistage par IVA ou IVL

La procédure par IVA et IVL est identique, mais la réaction du produit diffère : l'acide acétique va colorer en blanc les lésions précancéreuses et le Lugol va colorer en bleu les lésions non cancéreuses.

Les résultats de l'IVA et de l'IVL sont immédiatement disponibles et ne nécessitent aucun service de laboratoire.

La classification des résultats repose sur les changements de couleur observés au niveau du col. Une parfaite connaissance de l'anatomie, de la physiologie et des pathologies du col sont essentielles à la compréhension et à l'interprétation de ce test.

Ces tests sont moyennement performants mais sont peu coûteux et peuvent devenir plus performants en cas de dépistage par test HPV au préalable.

L'atlas de l'IVA¹ est un excellent outil pratique.

Procédure

1. Se laver les mains.
2. Inspecter les parties génitales extérieures et examiner l'orifice urétral pour dépister un quelconque écoulement.
3. Insérer le spéculum entièrement et doucement jusqu'à sentir une résistance et ouvrir lentement les lames pour révéler le col.
4. Lorsque le col est entièrement visible, fixer les lames du spéculum en position ouverte pour qu'il

reste en place et laisse voir le col.

5. Ajuster la source lumière pour bien voir le col.

6. Inspecter le col et vérifier pour détecter des signes d'infection (cervicite) tels qu'un écoulement blanchâtre purulent (mucopus) ; ectopie (ectropion) ; tumeurs apparentes ou kystes, ulcères ou lésions.

7. Utiliser un écouvillon propre pour enlever tout écoulement, sang ou mucosité sur le col.

8. Identifier l'orifice cervical et la zone de jonction qui l'entoure.

9. Tremper un écouvillon propre dans une solution diluée d'acide acétique et l'appliquer au col.

10. Après avoir lavé le col avec l'acide acétique, attendre au moins une minute et observer le col pour détecter des changements acéto-blanchâtres.

11. Inspecter attentivement la jonction. Vérifier pour voir si le col saigne facilement. Rechercher toutes plaques blanches soulevées et épaissies ou un épithélium acéto-blanchâtre.

12. Autant que nécessaire, appliquer davantage d'acide acétique ou écouvillonner le col pour enlever toute mucosité, sang ou débris qui se développent lors de l'inspection et qui puissent obscurcir la vue.

13. Après avoir complété l'inspection visuelle du col, utiliser un écouvillon en coton propre pour enlever tout acide acétique du col et du vagin.

14. Retirer doucement le spéculum :

- Si le test IVA est négatif, tremper le spéculum dans une solution de chlore à 0,5% pendant 10 minutes pour la décontamination ;
- Si le test IVA est positif et si la patiente opte pour le traitement, placer le spéculum sur le plateau désinfecté à haut niveau ou dans un

¹ Atlas de l'inspection visuelle à l'acide acétique du col de l'utérus pour dépister, trier et déterminer l'éligibilité des lésions au traitement ablatif (IARC, 2020) : <https://screening.iarc.fr/atlasviafr.php>

réceptif pour pouvoir le réutiliser pour la thermocoagulation.

Pour la lecture des résultats, il est pratique d'afficher l'atlas de l'IVA dans la salle de consultation.

En fonction des contextes, quand il y a un doute sur le résultat du test IVA, il sera préférable de traiter la patiente.

d. Information de la patiente concernant la procédure de traitement par thermocoagulation

La détection précoce par un dépistage ciblé, suivie par un traitement des lésions précancéreuses qui ont été détectées, permet de prévenir la majorité des cas de cancer du col de l'utérus. La thermocoagulation élimine les lésions précancéreuses par une nécrose tissulaire. Elle consiste à appliquer une sonde à haute température au niveau de la zone anormale. Le tissu cervical met environ un mois à cicatriser. Les indications sont identiques à celles de la cryothérapie. Les indications reposent sur une lésion visible qui couvre moins de 75 % de la surface avec la jonction visible.

➔ **Inform**er la patiente sur la rapidité de la procédure (2 minutes), l'absence de douleur et de nécessité d'anesthésie.

➔ **Procédure :**

1. Avertir la patiente que le spéculum sera inséré et lui dire qu'elle pourrait éprouver une certaine pression.
2. Insérer doucement le spéculum, complètement ou jusqu'à sentir une résistance et ouvrir lentement les lames pour voir le col.
3. Lorsque le col est entièrement visible, fixer les lames du spéculum en position ouverte afin que le spéculum reste en place et maintienne le col visible.
4. Ajuster la source de lumière pour pouvoir voir clairement l'intégralité du col.
5. Utiliser un écouvillon en coton pour enlever tout écoulement, sang ou mucosité du col.
6. Identifier l'orifice cervical, la jonction, ainsi que le site et la taille de la lésion.
7. Si nécessaire, appliquer de l'acide acétique

pour rendre la lésion visible.

8. Tenir le « thermofusil » au plan perpendiculaire au col.

9. Appuyer sur la gâchette pendant une minute.

10. Ne pas oublier d'appliquer une pression sur le col.

11. A la fin de la procédure, inspecter le col soigneusement pour s'assurer de la présence d'une boule blanche.

e. Information de la patiente sur le suivi post-thermocoagulation

➔ Indiquer à la patiente **quand elle doit revenir au centre de santé.**

➔ Prescrire des **antalgiques.**

➔ Lui donner les conseils d'usage :

- Comment se soigner chez elle (paracétamol)
- Pas de douche vaginale
- Pas d'utilisation de tampon
- **Pas de rapport sexuel** pendant 1 mois (si ce n'est pas possible, pendant au moins 48 heures et éviter les rapports intenses)
- Rapports sexuels protégés par préservatifs pendant 6 semaines
- Consulter en cas de fièvre ou de saignement abondant, douleur abdominale sévère.

f. Prise en charge des lésions larges, des suspicions de cancer ou de jonction non visible

En cas de lésions non éligibles à la thermocoagulation ou à la cryothérapie, la personne sera référée au niveau supérieur pour une prise en charge adaptée.

En cas de jonction non visible, un frottis pourra être réalisé, en fonction du contexte, et en cas de suspicion de cancer, une biopsie.

La biopsie est le seul examen diagnostique qui peut confirmer ou non un cancer.

g. Ressources matérielles

Médicaments et consommables

- Analgésiques
- Compresses / coton
- Gants d'examen
- Solution d'acide acétique (3 à 5%) ou fraîchement

6.

**GESTION DES
RÉFÉRENCEMENTS**

I. INTRODUCTION

ACTIVITÉS CLÉS

- ❑ **Identification, cartographie et coordination avec les structures de soins de santé secondaires prenant en charge les lésions étendues et le traitement des cancers avérés.**
- ❑ **Mise en place et formalisation d'un circuit de référencement.**
- ❑ **Mise en place de procédures permettant de préserver la confidentialité des référencement.**
- ❑ **Sécurisation d'une ligne budgétaire pour la prise en charge lorsque les services sont payants.**

Le traitement des lésions étendues peut être la conisation ou la résection à l'anse diathermique (RAD) ; une biopsie est systématiquement réalisée pour s'assurer du diagnostic. Le traitement du cancer du col comprend la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie, qui peuvent être utilisées en association, avec ou sans chimiothérapie. Les soins palliatifs doivent être mis en place dès l'annonce de la maladie et peuvent parfois constituer le seul accompagnement possible, notamment dans les cas de cancers avancés.

Les examens associés pour définir le stade du cancer peuvent être réalisés dans les structures supérieures ou dans des structures privées.

Il n'est pas possible dans le cadre de nos projets de répondre aux prises en charge des lésions précancéreuses larges ou des cancers avérés ; **la mise en place d'un système de référencement est alors essentielle pour permettre un accès aux soins**, ce qui nécessite un travail en réseau avec les acteurs intervenant dans la prise en charge des lésions étendues et des cas de cancer. Ce sont le plus souvent des centres de référence ou des structures privées lorsque celles-ci répondent à des standards minimums de qualité. L'établissement de circuits de référencement doit détailler les lieux de prise en charge et les modalités d'accès.

Un système de référencement doit donc être établi sur la base d'une **cartographie des structures de soins de santé** (notamment des centres disposant de radiothérapie) **ou d'autres acteurs** (notamment sur les soins palliatifs). Pour cela, une **évaluation de la qualité des services** fournis (notamment auprès de structures privées) est indispensable (via la visite des structures, des rencontres régulières).

Il convient également d'identifier des structures de soins de santé secondaires disposant d'une offre de résection à l'anse diathermique ou de conisation **pour les lésions larges**.

II. ASPECTS OPÉRATIONNELS

a. Cartographie des structures de santé de niveau secondaire

- ➔ Identifier les différents acteurs de santé proposant des traitements pour lésions larges, tels que la résection à l'anse diathermique et/ou la conisation, ou en cas de cancer, la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie, ainsi que les soins palliatifs.
- ➔ Évaluer **la qualité des services dispensés** par les acteurs identifiés afin de déterminer les structures et/ou organisations vers lesquelles orienter (via des rencontres bilatérales, l'expérience des clusters ou autres mécanismes de coordination, des visites, etc.). L'évaluation de la qualité intègre le respect de la confidentialité et des principes éthiques (Cf. Annexe 3 : grille d'évaluation des centres de santé).
- ➔ Lorsqu'il n'y a pas de structures fournissant la radiothérapie, il peut être envisagé d'identifier des référencement dans d'autres pays.
- ➔ Etablir un **protocole de la gestion de la douleur** si celui-ci n'existe pas.
- ➔ Si le projet le permet, il sera pertinent de mettre en place des groupes d'auto-support.

b. Coordination avec les acteurs autours de la prise en charge médicale et la mise en place d'un circuit de référencement

- ➔ Rencontrer les structures et les acteurs de référence et établir des **procédures de référencement avec** les différents acteurs sélectionnés.
- ➔ Il est important d'identifier une personne ressource pour la coordination des soins et du parcours de référencement pour ne pas perdre de temps pour la prise en charge.
- ➔ **Former** les professionnel.les de santé des structures soutenues et les potentiels partenaires communautaires aux procédures de référencement, ainsi qu'à la gestion de la douleur et l'accompagnement de fin de vie.
- ➔ Définir et mettre en place **des outils de gestion et de suivi des référencements et contre-référencement au** niveau des structures soutenues.
- ➔ Lorsque les services des centres de santé de référence sont des services payants, **sécuriser une ligne budgétaire** pour la prise en charge.
- ➔ Intégrer des critères relatifs à la qualité des activités de référencement lors des **supervisions formatives** au niveau des structures de santé soutenues.

7.

**RENFORCEMENT
DES CAPACITÉS**

I. INTRODUCTION

ACTIVITÉS CLÉS

- ❑ Définir le rôle et le périmètre de chacun.e notamment pour de nouvelles offres de service (par exemple en cas d'introduction du test HPV).
- ❑ Former le personnel soignant des structures soutenues aux méthodes et messages clés du counseling pré et post-test, aux protocoles médicaux et aux algorithmes de dépistage et de traitement et aux aspects techniques du dépistage et du traitement.
- ❑ Former le personnel opérationnel à l'utilisation des protocoles validés.
- ❑ Effectuer des supervisions régulières des structures soutenues afin de s'assurer de la qualité des soins mis en œuvre.
- ❑ Sensibilisation de l'ensemble du personnel de MdM à la notion de confidentialité, sur l'annonce des résultats et sur la prise en charge globale dans les cas de cancer avérés.

La qualité est un enjeu essentiel dans la mise en place de nos programmes. Il est indispensable d'accompagner les prestataires de services, à tous les niveaux, pour garantir la qualité des services de counseling, de dépistage et de traitement mis en place. Cet accompagnement peut prendre différentes formes, complémentaires, **de la formation à la supervision, cette dernière étant également réalisée avec une approche formative.**

Pour garantir cette qualité sur le long terme et de manière pérenne, les activités de formation et de supervision doivent impérativement impliquer et associer les responsables de la qualité des soins à différents niveaux : du ou de la chef.fe de service ou de centre au ministère de la Santé au niveau central, en passant par les équipes cadres décentralisées (district, région, etc.). **Cela implique la mise en place d'un cadre de dialogue étroit avec les autorités sanitaires aux niveaux central et décentralisé**, et un processus d'échange et de co-construction des cadres, contenus et outils de formation et de supervision, en vue de leur intégration dans le système de santé publique.

II. ASPECTS OPÉRATIONNELS

a. Formation

- ➔ Former **le personnel opérationnel de MdM** sur le socle commun.
 - ➔ **Identifier le type de formation, à adapter en fonction des profils des personnes** à former : agent.es communautaires, organisations de la société civiles, agent.es de santé, superviseur.euses cliniques, technicien.nes de laboratoire et technicien.nes, équipes cadres (aux différents niveaux du système de santé, ex. : équipes cadres de district, équipes cadres régionales, direction de la santé au niveau central).
 - ➔ **Discussion avec les autorités sanitaires pour co-construire le plan de formation et d'intégration.**
 - ➔ Adapter le plan de formation à la **délégation des tâches en place dans le contexte d'intervention.**
 - ➔ Les différents types de formation à adapter en fonction du contexte :
 - Généralités sur le cancer du col de l'utérus
 - IVA/ IVL
 - Dépistage, counseling, test HPV et thermocoagulation
 - Utilisation des point-of-care tests PCR (type GeneXpert, Hologic, Roche, Abbott, etc.) : cette formation peut être réalisée par le fournisseur
 - Soins palliatifs
 - Gestion des déchets
 - Formation de superviseur.euses (chef.fes de services et de centres)
- Certains de ces modules auront besoin de **mise en pratique.**
- ➔ Quand cela est nécessaire et en fonction des opportunités, **il peut être utile de solliciter d'autres acteurs**, comme JHPiego ou CHAI (Clinton Health Access Initiative) pour l'organisation d'ateliers de pratique pour les tests IVA.
 - ➔ Réfléchir avec **les ministères de la Santé à leur implication dans l'organisation et l'animation des formations** et envisager la mise en place de pools de formateur.ices au niveau national (via l'organisation d'une formation de formateur.ices). Cette étape comporte des enjeux majeurs en termes d'appropriation, de renforcement du système de santé et de pérennité.
 - ➔ Organiser les formations **au fur et à mesure**

de l'intégration des services dans les structures soutenues, et de l'arrivée du matériel (pour éviter des risques d'oubli entre le moment de la formation et le moment de la livraison des équipements).

➔ Limiter le nombre de participant.es à 20-25 personnes par session de formation.

➔ Adapter la durée et les modalités pratiques d'organisation des formations aux contraintes et besoins des participant.es (nombre de jours, horaires, modalités d'organisation géographique...) et **porter une attention spécifique à ne pas nuire au fonctionnement des services pendant les moments de formation.**

➔ Elaborer, au-delà du plan de formation initiale, **le plan de suivi** (recyclage, supervision active, renforcement continu des capacités) en veillant à le personnaliser.

➔ Sur le terrain, mettre en place **des réunions régulières d'échanges et de partages d'expériences** entre les différentes personnes impliquées dans les activités animées par le ou la coordinateur.ice médical.e. ou le ou la coordinateur.ice de programme.



[Voir outil MdM : kit pédagogique sur le cancer du col de l'utérus, accessible sur internet, sur ce lien.](#)

b. Suivi des ressources humaines

➔ **Définir un processus clair de suivi quotidien et organisé** par les superviseur.euse.s de MdM :

- Préparation : définition des tâches du jour, prévoir de faire le point sur les dépistages du jour, vérifier la complétude des outils, observation directe des prestations (grille de counseling utilisée pour évaluer la qualité des consultations) ;
- Activités sur le terrain : réaliser ces tâches, apprécier les actes et collecter les données, et faire un feed-back aux prestataires ;
- De retour au bureau : débriefing avec le ou la chef.fe de projet, partage des expériences du jour, formulation de suggestions et recommandations.

➔ **Associer les acteur.ices supervisé.es et les superviseur.euses** (ex. : équipes cadres de districts) dans la conception de la grille de supervision (critères et éléments supervisés,

critères de notation).

➔ **Former et accompagner les chef.fes de services et de centres sur les méthodes et approches de supervision de MdM.**

➔ **Mettre en place des méthodes de coaching entre agent.es de service (ex. : un point focal au sein du service qui pourra accompagner ses collègues en cas de besoin).**



Outils pratiques

Annexe 9. Grille de supervision

8

LOGISTIQUE



I. INTRODUCTION

ACTIVITÉS CLÉS

- ❑ **Mettre en place les processus d'acquisition des équipements et matériels, de l'analyse des besoins à la réception**
- ❑ **Mettre en place les processus d'acquisition des intrants médicaux et non médicaux, de l'analyse des besoins à la réception**
- ❑ **Analyser les besoins en matière de réhabilitation et procéder aux réhabilitations nécessaires (laboratoire, salles de consultation, et autres besoins éventuels sur le circuit patiente)**
- ❑ **Assurer la reproduction des outils de collecte de données.**

Dans un projet de prévention et prise en charge des lésions précancéreuses du CCU, **la logistique joue un rôle central**. En effet, plusieurs spécificités techniques et logistiques sont au cœur d'un projet CCU, notamment en raison du recours **à des équipements techniques spécifiques** (point-of-care test PCR pour le test HPV, la thermocoagulation pour le traitement des lésions précancéreuses) qui nécessitent le suivi de procédures d'achat, mais aussi la réalisation de travaux de réhabilitation et d'activités de maintenance.

D'autres enjeux logistiques, plus communs à l'ensemble des projets de santé, doivent aussi être considérés pour le succès du projet : achat d'intrants médicaux et non médicaux, réhabilitations, reproduction d'outils, etc.

