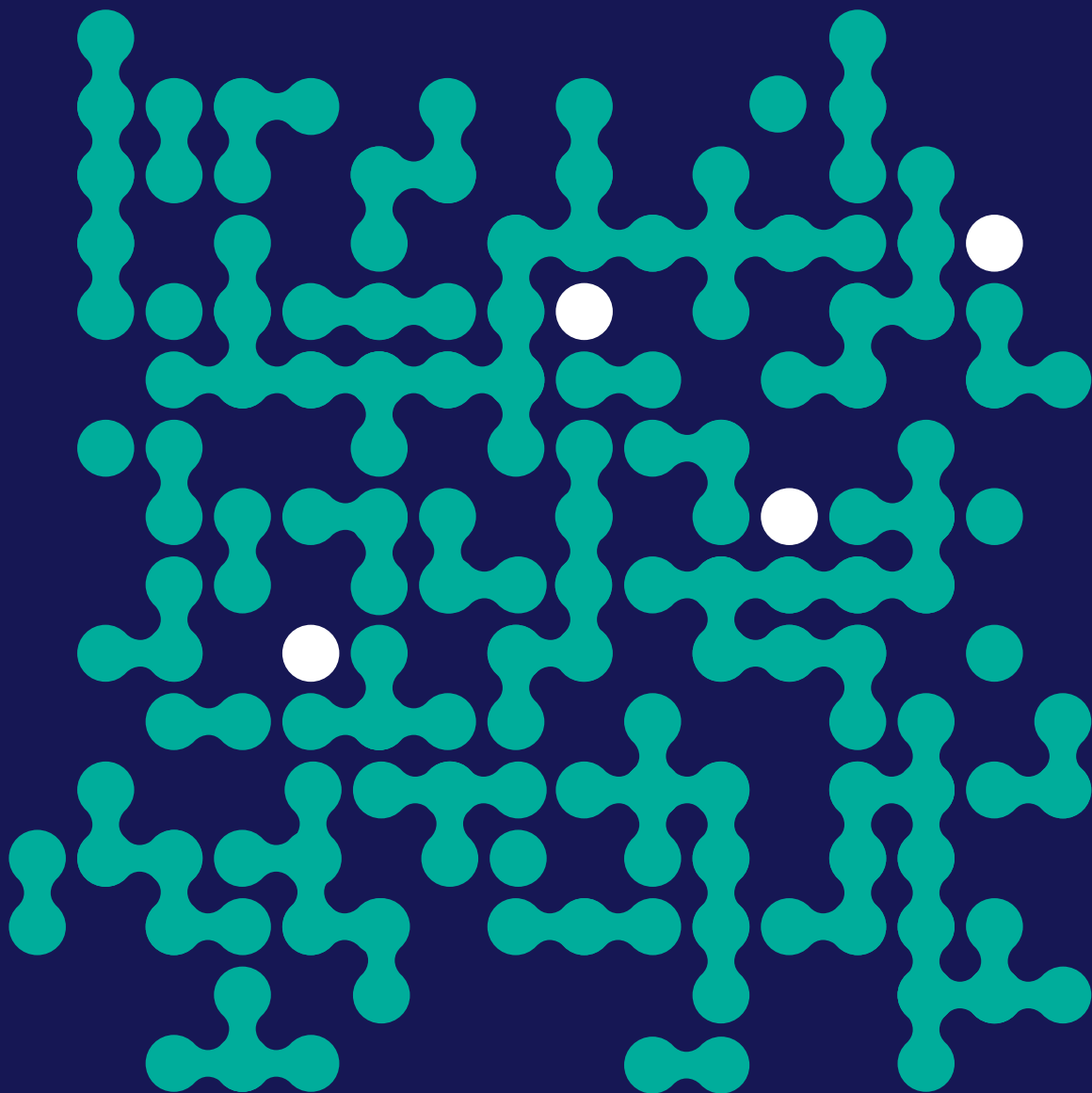




# STRATÉGIE DE DÉPISTAGE COMMUNAUTAIRE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS PAR TEST HPV À ABOBO (ABIDJAN, CÔTE D'IVOIRE)



**Rapport scientifique**



# **STRATÉGIE DE DÉPISTAGE COMMUNAUTAIRE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS PAR TEST HPV À ABOBO (ABIDJAN, CÔTE D'IVOIRE)**

**Rapport scientifique**

## Remerciements

L'équipe de recherche remercie l'ensemble des personnes et institutions qui ont permis la réalisation de cette étude. Nous remercions tous les partenaires du centre de santé communautaire d'Assomin, de l'Hôpital général (HG) Houphouët Boigny d'Abobo, du laboratoire du centre anti-tuberculeux d'Abobo pour leur accueil sur les sites et tou-te-s les acteurs-trices ayant accepté de partager avec nous leurs expériences sur le projet cancer du col de l'utérus (CCU).

Merci aux équipes de Médecins du Monde-France (MdM) en Côte d'Ivoire et au siège ainsi que les donateurs-trices pour avoir entrepris ce projet et permis cette recherche. Merci également à l'Agence française de développement (AFD) qui a financé cette étude dans le cadre de la convention de partenariat pluriannuel établie avec Médecins du Monde.

Nous remercions la coordinatrice et le coordinateur du projet Partenariat d'action et de recherche contre le cancer du col de l'utérus en Afrique de l'Ouest (PARACAO), Stéphanie Nguengang-Wakap (MdM) et Pierre De Beaudrap (CEPED/IRD) et tou-te-s les collaborateurs-trices sur ce projet.

Nous témoignons notre profonde gratitude à l'ensemble des personnes qui ont bien voulu répondre à notre sollicitation et faciliter notre séjour sur le terrain. Plus particulièrement à Monsieur Silue, notre tuteur au centre de santé communautaire d'Assomin ; aux responsables du centre de santé communautaire d'Assomin ; aux responsables du service de santé de reproduction de l'HG d'Abobo ; aux responsables laboratoires du centre anti-tuberculeux d'Abobo ; aux sage-femmes d'Assomin et de l'HG d'Abobo ; aux agents de santé communautaire d'Assomin.

Nos remerciements vont à l'endroit des membres du comité rédaction qui, nonobstant leurs activités, ont accepté de relire le rapport.

## Auteurs du rapport

Marie-France Larissa Banga et Élise Nédélec

## Contacts

*Investigatrice principale*: PhD Marie-France Larissa Banga, sociologue et consultante indépendante (bangaf85@gmail.com).

*Responsable recherche qualitative*: PhD Élise Nédélec, anthropologue (leclere.nedelec.elise@gmail.com).

## Comité de rédaction

Anne Cheyron, Najat Lahmidi, Stéphanie Nguengang Wakap, Juan Diego Poveda, Pierre Debeaudrap

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

Document publié en février 2024.