- ➔ Pour faciliter la réalisation de ces activités, il est important d'associer étroitement l'équipe logistique au projet, dès sa conception, et **d'entretenir un cadre de collaboration étroit avec l'équipe projet**.
- ➔ Des équipements types point-of-care tests existent dans de nombreux pays d'intervention car ils sont utilisés pour d'autres types de prévention, notamment la tuberculose, le VIH, l'hépatite B, le COVID. Il est important **de pouvoir mutualiser ses équipements avant tout achat**.
- ➔ Dans la mesure du possible, il est recommandé de travailler en lien avec **le système d'approvisionnement** du pays afin de pérenniser

nos actions ou du moins assurer la faisabilité organisationnelle. Afin de ne pas prendre de retard sur le projet, il sera possible de disposer de **stocks tampons**, en fonction de la législation du pays, et d'avoir un pharmacien.ne dans l'équipe pour en assurer la gestion et le suivi.

 **Voir fiche 2 : Diagnostic : identification des ressources existantes**

Voir fiche 5 : Prise en charge médicale des lésions précancéreuses

II. ASPECTS OPÉRATIONNELS

Une évaluation des fournisseurs médicaux locaux est hautement recommandée : si elle est validée, cela permettra de procéder à des achats au niveau national, et donc potentiellement de réduire les délais de livraison.

a. Commande

➔ Les commandes (intrants médicaux et non médicaux) doivent impérativement être préparées en collaboration **par l'équipe logistique et l'équipe médicale**.

Les commandes concernent :

- du matériel et des intrants non médicaux ;
- des médicaments : la liste doit être adaptée en fonction des listes de médicaments au niveau national.
- ➔ Un plan d'achat clair, précisant les délais et clarifiant les rôles et responsabilités de chacun.e, doit être établi en amont et en collaboration par l'équipe, accompagné d'un chronogramme logistique.
- ➔ Les commandes **doivent être anticipées et bien estimées pour éviter toute rupture de stock ou des pertes financières**. Des fiches de gestion des stocks devront notamment être mises en place pour le suivi des cartouches car celles-ci ont des dates de péremption proches.
- ➔ Concernant **les point-of-care tests**, et s'il n'y a pas de possibilité d'en avoir à disposition dans les ressources existantes, il sera important d'échanger avec le ministère de la Santé pour identifier l'équipement le plus intéressant. Il existe plusieurs marques, pouvant aussi avoir un impact sur le prix des cartouches (Hologic, Seegene, GeneXpert, Roche). Ces équipements peuvent

effectuer entre 4 et 16 tests à la fois en fonction du modèle. On privilégiera **des grands modèles pour des interventions organisées** et des **petits modèles (4 modules) pour les interventions opportunistes**.

Lors de l'acquisition d'équipements, veiller à considérer toutes les options concernant le destinataire de la dotation. Les conséquences de cette décision sont à prendre en compte, concernant notamment qui sera responsable de la maintenance et de la gestion, ainsi que les possibilités de redistribution à d'autres centres de santé d'une autre aire géographique (afin d'avoir une meilleure répartition géographique).

b. Réhabilitations

Plusieurs points d'attention particuliers lors de l'évaluation de la structure de santé :

- ➔ Existence ou non d'un service de laboratoire : **les point-of-care tests étant sensibles à la poussière, à la température et aux microcoupures d'électricité, il sera important de s'assurer que l'emplacement est bien adapté** : prévoir l'achat d'un système de climatisation, d'un thermomètre de salle pour vérification, d'un onduleur pour les microcoupures d'électricité, et adapter la salle pour éviter la poussière. Prévoir un espace pour stocker les prélèvements (réfrigérateur) et les cartouches (armoire).
- ➔ Salle de consultation : salle disponible pour la mise en place d'activités CCU, **intimité, confidentialité, espace pour l'auto-prélèvement**.
- ➔ Traitement et gestion des déchets :
 - Généralités : **tri des déchets contaminés**
 - Spécificités : **évaluation des possibilités d'incinération** (type Montfort), à adapter en fonction du contexte.
- ➔ Eau et assainissement : présence d'eau dans les laboratoires et salles de consultation, lavage des mains et **précautions universelles**.
- ➔ Stérilisation : présente ou pas (cela définira le type de spéculum à commander).
- ➔ Electricité : générateur, panneau solaire ou autre mécanisme en cas de coupure, vérification de la capacité en termes d'ampérage.

c. Maintenance des équipements spécifiques

- ➔ Lors de la commande des point-of-care tests, il sera important **d'échanger avec le fournisseur sur** :
 - Les modalités de services après-vente, notamment les garanties et les prolongations des garanties. A noter que les garanties commencent souvent à la date de validation d'achat de la machine et non à sa réception. Avoir en tête que la garantie est un surcoût.
 - Les formations associées pour l'utilisation de la machine.

Il s'avère également que parfois les protocoles de laboratoires ne permettent pas une mise en place adaptée dans les pays d'intervention, où les coûts indirects sont souvent élevés. On pourra alors adapter certains protocoles en fonction des études et des connaissances actualisées en concertation avec le ministère de la Santé.

- ➔ Des partenariats avec d'autres structures sur place maîtrisant l'utilisation des point-of-care tests et leur maintenance peuvent être développés, afin de bénéficier d'un appui pour une maintenance annuelle (type les plans nationaux cancer / Tuberculose / Sida, etc.).
- ➔ De la même manière, la maintenance des équipements pour la thermocoagulation doit être envisagée.

d. Gestion des déchets

- ➔ Envisager un mécanisme pour **la gestion des cartouches**. Les cartouches contiennent des éléments radioactifs, un incinérateur adapté est donc requis : si cela ne peut être fait sur place, un partenariat peut être mis en place avec une structure ou une institution disposant du matériel requis pour la gestion des cartouches.
- ➔ **S'assurer de la disponibilité d'un incinérateur en état fonctionnel** pour la gestion des autres déchets (seringues, spéculums...).

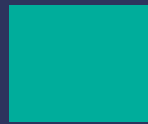


Outils pratiques

Annexe 3. Grille d'évaluation des centres de santé

9

**STRATÉGIES
ET ACTIVITÉS
COMMUNAUTAIRES,
PARTENARIATS ET
PLAIDOYER**



I. INTRODUCTION

Cette fiche récapitule des éléments clés autour du partenariat de plaidoyer et communautaire mais ces éléments sont déjà notifiés sur l'ensemble des fiches précédentes et les questions du partenariat, de la participation communautaire, et du plaidoyer doivent être prises en compte à toutes les étapes de l'implémentation du projet.

II. IDENTIFICATION DES PARTENAIRES

ACTIVITÉS CLÉS


- ❑ Identification et sélection : cartographie et diagnostic des partenaires
- ❑ Définition des principes du partenariat
- ❑ Analyse des pouvoirs des partenaires institutionnels
- ❑ Analyse des parties prenantes
- ❑ Elaboration des stratégies de plaidoyer et de mobilisation communautaire
- ❑ Clarification des rôles et responsabilités des partenaires
- ❑ Planification des ressources
- ❑ Définition des mécanismes de coordination et du cadre de dialogue
- ❑ Rédaction et signature des accords de partenariat.

L'approche partenariale est au cœur de la vision de MdM. Bien qu'un partenariat puisse se nouer à différentes phases du projet, il est souvent préférable de l'établir au début, pour une meilleure compréhension des rôles et des objectifs de chacun. Sur le cas spécifique d'un projet CCU, les partenaires pourront jouer un rôle autant sur le volet médical (structures et système de santé publique, éventuellement structures privées à but non lucratif), que sur le volet communautaire et du plaidoyer.

Il est indispensable de tenir compte, pour l'élaboration des partenariats, des stratégies d'intervention (médicale, communautaire, plaidoyer), sans que celles-ci ne soient arrêtées avant l'établissement des partenariats. Au contraire, ce sont des chantiers à mener en parallèle, afin de garantir l'implication des


partenaires dans la phase de conception et de programmation.

L'identification initiale des partenaires possibles repose sur l'analyse du contexte : il s'agit de connaître les dynamiques et initiatives préexistantes afin d'identifier les demandes de partenariat potentielles et/ou les complémentarités possibles.

 [Pour en savoir plus : Consulter le guide Planification de projets de santé de MdM \(Chapitre 1 Diagnostic, 1.1.C La question du partenariat\)](#)

Aspects opérationnels

1. Identification et sélection des partenaires

 [Voir fiche 5 : Prise en charge médicale des lésions précancéreuses](#)

➔ L'analyse du contexte et la phase de diagnostic permettent **de réaliser une cartographie des partenaires potentiels pour le nouveau projet CCU**. Toutefois, ce travail d'identification ne doit pas omettre de considérer **les partenaires de MdM déjà impliqués** sur d'autres projets (notamment sur d'autres projets SSR), qui pourraient jouer un rôle sur le nouveau projet.

➔ **Le travail d'identification et de sélection des partenaires ne requiert par le recours à des outils spécifiques** : il est recommandé d'utiliser les outils déjà en place au niveau de MdM (ex. : analyse des parties prenantes, analyse des dynamiques d'acteurs...).

➔ Parmi **les partenaires potentiels**, garder en tête :

- Organisations de la société civile, acteurs de plaidoyer et de sensibilisation (à profils diversifiés)
- Organisations rassemblant et/ou travaillant auprès des personnes particulièrement vulnérables par rapport au CCU (ex. : PWIH, travailleuses du sexe...)
- Organisations impliquées dans l'accompagnement de fin de vie (soutien psychosocial, accompagnement...)
- Organisations d'associations de malades affectées par le cancer du col de l'utérus

- Organisations de jeunesse (enjeux vaccination), féminines, professionnelles de media, sociétés savantes (sages-femmes, gynécologues...), juristes, organisations confessionnelles, traditionnelles...
- ➔ **Veiller à chercher** et identifier les associations ou regroupements **d'anciens malades**.
- ➔ **Identifier des coalitions ou réseaux de santé reproductive** travaillant sur la planification familiale ou autre, mais sans le CCU (ex. : groupe technique...).

Sur les projets CCU, les groupements, associations ou coalitions de lutte contre le PVVIH peuvent être une bonne porte d'entrée pour porter des actions de mobilisation communautaire et de plaidoyer. De la même manière, des associations de travailleuses du sexe peuvent être identifiées, sur ces deux volets, compte tenu de l'exposition de ces dernières aux risques d'infection par le HPV et des enjeux particuliers d'accès aux soins auxquels elles font face.

2. Partenariats et élaboration des stratégies

- ➔ **Les partenariats sont mis en place lors de la phase de programmation**, en parallèle de l'élaboration des stratégies d'intervention. Ces stratégies sont :
- La stratégie de mise en œuvre
 - La stratégie de mobilisation communautaire
 - La stratégie de plaidoyer
- ➔ Ces stratégies doivent être développées en parallèle, et leur élaboration requiert **un processus participatif, impliquant les partenaires**.
- ➔ **Documenter le processus d'élaboration des stratégies** : combien de temps ça a pris ? Qui a été impliqué et/ou consulté ? Comment ? Cette démarche de documentation permettra de faciliter la fluidité dans la mise en œuvre du projet, la continuité en cas de turn-over dans les équipes sur le terrain ou au siège, et c'est également un processus qui, s'il est réalisé en parallèle de l'élaboration des stratégies, peut servir aux équipes pour veiller au respect d'une approche participative.

3. Répartition des rôles et responsabilités

- ➔ **MdM recommande une approche de responsabilisation ciblée** : il est indispensable de clarifier ce que les OSC peuvent faire, leurs capacités (ex. : en plaidoyer et/ou en sensibilisation) et de prévoir les moyens pour les accompagner.
- ➔ **Penser l'implication des services logistiques et administratifs dans la gestion des partenariats** : ils y ont toute leur place ! Notamment, il est important d'envisager un accompagnement des partenaires par ces services sur les enjeux et procédures logistiques et administratives à respecter.

 **Voir outils de MdM :**
[Guide : Comment mener un plaidoyer](#)
[Guide : Travailler avec les communautés](#)

 **Outils pratiques**
Annexe 2. Cartographie des parties prenantes / coût des soins

III. MOBILISATION COMMUNAUTAIRE

ACTIVITÉS CLÉS

- Elaboration de la stratégie communautaire du projet**
- Identification et mobilisation des acteurs clés de la communauté sur la prévention du CCU : groupements de femmes, organisations de PVVIH, organisations de travailleuses du sexe ou autres publics à risque, leaders communautaires, relais communautaires...**
- Activation / support à des relais communautaires ou organisations à base communautaire existantes pour informer sur l'existence des services (incluant l'élaboration des plans de renforcement de capacités et des accords de partenariats)**
- Implication des acteurs communautaires dans le cadre du développement et de la diffusion de messages concernant la disponibilité des services**
- Sensibilisation et information des communautés, notamment des femmes issues de la population cible, à la question des droits**

sexuels et reproductifs et du CCU

❑ **Renforcement des capacités d'agir des acteurs communautaires**

❑ **Mise en place d'un cadre de redevabilité entre le projet et les communautés.**

Afin de s'assurer que la nouvelle offre de services mise en place sera connue et utilisée par la population cible, il est indispensable de mettre en place **une stratégie communautaire**. Celle-ci permettra de travailler, avec les communautés, sur la définition et la diffusion de messages de prévention, d'information sur les services disponibles (dépistage, traitement des lésions précancéreuses, autres services en cas de suspicion de lésions cancéreuses et mécanismes de référencement et prise en charge...), ou encore de lutte contre la stigmatisation des femmes atteintes par le CCU.

Ces messages s'adresseront à différents publics cibles (femmes issues de la population cible, groupes de femmes particulièrement vulnérables, garçons et hommes, leaders communautaires...), et **la participation d'acteurs communautaires représentatifs de ces différents publics devra être garantie**.

Aspects opérationnels

1. Elaboration de la stratégie communautaire

➔ Le travail d'élaboration de la stratégie communautaire doit être initié en parallèle de l'élaboration de la stratégie de mise en œuvre ou celle pour le plaidoyer. **Ces chantiers sont à mener en parallèle, et évoluent ensemble, pour garantir la pertinence des actions et leur cohérence.**

➔ La stratégie communautaire s'appuiera sur différentes sources d'informations :

- **Une revue de la littérature disponible sur le CCU**, les barrières ou leviers pour l'accès au dépistage et au traitement et les **recherches socio-anthropologiques existantes et adaptées au contexte**.
- **Des ateliers de réflexion impliquant les partenaires et acteurs clés** au niveau communautaire.
- **Des échanges, focus groups ou entretiens individuels avec des membres de la**

communauté, complétant les informations recueillies par la revue de la littérature ou les ateliers, et permettant de collecter les points de vue, besoins et intérêts de différents groupes de personnes, y compris les plus vulnérables face au CCU.

2. Définition des messages de sensibilisation

➔ Les messages doivent toujours **être définis en collaboration étroite avec une diversité d'acteurs communautaires**, afin de pouvoir être définis de manière adaptée en fonction du contexte, des différents publics cibles, et des éléments de langage propres à chaque contexte.

➔ Selon les contextes, **les réseaux sociaux et médias** peuvent être envisagés comme vecteurs de diffusion de messages clés sur le CCU.

3. Renforcement des capacités d'agir des communautés

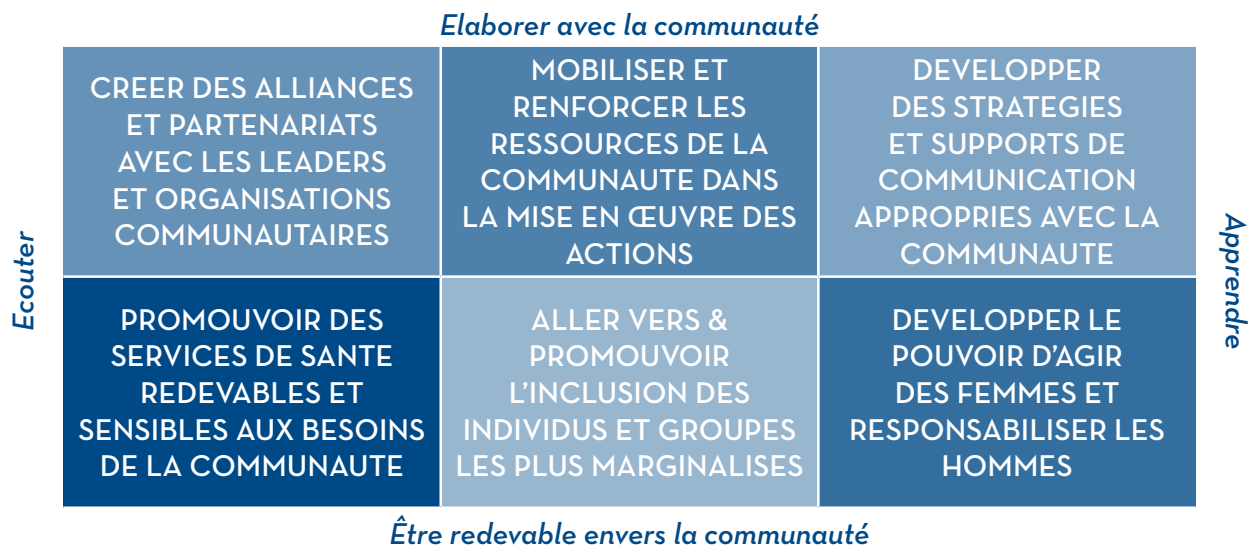
➔ La stratégie communautaire prévoira impérativement un volet de **renforcement de capacités des acteurs communautaires impliqués**. Des plans de renforcement de capacités adaptés aux besoins spécifiques de chacun.e devront être conjointement élaborés avec les partenaires.

➔ Les plans de renforcement de capacités incluront a minima **la formation socle sur le CCU**, permettant la mise en place d'un processus de formation en cascade par les personnes devenues formatrices auprès d'autres responsables ou représentant.es d'OSC.

➔ Au-delà des OSC partenaires, **les stratégies communautaires doivent intégrer l'approche d'empowerment promue par Médecins du Monde**. Cela implique de réfléchir en amont à la façon dont nos actions, sur le volet communautaire, vont contribuer à renforcer les capacités d'agir individuelles et collectives des personnes à qui nous adressons nos messages.

➔ Avant la mise en place d'un programme CCU, des activités communautaires, des **mécanismes de soutien ou de référencement communautaires sont souvent déjà existants**. Il est important de les considérer, et de les renforcer plutôt que d'y substituer de nouveaux

SCHÉMA : LES COMPOSANTES DE L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE SUR UN PROGRAMME CCU



mécanismes, qui seront moins pérennes.

- ➔ Parmi les acteurs déjà existants, **certains systèmes de santé ont mis en place des stratégies nationales de santé communautaire**, lesquelles prévoient par exemple le recours aux agents de santé communautaires, ou relais communautaires, pour l'information et l'éducation à la santé auprès des communautés. Si le projet vise à travailler avec des agents au niveau communautaire, ces agents déjà en place devront être envisagés et leur renforcement de capacités réfléchi en lien étroit avec les autorités sanitaires.
- ➔ Au-delà de la sensibilisation et l'information des communautés sur l'existence des services, il est intéressant de considérer également les enjeux spécifiques rencontrés par les femmes atteintes par le cancer du col de l'utérus au niveau communautaire : sont-elles stigmatisées ? Comment le projet pourra travailler avec les communautés pour lutter **contre leur stigmatisation ? Existe-t-il des dispositifs de soutien communautaires et familiaux ?** Lesquels (ex. : associations de femmes atteintes par le cancer, groupes de parole...)?

 **Outils pratiques**
 Annexe 10. Check-list mobilisation communautaire / Messages clés de sensibilisation

IV. PLAIDOYER

ACTIVITÉS CLÉS

- ❑ Analyse de l'environnement institutionnel et légal, socioculturel, et du fonctionnement du système de santé sur les enjeux liés au CCU
- ❑ Cartographie et analyse des parties prenantes
- ❑ Création ou renforcement d'alliances / coalitions
- ❑ Mise en place d'activités de renforcement de capacités pour les partenaires de la société civile en fonction des besoins identifiés
- ❑ Définition des mécanismes de coordination et du cadre de dialogue
- ❑ Elaboration de messages de plaidoyer au regard des différentes barrières d'accès identifiées et de l'analyse de l'environnement.

La lutte contre le CCU, contrairement à d'autres volets d'intervention prioritaires de MdM en matière de DSSR (tels que la prévention et la réponse aux violences liées au genre, ou l'accès à l'avortement), n'est pas souvent un sujet de crispations basées sur des valeurs culturelles ou religieuses. Hormis certain.es opposant.es à la vaccination contre le HPV, qui peuvent s'appuyer sur des arguments religieux, **il sera rare de rencontrer des personnes opposées à la**

prévention, au dépistage et au traitement du CCU.

En revanche, tout un éventail de barrières peut être rencontré par les femmes dans l'accès aux services : indisponibilité de ces derniers ou faible qualité, barrières financières, géographiques, etc. **Ces barrières doivent être identifiées afin de pouvoir développer des stratégies de plaidoyer pertinentes au regard de chaque contexte.** Le plaidoyer développé au niveau local et/ou national à travers un programme CCU pourra tant cibler des objectifs très spécifiques à un contexte donné (ex. : pour demander la délégation des tâches aux sages-femmes pour la réalisation de biopsies), que contribuer à un plaidoyer plus large au niveau global (ex. : pour solliciter la diminution des coûts des cartouches de GeneXpert, ou encourager l'évolution des protocoles et algorithmes de dépistage).

Aussi, le plaidoyer mené à travers le projet contribuera à renforcer l'impact de l'intervention à plus long terme, **en visant la transformation de bonnes pratiques en politiques durables** (ex. : mise à l'échelle du projet pilote, institutionnalisation de l'algorithme de dépistage proposé...).

Le plaidoyer CCU vise à provoquer des changements durables, qui peuvent être :

- **l'adoption de nouvelles politiques et/ou de pratiques** permettant l'amélioration de l'accès au dépistage et à la prise en charge du CCU, et à la vaccination contre les HPV.
- la **remise en cause, la révision ou l'amendement de politiques et/ou de pratiques** existantes ayant un impact négatif sur l'accès à la prévention du CCU ;
- le **respect de politiques ou législations existantes** mais non appliquées sur l'accès à la prévention du CCU.

Pour cela, une **lecture claire et globale de l'environnement politique et légal** est nécessaire.

Aspects opérationnels

L'implémentation d'activités de plaidoyer nécessite la mise en œuvre d'une succession

d'étapes essentielles. Afin de permettre le bon développement d'une stratégie de plaidoyer, il est d'abord nécessaire de :

➔ Analyser **l'environnement politique et légal.** Existe-t-il des barrières légales ou juridiques à l'accès aux soins (vaccination, dépistage, traitement, soins palliatifs) ? Si oui, à quels niveaux ? Pour quels publics ? (Par exemple, certaines personnes particulièrement vulnérables face au CCU peuvent subir des discriminations légales dans l'accès aux soins).

➔ **Analyser le système de santé afin d'identifier** les différentes barrières :

- **financières** (ex. : tarification des services, absence ou insuffisance des mécanismes de prise en charge et d'accompagnement...);
- **géographiques** (indisponibilité ou faible disponibilité des services sur certaines zones, absence de mécanismes de référencement ou conditions d'accessibilité trop contraignantes...);
- **administratives** liées à la qualité des services (services de qualité faible ou insuffisante ; dans ce cas il sera important d'aller creuser les causes de cette faible qualité, qui peuvent être liées à une insuffisance de moyens financiers, matériels, humains, des insuffisances en termes de formation des ressources humaines, des mécanismes de supervision inexistantes ou limités...);
- **socioculturelles** : existe-t-il d'autres barrières, de nature sociale, culturelle, religieuse, auxquelles sont confrontées les femmes – ou certains groupes de femmes - dans l'accès aux services ? (Comme les femmes vivant avec le VIH).



Au fil de la mise en place et de la mise en œuvre du projet, de nouvelles barrières et objectifs de plaidoyer pourront être identifiés, sur la base de la pratique. Par exemple, au Burkina Faso, les enjeux liés à la délégation des tâches pour les sages-femmes ou au prix des cartouches ont été identifiés lors de la mise en œuvre des services. La stratégie de plaidoyer doit rester évolutive pour permettre l'intégration de ces enjeux et de saisir des opportunités de plaidoyer nouvelles et pertinentes au regard du contexte.

L'élaboration de la stratégie de plaidoyer doit impliquer **l'ensemble des parties prenantes du projet : équipe projet et équipe médicale de MdM, partenaires publics et OSC partenaires, communautés.**

➔ Analyser **les parties prenantes et du pouvoir**

- **parties prenantes** : identifier les individus ou les groupes qui ont un intérêt lié à votre plaidoyer, les alliés et les opposants et prioriser celles et ceux qu'il faut cibler ;
- **pouvoir** : comprendre de quelle façon chaque partie prenante est impliquée dans le processus décisionnel et définir leur capacité à influencer le résultat final. Cela aidera à identifier les personnes à cibler et à quel moment.

1. Identification des cibles

Il s'agit de **l'ensemble des personnes qui interviennent** dans le processus décisionnel devant aboutir au changement souhaité. Chacune de ces cibles a un degré de pouvoir différent :

- **les cibles de premier niveau** : ce sont les décideur.euses qui ont la responsabilité directe d'approuver le changement souhaité. Il s'agit des acteur.ices qu'il est indispensable de convaincre pour avoir une chance d'atteindre l'objectif de plaidoyer ;
- **les cibles de second niveau** : ce sont des individus ou des groupes disposant d'un certain pouvoir d'influence auprès des cibles de premier niveau.



Les cibles identifiées doivent être des personnes et non des institutions.

2. Construction d'alliances

La démarche de travail en partenariat avec des associations locales est **au cœur de l'approche projet de MdM**. Le travail d'influence auprès des décideur.euses sera d'autant plus efficient s'il est porté par les associations de la société civile.

- ➔ **Identifier** sur la base de l'analyse des parties prenantes de **potentiels partenaires** pour la mise en œuvre de la stratégie de plaidoyer.
- ➔ Former des **partenariats forts** avec d'autres

groupes et/ou organisations, notamment nationales.

- ➔ Investir **des coalitions en santé sexuelle et reproductive existantes.**

3. Définition des messages de plaidoyer

Les messages de plaidoyer doivent être **tournés vers l'action et adaptés à chaque cible**. Concernant la prévention du CCU, les messages développés dans le cadre des projets doivent impérativement découler **des recommandations globales de l'association** (respecter une approche de santé publique fondée sur les droits humains, en l'occurrence, sur l'appropriation corporelle et l'autonomie et développer des programmes fondés sur la réduction des inégalités de genre).

- Les messages sur le CCU doivent être **factuels, clairs et concis** et ne pas porter de jugement.
- Ne pas utiliser un langage ou des images susceptibles **de stigmatiser**.
- Fournir des **références et des ressources précises**.



A noter que la constitution d'une expertise solide et de qualité est essentielle. Une partie de cette expertise **repose sur les expériences et connaissances acquises dans le cadre de nos projets**. Les activités menées sur le terrain pourront nourrir en continu le plaidoyer, et inversement, le plaidoyer renforcera l'impact de l'intervention.

4. Mise en œuvre du plaidoyer

Lobbying

- ➔ Entrer en **contact direct** avec le/les décideur.euses ciblé.es afin de pouvoir leur **exposer vos intentions, leur faire part des changements souhaités et tenter de les convaincre** (réunions informelles avec les décideur.euses, diffusion de textes de positionnement, de rapports de plaidoyer, de courriers de lobbying, organisation de visites terrain pour décideur.euses).



Il est recommandé **de prévoir des enveloppes budgétaires pour pouvoir apporter un soutien financier à certaines actions au niveau du ministère de la Santé** : souvent, les actions ne sont pas entreprises

par manque de moyens plutôt que par manque de volonté politique. Aussi, un appui à ce type d'actions contribue à renforcer le lien de confiance entre MdM et les autorités sanitaires partenaires.

Travail avec les médias (traditionnels et sociaux)

➔ **Informer et sensibiliser le grand public** à la problématique du CCU (communiqués de presse, tribunes, dossiers de presse, etc...), affiches publiques, site internet, spots TV/radio.

Mobilisation de l'opinion publique

➔ **Utiliser le soutien de l'opinion publique pour influencer** de manière indirecte les décideur.euses, renforcer vos messages et révéler l'importance du problème du CCU (manifestations, pétitions, campagnes sur les réseaux sociaux, etc.).

➔ Dans le cas où vous réussissez à obtenir le changement de politique souhaité, un grand soutien public facilitera l'obtention du changement de pratiques qui devra suivre.

Pour plus d'informations sur le plaidoyer à MdM :



Voir le livret : Qu'est-ce que le plaidoyer à Médecins du Monde ?



Outils pratiques

Annexe 1. Grille de diagnostic CCU

Annexe 2. Cartographie des parties prenantes / coût des soins

Annexe 10. Check-list mobilisation communautaire / Messages clés de sensibilisation

Annexe 11. Factsheet plaidoyer CCU MdM

NOTES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10.

SUIVI ET ÉVALUATION

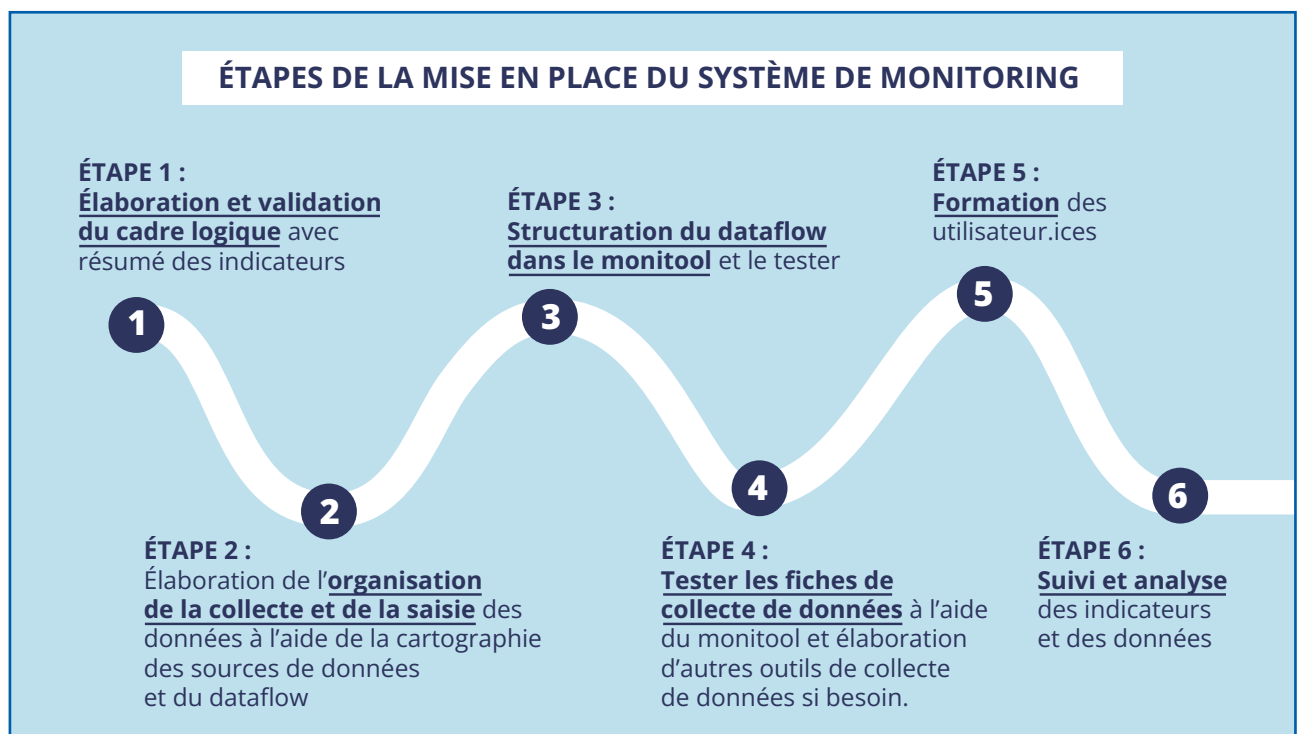
I. INTRODUCTION

ACTIVITÉS CLÉS

- ❑ **Elaboration du projet et validation du cadre logique**
- ❑ **Elaboration des outils essentiels du monitoring : résumé des indicateurs, cartographie des sources de données, dataflow, plan de collecte**
- ❑ **Suivi et analyse des données**
- ❑ **Formation des utilisateurs**
- ❑ **Mise en place d'un cadre de redevabilité avec le système de santé.**

La mise en place du système de monitoring fait partie intégrante de la phase de programmation du projet. **Un bon système de monitoring permet de valider la cohérence et la pertinence d'ensemble du projet** (notamment au stade de l'élaboration et de la validation du cadre logique), de veiller à la progression de la mise en œuvre conformément à la planification initiale, de mesurer l'évolution du programme sur les plans quantitatifs et qualitatifs et d'alimenter la réflexion sur les stratégies d'intervention.

La mise en place de ce système **se fait de manière progressive et comporte les principales étapes** suivantes. Chaque étape doit être suivie et respectée pour permettre la mise en place d'un système adéquat et garantir la qualité des données.



II. ASPECTS OPÉRATIONNELS


a. Identification des indicateurs et du plan / manuel du monitoring

- ➔ Le catalogue des indicateurs DSSR incluant des indicateurs CCU est disponible pour faciliter l'identification des indicateurs.
- ➔ Il est indispensable **d'impliquer les autorités sanitaires** dans l'identification des indicateurs du

projet, pour veiller à la cohérence du système avec le système national (SNIS) et éviter les doubles saisies. C'est aussi une autre façon d'intégrer notre intervention dans le paquet d'activités des centres de santé ; et par conséquent un moyen de son appropriation par les acteurs étatiques. Les indicateurs peuvent être de plusieurs natures : de suivi, de performance, de qualité. Quelques exemples d'indicateurs de base de la lutte contre le CCU :

- **Performance :**
 - Taux de couverture de dépistage** (nombre de femmes dépistées / nombre de femmes éligibles dans la zone *100)
- **Qualité :**
 - > **Taux de positivité** : nombre de femmes HPV+ et IVA/IVL + / nombre de femmes dépistées *100 (à adapter en fonction de l'algorithme)
 - > **Taux de traitement par thermocoagulation** : nombre de femmes traitées / nombre de femmes positives éligibles *100
 - > **Nombre de pertues de vues** : nombre de femmes n'ayant pas compléter leur dépistage ou non traitées / nombre de femmes dépistées *100 (à 3 mois / 6 mois)
- **Empowerment :**
 - > Nombre de femmes ayant amélioré leur connaissance de la maladie et de la compréhension des résultats
 - > Nombre de femmes ayant utilisé la méthode par auto-prélèvement
- **Plaidoyer :**
 - > **Nombre de changements de pratiques** dans des documents relatifs aux normes et directives
 - > **Nombre et types d'acteurs (OSC, politiques...) qui s'engagent en faveur de la prévention et la prise en charge du CCU**
 - > **Nouvelle politique, norme, réglementation ou pratique formellement adoptée en faveur de la prévention et de la prise en charge du CCU.**


Chaque indicateur doit être résumé par une **agrégation appropriée**, notamment par **tranche d'âge et par sérologie VIH**.