# SOMMAIRE

4	Abréviations et acronymes		
<b>5</b>	<b>RÉSUMÉ EXÉCUTIF</b>	<b>15</b>	<b>RÉSULTATS</b>
5	Contexte	15	Description de l'offre existante de soins en santé sexuelle et reproductive (SSR) dans les sites de l'étude
5	Objectifs	16	Représentations et connaissances associées au cancer de col de l'utérus (CCU) par les soignant·e·s
5	Méthodologie	17	Facilitateurs et facteurs d'adhésion perçus par les professionnel·le·s impliqué·es dans le projet CCU
<b>7</b>	<b>INTRODUCTION</b>	19	Barrières et freins de l'intégration et l'implémentation d'une stratégie innovante de dépistage du CCU
7	Contexte général de l'étude	24	Facteurs ambivalents face à l'adhésion au projet
8	Contexte spécifique	<b>26</b>	<b>DISCUSSION</b>
<b>9</b>	<b>OBJECTIFS ET RÉSULTATS ATTENDUS</b>	26	L'agent de santé communautaire, vecteur important dans l'implémentation du dépistage du CCU au sein d'une communauté
9	Objectif général	27	Influence des dynamiques sociales dans les cours communes sur la décision d'adhésion au dépistage
9	Objectifs spécifiques	28	Position des professionnel·le·s de santé et pérennisation du dépistage du CCU
9	Résultats attendus	29	Mise en perspective avec les enquêtes PARACAO au Burkina Faso
<b>10</b>	<b>MÉTHODOLOGIE</b>	<b>31</b>	<b>CONCLUSION GÉNÉRALE</b>
10	Type d'étude	<b>32</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>
10	Contexte de mise en œuvre du projet	<b>36</b>	<b>ANNEXES</b>
10	Population cible de l'intervention de dépistage	36	Guide d'entretien adressé aux agents de santé communautaire (ASC)
10	Couverture géographique	37	Guide d'entretien Adressé au personnel de laboratoire
11	Population cible de l'étude qualitative et considérations éthiques	38	Guide d'entretien adressé au personnel soignant
12	Techniques et outils de collecte		
13	Déroulement de la collecte de données		
13	Traitement et analyse des données de l'enquête		
13	Limitations		

## ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

<b>AFD</b>	Agence française de développement
<b>ASC</b>	Agent de santé communautaire
<b>CCU</b>	Cancer du col de l'utérus
<b>CAT</b>	Centre Anti-Tuberculeux
<b>CEPED</b>	Centre Population et Développement
<b>CI</b>	Côte d'Ivoire
<b>HG</b>	Hôpital Général
<b>HPV</b>	Human papilloma virus
<b>IRD</b>	Institut de recherche pour le développement
<b>IST</b>	Infection sexuellement transmissible
<b>MdM</b>	Médecins du Monde
<b>ONG</b>	Organisation non gouvernementale
<b>PNLCA</b>	Programme national de lutte contre le cancer
<b>PARACAO</b>	Partenariat d'action et de recherche contre le cancer du col de l'utérus en Afrique de l'Ouest
<b>SF</b>	Sage-femme
<b>SSR</b>	Santé sexuelle et reproductive
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine

# RÉSUMÉ EXÉCUTIF

## CONTEXTE

Le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer le plus fréquent chez les femmes en Côte d'Ivoire et a un taux de mortalité très élevé (Sengayi-Muchengeti *et al.* 2020). Pourtant, il est le cancer le plus évitable, notamment grâce au dépistage précoce des lésions précancéreuses et à leur traitement. Dans ce contexte, un partenariat d'action et de recherche contre le cancer du col de l'utérus en Afrique de l'Ouest (PARACAO) et particulièrement, en Côte d'Ivoire (PARACAO-CI), est né en 2018 entre Médecins du monde et un laboratoire de recherche, le Ceped (UMR 196). Deux recherches de mise en œuvre ont été menées : une étude anthropologique en 2018 et une étude mixte en 2019. Depuis 2021, MdM-F mène un projet-pilote de dépistage communautaire du CCU par test HPV et traitement des lésions précancéreuses par thermocoagulation au sein d'une commune populaire d'Abidjan. Dans le cadre de cette intervention, une recherche qualitative a été réalisée afin d'identifier les perceptions et pratiques des professionnel-le-s impliqué-e-s, au commencement de l'intervention, en phase d'implémentation.

## OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude visait à fournir des données factuelles et contextuelles relatives à l'intégration et l'implémentation d'une stratégie innovante de dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU) à Abidjan, au niveau du système de santé. Pour ce faire, la compréhension des expériences des professionnel-le-s (soignant-e-s et agent-e-s de santé communautaire) au cours de l'initiation du projet dans les centres de santé concernés était nécessaire.

### Objectifs spécifiques

1. Identifier l'offre de soins en santé sexuelle et reproductive (SSR) au niveau communautaire dans les sites de l'étude en amont du projet.
2. Décrire les perceptions et les pratiques des personnels soignants à propos du CCU en amont du projet et dans le cadre de son implémentation.
3. Décrire les perceptions des agents de santé communautaires à propos du CCU, ainsi que leurs perceptions et expériences du projet.
4. Identifier les facteurs contextuels (facilitateurs et barrières) influençant la mise en œuvre des activités de dépistage du point de vue des professionnel-le-s de soins.

## MÉTHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude descriptive qualitative portant sur l'analyse de 11 entretiens sur la base d'une population composée de médecins (2), sage-femmes (4), agents du laboratoire (2), agent de santé communautaire (2) et un membre du conseil d'administration (1). La collecte de données s'est effectuée en deux phases de décembre 2021 à janvier 2022. Au total, elle a duré 4 semaines. À côté de cette collecte en présentiel, des compléments d'informations ont été recueillis via appels téléphoniques auprès de certain-e-s soignant-e-s. Le recueil par appels téléphoniques s'est fait de manière ponctuelle de

février 2022 à juin 2022, selon les besoins nécessités par l'analyse. Les entretiens ont lieu dans les différents sites (centre de santé urbain Assomin, HG et centre anti-tuberculeux d'Abobo). Les enregistrements ont tous été retranscrits, puis codés afin de permettre le traitement des données et leur analyse.

## Résultats principaux

### *En ce qui concerne l'offre de soins existante en santé sexuelle et reproductive (SSR)*

L'analyse des données a permis d'identifier que l'offre de routine en SSR au centre de santé d'Assomin n'incluait pas de dépistage du CCU à contrario de l'Hôpital Général (HG) d'Abobo en raison d'un projet préalable de dépistage du CCU à l'initiative de l'ONG JHPEIGO<sup>1</sup>. Les composantes de l'offre de soins au niveau du centre de santé d'Assomin et de l'HG d'Abobo sont la prévention, le dépistage, le traitement, conseil et suivi des IST, VIH ainsi que la planification familiale et le suivi des grossesses (soins prénatals et post-natals), la prise en charge des accouchements.

### *S'agissant des représentations et connaissances associées au cancer de col de l'utérus (CCU)*

Les soignant-e-s estiment qu'ils partagent une même perception du CCU avec les femmes de la communauté : ce serait une maladie sournoise et méconnue qui attaque les femmes au niveau de leurs parties intimes.

### *En ce qui concerne les représentations, connaissances et facilitateurs du projet CCU par les soignant-e-s*

Le projet permet une amélioration des connaissances et des représentations du CCU auprès des professionnel-le-s dans un contexte où la population générale a peu d'informations sur le cancer et son dépistage.

On note six (6) facilitateurs clés du dépistage CCU. Ce sont notamment : la sensibilisation par les agents de santé communautaire (ASC) et les sage-femmes auprès des publics visés (femmes et chefs de ménage); l'adhésion du chef de ménage; l'auto-prélèvement; la gratuité du dépistage et de la prise en charge des lésions précancéreuses, ainsi que le traitement en cas de cancer invasif; et la possibilité de traitement des lésions pré-cancéreuses dans les structures de santé participant au projet.

### *À propos des barrières et des freins de l'intégration et l'implémentation d'une stratégie innovante de dépistage du CCU*

Les barrières au dépistage sont : l'insuffisance de sensibilisation sur le projet à travers les médias; le manque de connaissances de la population sur le CCU et son dépistage; la position du leader de la cour commune et/ou du chef de ménage; les doutes des professionnel-le-s envers la pérennité du projet et les doutes de la population sur la gratuité de la chaîne de dépistage et de traitement; le caractère localisé et le fait que le projet CCU soit identifié comme une initiative de MDM par les professionnel-le-s de santé — sans tenir compte des partenaires institutionnels; la charge de travail supplémentaire pour le personnel médical.

<sup>1</sup> Dans la ville d'Abidjan (Côte d'Ivoire) un taxi compteur est un moyen de transport. C'est une voiture de 5 places de couleur rouge climatisé en général climatisé. À l'origine le chauffeur mettait un compteur en marche une fois que le client lui donnait sa destination, à la fin du voyage il lui communiquait la facture. Aujourd'hui le mode de facturation a changé la facture est fixée de manière consensuelle par le client et le conducteur avant le voyage lorsque la destination est connue.



# INTRODUCTION

## CONTEXTE GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE

Le cancer du col de l'utérus (CCU) est un des cancers féminins les plus fréquents dans les pays à ressources limitées (Bray *et al.* 2018 ; WHO 2020). Pourtant, il existe des méthodes efficaces pour le prévenir, en particulier en dépistant précocement et en traitant immédiatement les lésions pré-cancéreuses. Parmi ces méthodes, l'utilisation d'un test HPV pour identifier les femmes ayant une infection par papilloma virus humain (HPV) persistante a montré son efficacité pour réduire l'incidence du cancer du col (Sankaranarayanan *et al.* 2009 ; Denny *et al.* 2010). Toutefois, en raison des barrières logistiques, financières et liées aux ressources humaines, il reste de nombreuses incertitudes sur comment mettre en place de façon coût-efficace cette stratégie dans les pays à ressources limitées.

Sous l'impulsion de l'OMS dans le cadre d'un appel à éliminer le CCU comme problème de santé publique, un nombre grandissant de recherches ont été conduites au cours des 10 dernières années pour aider les décideurs à mettre en place les meilleures stratégies de dépistage et de traitement du CCU.

Jusqu'à présent, la majorité des efforts ont été dirigés sur la mise en place du dépistage au niveau des structures de santé et peu de projets ou de recherches se sont intéressées à leur déploiement au niveau populationnel. Pourtant, d'un point de vue éthique, il est important de s'assurer que les programmes de dépistage soient accessibles le plus largement possible, malgré les différences socio-économiques qui influencent l'accès aux structures de santé. Mais il est également essentiel d'identifier et comprendre les facteurs qui conditionneraient l'utilisation de ces services par la population : stratégies de communication, perceptions de l'offre de soins, contraintes financières et autres qui expliqueraient le non-recours aux soins au sein des établissements de santé.

Dans ce contexte et fort de son expérience dans le domaine du CCU, l'ONG internationale Médecins du Monde France (Mdm) a lancé en 2021 un programme d'intervention en partenariat avec l'Etat ivoirien pour introduire l'utilisation du dépistage par test HPV au sein de structures de soins de santé primaires. Conformément au cadre d'approche stratégique de l'OMS pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (WHO 2020), l'intervention repose sur le principe selon lequel le dépistage primaire par test HPV et la prise en charge ultérieure (triage et traitement éventuels) devraient être effectués le même jour. Cette approche, appelée "dépister et traiter", permet aux femmes de bénéficier d'un dépistage le plus complet possible (Goldie *et al.* 2001).

Pour ce faire, la stratégie de mise en œuvre développée par Mdm comporte quatre volets : (1) l'intégration du dépistage par test HPV dans les services de santé sexuelle et reproductive des centres de santé afin d'atteindre les femmes éligibles (Stenberg *et al.* 2016 ; White *et al.* 2017) ; (2) la formation des prestataires de soins afin de mettre à jour leurs connaissances liées au dépistage du CCU et au test HPV (Forsetlund *et al.* 2009) ; (3) des visites régulières de supervision des prestataires afin de maintenir leurs performances (O'Brien *et al.* 2007) ; et (4) des conseils dispensés par des sage-femmes formées à cette activité afin d'informer les femmes des résultats du test et de leur fournir des consignes claires pour la prise en charge ultérieure (Wallerstein 1993).

En 2021, Mdm a choisi d'orienter son action vers la mise en place d'un projet pilote de sensibilisation et de dépistage du CCU au niveau communautaire à l'échelle du district sanitaire d'Abobo, au sein du quartier d'Assomin, dans l'une des communes les plus précaires d'Abidjan (Abobo). Dans le domaine de la santé publique les projets-pilotes ont pour objectif de tester des modalités d'organisation de soins intégrés dans une région déterminée, en gardant une attention particulière à la qualité de vie des prestataires et

au principe d'équité. Il s'agit de projets expérimentaux au sein desquels de (nouveaux) modes d'intégration des soins. Il s'agit d'un processus progressif et évolutif, tant au niveau des projets eux-mêmes (en termes de groupe-cible, partenaires du projet, initiatives nouvelles, ...) qu'au niveau des pouvoirs publics (en termes de coordination avec d'autres initiatives prises par les différentes autorités.

Le projet CCU quant à lui vise à permettre une amélioration de la sensibilisation au niveau populationnel et communautaire; de la pratique du dépistage du CCU mais aussi de la prise en charge des lésions pré-cancéreuses du col de l'utérus ou des cas de cancer.

Ce projet est accompagné par un volet recherche afin de produire des connaissances qui permettront d'aider ensuite les décideurs de santé nationaux et éventuellement internationaux.

Dans le cadre d'une recherche opérationnelle, coordonnée par MdM et le CEPED, cette enquête qualitative exploratoire porte sur les représentations, les facilitateurs et les barrières de l'intégration et de l'implémentation du dispositif de dépistage en communauté, du point de vue des soignant·e·s et des agents de santé communautaire. L'enquête a été réalisée auprès de cette population au sein de trois centres de santé du district sanitaire d'Abobo.

## CONTEXTE SPÉCIFIQUE

La présente recherche qualitative porte sur les débuts de l'implémentation du projet CCU au sein des centres de santé participants à Abobo. Suite à la mise en place de ce projet pilote en novembre 2021, l'étude de terrain a été réalisée entre décembre 2021 et janvier 2022, soit au commencement du projet.

Cette étude visait à connaître les perceptions et pratiques des professionnel·le·s impliqué·e·s dans le projet, au cours des premiers mois de sa mise en œuvre et de leur participation au projet.

# OBJECTIFS ET RÉSULTATS ATTENDUS

## OBJECTIF GÉNÉRAL

L'étude visait à fournir des données factuelles et contextuelles relatives à l'intégration et l'implémentation d'une stratégie innovante de dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU) à Abidjan au niveau du système de santé, afin d'améliorer les performances des programmes de prévention et de prise en charge du CCU.

## OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Cette étude a eu pour objectifs :

1. Identifier l'offre de soins en SSR au niveau communautaire dans les sites de l'étude en amont du projet.
2. Décrire les perceptions et les pratiques des personnels soignants à propos du CCU en amont du projet et dans le cadre de son implémentation.
3. Décrire les perceptions des agents de santé communautaires à propos du CCU, ainsi que leurs perceptions et expériences du projet.
4. Identifier les facteurs contextuels (facilitateurs et barrières) influençant la mise en œuvre des activités de dépistage du point de vue des professionnel-le-s de soins.

## RÉSULTATS ATTENDUS

Cette recherche permettra d'avoir une meilleure compréhension des connaissances, représentations et pratiques des personnels soignants impliqués dans la mise en œuvre du dépistage du CCU quant au projet de dépistage au sein des sites concernés à Abobo. Leurs perceptions et expériences, positives comme négatives, du projet de dépistage, permettront d'améliorer la suite de la mise en œuvre et de fournir des clés aux ONG et aux décideurs pour favoriser le développement de futurs programmes de dépistage du CCU en communauté, à Abidjan.

# MÉTHODOLOGIE

## TYPE D'ÉTUDE

La présente étude suit une méthodologie qualitative. Elle s'est effectuée auprès des acteur-trice-s de soins impliqué-e-s dans la mise en œuvre du projet, au commencement du projet. Les interlocuteur-trices sont principalement des médecins, des sage-femmes et des agents de santé communautaire.

## CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET

Le projet CCU de MdM a été mis en œuvre en tenant compte des directives de l'OMS concernant le CCU. La stratégie de dépistage au niveau de la communauté à Assomin comprenait l'auto-prélèvement HPV, dépôt du prélèvement au laboratoire par les agents de santé communautaire et le traitement des lésions précancéreuses dans le centre de santé de proximité. Si les lésions n'étaient pas éligibles à la thermocoagulation, les patientes étaient orientées vers l'hôpital général pour une prise en charge adaptée.