 **Pour en savoir plus, consulter le guide de MdM : Planification de projets de santé** *Planification de projets de santé de MdM (Chapitre 2. Programmation - 2.1 Définition des objectifs et des résultats) et la liste des indicateurs CCU ; 2.2 Définition des indicateurs et sources de vérification).*
Consulter le e-learning monitoring qui permet d'apprendre à construire chacune des étapes du système de monitoring : <https://elearning.medecinsdumonde.net/>

➔ Les indicateurs sont définis dès la mise en place du cadre logique, **les indicateurs sont susceptibles d'évoluer au fil de la mise en place et de la mise en œuvre du projet**. Il est important de garder le dialogue engagé avec l'ensemble des parties prenantes (équipes du projet sur le terrain, prestataires, partenaires des OSC et du système de santé, équipes du siège, bailleurs...) tout au long du projet, pour veiller à la bonne compréhension, la pertinence et la capacité de monitoring des indicateurs du projet. Le manuel de monitoring doit être mis à jour afin de garder l'historique des échanges, les raisons du changement d'indicateurs et éviter de remettre en question les décisions prises au fil de la mise en œuvre du projet.

b. Conception et reproduction des outils et supports de collecte de données

➔ **Impliquer les prestataires de services** dans l'élaboration des outils. Ils et elles disposent d'informations essentielles sur certaines contraintes liées à la collecte des données (ex. : informations faciles à obtenir des patientes ou non, contraintes liées à l'équipement...). Par ailleurs, leur implication permettra leur appropriation des outils en amont, et facilitera leur collaboration sur la collecte des données. Pour rappel, le monitoring permet de reproduire ou d'élaborer les fiches de collecte de données selon l'existant.

 **Plaidoyer** : dans de nombreux contextes, il n'existe peu voire pas de registre sur le CCU. Il sera pertinent d'intégrer dans la partie plaidoyer l'introduction de registres sur le cancer et notamment le cancer du col de l'utérus.

➔ **Prévoir une phase de test** pour les outils et les fiches de collecte.

➔ **Impression des supports** : il faut aussi éviter d'imprimer trop d'outils en même temps, pour éviter qu'ils deviennent obsolètes, et donc éviter de gaspiller les ressources financières, de gaspiller les ressources de la planète.

c. Qualité de la collecte et analyse des données

- ➔ Former l'ensemble **des personnes concernées par l'utilisation de l'outil de monitoring de projet de MdM** (pour la saisie et/ou l'analyse) sur ce sujet. Cela concerne non seulement l'équipe MEAL, mais aussi les superviseur.euses, le ou la chargé.e de projet, le ou la chargé.e de liaison communautaire, le ou la chargé.e de plaidoyer... afin de faciliter l'implication de toutes et tous dans le suivi-évaluation et de veiller à une bonne répartition des tâches dans l'équipe.
- ➔ **Former les prestataires sur le système de collecte de données**, et plus globalement le suivi-évaluation (enjeux, outils, circuit, périodicité, délais) afin de garantir leur bonne compréhension et leur appropriation des outils. Cette formation devrait être intégrée à la formation socle des prestataires pour éviter un décalage entre le démarrage des activités et la formation sur le suivi-évaluation.
- ➔ **Mettre en place un mécanisme de suivi et de contrôle de la qualité des données**, à plusieurs étapes, pour veiller à leur qualité : vérification lors de la collecte par les superviseur.euses, vérification lors de la saisie...
- ➔ Pour un meilleur pilotage du projet, l'analyse des données devra se faire en équipe, sous l'impulsion du chef de projet.

Il est important d'envisager la création d'un manuel de monitoring pour le projet, qui documente tout le système mis en place. Cela facilitera grandement la coordination du monitoring et la répartition des rôles et responsabilités au sein de l'équipe et avec les partenaires.



Voir : Manuel de Monitoring

d. Cadre de redevabilité avec le système de santé et autres parties prenantes

- ➔ Les données collectées sur le projet viennent contribuer au monitoring sur ce dernier. Toutefois, il est essentiel de penser au-delà du seul cadre de projet, et de s'intéresser à la **mise en place d'un cadre de redevabilité**, en garantissant un bon retour des informations (données collectées et leur analyse) auprès des prestataires, des chef.fes de services et de centres de santé, mais également auprès des autorités du système de santé (au niveau décentralisé et central). C'est un enjeu essentiel pour permettre une bonne appropriation du projet et des activités mises en place par toutes et tous, garantir la bonne utilisation des données (en nourrissant les pratiques des prestataires et leurs superviseur.euses sur le terrain), et engager le système de santé dans une dynamique de pérennisation des interventions.
- ➔ Lorsque l'algorithme proposé par MdM est innovant au regard de ce qui se pratiquait au niveau national, **ce cadre de redevabilité sera avant tout un cadre d'échange permettant de démontrer la valeur ajoutée du nouvel algorithme**, sa pertinence, son efficacité le cas échéant, et de discuter des modalités pour la reprise de cette innovation au niveau national, pendant et après le projet.

Pour mettre en place ce cadre de redevabilité, plusieurs options peuvent être envisagées : partager les rapports avec les équipes cadres (district, région, niveau central), organiser des rencontres trimestrielles de suivi du projet avec l'ensemble des partenaires...



Outils pratiques

Annexe 8. Modèle de registre

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

L'ensemble des données et informations scientifiques sont issues des documents de l'OMS sur le CCU.

Ressources OMS

1. *Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique*

<https://www.who.int/fr/publications/item/9789240014107>

2. *Améliorer des données disponibles pour une prise de décision informée : ensemble d'outils pour les programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus.*

<https://www.who.int/fr/publications/item/9789241514255>

3. *Framework for Monitoring the Implementation of the WHO Global Strategy to Accelerate the Elimination of Cervical Cancer as a Public Health Problem Including indicator metadata*

<https://www.who.int/publications/m/item/framework-for-monitoring-the-implementation-of-the-who-global-strategy-to-accelerate-the-elimination-of-cervical-cancer-as-a-public-health-problem>

4. *Cervical Cancer Elimination Initiative*

Available from: <https://www.who.int/initiatives/cervical-cancer-elimination-initiative>

Articles scientifiques

5. Krakauer EL, Kane K, Kwete X, Afshan G, Bazzett-Matabele L, Ruthnie Bien-Aimé DD, et al. *Essential Package of Palliative Care for Women With Cervical Cancer: Responding to the Suffering of a Highly Vulnerable Population*. JCO Global Oncology. 2021 Dec;(7):873–85.2.

6. Lei J, Ploner A, Elfström KM, Wang J, Roth A, Fang F, et al. *HPV Vaccination and the Risk of Invasive Cervical Cancer*. N Engl J Med. 2020 Oct 1;383(14):1340–8.

7. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. *Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries*. CA A Cancer J Clinicians. 2021 May;71(3):209–49.

Ressources Médecins du Monde

8. *Pour une éthique de terrain, Gestion des données personnelles sensibles*. Médecins du Monde ; 2010

9. *Travailler avec les communautés*. Médecins du Monde ; 2012

10. *Accès aux Soins - Les déterminants socioculturels*. Médecins du Monde; 2012.

<https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2022/04/access-to-healthcare.pdf.pdf>

11. *Collecte de données - Méthodes qualitatives*. Médecins du Monde; 2012.

12. *Planification de projets de santé. Promotion de la santé et action humanitaire*. Médecins du Monde; 2015.

13. *Droits et santé sexuels et reproductifs - cadre de référence*. Médecins du Monde ; 2019

<https://www.medecinsdumonde.org/publication/droits-et-sante-sexuels-et-reproductifs-cadre-de-reference/>

14. *Comment mener un plaidoyer*. Médecins du Monde ; 2020

15. *Formation - Prévention du cancer du col de l'utérus - Manuel du participant*. Médecins du Monde ; 2021

ANNEXES

Vous retrouverez l'ensemble des outils présentés ci-dessous en format numérique et modifiable sur le lien intranet DSSR :
<https://Mdm1.sharepoint.com/sites/intra-dsp/SitePages/DSSR.aspx>

- Annexe 1. Grille de diagnostic CCU
- Annexe 2. Cartographie des parties prenantes / Coût des soins
- Annexe 3. Grille d'évaluation des centres de santé
- Annexe 4. Check-list de plans de formation
- Annexe 5. Algorithme de dépistage MdM / Circuit patiente
- Annexe 6. Protocoles des préparations des solutions IVA IVL et de décontamination
- Annexe 7. Modèle de formulaire de consentement éclairé / Formulaire de compte-rendu des résultats de tests IVA
- Annexe 8. Modèle de registre
- Annexe 9. Grille de supervision
- Annexe 10. Check-list mobilisation communautaire / Messages clés
- Annexe 11. Factsheet CCU

ANNEXE 1. GRILLE DE DIAGNOSTIC CCU

La check-list présentée ici s'inspire des profils pays de l'OMS consultables sur le lien suivant :

<https://www.who.int/fr/publications/m>

Taper cancer du col dans l'outil de recherche. Ces fiches résument les informations nationales par pays. La première étape consiste à se procurer ces informations pour compléter la checklist proposée. Cette checklist a vocation à être complétée lors de la phase d'implémentation terrain par la grille d'évaluation propre à chaque centre de santé.

I. DONNÉES NATIONALES

Nom du pays : _____

Données mortalité/morbidité au niveau national

Incidence du CCU : _____

Décès dûs au CCU : _____

Incidence du VIH : _____

Tranche d'âge majoritaire concernée par les décès dûs au CCU : _____

Existe-t-il une stratégie nationale de vaccination ? Oui Non

Age cible : _____

Taux de couverture : _____

Ressources humaines impliquées : _____

Existe-t-il une stratégie nationale de dépistage ? Oui Non

Age cible : _____

Type de tests utilisés : HPV FCV IVA IVL

Ressources humaines impliquées : _____

Quels sont les traitements et soins disponibles au niveau national ? _____

Existe-t-il un registre national ? Oui Non

Adapté au projet ? Oui Non

Existence de directives nationales sur le traitement ? Oui Non

Existence d'un circuit spécifique de référencement ? Oui Non

Services de laboratoires : Oui Non

Détails : _____

Existe-t-il des services de soins palliatifs ? Oui Non

Ressources humaines impliquées : _____

Y-a-t-il des formations disponibles ? Oui Non

Cibles des formations : _____

Types de formation : _____

Zones couvertes : _____

II. DONNÉES LOCALES

Type de population : Rurale Urbaine Population clé / vulnérable

Incidence:

Tranche d'âge concernée _____ Taux de VIH _____ Taux de vaccination _____

Identification des ressources existantes

Ressources humaines

Qui est responsable du suivi et de la supervision des activités de vaccination ? _____

Fréquences des supervisions / analyse des données _____

Qui est responsable du suivi et de la supervision des activités de dépistage ? _____

Fréquences des supervisions / analyse des données _____

Lieu et accès pour les patientes ? _____

Possibilités de mutualisation des ressources humaines ? _____

Ressources matérielles

Appareil PCR disponibles : GeneXpert Roche Abbott Hologic, Seegene

Quel secteur couvert pour chaque ressource matérielle ? _____

stockage des prélèvements en milieu réfrigéré : oui non

Si GeneXpert / Hologic : Transport _____

Présence d'une climatisation dans le laboratoire ? oui non

Présence d'un onduleur ? oui non

Gestion des déchets : oui non

Identification des barrières

Barrières socioculturelles _____

Barrières géographiques _____

Barrières financières _____

Barrières fonctionnelles / Qualité de l'offre de dépistage et de prise en charge, y compris l'équipement en matériel biomédical et le niveau de formation des agents de santé en première ligne

Perception de la maladie / compréhension de la maladie

Cette dernière partie peut être complétée par la revue de la littérature ou par une petite enquête auprès de l'ensemble des parties prenantes avec des questions sur la compréhension de la maladie / de son apparition / des dépistages et des traitements disponibles. Ce qui permettra de mieux adapter les messages de sensibilisation.

ANNEXE 2. CARTOGRAPHIE DES PARTIES PRENANTES / COÛT DES SOINS


Identifier les noms des parties prenantes, dans la partie commentaires.
Identifier si ces parties prenantes sont des alliés.es ou pas et leur niveau d'influence.



Utiliser l'outil analyse des parties prenantes de MdM. Veillez à identifier l'identification des coûts.

	PRÉVENTION PRIMAIRE : vaccination, prévention IST, éducation santé sexuelle (préservatif)	PRÉVENTION SECONDAIRE : dépistage, traitement lésions précancéreuses	PRÉVENTION TERTIAIRE : traitement des cancers	SOINS PALLIATIFS	COMMENTAIRES
PARTIES PRENANTES POLITIQUES					
PARTIES PRENANTES TECHNIQUES ET ADMINISTRATIVES					
PARTIES PRENANTES FINANCIÈRES					
PARTIES PRENANTES MÉDICALES					
PARTIES PRENANTES COMMUNAUTAIRES					

SOINS	COÛT (MOYENNE) POUR LA PATIENTE	COMMENTAIRES
HPV		
IVA / IVL		
THERMOCOAGULATION / CRYOTHERAPIE		
FROTTIS		
BIOSPSIE		
RAD / LEEP		
CONISATION		
RADIO PULMONAIRE		
SCANNER / IRM		
BILAN SANGUIN		
CHIRURGIE		
RADIOTHÉRAPIE		
CHIMIOTHÉRAPIE		
AUTRES EXAMENS		

 Les coûts permettront de budgétiser la partie prise en charge des cas de cancers. Avec une marge de 10 cas de cancers pour 10 000 patientes ; garder aussi à l'esprit que les cas ne seront pas tous au même stade donc tous ne bénéficieront pas de la chirurgie, de la chimiothérapie, de la radiothérapie. Dans de nombreux cas l'accès, à la radiothérapie pourra être compliqué. Il sera possible d'envisager des transferts dans d'autres pays mais le traitement par chirurgie et chimiothérapie reste acceptable.

ANNEXE 3. GRILLE D'ÉVALUATION DES CENTRES DE SANTÉ

CENTRE DE SANTÉ PRIMAIRE

PERSONNELS DE SANTE : TYPE ET FORMATION POST-UNIVERSITAIRE						
Agents de Santé	Nombre	Formation professionnelle				
		PF	Dépistage CCU	PEC CCU	SONU	AMIU
Médecin						
Sage-femme						
Dentiste						
Infirmier Diplômé d'Etat						
Infirmier Spécialisé						
Technicien de laboratoire						
Agent de pharmacie						
Aide-soignante						
Garçon de salle						
Agent d'entretien						
Brancardier						
Assistants sociaux						
Autres :						

OFFRE DE SOINS ET SERVICES			
Paquet d'activités SSR	OUI	NON	Commentaires
Santé périnatale			
Santé reproductive et planning familial			
Vaccination			
Dépistage CCU par IVA/IVL			
Dépistage CCU par recherche HPV			
PEC CCU et quelle PEC thermocoagulation / cryothérapie RAD			
Analyse biologique			
Pharmacie			
IEC			
Collecte données SNIS			

OFFRE DE SOINS	MATÉRIELS ET ÉQUIPEMENT	QUANTITÉ	FONCTIONNALITÉ	
			BON ÉTAT	DÉFECTUEUX
Dépistage : Recherche HPV	Test PCR (GeneXpert, Hologic, Seegene, Roche, ...)			
	Cartouches de test HPV			
	Réactif tampon (isopropanol / soude) 2 ml/échantillon			
	Pipettes de transfert 1 ml jetables			
	Ecouillons de prélèvement			
	Flacons stériles			
	Marqueurs indélébiles			
Triage : IVA/IVL	Table d'examen gynécologique			
	Lampe d'examen gynécologique (lampe halogène)			
	Spéculum bivalve vaginal stérile jetable			
	Acide acétique 5%			
	Pince languette droite			
	Pince languette courbe			
	Plateau à instruments Inox 28x18x3 cm			
	Plateau réniforme			
	Chariot à instruments			
Cupule Inox sans bec				
Frottis	Pince Languette			
	Spatule d'Ayre			
	Trident			
	Ecouvillon			
	Brosse type <u>Cytobrush®</u>			
	Lames			
	Lamelles			
Hygiène et Prévention - Contrôle de l'Infection	Stérilisateur Autoclave 20 litres			
	Seaux pour désinfection sans couvercle			
	Seaux pour désinfection avec couvercle			
	Brosse de nettoyage d'instruments			
	Poubelle			
	Sac poubelle			
	Tabliers			
	Bottes			
	Blouses			
	Lunettes de protection			
	Paravent			

INFRASTRUCTURE ET LOGISTIQUE		OUI/NON	Nombre	Commentaires
Bâtiment	Existe-il un bâtiment pour la SMI ?			
Laboratoire	Existe-t-il un laboratoire ?			
	Si non, quelle est la distance séparant l'établissement du laboratoire ? Mode d'acheminement des prélèvements			
	Le lieu de stockage des cassettes est-il climatisé ?			
	Ondulateur			
Consultation	Existe-t-il un espace dédié ?			
	Si OUI Combien de salles/box ?			
	Si NON où se font les consultations ?			
	L'intimité est-elle préservée ?			
	Y-a-t-il un espace d'auto-prélèvement ?			
Gestion des déchets	Les déchets sont-ils triés ?			
	Les déchets sont ils incinérés ?			
Eau et assainissement	Y-a-t-il un point d'eau dans la salle de consultation ?			
	Y-a-t-il un point d'eau dans le laboratoire ?			
	Y-a-t-il une stérilisation ?			
	Quel est le type d'approvisionnement électrique ?			
Approvisionnement, gestion et maintenance du matériel biomédical	L'approvisionnement est-il national ?			
	Si OUI qui fait la maintenance ?			
	Qui s'occupe de la garantie du matériel ?			
	L'approvisionnement est-il international ?			
	Si OUI qui fait la maintenance ?			
	A qui fait-on la dotation ?			
	Quelle mobilité en cas de sous-utilisation ?			

FROTTIS CERVICAL		
	Oui	Non
Le frottis cervical est-il fait ?		
Si oui, où sont traités les prélèvements ?		
A quelle distance est située le laboratoire ?		
Qui transporte les prélèvements ?		
Combien de temps faut-il pour recevoir les résultats ?		
Comment le client est-il informé de son résultat ?		
Pourcentage de femmes pour suivi post-test		
Système d'enregistrement des données		

PHARMACIE			
	Médicaments	OUI/NON	Rupture de stock dans les 3 mois précédents (cocher si rupture)
ANTALGIQUES	Morphine 30 mg Cp		
	Morphine 60 mg Cp		
	Morphine 10 mg/ml Inj		
	Tramadol 50 mg Cp		
	Tramadol 100 mg Inj		
AINS	Ibuprofène 400 mg Cp		
	Diclofénac 50 mg Cp		
	Kétoprofène 100 mg Inj		
	Kétoprofène 100 mg Suppo		
ANTIBACTERIENS ORAUX ET INJECTABLES	Amoxicilline 500 mg gélules		
	Ampcilline 1g poudre Inj		
	Amoxicilline + Acide clavulanique 500 mg / 62,5 mg Cp		
	Amoxicilline + Acide clavulanique 500 mg / 125 mg Inj		
	Ceftriaxone 1g/10 mg Inj		
	Ciprofloxacine 500 mg Cp		
	Doxycycline 100 mg Cp		
	Metronidazole 500 mg CP		
ANTIFONGIQUES, ANTI-INFECTIEUX et ANTISEPTIQUES LOCAUX	Nystatine 100,000 UI Cp gyneco		
	Clotrimazole 100 mg Ovule gynéco		
	Gyno pevaryl 150 mg, ovule		
	Colposeptine, comprimé gynécologique		
	Tergynan, comprimé vaginal		
	Hexamidine Solution		
	Betadine 10%, solution vaginale, flacon de 125 ml		
HEMOSTATIQUES	Monsel solution		

PHARMACIE			
ANTISEPTIQUES ET DESINFECTANTS	Hypochlorite de sodium / calcium Cp granulés		
	Formol		
	Savon Liquide (1l)		
	Savon en poudre (1kg)		
SOINS PALLIATIFS	Diazépam 5 mg/ml Inj		
	Dexamethasone 4 mg/ml Inj		
ANESTHESIQUE LOCAL	Lidociane adréaliné 2%		
CONSOMMABLES	Gants d'examen non poudrés 100 pièces		
	Gants d'examen non stériles 100 pièces		
	Gants chirurgie stériles 7,5 (boîte de 50)		
	Gants chirurgie stériles 8 (boîte de 50)		
	Compresse non stériles (boîte de 100)		
	Compresse stériles 40x40 cm (boîte de 10)		
	Coton hydrophile 1 kg		
	Aiguilles 18 G		
	Aiguilles 24 G		
	Seringues 5 cc		
	Bétadine rouge 125 ml		
	Bétadine Jaune 125 ml		
	fil de suture vycril 0		
	fil de suture vycril 2/0		

SANTÉ COMMUNAUTAIRE		
	OUI	NON
Existe-t-il des agents de santé communautaires (ASC) ou autres volontaires sur le site ?		
Nombre d'ASC ou autres volontaires		
Comment sont recrutés les ASC		
Rôle des ASC		
Orientation et supervision des ASC		
Quel type de rapport d'activité l'ASC est-il sensé produire ?		
	OUI	NON
Les ASC sont-ils motivés ?		
Quelle est la source de motivation ?		
	OUI	NON
L'ASC est-il capable de mobilisation et de sensibilisation		

CENTRE DE SANTE DE RÉFÉRENCE

PERSONNELS DE SANTE : TYPE ET FORMATION POST-UNIVERSITAIRE							
Agents de Santé	Nombre	Formation professionnelle					
		PF	Dépistage CCU	PEC themocoo/ cryothérapie	PEC RAD	SONU	AMIU
Médecin (gynécologue et chirurgien)							
Sage-femme							
Dentiste							
Infirmier Diplômé d'Etat							
Infirmier Spécialisé							
Technicien de laboratoire							
Agent de pharmacie							
Aide-soignante							
Garçon de salle							
Agent d'entretien							
Brancardier							
Assistants sociaux							
Autres :							

OFFRE DE SOINS ET SERVICES			
Paquet d'activités SSR	OUI	NON	Commentaires
Santé périnatale			
Santé reproductive et planning familial			
Vaccination			
Dépistage CCU par IVA/IVL			
Dépistage CCU par recherche HPV			
PEC CCU			
Analyse biologique			
Chirurgie			
RAD			
Colposcopie			
Biopsie			

OFFRE DE SOINS ET SERVICES			
Frottis cervical			
Hospitalisation			
Soins palliatifs			
Chimiothérapie			
Radiothérapie			
Pharmacie			
IEC / CCC			
Collecte données SNIS			

OFFRE DE SOINS	MATÉRIELS ET ÉQUIPEMENT	QUAN- TITÉ	FONCTIONNALITÉ	
			BON ÉTAT	DÉFEC- TUEUX
Dépistage : Recherche HPV	Test PCR (GeneXpert, Hologic, Seegene, Roche, ...)			
	Cartouches de test HPV			
	Réactif tampon (isopropanol / soude) 2 ml / échantillon			
	Pipettes de transfert 1 ml jetables			
	Ecouillons de prélèvement			
	Flacons stériles			
	Marqueurs indélébiles			
Triage : IVA/IVL	Table d'examen gynécologique			
	Lampe d'examen gynécologique (lampe halogène)			
	Spéculum bivalve vaginal stérile jetable			
	Acide acétique 5%			
	Pince languette droite			
	Pince languette courbe			
	Plateau à instruments Inox 28x18x3 cm			
	Plateau réniforme			
	Chariot à instruments			
	Cupule Inox sans bec			
Colposcopie	Colposcope			
	Spéculum endocervical			

Prise en charge lésions précancéreuses	Thermocoagulateur			
	Appareil pour résection à l'anse diadermique (générateur électrochirurgical, câbles électriques, plaque de dispersion, électrodes RAD, aspirateur de fumée)			
	Appareil de cryothérapie			
	Spéculum électriquement isolé			
	Flacon d'échantillonnage			
	Formol			
	Pince porte-aiguille Mayo 24 cm			
	Ciseaux Mayo courbe 18 cm			
	Pince à dissection avec griffes 18 cm			
	Pince à dissection sans griffe 18 cm			
	Pince en cœur			
	Boîte à instruments inox 28x18x3 cm			
	Boîte à coton Inox			
	Tambour à compresse 15x15 cm			
Biopsie	Pince à Biopsie du col utérin			
	Spéculum endocervical			
	Curette endocervicale			
Frottis	Pince Longuette			
	Spatule d'Ayre			
	Trident			
	Ecouvillon			
	Brosse type Cytobrush®			
	Lames			
	Lamelles			
Hygiène et Prévention Contrôle de l'Infection	Stérilisateur Autoclave 20 litres			
	Seaux pour désinfection sans couvercle			
	Seaux pour désinfection avec couvercle			
	Brosse de nettoyage d'instruments			
	Poubelle			
	Sacs poubelles			
	Tabliers			
	Bottes			
	Blouses			
	Lunettes de protection			
	Paravent			

ANNEXE 4. CHECK-LIST DE PLANS DE FORMATION

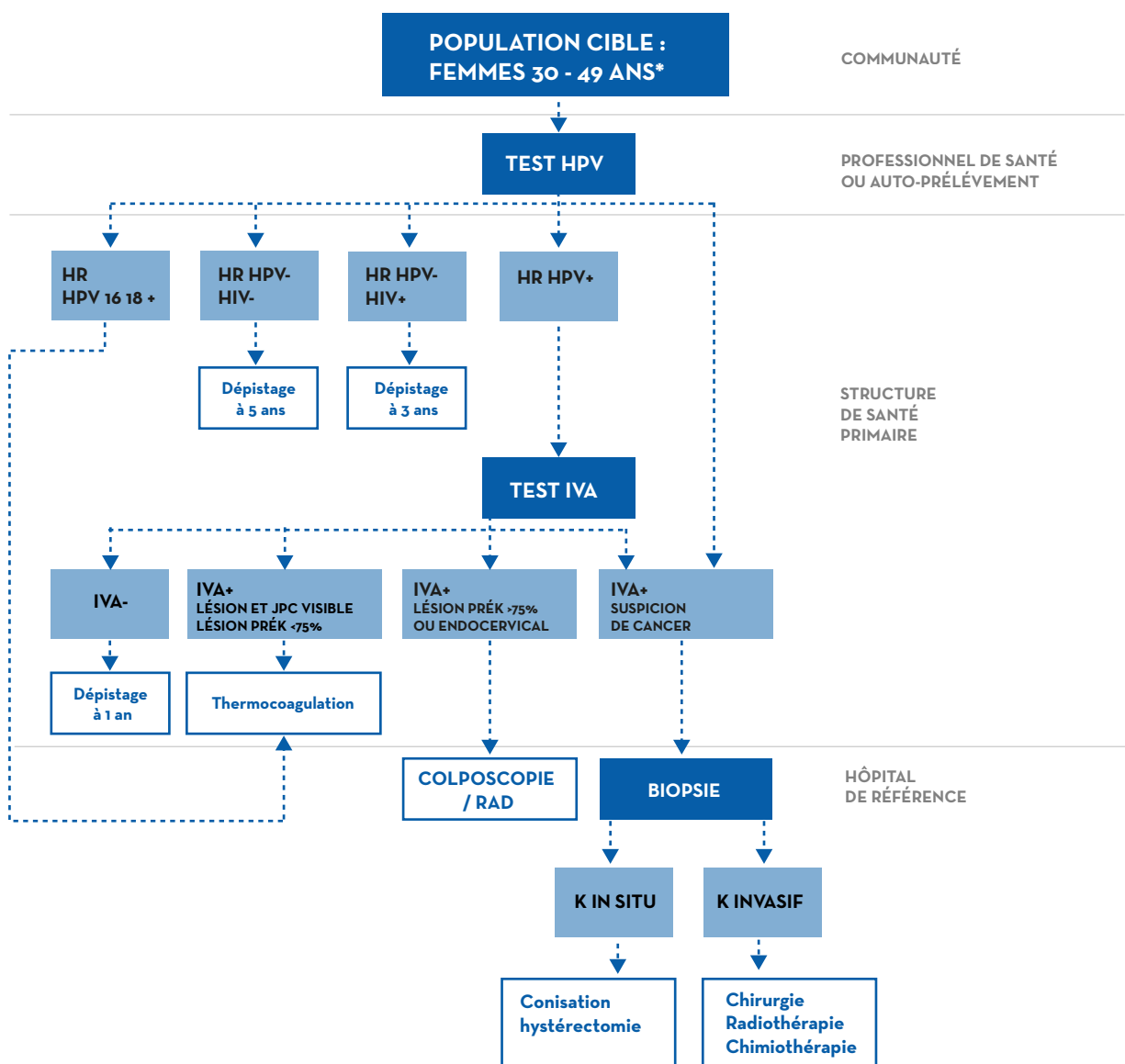
La formation socle est adaptée à l'ensemble des professionnel.les de santé y compris les technicien.nes de laboratoire. Seuls les deux premiers jours sont adaptés à l'ensemble des profils.

ETAPE	OBJECTIFS	POINTS DE VIGILANCE	COMMENTAIRES
Définir la population ciblée par la formation	Définir le profil et le nombre de personnes à former Co-crédation des formations avec le public cible	Veiller à former l'ensemble des acteurs : équipes MdM, agents communautaires, agents de santé (sages-femmes, infirmiers, médécins), superviseurs cliniques, techniciens de laboratoire, techniciens, équipes cadre	
Définir le plan de formation socle	Lister les thématiques de formation	IVA, dépistage, counseling, tests HPV, thermocoagulation, GeneXpert, prise en charge du cancer du col de l'utérus, soins palliatifs, connaissance CCU, gestion des déchets hospitaliers, formation des superviseurs	
	Envisager l'organisation de chaque session	Nombre de participant.es (maximum 20-25 par session), lieu, organisation des services, calendrier en lien avec la livraison du matériel, formateurs	
Ajuster la formation au contexte d'intervention dans un objectif de pérennisation	Impliquer les instances locales et nationales (ministère de la Santé) dans la formation Envisager la création d'un pool national de formateurs	Crédier un plan de suivi : suivi quotidien, supervision, procédures Identifier un point focal Mettre en œuvre des formations de formateurs	

ANNEXE 5. ALGORITHME DE DÉPISTAGE MDM / CIRCUIT PATIENTE

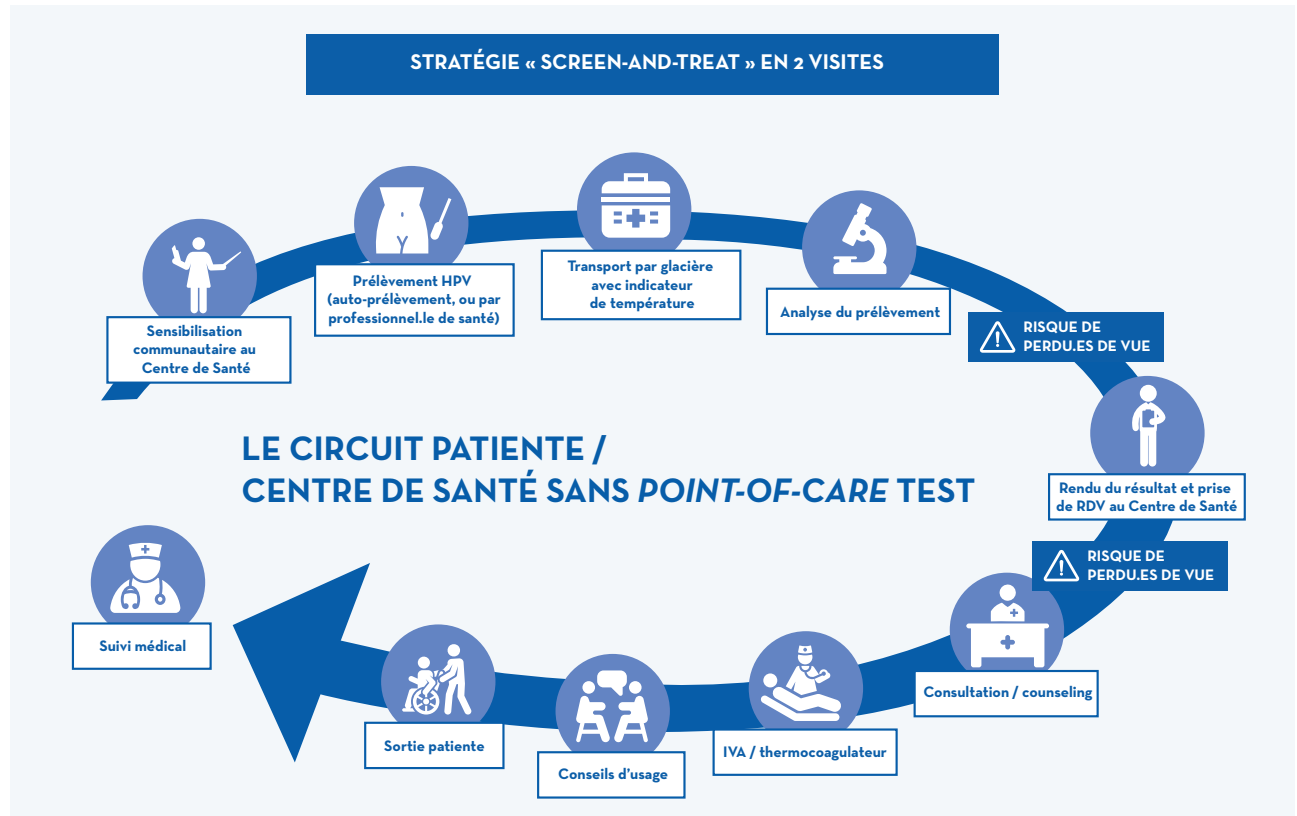
L'algorithme doit être pensé en fonction des ressources existantes, des publics cibles mais aussi en termes de répliquabilité, notamment par l'état (un circuit simple a plus de chance de répliquabilité et de mise à l'échelle). Cette annexe présente une proposition d'algorithme utilisé par MDM, ainsi qu'une version modifiable pour ajuster à votre projet.

NB : penser à concevoir un algorithme de dépistage spécifique aux PPVIH.



*TOUTES FEMMES HIV+ ET SEXUELLEMENT ACTIVES, TRANCHE D'ÂGE À ADAPTER EN FONCTION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Le circuit patiente doit être co-réalisé avec les soignant.es et les technicien.nes de laboratoire, et les personnes concernées par chaque étape. L'objectif est d'éviter au maximum les pertues de vue et d'éviter la saturation du système de santé. À partir du circuit patiente et du circuit prélèvement, il est possible d'estimer la capacité de prise en charge et d'avoir une estimation de la temporalité du circuit patiente dans son ensemble. A noter que réduire la temporalité de la complétude de ce circuit est un facteur majeur pour éviter les pertues de vues.