## POPULATION CIBLE DE L'INTERVENTION DE DÉPISTAGE

La population cible pour le dépistage était constituée des femmes vivant à Assomin dont l'âge est compris entre 25 à 55 ans.

## COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE

La présente étude a concerné 3 structures sanitaires du district d'Abobo. Le choix de ce district pour la recherche est motivé par le fait qu'il constitue une zone d'intervention pour le projet CCU de Médecins du Monde (MdM). Cette recherche qualitative a mobilisé les outils de

l'ethnographie de terrain. Des observations sur sites et auprès des agents de santé communautaire, ainsi que des entretiens semi-directifs ont été réalisés afin de saisir les pratiques et les représentations sociales des professionnel-le-s participant au déploiement du projet CCU à Abobo à l'initiative du PNLCA et de Médecins du Monde.

## Centre de santé urbain Assomin

Le centre de santé urbain communautaire (CSU-Com) d'Assomin est situé en zone péri-urbaine dans la commune d'Abobo dans le quartier en face du carrefour « Diallo ». Le centre n'est pas relié au centre-ville par des transports en commun. La population s'y rend à pied, par véhicule personnel ou tricycle ou taxi compteur<sup>2</sup> en cas d'urgence. Le CSU d'Assomin comprend un service de santé sexuelle et reproductive, une maternité, un dispensaire, des chambres d'hospitalisation, un laboratoire, un bloc de consultation adulte et pédiatrique, un laboratoire, un dépôt de pharmacie, des sanitaires, un restaurant, un préau.

Avec l'arrivée du projet CCU, ce centre propose le dépistage communautaire par test HPV aux femmes de la communauté, par auto-prélèvement et à travers le canal des ASC. Toutes les sage-femmes du centre de santé sont actives sur le projet. Les activités CCU sont menées du lundi au vendredi de 8h à 13h par les sage-femmes. La proposition de dépistage se fait dans la communauté par les agents de santé communautaire (agent de santé communautaire), en utilisant la méthode du porte-à-porte. Ainsi, tous les ménages de la communauté sont visités. Les agents de santé communautaire sont réparti-e-s par zone (sous-quartier) et doivent visiter tous les

<sup>2</sup> Dans la ville d'Abidjan (Côte d'Ivoire) un taxi compteur est un moyen de transport. C'est une voiture de 5 places de couleur rouge climatisé en général climatisé. À l'origine le chauffeur mettait un compteur en marche une fois que le client lui donnait sa destination, à la fin du voyage il lui communiquait la facture. Aujourd'hui le mode de facturation a changé la facture est fixée de manière consensuelle par le client et le conducteur avant le voyage lorsque la destination est connue.

ménages de leur zone de sorte à dépister le maximum de femmes possible.

### HG d'Abobo

L'HG d'Abobo est situé dans le centre-ville de la commune d'Abobo. Le centre est relié par des transports en commun (*woro woro*<sup>3</sup> et bus). La population peut également s'y rendre à pied. Dans ce centre, ce sont les femmes référées par le CSU COM d'Assomin qui sont prise en charge tous les mercredis de 8h à 16h au niveau du service de gynécologie.

Le référencement d'une patiente vers l'HG dépend du résultat du test par inspection visuelle à l'acide acétique (IVA). Si les lésions pré-cancéreuses sont supérieures à 75 % c'est supérieur, la patiente est référée à l'HG d'Abobo nord. Lorsque les lésions sont inférieures à 75 %, la patiente n'est pas référée, elle est plutôt traitée avec la thermocoagulation au niveau du CSU d'Assomin.

### Centre anti-tuberculeux (CAT) d'Abobo

Le CAT d'Abobo est situé à Abobo Sogefia entre la cité université et la gare Sotra. Le centre est relié par des transports en commun (*woro woro* et bus). Le laboratoire d'analyse des échantillons se trouve dans ce centre. 4 agents du laboratoire (3 techniciens et 1 aide) sont actifs sur le projet. L'analyse des échantillons prélevés se fait du mardi au vendredi de 8h à 16h. Il existe une collaboration entre les agents du laboratoire, les sage femmes, les médecins et les agents de santé communautaire. Lorsqu'un prélèvement est fait en communauté, l'agent de santé communautaire est chargé de le convoyer au laboratoire du CAT d'Abobo pour analyse. Après que l'analyse soit faite par le laboratoire à l'aide de la Gene Xpert le résultat est transmis à l'agent de santé communautaire. Ce dernier, en collaboration avec la sage-femme, communique le résultat aux femmes de la communauté.

## POPULATION CIBLE DE L'ÉTUDE QUALITATIVE ET CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

### Population cible

Le recrutement de personnes pour les entretiens semi-structurés a été basé sur les critères suivants :

- Pour le personnel soignant :
  - Personnes adultes volontaires et ayant manifesté leur consentement éclairé.
  - Cadres dirigeants des centres de santé.
  - Médecins référents de la santé sexuelle et reproductive (SSR).
  - Agents de soins directement liés à la mise en place des soins CCU (infirmières, sage-femmes, médecins spécialistes, etc.).
  - Garder un équilibre entre hommes et femmes parmi les personnes qui seront interrogées.
- Pour les agents de santé communautaire :
  - Personnes adultes volontaires et ayant manifesté leur consentement éclairé.
  - Agent de santé communautaire ayant déjà mené des actions de prévention en SSR auprès de la population.
  - Garder un équilibre entre la diversité des parcours des agents de santé communautaire : personnes ayant beaucoup d'expérience ou au contraire ayant récemment commencé leurs activités dans ce rôle, etc.

La population cible est composée de médecins (2), sage-femmes (4), agents du laboratoire (2), agents de santé communautaire (2) et un membre du conseil d'administration (1).

La participation des enquêtés s'est faite sur le mode du volontariat, en respectant le consentement éclairé et en anonymisant le traitement des données et la production des résultats. Au total, 11 entretiens semi-directifs ont été réalisés et enregistrés.

<sup>3</sup> Les *woro woro* sont des taxis partagés qui sillonnent la ville d'Abidjan sur toutes ses communes

## Considérations éthiques

Les objectifs et la méthodologie de l'étude ont été validés par le Comité national de l'éthique et de la recherche de Côte d'Ivoire. Le consentement des participant·e·s ainsi que leur volonté de participer à l'étude ont été recueillis oralement avant le démarrage des entretiens. Au cours des entretiens il a été suggéré aux participant·e·s d'utiliser des pseudonymes au besoin.

## TECHNIQUES ET OUTILS DE COLLECTE

La collecte des données qualitatives s'est faite à travers des entretiens semi-structurés, des observations sur sites et au cours des sensibilisations par les agents de santé communautaire ainsi que grâce à des échanges informels qui ont nourri cette recherche.

### Observations directes

Les observations ont été faites essentiellement au CSU d'Assomin auprès des agent·e·s de santé communautaires la première semaine d'enquête. Le premier jour de terrain, l'investigatrice principale a été introduite par un membre du comité d'administration du CSU auprès de toutes les acteurs·trices impliqué·e·s dans la mise en œuvre du projet CCU et le Médecin chef du CSU. Pour éviter de se faire assimiler au corps médical durant l'enquête, l'investigatrice principale ne portait pas de blouse. La prise de notes a été réalisée immédiatement après les observations afin d'éviter l'étiquette « d'enquêtrice » auprès des personnes.