ETAPE	DÉTAIL	QUI ?	OÙ ?	MODALITÉS PRATIQUES	OBJECTIFS
Information	Sensibilisation individuelle ou collective	Soignant.e Agent communautaire Association	En aller-vers communautaire Dans le centre de santé	Radio Discussion Sensibilisation de masse	Les femmes et l'entourage sont informés afin d'encourager le recours au dépistage
Pré-counseling du dépistage HPV	Individuel	Soignant.e Agent communautaire Association	Au centre de santé En aller-vers	Boite à outils	Proposer le dépistage et surtout expliquer la maladie, comment l'éviter, personnaliser, lever les craintes Consentement
Réalisation du dépistage	Collecte du prélèvement vaginal	Patiente elle-même Soignant.e	Au centre de santé En aller-vers	Explication sur comment prélever Comment récupérer le résultat	Identifier les précautions préalables : pas de rapport sexuel non protégé dans les 24 h / pas en période menstruelle / pas de lavage vaginal Dans le centre de santé le ou la soignant.e propose le choix de la méthode de prélèvement (auto-prélèvement ou par soignant.es)

ETAPE	DÉTAIL	QUI ?	OÙ ?	MODALITÉS PRATIQUES	OBJECTIFS
Circuit du prélèvement	Temporalité	Combien de personnes pour gérer le prélèvement : acheminement, analyse		Temps de transport, temps d'analyse	Evaluer le temps nécessaire au retour du résultat Evaluer le nombre de prélèvements pouvant être pris en charge pour un temps donné.
Annonce des résultats	Individuel et confidentiel	Soignant.e Agent communautaire Association Au choix de la patiente si plusieurs possibilités disponibles	Centre de santé Agent communautaire Association partenaire Autres Par téléphone par le ou la soignant.e Autres possibilités ?	Si résultats négatifs, explication du suivi counseling post-test Si résultat positif, réexpliquer que le fait d'avoir un HPV ne signifie pas que l'on a un cancer et proposer un nouveau RDV pour la complétude de l'algorithme	Respect de la confidentialité Réduire le nombre de RDV pour éviter les pertes de vue (ex. : quand l'agent communautaire rend le résultat, il contacte le centre de santé pour planifier le RDV, ou aménager des plages horaires sans RDV pour IVA et traitement)
IVA	Confidentiel	Soignant.e	Centre de santé Equipe mobile foraine	Counseling pré et post-test Si IVA supérieur à 75%, suspicion de cancer ou jonction non visible, alors référence au niveau tertiaire	Identifier les ressources matérielles Lieux à prévoir respectant hygiène et confidentialité
Thermocoagulation	Confidentiel	Soignant.e		Counseling pré et post-test	Ressources matérielles Lieux à prévoir respectant hygiène et confidentialité Explication du suivi en fonction du statut de la patiente
Gestion des pertes de vue	Identification et relance	Soignant.es ? Agents communautaires ? Système de SMS	Aller-vers A distance par téléphone Par un intermédiaire de confiance Peut se calculer plusieurs fois, notamment à 3 mois, 6 mois, 12 mois		Définir la notion de perte de vue Information, sensibilisation, adaptation du suivi à la femme, +/- planification d'un RDV

ANNEXE 6. PROTOCOLES DES PRÉPARATIONS DES SOLUTIONS IVA IVL ET DE DÉCONTAMINATION

PRÉPARATION D'UNE SOLUTION DE CHLORE À 0,5%

La formule générale pour préparer une solution de chlore diluée à partir d'une préparation commerciale à n'importe quelle concentration est la suivante :

Nombre total de doses d'eau = [% de la solution concentrée/% de la solution diluée] -1.

Par exemple, pour préparer une solution de chlore diluée à 0,5% à partir d'une solution domestique de chlore concentrée à 5% = [5,0%/0,5%] -1 = 10-1 = 9 doses d'eau ; par conséquent, il faut ajouter une dose d'eau de Javel à neuf doses d'eau.

Si l'on utilise du chlore disponible dans le commerce sous forme de poudre, utiliser la formule suivante pour calculer la quantité de poudre (en grammes) nécessaire à la préparation d'une solution de chlore à 0,5% :

Grammes/litre = [% solution diluée/% préparation concentrée] x 1000.

Par exemple, pour préparer une solution de chlore diluée à 0,5% à partir d'une poudre contenant 35% d'hypochlorite de calcium = [0,5%/35%] x 1000 = 14,2 g. On ajoute donc 14,2 grammes de poudre à 1 litre d'eau ou 142 grammes à 10 litres d'eau. Les instruments ne doivent pas rester dans l'eau de Javel plus de dix minutes, et doivent être nettoyés à l'eau bouillante immédiatement après leur décontamination, ceci afin d'éviter la décoloration et la corrosion du métal.

DÉCONTAMINATION DU SOL DU CENTRE MÉDICAL DE DÉPISTAGE :

Le sol du centre de dépistage doit être quotidiennement décontaminé à l'aide de désinfectants chimiques comme les iodophores (par exemple, povidone iodée à 10%).

ACIDE ACÉTIQUE DILUÉ À 5%

Ingrédients - quantités

1. Acide acétique glacial 5 ml
2. Eau distillée 95 ml

Préparation : ajouter avec précaution 5 ml d'acide acétique glacial dans 95 ml d'eau distillée et bien mélanger.

Conservation : l'acide acétique non utilisé doit être détruit en fin de journée.

Étiquette : Acide acétique dilué à 5%.

Note : Il est important de toujours diluer l'acide acétique glacial, car non dilué celui-ci peut occasionner de graves brûlures chimiques s'il est appliqué sur l'épithélium.

SOLUTÉ DE LUGOL

Ingrédients - quantités

1. Iodure de potassium 10 g
2. Eau distillée 100 ml
3. Iode 5 g

Préparation

- A. Dissoudre 10 g de iodure de potassium dans 100 ml d'eau distillée.
- B. Ajouter peu à peu 5 g d'iode sans cesser d'agiter le mélange.
- C. Filtrer et conserver dans une bouteille en verre fumé sombre bien fermée.

Conservation : 1 mois

Etiquette : Soluté de Lugol ; Utiliser avant : (date)

SOLUTION DE MONSEL

Ingrédients - quantités

1. Sulfate ferrique 15 g
2. Sulfate ferreux quelques grains
3. Eau stérile pour le mélange 10 ml
4. Amidon glycérolé (voir préparation ci-dessous) 12 g

Préparation

Précaution à prendre : la réaction est exothermique (émission de chaleur).

- A. Dans un bécher en verre, ajouter quelques grains de sulfate ferreux à 10 ml d'eau stérile. Secouer.
- B. Ajouter le sulfate ferrique et le dissoudre en remuant à l'aide d'une tige de verre. La solution doit devenir limpide.
- C. Peser le glycérol dans un mortier en verre. Bien mélanger.
- D. Ajouter lentement la solution de sulfate ferrique à l'amidon glycérolé, sans cesser de remuer jusqu'à complète homogénéisation.
- E. Conserver dans une bouteille en verre fumé sombre de 25 ml.
- F. La plupart des praticien.nes préfèrent laisser reposer cette solution suffisamment longtemps pour permettre une évaporation qui donne à la solution de Monsel une consistance pâteuse semblable à celle de la moutarde. Cela peut prendre entre 2 et 3 semaines selon l'environnement. Bien fermer le récipient pour la conservation. Si nécessaire, on peut délayer la solution avec de l'eau stérile.

Note : Cette préparation contient 15% de fer.

Conservation : 6 mois

Etiquette : Solution de Monsel ; Bien agiter ; Uniquement pour usage externe ;
A utiliser avant : (date)

AMIDON GLYCÉRINÉ (INGRÉDIENT DE LA SOLUTION DE MONSEL)

Ingrédients - quantités

1. Amidon 30 g
2. Eau stérile pour mélanger 30 ml
3. Glycérine 390 g

Préparation

- A. Dans un creuset chinois, dissoudre l'amidon dans l'eau stérile.
- B. Ajouter la glycérine. Bien mélanger.
- C. Chauffer le creuset au-dessus d'un bec bunsen sans cesser de mélanger son contenu avec une spatule jusqu'à obtention d'une pâte épaisse. Faire attention à ne pas trop chauffer de façon à ce que la pâte ne jaunisse pas.

Conservation : 1 an

Etiquette : Amidon glycérimé ; A conserver dans un endroit frais ; Usage externe uniquement ; A utiliser avant : (date)

Note : Ne pas chauffer sinon le mélange jaunit.

NETTOYAGE ET STÉRILISATION DES INSTRUMENTS ET DU MATÉRIEL EMPLOYÉS POUR LA DÉTECTION PRÉCOCE ET LE TRAITEMENT DES NÉOPLASIES CERVICALES

INSTRUMENT/MATÉRIEL	PROCÉDÉ	MÉTHODE SUGGÉRÉE
SPÉCULUM VAGINAL, RÉTRACTEUR DES PAROIS VAGINALES, PINCE À BIOPSIE, PINCE À GRIFFES, PINCE LONGUETTE, PINCE DE CHEATLE.	Décontamination et nettoyage suivis d'une stérilisation ou d'une désinfection de haut niveau	Décontamination par immersion pendant 10 minutes dans une solution de chlore à 0,5% suivie d'un nettoyage à l'eau et au détergent ; les instruments nettoyés peuvent ensuite être immergés dans de l'eau bouillante pendant 20 minutes (désinfection de haut niveau) ou stérilisés à l'autoclave, avant d'être réutilisés
GANTS	Décontamination et nettoyage suivis d'une stérilisation	Décontamination par immersion pendant 10 minutes dans une solution de chlore à 0,5% suivie d'un nettoyage à l'eau et au détergent ; et stérilisation à l'autoclave par paquets enveloppés.
TABLE D'EXAMEN, LAMPE HALOGÈNE, LAMPES ÉLECTRIQUES, CHARIOT, PLATEAUX	Désinfection de niveau intermédiaire ou de bas niveau	Essuyer avec de l'alcool éthylique ou isopropylique à 60-90%, ou avec une solution de chlore à 0,5%
THERMOCOAGULATION	Désinfection du thermofusible Stérilisation de la sonde	Détacher la sonde du thermofusible, nettoyer celui-ci à l'alcool. La laisser 10 minutes à décontaminer. La sonde étant auto-stérilisante, appuyer dessus 30 secondes pour activer la stérilisation.

ANNEXE 7. MODÈLE DE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ / FORMULAIRE DE COMPTE-RENDU DES RÉSULTATS DE L'IVA

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Le médecin / agent de santé m'a expliqué en détails les tests avec le vinaigre (IVA) et l'iode (IVL) qui permettent la détection précoce et la prévention du cancer du col de mon utérus. Je sais que la surface de mon col va être examinée après l'application de vinaigre (acide acétique 5% /solution d'iode diluée), afin de déceler ou d'écarter un précancer / cancer. Je sais que ces examens ne sont pas douloureux, mais qu'ils peuvent parfois occasionner une irritation ou un léger saignement qui se résorbe facilement.

J'ai bien compris que si le test est positif, on me conseillera d'autres examens comme l'inspection visuelle du col amplifiée à l'aide d'un instrument appelé colposcope, et l'analyse d'un échantillon de tissu de mon col (biopsie), avant de me donner un traitement.

On m'a aussi prévenue qu'au cas où des anomalies seraient détectées (infection, précancer, cancer ou complications), il serait peut-être nécessaire de me prescrire un traitement médicamenteux ou une thermocoagulation (destruction de la partie malade du col à l'aide d'une sonde thermique), ou d'enlever la partie malade lors d'une intervention chirurgicale légère ou plus lourde, suivie ou non d'une radiothérapie.

Par la présente, j'exprime ma volonté de subir les tests ci-dessus et le traitement, si conseillé. * / Je ne souhaite pas subir les examens ci-dessus. *

Signature :

Date :

Nom :

Adresse :

* Rayer la mention inutile

FORMULAIRE DE COMPTE-RENDU DES RÉSULTATS DE L'IVA

1. NUMÉRO UNIQUE / DISPENSAIRE / DOSSIER _____ 2. DATE DU TEST _____

3. NOM : _____

4. ADRESSE : _____

5. AGE (en années) _____

6. EDUCATION : _____

(1 : Aucune ; 2 : Primaire ; 3 : Collège ; 4 : Lycée ; 5 : Université ; 9 : Non déterminé)

7. QUAND AVEZ-VOUS EU VOS DERNIÈRES RÈGLES ? _____

(1 : Moins de 12 mois auparavant ; 2 : Plus de 12 mois auparavant)

8. STATUT MARITAL : _____

(1 : Mariée ; 2 : Veuve ; 3 : Séparée ; 8 : Autre ; 9 : Non déterminé)

9. AGE LORS DU PREMIER RAPPORT SEXUEL : _____

(99, si non déterminé)

10. NOMBRE TOTAL DE GROSSESSES / FAUSSES-COUCHES : _____

11. SOUFFREZ-VOUS DE L'UN DES SYMPTÔMES SUIVANTS ?

(Cocher la case si la réponse est oui ; sinon, laisser en blanc) :

- Pertes vaginales abondantes
- Démangeaisons dans la région anogénitale externe
- Ulcérations dans la région anogénitale externe
- Douleurs pelviennes
- Douleurs au cours du rapport sexuel
- Saignements après le rapport sexuel
- Saignements entre les règles
- Douleurs lombaires

12. SÉROTYPE HPV :

- 16 18, 45 (31, 33, 35, 52, 58) P4 (51, 59) P5 (39, 68, 56, 66)

Attention : les profils 16, 18, 45, P2 sont plus à risques de développer un cancer. En cas de choix stratégique d'une intervention par sérotypage, un traitement pourra être envisagé dans ces cas-là, même si l'IVA se révèle négative.

13. RÉSULTATS DE L'INSPECTION VISUELLE

(Cocher la case si la réponse est oui ; sinon, laisser en blanc) :

- Jonction pavimonto-cylindrique entièrement visible
- Polype cervical
- Kystes de Naboth
- Cervicite
- Leucoplasie
- Condylome
- Tumeur

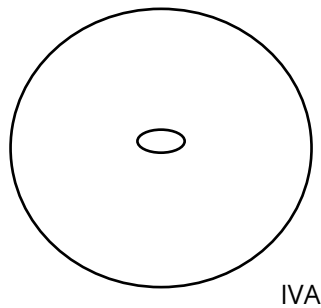
14. RÉSULTATS UNE MINUTE APRÈS L'APPLICATION D'ACIDE ACÉTIQUE À 5% (IVA) _____
(1 : Négatif ; 2 : Positif ; 3 : Positif, cancer invasif)

15. SI L'IVA EST POSITIVE, LA LÉSION ACIDOPHILE PÉNÈTRE-T-ELLE DANS LE CANAL ENDOCERVICAL ? _____
(1 : Oui ; 2 : Non)

16. SI L'IVA EST POSITIVE, COMBIEN DE QUADRANTS SONT-ILS AFFECTÉS PAR LA (LES) LÉSION(S) ACIDOPHILE(S) ? _____
(1 : Deux ou moins ; 2 : Trois ; 3 : Quatre quadrants)

17. SCHÉMA

(Représenter la jonction pavimento-cylindrique par une ligne en pointillé, et la (les) région(s) acidophile(s) / iodo-négative(s) par une ligne continue).



18. MESURES PRISES :

(1 : Suivi conseillé tous les cinq ans ; 2 : Traitement thérapeutique recommandé pour la cervicite et visite de contrôle dans six mois ; 3 : Orientation vers une colposcopie ; 4 : Orientation vers un traitement immédiat ; 5 : Orientation vers une classification et un traitement du cancer invasif ; 6 : Autres, spécifier)

ANNEXE 9. GRILLE DE SUPERVISION

Cet outil doit être co-construit avec les personnes évaluées.

FICHE SUR LES APTITUDES AU COUNSELING TEST HPV, IVA, THERMOCOAGULATION				
Structure sanitaire :		Mois :/20		
Date :				
PRESTATIONS OBSERVÉES//INITIALES DU PRESTATAIRE				
<input type="checkbox"/> Counseling initial pré-HPV//				
<input type="checkbox"/> Counseling pré-test IVA pour les patientes avec HPV positif//				
<input type="checkbox"/> Counseling post-test IVA négatif//				
<input type="checkbox"/> Counseling si le test IVA est positif < 75% pour Thermocoagulation//				
<input type="checkbox"/> Counseling après la Thermocoagulation//				
<input type="checkbox"/> Counseling si le test IVA est positif > 75% ou cas suspect de cancer à référer//				
COTATION :				
1 : Doit être améliorée : Etape / tâche omise ou non abordée				
2 : Exécutée sans maîtrise : Etape / tâche partiellement abordée, pas ou peu convaincant pour la patiente				
3 : Exécutée avec maîtrise : Etape / tâche abordée avec efficacité et précisions, convaincant pour la patiente				
N°	ITEMS	COTATION		
		1	2	3
COUNSELING INITIAL PRÉ-TEST HPV				
1	Accueille la patiente l'installe avec respect et amabilité			
2	Interroge la patiente avec des termes simples pour recueillir son identité complète			
3	S'informe sur le but de la visite, évalue les connaissances de base de la patiente sur le cancer du col et répond aux questions (vérifier l'âge, connaissez-vous le CCU ? Connaissez-vous le mode de transmission ?)			
4	Recueille les antécédents gynécologiques et obstétricaux (antécédents d'IST, statut sérologique VIH, parité et gestité)			
5	Apporte des informations générales sur le cancer du col (signes, cibles, les critères d'éligibilité, causes éventuelles et conséquences sur la santé)			
6	Apporte des informations sur les avantages liés au dépistage précoce du cancer (Prévention du cancer, traitement précoce + guérison totale)			