Avant la période d'observation, une grille d'observation a été établi. Toutefois, elle était actualisée en fonction des éléments nouveaux qui émergeaient du terrain. L'enquêtrice a pu participer à un compte rendu de retour de visite en communauté des agents de santé communautaire au centre de santé d'Assomin. Au cours de cette activité, chaque agent de santé communautaire relatait sa journée au sein de la communauté à l'agent de santé communautaire coach. Chaque agent de santé communautaire présentait les tâches effectuées (sensibilisation des femmes, collecte de prélèvements, dépôt des prélèvements, remise de résultats, etc.) lors de la visite et expliquait également les difficultés rencontrées

et solutions apportées. Les comptes rendus se font tous les jours. Lors de cette séance l'agent de santé communautaire coach enregistre, vérifie la date, le numéro, la qualité (présence de sang) de chaque prélèvement. Les agents de santé communautaire partagent également les temps forts de leurs journées puis ensemble, ils trouvent des solutions pour résoudre les difficultés rencontrées.

Au sein de l'HG d'Abobo, les observations se sont concentrées sur le lieu de dépistage et le circuit patiente mis en place au sein de la structure. Quand les femmes arrivent, elles sont installées sur des bancs dans une allée, et dans le hall devant la salle de tri du service de SSR de l'HG. Dans la salle de tri une équipe médicale composée des sages-femmes, infirmières et aides-soignantes prend leurs constantes (température, poids, tension) et fait un interrogatoire avant de les orienter vers les salles de consultation.

Le mercredi, jour dédié à l'activité CCU, les femmes de la communauté qui ont entendu parler du dépistable CCU viennent pour se faire dépister. Des femmes référées par le centre de santé sont également présentes pour une prise en charge adaptée à leurs besoins.

Pendant notre séjour dans le service, une des sages-femmes nous a invité à participer à une consultation d'une patiente incluse dans le projet CCU, afin d'observer cet échange.

### Entretiens individuels

L'entretien individuel est une technique qui a permis d'analyser, à partir du point de vue des personnes interrogées les représentations associées au CCU, au projet CCU, les facilitateurs et barrières à l'implémentation de cette stratégie innovante de dépistage que propose MdM.

La première semaine de terrain a été essentiellement consacrée à des échanges informels ; cette activité nous a permis de nous familiariser à la population cible et de connaître l'organisation du travail et le fonctionnement de l'équipe d'agents de santé communautaire et des sites de l'étude.

Au niveau du CSU d'Assomin les entretiens ont lieu dans des endroits différents en fonction de la disponibilité des bureaux ; ce sont : un bureau de médecin, le bureau du responsable administratif du centre et le bureau de la major du service de SSR.

À l'HG, les entretiens ont eu lieu dans le bureau d'un médecin. Les sage-femmes impliquées dans le projet nous ont présenté le circuit d'une patiente, et le dispositif de prise en charge des lésions pré-cancéreuses. Au cours de cette observation, nous avons rencontré une patiente venue en consultation à la suite de la découverte d'un cancer du col de l'utérus dépisté dans le cadre du projet.

Au laboratoire les entretiens ont eu lieu dans la salle de test des échantillons. Nous avons observé le dispositif d'analyse des échantillons prélevés auprès des femmes de la communauté.

À côté de cette collecte en présentiel, des compléments d'informations ont été recueillis via appels téléphoniques auprès de certains soignant-e-s. Le recueil par appels téléphoniques s'est fait de manière ponctuelle de février 2022 à juin 2022, selon les besoins nécessités par l'analyse. Les principaux des guides d'entretiens pour toute la population cible (soignant-e-s, agents de santé communautaire, laborantins, acteurs-trices politiques de santé) sont disponibles en annexes.

## DÉROULEMENT DE LA COLLECTE DE DONNÉES

### Période et lieu de collecte de données

La collecte de données s'est faite en deux phases de décembre 2021 à janvier 2022. Au total elle a duré 4 semaines. Les entretiens ont eu lieu dans différents sites (centre de santé urbain Assomin, HG et centre anti-tuberculeux d'Abobo (CAT)).

### Modalités de recrutement des personnes participantes

L'équipe de recherche s'est appuyée sur la qualité relationnelle entre MdM et les personnes ressources. MdM a ainsi constitué un bon relais pour faciliter l'accès aux acteurs de terrain. Ils nous ont accueillis comme chercheuse associée à MdM. Au centre de santé d'Assomin, la personne ressource et les participant-e-s au projet étaient très enclin-e-s à partager leurs expériences. Cette volonté était moins palpable dans les autres sites (CAT et HG d'Abobo). Cependant, aucun des participant-e-s n'a posé de réticence à s'exprimer dans le cadre de cette recherche.

Sur les différents sites, le recrutement s'est fait avec l'aide d'une personne ressource. La personne ressource avait été identifiée et mise en contact avec l'investigatrice principale par l'équipe opérationnelle de MdM travaillant sur le terrain dans le cadre du projet. Il s'agissait : d'un membre de l'administration de la structure de santé au centre d'Assomin ; d'une sage-femme impliquée dans le projet à l'HG d'Abobo ; d'un agent du laboratoire au CAT d'Abobo. Cette personne ressource a aidé à identifier les enquêté-e-s (sage-femmes, agents de santé communautaire, médecins, conseiller-e d'administration). Avant chaque entretien, l'enquêtrice principale s'est présentée comme une sociologue qui cherche à comprendre comment la mise en œuvre du projet s'est fait de façon pratique, à recueillir l'expérience projet de chaque acteur-trice.

## TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES DE L'ENQUÊTE

Tous les entretiens ont été enregistrés et retranscrits pour analyse. Les retranscriptions ont été relues (afin d'identifier les thèmes communs qui reviennent le plus souvent), puis un cahier de codification a été réalisé et appliqué à toutes les retranscriptions.

Les textes codifiés ont été ensuite extraits de chaque interview pour une analyse de façon manuelle. Le texte codifié a été revu notamment pour identifier des thèmes ou déterminants qui émergent le plus (les plus récurrents).

## LIMITATIONS

La principale limite de ce travail consiste en sa période de réalisation. En effet, les données ont été collectées au démarrage de la mise en œuvre du projet (entre décembre 2021 et janvier 2022, soit un mois après le commencement du projet) auprès des acteurs-trices des structures de santé impliquée-s.

De nombreux ajustement ont eu lieu au cours de la mise en œuvre du projet. Ainsi, les données exposées dans ce rapport ne reflètent pas la dynamique sur l'ensemble de la durée du projet de dépistage. Toutefois, elles permettent de

visibiliser les perceptions et pratiques des professionnel-le-s au commencement du projet, ce qui est rare dans les interventions en santé. Les données issues de cette étude mettent aussi en lumière les changements initiaux qui ont façonné la suite de la mise en œuvre. Cela permettra d'affiner l'implémentation du projet dans d'autres centres de santé en cas d'extension du dispositif de dépistage à d'autres sites.

Une autre limite de cette étude est la disponibilité des acteurs-trices de terrain pour la réalisation des entretiens. Les entretiens se déroulant sur leur lieu et temps de travail, les rencontres ont souvent dû être écourtées en raison d'obligations professionnelles, ce qui a limité les temps d'interaction au cours de l'enquête de terrain et l'approfondissement de certains entretiens qualitatifs.

Aussi, l'enquête de terrain était restreinte dans le temps d'une part, ce qui n'a pas permis d'arriver au point de saturation des données (une dizaine d'entretiens a été réalisée<sup>4</sup>), et en termes de population d'étude puisqu'elle était ciblée sur les professionnel-le-s soignant-e-s et agent-e-s de santé communautaire impliqué-e-s dans le projet. Les femmes, bénéficiaires de l'intervention, n'ont donc pas pu composer cette recherche exploratoire.

4 Le membre du conseil d'administration interrogé dans le cadre de la recherche était nouvellement en fonction et ne disposait que de peu d'information à propos du projet CCU et de son implémentation. De fait, cet entretien n'est pas exploité dans la présentation qui suit.