7	Informe la patiente des 2 techniques de prélèvement : auto-prélèvement vaginal (APV) et prélèvement cervical par le clinicien (PCC), explique la 2 techniques et laisse la personne faire un choix libre et éclairé			
8	Explique à la patiente le processus de dépistage impliquant le laboratoire et la période probable de rendu des résultats (environ 1h30) ; l'IVA en cas de positivité du test HPV et la possibilité de prise en charge dans une approche screen and treat, ainsi que la possibilité de relance téléphonique en cas d'absence pour récupérer des résultats. NB : ne pas communiquer les résultats au téléphone			
9	Rassure la patiente quant à l'obligation du secret professionnel par les agents de santé / confidentialité...			
10	Demande à la patiente si elle a des questions			
11	Demande à la patiente si elle voudrait faire le test dépistage			
12	En cas d'acceptation, le prestataire remercie la patiente pour son choix de faire l'examen et lui demande la technique de prélèvement choisie			
13	En cas de refus, le prestataire encourage la patiente à revenir le faire une prochaine fois			
	Score Counseling initial pré-test HPV	0	0	0
COUNSELING PRÉ-TEST IVA POUR LES PATIENTES AVEC HPV POSITIF				
1	Accueille la patiente l'installe avec respect et amabilité			
2	Interroge la patiente avec des termes simples pour recueillir son identité complète			
3	Vérifie le résultat sur le bulletin, puis remercie la patiente pour sa venue pour réaliser un test IVA			
4	Rappelle les informations générales sur le cancer du col (signes et conséquences sur la santé)			
5	Rappelle les informations sur les avantages liés au dépistage précoce du cancer			
6	Rassure la patiente sur le fait qu'un résultat positif au test HPV ne signifie pas nécessairement qu'elle est atteinte d'un cancer			
7	Explique la technique de réalisation de l'IVA en rassurant la patiente sur le fait que cela ne provoque pas de douleur et ne prend pas de temps (les conditions requises pour IVA)			
8	Explique les différents résultats possibles de l'IVA et les conduites à tenir par résultat			
9	Explique le bien-fondé de l'approche screen and treat et les éventuelles restrictions (hygiène, abstinence sexuelle) en cas de traitement de lésions précancéreuses (LPC) ainsi que la gratuité du traitement si ce sont des LPC			
10	Demande à la patiente si elle a des questions			
11	S'assure que la patiente est prête pour le test, la convaincre si nécessaire à faire l'IVA			
12	Remercie la patiente pour son accord et commence le test			
	Score Counseling pré-test IVA pour les patientes avec HPV positif	0	0	0
COUNSELING POST-TEST IVA NÉGATIF				
1	Explique à la patiente le résultat d'IVA négatif et ce que cela signifie pour sa santé			
2	Sauf s'il y a d'autres problèmes, lui donner un RDV pour un dépistage futur dans 1 an			
3	Remercie la patiente et l'assure quelle peut revenir au besoin pour des conseils ou des soins			
	Score Counseling post-test IVA négatif	0	0	0
COUNSELING SI LE TEST IVA EST POSITIF < 75%				
1	Explique à la patiente le résultat d'IVA positif et ce que cela signifie pour sa santé, la rassure sur le fait que le traitement est disponible gratuitement dans la structure			

2	Explique le bien-fondé de l'approche screen and treat			
3	Vérifie que les conditions d'éligibilité de la thermocoagulation sont réunies (absence de règles, lésion visible, postpartum > 2 mois)			
4	Explique les étapes de la thermocoagulation			
5	Donne les avantages et l'efficacité de la thermocoagulation (guérison totale)			
6	Explique les éventuelles complications (saignement, douleurs, pertes vaginales,...) en cas de non-respect des recommandations post-traitement			
7	Encourage la patiente à poser des questions et à discuter de son état			
8	Donne à la patiente du temps pour se décider			
9	Félicite la patiente si elle décide de faire le traitement sur place et procède à son installation			
10	Encourage la patiente à revenir le plus tôt possible pour le traitement lorsqu'elle ne peut pas se faire traiter sur place, insiste sur la nécessité de se faire traiter et les conséquences éventuelles sur sa santé et sur sa famille			
	Score Counseling si le test IVA est positif < 75%	0	0	0
	COUNSELING APRÈS LA THERMOCOAGULATION			
1	Rassure la patiente sur le traitement réalisé			
2	Apporte à la patiente les recommandations nécessaires pour les soins à domicile			
3	Explique les éventuelles complications lorsque les recommandations post-traitement ne sont pas observées et la conduite à tenir			
4	Donne des explications sur l'utilisation de préservatifs et de serviettes hygiéniques (si disponibles)			
5	S'assure de la bonne compréhension des recommandations en posant des questions ouvertes de vérification			
6	Félicite la femme pour les bonnes réponses et, le cas échéant, rectifie les réponses incorrectes			
7	Donne un rendez-vous pour la visite de suivi si besoin, RDV obligatoire de contrôle post-traitement dans 1 an			
	Score Counseling après la thermocoagulation	0	0	0
	COUNSELING SI LE TEST IVA EST POSITIF > 75% OU CAS CANCER AVÉRÉ (CAS À RÉFÉRER)			
1	Explique à la patiente le résultat et ce que cela signifie pour sa santé, la rassure sur le fait que le traitement est disponible mais dans une autre structure avec un plateau technique plus étoffé, conformément à la pyramide sanitaire			
2	Met en confiance la femme sur la procédure de prise en charge			
3	Propose les structures de références habilitées à la prendre en charge, et demande à la patiente dans quelle structure elle aimerait se rendre pour être prise en charge			
4	Explique à la patiente comment cette prise en charge se ferait dans la structures de référence (la collaboration existante entre les structures, les noms et numéros de téléphone des personnes à contacter, les jours de visite, les coûts éventuels des examens paracliniques à faire, la disponibilité à les accompagner au besoin)			
5	Rédaction de la fiche de référence et de la transmission des informations complémentaires pour faciliter l'accès dans la structure de référence.			
	Score total counseling si le test IVA est positif > 75% ou cas de cancer avéré (cas à référer)	0	0	0
	NB: le score est calculé par prestation observée			

ANNEXE 10. CHECKLIST MOBILISATION COMMUNAUTAIRE / MESSAGES CLÉS

ETAPE	OUTILS	OBJECTIFS	RÉSULTATS	CALENDRIER D'ACTIVITÉS ET IDENTIFICATION DES RESSOURCES	CONCLUSIONS
Recueil d'information	Revue de la littérature sur le CCU Recherches socio-anthropologiques contexte Ateliers de réflexions Focus groups Entretiens individuels	Identification des barrières et leviers Elaboration de la stratégie de mobilisation			
Définition des messages de sensibilisation et mode de diffusions	Collaboration avec acteurs communautaires Publics cibles Réseaux sociaux et médias	Définir de manière adaptée au contexte et dans une approche positive de la santé			
Identification des mécanismes de soutien communautaire	Réfléchir la stratégie en collaboration avec les soutiens communautaires et les autorités de santé	S'appuyer sur l'existant, renforcer l'autonomie communautaire, avec la participation singulière d'associations locales féminines			
Renforcement des capacités d'agir des communautés	Elaboration de plans de renforcement des capacités des acteurs impliqués Formation CCU Formation en cascade	Activation des relais communautaires Promouvoir des services de santé redevables			
Elaboration des systèmes de référencement et contre-référencement	Collaboration avec les relais communautaires et/ou d'autres acteurs clés communautaires Identification des besoins sexo-spécifiques	Identifier les populations vulnérables Renforcer les capacités individuelles et collectives Privilégier une participation active des personnes concernées			

MESSAGES À ÉVITER	RÉSULTATS IMPRÉVUS	IL VAUT MIEUX DIRE...
Les femmes qui présentent un cancer du col ou une lésion précancéreuse ont une IST.	Diminuer la motivation des femmes pour faire un dépistage et leur causer des problèmes dans leur relation	<ul style="list-style-type: none"> • Le cancer du col de l'utérus est causé par un virus appelé HPV qui est transmis par contact sexuel ; la plupart des gens sont infectés par ce virus à un moment ou à un autre de leur vie. • La plupart des infections à HPV disparaissent d'elles-mêmes sans que la personne ne se rende compte qu'elle a été infectée.
Le dépistage est un test pour rechercher la présence d'un cancer du col de l'utérus.	Il est logique que les gens pensent qu'un résultat positif au test signifie que la femme est atteinte d'un cancer	<ul style="list-style-type: none"> • Le dépistage se fait à l'aide d'un test simple (frottis cervical, IVA ou test de recherche du HPV) pour détecter très tôt d'éventuelles modifications dans le col de l'utérus (aussi appelées lésions précancéreuses), avant qu'un cancer ne se développe.
L'utilisation d'un stérilet (ou dispositifs intra-utérins, DIU) ou d'une pilule contraceptive peut entraîner l'apparition d'un cancer du col de l'utérus.	Les femmes auront peur d'utiliser un moyen de contraception, même si ces informations sont fausses.	<ul style="list-style-type: none"> • L'utilisation d'un stérilet n'augmente pas le risque de cancer du col de l'utérus chez la femme. • Les pilules contraceptives peuvent provoquer une très légère augmentation du risque, mais les avantages de la prévention des grossesses sont beaucoup plus importants que la très faible augmentation du risque de développer un cancer du col. • L'utilisation des pilules contraceptives diminue par ailleurs le risque du cancer de l'ovaire et le cancer colorectal.
Le test de dépistage est douloureux ; lors de sa réalisation, on enlève une partie du corps de la femme.	Les femmes auront peur de faire un test de dépistage. Leur famille peut également craindre ce test et les empêcher de le faire.	<ul style="list-style-type: none"> • Certaines femmes trouvent l'examen au spéculum désagréable, mais le test n'est pas douloureux. • Pendant le test, l'examineur passe délicatement un écouvillon (un coton sur une tige) ou une brosse douce sur le col de l'utérus. • Le test est simple et sa réalisation ne prend que quelques minutes. • La réalisation d'un dépistage n'est pas la même chose que le prélèvement d'une biopsie ou que la réalisation d'une intervention chirurgicale. Les tests de dépistage ne nécessitent aucune incision.
Ce n'est pas la peine de faire un dépistage des anomalies du col de l'utérus, car lorsque le test est positif, cela signifie que la femme est atteinte d'une maladie mortelle et qu'elle va mourir.	Seul un petit nombre de femmes iront faire un test de dépistage si elles pensent qu'il n'existe pas de solution.	<ul style="list-style-type: none"> • Si une femme présente ces modifications précoces, elle peut bénéficier d'un traitement sûr et simple. • Si le dépistage est réalisé chez les femmes qui ont le bon âge, il est possible de prévenir l'apparition d'un cancer du col. • Lorsqu'il est détecté tôt, le cancer du col peut être guéri.

SUJET	MESSAGES CLES
CANCER DU COL DE L'UTERUS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le cancer du col d l'utérus survient lorsqu'il y a une croissance anormale des cellules cervicales. ▪ La cause du cancer du col de l'utérus est la persistance de l'infection des HPV à haut risque. ▪ Tout saignement vaginale irrégulier est un cancer du col de l'utérus jusqu'à preuve du contraire.
HPV	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le HPV est un virus très commun, transmis par contact sexuel. ▪ La majorité des personnes auront une infection HPV au cours de leur vie. ▪ Dans la plupart des cas, l'infection HPV disparaît d'elle-même. ▪ Certaines de ces infections ne disparaîtront pas et seront la cause du développement du cancer du col de l'utérus. ▪ Les HPV les plus à risque sont les 16 18 31 33 et 58
RELATION ENTRE HPV ET CANCER DU COL DE L'UTERUS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La persistance des infections HPV à haut risque est la cause du cancer du col de l'utérus en 10 à 15 ans. ▪ Avoir une infection HPV ne veut pas dire avoir le cancer.
RELATION ENTRE VIH ET CANCER DU COL DE L'UTERUS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les femmes vivant avec le VIH ont 6 fois plus de risque de développer un cancer du col de l'utérus. ▪ La survenue du cancer du col de l'utérus chez les PVIH est beaucoup plus avancé (3 à 5 ans entre l'infection HPV et le cancer) d'où l'importance de dépister plus fréquemment les femmes vivant avec le VIH.
TEST HPV	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le test HPV détermine la présence du HPV. ▪ Le test peut être réalisé par auto-prélèvement et/ou lors d'un examen gynécologique, par introduction d'un écouvillon au niveau vaginal prélevant des cellules. L'écouvillon est ensuite placé dans un tube et envoyé en laboratoire pour analyse. ▪ L'auto-prélèvement a l'avantage d'être réalisé par la patiente elle-même. ▪ La sensibilité et la spécificité de l'auto-prélèvement est similaire au prélèvement réalisé par un.e soignant.e. ▪ L'auto-prélèvement : des données probantes démontrent que les tests pour le virus du papillome humain (VPH ou HPV) réalisés en auto-prélèvement par les patientes elles-mêmes peuvent être similaires à ceux réalisés par le ou la clinicien.ne.
RESULTAT TEST HPV	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le résultat est soit positif soit négatif. ▪ Un résultat négatif veut dire qu'une infection à HPV à haut risque n'a pas été retrouvée. ▪ Un résultat positif veut dire qu'une infection à HPV à haut risque a été retrouvée et qu'un autre test, comme l'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA), doit être réalisé.
TEST IVA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le test IVA ne nécessite pas d'anesthésie et est non douloureux.
RESULTAT TEST IVA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le résultat positif indique qu'il y a présence de lésions précancéreuses pouvant se transformer en cancer du col de l'utérus.
THERMOCOAGULATION	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Technique qui provoque la destruction par une température élevée des lésions précancéreuses. ▪ Le col de l'utérus ne contient pas de nerf, le traitement n'est donc pas douloureux. ▪ Traitement sûr et efficace pour les lésions précancéreuses.
SUIVI TRAITEMENT	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le suivi des femmes positives traitées est très important car elles ont de 3 à 7 fois plus de risques de récurrence.

ANNEXE 11. FACTSHEET CCU (1/6)



Le Cancer du col de l'utérus, le cancer des inégalités de genre

MESSAGES CLÉS DU PLAIDOYER MDM

Depuis 2010, les droits et la santé sexuels et reproductifs (DSSR) sont une thématique prioritaire pour Médecins du Monde, qui cible son action sur 3 points de rupture du continuum de soins et de droits : la prévention et prise en charge des grossesses non intentionnelles par l'accès au droit à l'avortement sécurisé, à la contraception et l'éducation complète à la sexualité, la réponse aux besoins de santé sexuelle et reproductive en contexte de crise y compris la prévention et prise en charge des survivant-es de violences liées au genre (VLG), et **la prévention du cancer du col de l'utérus (CCU) par le dépistage et traitement précoce des lésions précancéreuses**. Médecins du Monde affirme sa volonté de travailler en faveur d'un accès universel aux droits et à la santé sexuels et reproductifs sans distinction ni discrimination, et promeut une approche fondée sur la promotion, le respect et la garantie des droits humains.

Parmi ses actions de lutte contre les inégalités en matière de genre, la lutte contre le cancer du col de l'utérus est pour Médecins du Monde, une action primordiale. **Les conditions sociales, économiques, culturelles des femmes dans le monde ont un impact sur leur accès à l'information, au dépistage et aux soins en matière de CCU**. Causé par une infection virale du papilloma virus humain principalement transmis lors de rapports sexuels, le cancer du col de l'utérus est la 4ème cause de décès par cancer chez les femmes dans le monde.

Afin de lutter contre la morbidité et la mortalité dues au CCU, Médecins du Monde se joint à la stratégie mondiale d'élimination du CCU de l'Organisation Mondiale de la Santé avec pour objectif d'ici 2023, de :

- **Vacciner 90%** des filles contre le papillomavirus humain à l'âge de 15 ans ;
- **Dépister 70%** des femmes à l'aide d'un test de haute performance à l'âge de 35 ans et à nouveau à 45 ans⁽¹⁾ ;
- **Traiter 90%** des femmes chez qui une maladie du col de l'utérus a été diagnostiquée.

(1) À l'exception des femmes vivant avec le VIH. L'OMS préconise un dépistage tous les 3 ans à partir de 25 ans. Les femmes séropositives ont six fois plus de risque de développer un cancer du col de l'utérus que les femmes séronégatives.

Notre approche doit être féministe. Lutter contre le CCU s'inscrit dans **le combat pour l'égalité de genre**. Comme la contraception, la grossesse ou les avortements, sa charge repose sur les épaules des filles et des femmes, alors que les garçons et les hommes peuvent être porteurs du HPV (papillomavirus humain). MdM interpelle également sur le rôle clef des services de counseling en SSR de qualité proposés aux patient-es que nos équipes rencontrent quotidiennement. Ces moments d'échanges privilégiés représentent des fenêtres d'opportunité rares pour les femmes d'aborder les questions de sexualité, et pour nos services de détecter les cas de violences liées au genre.

Dans une optique pragmatique, Médecins du Monde

340 000 FEMMES, PERSONNES TRANS ET NON BINAIRES DÉCÈDENT chaque année dans le monde des suites d'un CCU



90% DES DÉCÈS LIÉS AUX CCU SURVIENNENT DANS LES PAYS À FAIBLE ET MOYEN REVENU.



LE CCU EST ÉVITABLE ET ÉRADICABLE

si détecté de manière précoce et convenablement pris en charge.



⚠ Dans ce document sont nommées les femmes pour désigner les personnes susceptibles de développer le cancer du col de l'utérus. A noter que nos projets et actions s'adressent et incluent toute personne ayant un utérus, qu'elle soit femme, trans ou non binaire.

ANNEXE 11. FACTSHEET CCU (2/6)

promeut une approche alliant actions d'aller-vers et renforcement des systèmes de santé. Bien que les actions d'aller-vers soient primordiales afin d'améliorer la couverture d'accès aux soins de santé, elles ne peuvent se substituer à un système de santé centralisé doté de personnels formés et de moyens techniques adaptés.

Focus sur les HPV

Les papillomavirus humains (HPV) sont des infections sexuellement transmissibles parmi les plus fréquentes. Ils sont très contagieux et se transmettent par contact avec la peau ou les muqueuses, notamment lors de contacts sexuels avec ou sans pénétration ; le préservatif ne permet donc pas de se protéger complètement contre l'infection à HPV. Parmi les 150 papillomavirus qui existent, une quinzaine sont considérés comme cancérogènes, responsables de cancers tels : le cancer du col de l'utérus mais également des cancers de la vulve et du pénis, et de l'anus ou de l'oropharynx, notamment des amygdales. La vaccination est la seule protection efficace. A titre d'exemple, la fréquence des lésions précancéreuses du col de l'utérus a diminué de 75% chez les jeunes suédoises vaccinées avant 17 ans.

Plus d'infos ici : <http://toutsavoir-hpv.org/>

LES INTERVENTIONS DE MDM

Avec l'accompagnement d'organismes de recherche, **MdM met en œuvre deux projets pilotes et innovants de prévention et de prise en charge des lésions précancéreuses du col de l'utérus, au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire**, notamment dans le but de démontrer qu'il est possible d'implémenter des projets de dépistage de haute performance accessibles et efficaces.