# RÉSULTATS

## DESCRIPTION DE L'OFFRE EXISTANTE DE SOINS EN SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE (SSR) DANS LES SITES DE L'ÉTUDE

### Les soins en SSR proposés en routine dans les sites de l'étude

Les composantes de l'offre de soins au niveau du centre de santé d'Assomin et de l'HG d'Abobo sont la prévention, le dépistage, le traitement, conseil et suivi des IST, VIH ainsi que la planification familiale, le suivi des grossesses et les accouchements.

“ L'offre (de soins), bon on reçoit toutes les jeunes hein, mêmes les jeunes garçons, les élèves, on les reçoit ici. D'autres viennent pour leurs problèmes; d'autres mêmes, elles sont déjà enceintes, on fait leurs suivis; il y a d'autres aussi qui viennent par rapport aux méthodes de contraception; il y a d'autres aussi qui viennent pour se renseigner. Donc c'est l'offre (de soins) qu'on leur donne qui est là. »

— Sage-femme

“ Ici, la santé de la mère et de l'enfant, il y a les accouchements qui sont faits, il y a les soins curatifs, il y a aussi les soins du nouveau-né, il y a les soins de l'enfant malade; il y a tout cela, il y a aussi la vaccination qui est là. »

— Sage-femme

“ (...) La prévention? Surtout on fait les consultations prénatales..., on fait le dépistage de certaines pathologies comme le VIH, le diabète, l'hypertension artérielle, on fait également le dépistage du cancer du col de l'utérus; on fait la CPN pendant les consultations prénatales, on met l'accent surtout sur la prévention de certaines maladies comme le paludisme, et puis, également on fait la prophylaxie antianémique pour éviter que les femmes soient anémiées pendant la grossesse. Et puis

*on donne les conseils nutritionnels aux femmes enceintes et puis, aux femmes en âge de procréer. On fait également la planification familiale. Au niveau curatif, c'est que toutes les femmes qui viennent, si elles sont enceintes ou pas; si elles ont des pathologies, on traite tout ce qui est pathologie que ce soit chez la femme enceinte, que ce soit chez la femme non enceinte. Il y a des femmes qui viennent pour par exemple des douleurs pelviennes. C'est vrai qu'elles ne sont pas enceintes mais elles ont des problèmes au niveau des seins, elles ont des problèmes au niveau de truc... Donc, c'est ce genre de patientes qu'on reçoit, tout est en curatif. Et puis, également il y a un service de maternité où on fait les accouchements et puis, il y a un service de suite de couche où on hospitalise aussi les femmes après l'accouchement. »*

— Médecin

Toutes les catégories sociales (jeunes filles et garçons, femmes et hommes) de la communauté ont droit à l'offre en SSR de routine. Le personnel soignant rencontré dans le cadre de l'étude a insisté sur l'ouverture de l'offre de soins à tous les publics, de la communauté en accentuant le recours au centre de santé par les femmes indépendamment de leur âge. Seulement la durée de notre étude sur le terrain ne permet pas de confirmer par observation l'utilisation de cette offre de soin par ces populations. Les catégories qui fréquentent le plus le centre d'Assomin pour des soins en SSR sont les jeunes filles et les femmes. Généralement, elles viennent au centre parce qu'elles ont eu des rapports sexuels non protégés. Elles s'y rendent pour se rassurer quant aux risques de contracter le VIH/sida ou une grossesse non désirée :

“ Il y a plusieurs femmes, jeunes filles, quand elles viennent, elles te disent que j'ai eu les rapports hier, je ne me suis pas préservée; est-ce que je ne vais pas avoir le VIH/SIDA? Hier, c'était bien? Est-ce que je ne serai pas enceinte? C'est en fonction de son problème qu'elle pose qu'on trouve les solutions et puis,

*on fait une prise en charge. Une jeune fille comme ça qui ne souhaite pas, est tombée enceinte que j'ai vu qu'elle est soit dans sa bonne période où elles disent que c'est une mauvaise période mais c'est la bonne période d'ovulation ; on fait une prise en charge immédiate, on voit si ça ne dépasse pas les 72 heures, on leur fait une prise en charge et puis, on leur donne des conseils »*

— Sage-femme

### Une expérience préalable de dépistage du CCU à l'HG d'Abobo

Le dépistage du CCU se faisait bien avant le projet CCU au niveau de l'HG d'Abobo par les sage-femmes et les gynécologues. Ils disposaient de l'IVA et du traitement des lésions par la cryothérapie dans le cadre de la mise en place de centres de dépistage du CCU en Côte d'Ivoire par Jhpiego, en collaboration avec le PNLCa, depuis 2009. Le site de dépistage à l'HG d'Abobo est effectif depuis 2010. Le projet porté par Jhpiego avait pour objectif la mise en place du dépistage du CCU par IVA et traitement de lésions précancéreuses par cryothérapie en routine et de façon pérenne dans cet établissement de santé. Les sage-femmes et gynécologues étaient donc déjà formé·e·s en majorité. Cependant, le manque de gaz a pu créer des ruptures de l'activité durant des périodes plus ou moins longues. Ce fût notamment le cas entre novembre 2021 et janvier 2022, durant l'implémentation du présent projet. Ces dysfonctionnements des unités de dépistage du CCU sont fréquents à Abidjan et contribuent à une difficile accessibilité au dépistage précoce et au traitement des lésions précancéreuses (Boni *et al.* 2023). Pour les sage-femmes de l'HG d'Abobo, le projet CCU a permis de reprendre l'activité de dépistage, en apportant une nouvelle pratique (le test HPV) tout en remobilisant leurs acquis sur le dépistage par IVA, activité pour laquelle elles avaient déjà été formées.

### Le dépistage du CCU inexistant en amont du projet au centre de santé d'Assomin

L'offre de soins concernant le CCU était inexistante avant la mise en place du présent projet au centre de santé d'Assomin. Avec le projet, le centre dispose maintenant des techniques de dépistage par HPV et par IVA ainsi que la thermo-coagulation pour le traitement des lésions précancéreuses.

“ *Maintenant à Assomin, avec le projet, on le fait ; on fait la prévention, le dépistage et puis, la prise en charge des lésions précancéreuses. »*

— Médecin

### Le personnel soignant impliqué dans le projet CCU dans les sites de l'étude

Au CSU d'Assomin et à l'HG d'Abobo, ce sont les sage-femmes et les gynécologues qui font le dépistage du CCU.

“ *(...) dans les centres de santé, les gens venaient se faire dépister et là le dépistage se faisait par un prestataire ; ça peut être par un agent de santé, par une sage-femme. »*

— Agent de santé communautaire

## REPRÉSENTATIONS ET CONNAISSANCES ASSOCIÉES AU CANCER DE COL DE L'UTÉRUS (CCU) PAR LES SOIGNANT·E·S

### Les professionnel·le·s de santé et les agents de santé communautaire perçoivent une méconnaissance de la population sur le CCU :

En effet les différentes observations et entretiens menés dans le cadre de cette recherche montrent que les soignant·e·s et les agents de santé communautaire identifient un manque d'informations autour du CCU, de son dépistage, de ses possibilités de traitements, etc. au sein des personnes de la communauté. Les agents de santé communautaire rapportaient ce manque

d'information notamment lors des séances de compte rendu.

“ Il faudrait que des personnes s'approchent d'elles pour dire vraiment, ce n'est pas un sujet tabou, parler de votre partie intime, ce n'est pas un sujet tabou ; mais il faut se faire contrôler de façon quotidienne. Donc ici, je sais que c'est un mal vraiment, c'est un mal qui sévit actuellement mais il faut véritablement sensibiliser les femmes, les parents, les mamans parce qu'elles n'ont pas d'informations, c'est le souci... (...) La population est ignorante en la matière, la population est assez ignorante dans ce domaine. »

— Agent de santé communautaire

Les professionnel·le·s impliqué·e·s dans le projet font ainsi part de « l'ignorance » de la population à propos du cancer du col de l'utérus, d'autant que l'organe concerné est socialement considéré comme un sujet « tabou » et « intime », ce qui représente un frein au dépistage (cf. p. 20).