La stratégie de MDM consiste à renforcer le système de santé en proposant le test HPV aux patientes soit via le prestataire de santé quand cela est possible, ou par auto-prélèvement directement par les patientes. Si le test est positif, il est possible de réaliser une inspection visuelle à l'acide acétique (IVA) et un traitement par thermoablation ou RAD (Résection à l'Anse diathermique) si besoin.

Burkina Faso :



Depuis 2018, MdM appuie le district sanitaire de Baskuy pour l'implémentation du projet « réduction de la morbidité et la mortalité dues au cancer du col de l'utérus » couvrant

l'ensemble des neuf formations sanitaires. Nos actions se basent sur la mobilisation communautaire, le renforcement des capacités des formations sanitaires (plus de 100 professionnel·les formé·es), et de plaidoyer pour une meilleure prise en compte des enjeux de prise en charge des lésions précancéreuses et cancer du col de l'utérus. Suivant un modèle opportuniste (le dépistage est proposé lors de consultations dans les structures de santé), environ 15 000 femmes ont été dépistées entre 2019 et 2022. Sur le nombre de femmes dépistées, seulement 7% ont été enregistrées comme des perdues de vue entre 2019 et 2021 et 3% en 2022. En 2022, 100% des femmes éligible à la thermocoagulation ont été traitées.

Côte d'Ivoire :



MdM mène depuis 2021 un projet de prise en charge du CCU en Côte d'Ivoire en lien avec le ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle. Sur


un modèle de dépistage HPV organisé (réalisé dans le cadre de campagnes de santé), grâce à des agents communautaires et au renforcement d'un centre de santé, plus de 6000 personnes ont été dépistées via auto-prélèvement à domicile en 6 mois, en revanche, seulement 50% des femmes testées positives au HPV se sont rendues en centre de santé. 10% des femmes HPV positives ont également été découvertes nouvelles séropositives au VIH. Ce projet a aussi promu le recours à la thermocoagulation pour le traitement des lésions précancéreuses, plus adaptée que la cryothérapie. En complémentarité, des actions de prévention et de plaidoyer ont été menées afin de faire évoluer les normes et protocoles en matière de lutte contre le CCU.


ANNEXE 11. FACTSHEET CCU (3/6)

RECOMMANDATIONS D'IMPLEMENTATION

01. Encourager les tests de dépistage HPV.


Les test IVA sont peu sensibles et peu spécifiques¹. Passer au dépistage HPV dans les pays à revenu faible et intermédiaire est réalisable et permet d'optimiser le diagnostic des patientes grâce à des tests plus sensibles et spécifiques. Médecins du Monde promeut également l'approche « dépistage, triage et traitement » en un nombre limité de visites afin de limiter les pertes de vue et d'optimiser la complétude des traitements, tout en mettant en garde contre les risques de désorganisation des centres santé si cette approche est mise en place en un seul rendez-vous.


 Les missions du Burkina Faso et de République de Côte d'Ivoire de MdM-F ont mis en œuvre une stratégie de dépistage HPV. Au Burkina Faso, grâce à la stratégie de dépistage opportuniste², moins de 7% des femmes testées n'ont pas reçu de traitement (perdues de vue). En RCI, grâce à la stratégie de dépistage organisé³, 100% des femmes éligibles ont été traitées.


 **Exemple de cibles :** Les directions et services techniques des ministères de la Santé doivent intégrer les dépistages HPV dans les documents cadres et programmes qualifiés (selon les opportunités : plans CCU, Cancer, planification familiale, VIH).

02. Promouvoir l'auto-prélèvement.

Cette approche permet de proposer une alternative au prélèvement cervical par un-e professionnel-le de santé. Proposer un choix plus large de techniques de prélèvement implique un suivi plus adapté aux patient-es. Ce choix induit une plus grande adhésion et complétude de suivi, ainsi qu'une meilleure couverture de dépistage dans les zones éloignées de centres de santé. Pour être efficace, l'auto-prélèvement doit être accompagné d'un counseling de qualité.


 Au sein de la mission du Burkina Faso, 70% des patientes rencontrées ont choisi l'auto-prélèvement. En RCI, 100% des patientes ont adhéré à l'auto-prélèvement HPV, et aucun échantillon n'a été défilant.

 **Exemple de cibles :** Les directions et services techniques des ministères de la Santé doivent inscrire l'auto-prélèvement dans les documents cadres et programmes qualifiés (selon les opportunités : plans CCU, Cancer, planification familiale, VIH)


 L'auto-prélèvement, soit l'acte de prélever ses échantillons soi-même et non par un-e professionnel-le de santé, est une approche éminemment féministe qui renforce les capacités et le pouvoir des femmes à s'approprier leur corps (empowerment). Cette démarche participative place les femmes, personnes trans et non binaires comme actrices principales de leur suivi de santé, revalorise leur savoir et connaissance de leur propre corps et renforce donc leur pouvoir d'agir.


03. Proposer le dépistage VIH à toutes les femmes testées positives au HPV.

Nos premiers résultats suggèrent que les femmes HPV positives ont beaucoup plus de risque d'être positives au VIH. De plus, l'épidémie VIH se féminise, pourtant les femmes hétérosexuelles restent difficilement atteignables. Il est donc souhaitable de renforcer la recherche et l'analyse de ces données afin d'identifier la mesure dans laquelle le dépistage HPV peut également devenir un outil d'identification de groupes cibles dans la lutte contre le VIH (soit, les femmes positives au HPV), afin de réduire l'épidémie du VIH.

 **Pour rappel :** d'après l'OMS, les personnes séropositives au VIH ont six fois plus de risque de contracter le cancer du col de l'utérus que les personnes séronégatives. Pour qu'aucune personne positive au VIH ne meurt du cancer du col de l'utérus, Médecins du Monde France se joint et promeut les recommandations de l'OMS.

Ce que l'OMS recommande : Cibler les PVIH : dépistage HPV des personnes positives au VIH à partir de l'âge de 25 ans, régulier tous les 3 à 5 ans.

 Dans le cadre du projet MdM au Burkina Faso, les premières données récoltées indiquent que 85% des femmes VIH+ étaient également testées HPV+ au screening. Si un test est positif au HPV, il y a une probabilité 33 fois plus importante d'être co-infectée VIH. Cette tendance nécessite d'être complétée par une recherche à plus grande échelle afin de prouver cette hypothèse.

 **Exemple de cibles :** Les directions et services techniques des ministères de la Santé doivent


1. La sensibilité d'un test est la probabilité que le test soit positif si la personne est atteinte de la maladie. Plus un test est sensible moins il comporte de faux négatifs. La spécificité d'un test est la probabilité que le test soit négatif si la personne testée est indemne de la maladie. Plus un test est spécifique, moins il occasionne de faux positifs
2. Le dépistage est proposé lors de consultations dans les structures de santé
3. Le dépistage est réalisé dans le cadre de campagnes de santé

ANNEXE 11. FACTSHEET CCU (4/6)

inscrire les femmes, personnes trans et non binaires positives au HPV comme groupe cible dans la lutte contre le VIH dans les documents cadres et programmes qualifiés (selon les opportunités : plans VIH, CCU, planification familiale), et systématiser les dépistages VIH envers ces populations


04. Promouvoir et systématiser la vaccination des jeunes hommes au HPV.

Comme la contraception, la grossesse ou les avortements, la charge du CCU repose essentiellement sur les femmes et filles, alors que les garçons et les hommes sont également porteurs du HPV, qu'ils transmettent à leurs partenaires sexuel·les ; HPV qui est aussi la cause de certains cancers qui touchent les hommes. L'urgence est aujourd'hui de vacciner toutes les jeunes filles, principales victimes mais la vaccination des garçons permettra de freiner la transmission globale et donc de mieux protéger les garçons et les hommes, mais aussi de mieux protéger les filles et les femmes non vaccinées. Vacciner les garçons contribue également à réduire les inégalités de genre en matière de prévention en santé et de répartir la charge préventive.

 **Exemple de cibles :** *Les directions et services techniques des ministères de la Santé doivent inscrire et mettre en place la vaccination des jeunes hommes au HPV dans les documents cadres et programmes qualifiés (selon les opportunités : plans CCU, cancer, VIH, planification familiale).*

05. Développer des stratégies de dépistage organisé avec une approche en communauté.

Cela permet d'augmenter la couverture de dépistage et réduire les barrières d'accès à la santé. MdM développe depuis toujours des projets « d'aller vers » avec et au plus près des communautés, notamment éloignées des systèmes de santé. Cette approche permet d'atteindre un plus grand nombre de personnes de manière rapide et efficace, notamment les femmes ne se rendant pas dans les centres de santé. Cela permet aussi une meilleure adhésion de la part des personnes concernées. Il existe aujourd'hui peu de programmes de dépistage organisé, nos retours d'expériences sont très positifs, cette approche prometteuse doit être renforcée et répliquée dans divers contextes. Afin d'éviter un abandon du système de santé vers le communautaire, cette recommandation doit s'accompagner du renforcement des systèmes de santé via des équipements adaptés, et la formation du personnel à la prévention du CCU.

 La mission MdM en Côte d'Ivoire a mis en œuvre une stratégie de dépistage organisé. 2475 femmes ont été dépistées au HPV entre novembre 2021 et avril 2022, ces résultats sont encourageants.

Ce que l'OMS recommande : Vaccination des filles âgées de 9 à 14 ans.




Exemple de cibles : *Les directions et services techniques des ministères de la Santé doivent développer et mettre en œuvre des stratégies de dépistages organisés du cancer du col de l'utérus afin de maximiser le nombre de bénéficiaires et l'impact des programmes de dépistages.*

06. Renforcer l'approche de soins palliatifs au-delà du paquet de soins.

Renforcer l'approche de soins palliatifs au-delà du paquet de soins, en décentralisant l'accès aux différents niveaux d'antalgiques et en renforçant la prise en charge psychosociale. La compréhension du concept d'approche palliative fait souvent défaut en se limitant à la gestion de la douleur, sujet lui-même stigmatisé et délaissé par les systèmes et acteur·ices de santé. En effet, la connaissance limitée des soins palliatifs entrave leurs mise en place (règlementations restrictives sur certains narcotiques, inquiétude liée à une mauvaise utilisation, ou accoutumance à certaines molécules, peu de formations sur l'accompagnement à la fin de vie...). Il est important d'adopter une approche holistique et déstigmatisante.

Les personnes atteintes du cancer du col de l'utérus se retrouvent isolées voire discriminées du fait de leur pathologie et des effets liés à leur maladie. La mise en place de soins palliatifs adaptés à leurs besoins est primordiale pour leur permettre de vivre dignement, malgré la maladie. Pourtant, peu d'acteur·ices se saisissent du sujet.

 **Exemple de cibles :** *La communauté internationale, acteur·ices étatiques, de la société civile, doivent se saisir et développer le champ de l'approche de soins palliatifs. Les ministères de la Santé doivent investir ce champ, lever les barrières d'accès, outiller leurs directions et services techniques et disséminer l'approche de soins palliatifs. Les agences régionales de mise en œuvre de politiques de santé doivent mettre en œuvre des actions de soins palliatifs.*


Définition de l'OMS : Les soins palliatifs sont une approche pour améliorer la qualité de vie des patient·es (adultes et enfants) et de leur famille, confronté·es aux problèmes liés à des maladies potentiellement mortelles. Ils préviennent et soulagent les souffrances grâce à la reconnaissance précoce, l'évaluation correcte et le traitement de la douleur et des autres problèmes, qu'ils soient d'ordre physique, psychosocial ou spirituel.



ANNEXE 11. FACTSHEET CCU (5/6)


RECOMMANDATIONS DE MISE À L'ÉCHELLE


Médecins du Monde milite pour le droit à la santé, droit humain fondamental et plaide donc pour une couverture de santé universelle. Pour ce faire, les actions de lutte contre le cancer du col de l'utérus doivent être déployées à grande échelle.

 L'OMS et ExpandNet définissent la notion de mise à l'échelle comme étant « Des efforts délibérés pour renforcer l'impact d'innovations sanitaires testées avec succès afin d'en faire bénéficier un plus grand nombre de personnes et d'encourager la formulation de politiques et de programmes sur une base durable ».

07. Promouvoir la recherche coût-efficacité des tests de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Il est essentiel d'optimiser les stratégies de dépistage du CCU en fonction de leur contexte de mise en application (organisé et / ou opportuniste) avec des moyens de dépistages adaptés et efficaces (sensible et spécifique) afin de ne laisser aucune femme sans traitement (test faux négatif), mais également éviter le surtraitement dans le cas contraire (test faux positif). L'existence d'estimations chiffrées permet notamment aux États d'adapter leur budget afin d'améliorer l'opérationnalisation des dépistages du CCU. Promouvoir la recherche implique de collecter et rendre visible ces données relatives au CCU via leur inclusion dans le système national d'information sanitaire (SNIS).


 Les projets pilotes au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire menés par Médecins du Monde démontrent que les approches de dépistage déployées sont prometteuses. Il est important d'explorer la pérennité et la répliquabilité pour un passage de mise à l'échelle.

 **Exemple de cibles :**
Les États doivent impulser ce travail de recherche, et les directions et services techniques des ministères de la Santé l'implémenter dans une optique de passage à l'échelle.
Les instituts nationaux de lutte contre le cancer et partenaires de recherches doivent financer et mettre en place des recherches coût-efficacité des tests de dépistage du CCU.

08. Mutualiser les machines de dépistage existantes et les redistribuer géographiquement pour une meilleure couverture du territoire.


Les dépistages HPV, VIH, tuberculose, hépatites et COVID partagent des technologies similaires, cependant, les machines ne sont pas toujours mutualisées. Le passage à l'échelle des activités de dépistage du CCU nécessite une meilleure visibilité de l'ensemble des machines sur un territoire donné. Leur mise en commun permettrait une meilleure couverture géographique du dépistage HPV, et éviterait la sous-utilisation de ces technologies.

La couverture irrégulière en machines de dépistage témoigne des inégalités territoriales. Certaines zones géographiques, souvent urbaines, bénéficient de la majorité des dotations en machines de dépistage, alors que les zones rurales manquent d'équipements adéquats.


 **Exemple de cibles :** les États, directions et services techniques des ministères de la Santé doivent cartographier la disponibilité des machines de dépistage, les redistribuer, et mutualiser leur utilisation.

09. Interpeller les États et bailleurs sur la nécessité de partage des technologies de production de diagnostics HPV détenues par quelques laboratoires, ainsi que d'identifier et financer des plateformes de production alternatives.

Ceci afin de décentraliser la production et mieux répondre aux besoins. Les laboratoires détenteurs de cette technologie ne sont, en l'état, pas en capacité d'absorber toute la production, comme en témoignent les ruptures de stocks relatifs à la tuberculose pendant la crise COVID-19. Les prix actuels ne permettent pas non plus à de nombreux États de s'approprier ces technologies essentielles pour lutter contre le CCU.

 **Exemple de cibles :**
Les États, directions des ministères de la Santé et partenaires techniques et financiers doivent investir dans des plateformes de diagnostics alternatives afin de lutter contre le monopole de technologie de production des tests HPV.

ANNEXE 11. FACTSHEET CCU (6/6)

 Médecins du Monde se joint à la campagne « Time for 5\$ » coordonnée par Médecins Sans Frontières et Treatment Action Group appelant à la baisse des prix des tests à 5\$. Cette campagne lutte contre les superprofits engendrés par les compagnies pharmaceutiques en dépit du droit à la santé pour tous·tes.



Exemple de cibles :

Le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme doit rendre ses financements dédiés au CCU plus accessibles et visibles, et accompagner les Etats, dont francophones, dans leurs démarches

Les organisations internationales (comme l'Union for International Cancer Control, World Cancer Congress) doivent améliorer l'accessibilité aux espaces d'influences aux acteur·ices non anglophones.

10. Faciliter l'accès aux financements relatifs au CCU.

La complexité d'accès aux financements entrave leur appropriation par de nombreux pays. En Afrique, seuls deux pays ont accès aux financements du Fonds mondial dédiés au cancer du col de l'utérus, tous deux sont anglophones. Pourtant, les indicateurs des pays d'Afrique francophones sont parmi les plus critiques. Il est donc primordial de les rendre plus inclusifs, lisibles et accessibles, notamment linguistiquement.

SOURCES COMPLÉMENTAIRES

- ▶ [Informations principales de l'OMS sur le cancer du col de l'utérus](#)
- ▶ [Feuille de route de l'OMS sur le Cancer du col de l'utérus](#) (seulement en anglais)
- ▶ [Directives de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus en vue de la prévention du cancer du col de l'utérus, deuxième édition.](#) (seulement en anglais)
- ▶ [L'élimination du cancer du col de l'utérus en Afrique : où en sommes-nous et où devons-nous aller ?](#) (seulement en anglais)
- ▶ [Ressources diverses liées au CCU de Cervical cancer Elimination initiative](#) de l'OMS



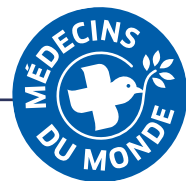
Pour toute information supplémentaire :

Marie Lussier, plaidoyer DSSR : marie.lussier@medecinsdumonde.net

Najat Lahmidi, référente santé DSSR : najat.lahmidi@medecinsdumonde.net

Cécile Yougbare Thiombiano, plaidoyer DSSR Afrique : cecile.yougbare@medecinsdumonde.net

Août 2023.



Coordination : Najat Lahmidi, Axelle Velten

Autrices : Najat Lahmidi, Caroline Matteo

Contributeur.ices et relecteur.ices : Cécile Yougbare, Matthieu Roucou, Hiba Charif, Joseph Zahiri, Houda Merimi, Maieule Nouvellet, Samole Martin, Marielle Moizan, Anne Cheyron, Kader Ghanes, Dr Masséni Diomandé

Conception et réalisation graphique : Laurène Chesnel

Remerciements aux équipes des missions RCI et Burkina Faso de MdM, qui ont contribué à développer l'expertise et sans qui ce document n'aurait pas pu voir le jour.