### Le CCU, une maladie sournoise

Les discours des agents de santé communautaire et des sage-femmes rencontré·e·s au cours de l'étude montrent que leurs perceptions sont similaires à ce qu'ils perçoivent des représentations des femmes de la communauté. Le CCU est considéré comme une maladie sournoise qui attaque les femmes au niveau de leurs parties intimes.

“ (...) on sait que c'est une maladie qui est sournoise. (...) cette maladie attaque les femmes au niveau de leurs parties intimes, nos parents n'en parlent pas et c'est grave. Et donc il y a beaucoup, franchement qui sont confrontés à ce mal là et qui n'osent pas en parler. »

— Agent de santé communautaire

Le CCU est représenté comme une maladie silencieuse, grave et tabou au sein de la population dans les propos des personnes interrogées. Les professionnel·le·s témoignent ainsi d'une cohabitation des registres représentationnels de la maladie cancéreuse. En effet, si leur formation leur a permis d'acquérir des connaissances

médicales et pratiques face au cancer du col de l'utérus, les représentations socio-culturelles de la maladie à l'échelle locale sont aussi prégnantes dans leurs discours. Cette cohabitation de différents registres dans les manières de penser et de faire avec la maladie est fortement présente en contexte ouest-africain (Gruénais 1999 ; Gobatto et Lafaye 2005 ; Nédélec 2022).

## FACILITATEURS ET FACTEURS D'ADHÉSION PERÇUS PAR LES PROFESSIONNEL·LE·S IMPLIQUÉ·ES DANS LE PROJET CCU

### La formation du personnel soignant dans le cadre du projet a permis une amélioration de leurs connaissances

Cette formation a amélioré le niveau de connaissance des causes (Papillomavirus Humain) et symptômes (douleurs pelviennes, saignements en dehors des règles) du CCU auprès des agents de santé et des agents de santé communautaire. Les professionnel·le·s sont dorénavant formé·e·s à la thermocoagulation, à l'IVA et au test HPV.

La majorité des acteurs·trices que nous avons rencontrée durant l'étude n'avait pas de connaissances sur le CCU au préalable avant le projet.

“ (...) là où j'ai reçu des informations sur le cancer du col de l'utérus même, c'est sur ce projet. J'ai reçu le maximum d'informations puisque je devais aller vers la communauté pour pouvoir en parler aux parents. Donc qu'on a reçu des entretiens avec des travailleurs de Médecins du monde ; donc ces derniers nous ont instruits sur ce qu'est le cancer du col de l'utérus (...) Ce que je sais, ce qui provoque cette maladie, c'est un virus ; et le virus est appelé HPV (Papillomavirus Humain). Le Papillomavirus Humain, c'est la cause principale. Mais la femme peut avoir ou bien l'homme peut avoir le virus ; mais sans le savoir puisque le virus même, il n'a pas de signes, il n'y a pas de symptômes liés à cela. »

— Agent de santé communautaire

La formation reçue par les professionnel-le-s de santé dans le cadre du projet a été identifiée comme effectuée par Médecins du Monde (MdM).

### Un bon accueil du projet estimé nécessaire par le personnel médical

Dans tous les sites participant à l'étude, le projet de dépistage du CCU a été bien accueilli par les professionnel-le-s. Il est considéré comme un outil pour améliorer la santé des femmes de la communauté.

«*Moi, je pense que c'est un projet qui est salulaire ; c'est projet qui est très salulaire ; il vient quand même rehausser un peu notre système de santé parce que comme je le dis, le cancer, ce n'est pas une bonne maladie.*»

— Laboratin

### Le personnel médical perçoit une bonne adhésion des femmes de la communauté envers le projet CCU

Selon les soignant-e-s rencontré-e-s, le projet est bien accueilli par les femmes de la communauté. La mobilisation des agents de santé communautaire sur le terrain est perçue positivement et suscite même une attente envers la possibilité de dépistage :

«*(...) qu'il y a d'autres femmes mêmes quand elles voient que les agents de santé communautaire ne sont pas encore passés dans leurs maisons, elles viennent même au centre pour dire ah, depuis là, on ne voit personne pour venir faire notre test, on sent qu'elles sont intéressées.*»

— Sage-femme

De plus, le personnel soignant perçoit une amélioration des connaissances relatives au CCU de la population, grâce au projet :

«*Aujourd'hui, au niveau de l'aire sanitaire d'Assomin, je ne vais pas dire partout mais dans 80 % des ménages aujourd'hui les gens ont déjà entendu parler du cancer du col de l'utérus. Donc ça, c'est déjà une bonne chose.*»

— Agent de santé communautaire

«*Maintenant déjà même dans la communauté, il y a eu une sensibilisation qui a été faite. Donc les jeunes filles de vingt-cinq (25) à vingt-neuf (29) ans, quand elles viennent, on leur propose l'IVA. Là, c'est l'IVA qu'on fait avec elles par rapport au projet. Maintenant celles qui ont trente (30) ans, en plus, on fait l'HPV. Donc il y a une sensibilisation qui est faite et depuis qu'elle est faite, en tout cas, elles viennent.*»

— Sage-femme

Selon le personnel soignant, le projet a permis aux femmes de la communauté de faire plus attention à leur santé sexuelle et reproductive, de libérer la parole et d'augmenter le recours aux soins en cas de problème gynécologique :

«*Je pense que ce projet est le bienvenu parce que vraiment depuis qu'on a commencé, il y a des cas, pas seulement cancer mais on sait que nos mamans souffrent, elles ont des problèmes qu'elles gardent ça pour elles-mêmes ; mais avec ce projet-là, elles s'ouvrent beaucoup ; d'autres mêmes viennent pour d'autres problèmes autres que le cancer. Donc c'est bienvenu ; le projet est venu pour sauver la population même.*»

— Sage-femme

Les femmes de la communauté adhèrent donc à l'activité et au projet. Cette adhésion est favorisée par la sensibilisation effectuée par les agents de santé communautaire, comme dit précédemment. D'autres facteurs participent à la bonne adhésion des femmes au projet : auto-prélèvement, prise en charge des lésions précancéreuses dans le centre de premier contact et gratuité du dispositif, sont autant de leviers importants.

D'après l'expérience des professionnel-le-s impliqué-e-s dans le projet, l'auto-prélèvement est bien perçu par les femmes de la communauté. Il permet de préserver l'intimité des femmes et de les rassurer en empêchant le contact entre leur nudité et les soignant-e-s.

«*À mon humble avis, c'est déjà bon ; à partir du moment où les femmes, elles n'aiment pas parler de leurs intimités aux gens et donc lui demander de faire le prélèvement d'elle-même, c'est déjà quelque chose de rassurant, c'est-à-dire qu'elle ne s'expose pas trop*»

— Agent de santé communautaire

La prise en charge des lésions précancéreuses dans le centre de premier contact évite aux femmes de la communauté de faire des dépenses en plus en termes de transport, de temps et d'énergie. De plus, la référence d'une femme à un centre de santé de niveau supérieur est souvent associée à l'idée de gravité, de complexité de la maladie ou de sa prise en charge; elle suscite donc de la peur chez la femme.

« C'est un gros point fort parce que les femmes viennent, il ne traite pas; on va te dire que tu as des lésions et puis, on te dit vas dans tel coin pour aller de faire soigner, la femme même, elle est anxieuse; mais quand tu dis vas dans tel coin, déjà même son cœur est mort. Donc déjà même qu'il y a le dispositif qui est là, c'est bon. Et quand elles viennent, c'est-à-dire que tu leur dis qu'il y a des lésions mais on va te traiter en une minute; il n'y a pas de problèmes, tu vois qu'elle est rassurée. »

— Sage-femme

### La gratuité du dispositif comme facteur d'adhésion

Quant à la gratuité du dispositif, elle constitue un facteur d'adhésion car elle favorise chez les femmes de la communauté un engouement pour les offres de dépistage et encourage ces dernières à se rendre au centre de santé pour demander des SSR. La gratuité du dispositif à impact positive sur la fréquentation et la demande des services de SSR du centre de santé :

« (...) actuellement, le volet gratuité est très bon pour les femmes parce qu'il y a d'autres mêmes quand elles voient que les ASC ne sont pas encore passés dans leurs maisons, elles viennent même au centre pour dire ah, depuis là, on ne voit personne pour venir faire notre test, on sent qu'elles sont intéressées. » (Sage-femme)

La gratuité des soins de santé peut jouer un rôle crucial en facilitant l'accès aux services de santé et aux traitements (Taverne 2005; Desclaux et al. 2014), même si des contraintes et contradictions quant aux systèmes de santé publique proposant l'exemption de paiement ont pu être mises au jour par la littérature en contexte ouest-africain (Ridde 2011, 2018; Touré 2012). L'introduction de la gratuité dans les soins tend cependant à réduire les inégalités de santé, présentes également dans les pays à revenus élevés (Fassin et al. 2010; Castry et al. 2019; Jusot et al. 2019). À Abidjan, la gratuité

du dispositif du projet CCU permet d'améliorer son accessibilité. En éliminant la discrimination financière, les femmes de la communauté ont une probabilité plus élevée de participer au dépistage et à la recherche des soins de santé préventifs et curatifs, contribuant ainsi à une meilleure santé globale.

## BARRIÈRES ET FREINS DE L'INTÉGRATION ET L'IMPLÉMENTATION D'UNE STRATÉGIE INNOVANTE DE DÉPISTAGE DU CCU

### Le projet CCU est perçu par les soignant-e-s et agents de santé communautaire comme un projet à l'initiative de Médecins du Monde

En dépit de l'implication des institutions nationales, co-porteuses du projet CCU, aucune partie nationale ni volonté étatique ne sont associées au projet CCU par les soignant-e-s et agents de santé communautaires rencontré-e-s sur tous les différents sites. Dans l'entendement des soignant-e-s et des agents de santé communautaire, le projet est porté par Médecins du Monde. La co-construction effective du projet avec le PNLCA ne transparait pas dans les discours et les représentations des enquêté-e-s. Le projet est identifié comme étant un « projet MdM » et non comme un projet initié également par le Ministère de la Santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle, ni le PNLCA. Le fait que la formation reçue par les soignant-e-s au début du projet ait été assimilée à une formation MdM participe également à l'identification du projet en tant que projet de l'ONG. En effet, les soignant-e-s rencontré-e-s dans le cadre de cette étude n'avaient pas reçu de formation initiale sur le dépistage et le traitement du CCU au cours de leur cursus d'étude.

Les soignant-e-s impliqué-e-s dans le projet ne relèvent pas sa part étatique et institutionnelle :

« (...) Maintenant concernant le CCU puisque c'est un projet venant d'une ONG, dite Médecins du Monde qui vient par son appui nous aider parce que vu l'ampleur, parce qu'aujourd'hui là, de nos jours pour quelqu'un qui a cette maladie-là, c'est vrai qu'aujourd'hui, le minimum, il faut avoir au moins, au moins pour se soigner au moins

*50.000 Francs. (...) Donc aujourd'hui avec l'appui des Médecins du Monde qui viennent sur le choix de cette commune, dire à Abobo, plus précisément à Assomin comme projet pilote pour venir nous aider. Sinon sur toute l'étendue du territoire national, ça existe, mais c'est payant. Mais aujourd'hui les Médecins du Monde ont voulu bien nous aider, c'est pourquoi ils ont choisi cette commune, plus précisément à Assomin pour venir nous aider dans ce domaine-là.»*

— *Agent de santé communautaire*

Cette représentation du projet comme dépendant exclusivement de l'intervention d'une ONG, participe à la crainte des soignant-e-s d'un manque de pérennisation de l'activité de dépistage et entraîne un manque de confiance dans la longévité et l'efficacité des actions. En effet, il y a une mécompréhension sur le fait qu'il s'agisse d'un projet pilote (cf. p. 29). Pour MdM, le terme de « projet pilote » signifie le fait de mettre en application un projet à des visées de démonstration et de mise à l'échelle, en fonction des résultats du projet pilote. MdM a rappelé, au cours d'échanges avec l'équipe de recherche lors de l'intervention, que la prétention de pérennisation par une mise à l'échelle dépendait donc des résultats obtenus à l'issue du projet et surtout de l'appropriation par les structures locales et le Ministère de la Santé du dépistage et du traitement des lésions précancéreuses en routine. Les professionnel-le-s perçoivent une importante charge de travail liée au projet.

L'activité de dépistage CCU est considérée par les soignant-e-s comme une activité supplémentaire et ponctuelle de MdM par rapport aux activités habituelles de santé sexuelle reproductive sur lesquelles l'ONG se positionne en RCI.

Dans les discours des agents de santé communautaire comme des soignant-e-s, la charge de travail représentée par le projet intervient comme un frein à son bon déroulement.

Pour les agents de santé communautaire le temps passé à persuader les publics des cours communes de l'intérêt et de l'efficacité du projet est important. Du fait de la méconnaissance du CCU dans la population générale, le temps d'information et de persuasion du bienfondé du projet semble chronophage. Cela réduit l'ampleur du porte-à-porte et de fait le nombre de femme touchées.

“ (...) il faut reconnaître que le métier d'agent de santé communautaire, quand tu vas, en tout cas quand tu t'approches des communautés, on parle assez, surtout pour un projet comme celui-ci. »

— *Agent de santé communautaire*

Aussi le côté intime de l'organe génital concerné par le discours des agents de santé communautaire accentue les difficultés à communiquer aisément sur un sujet socialement perçu comme tabou. Le fait que les agents de santé communautaire soient majoritairement des hommes dans le cas du projet a mis en évidence cette dimension du rapport de genre.

Les soignant-e-s rencontré-e-s ne perçoivent pas la volonté de l'État d'ajouter l'activité de dépistage du CCU en routine dans des centres de santé, au même titre par exemple que les soins de santé prénatale, les services gynécologiques, la prise en charge du VIH, etc. De plus, il ne s'agit pas d'une directive nationale appliquée dans tous les centres de santé, ce qui particularise encore plus le projet et renforce sa non-identification à une action gouvernementale. Ainsi, le projet n'est pas perçu par les soignant-e-s comme implantant une activité supplémentaire dans le paquet de leurs activités habituelles, proposées en routine, dans les centres de santé participants à l'étude. Le dépistage du CCU n'est donc pas perçu comme un élargissement du paquet d'activités de l'offre de soin de routine de ces centres, à maintenir sur le long terme.

Pour les soignant-e-s, les activités du projets s'ajoutent à leurs activités habituelles, ce qui entraîne une charge supplémentaire de travail :

“ (...) tout le monde travaille (...) avec le nouveau service, ça fatigue un peu les sage-femmes. CCU, c'est un nouveau service pour nous. Donc ce qui fait que le programme n'arrange pas trop »

— *Sage-femme*

La mise en place du projet engendre des problématiques quotidiennes de gestion opérationnelle du projet : il y a une difficile conciliation temporelle et organisationnelle entre les activités de routine à mener et celles en supplément, liées au projet.



Au niveau de l'organisation de travail des sage-femmes à Assomin, plus de deux mois après le lancement des activités CCU, plusieurs plannings ont été proposés mais difficilement applicables. Plusieurs fois par mois les soignant·e·s ont dû réajuster les plannings afin de trouver une organisation qui permette la poursuite des activités de dépistage du CCU tout en maintenant l'offre de soin de routine. Bien que faisant partie des prérogatives nationales, le CCU (dépistage, traitement, etc.) est absent de la plupart des activités des centres de santé de proximité sur le territoire ivoirien. C'est pourquoi, la mise en œuvre du projet et l'implantation des activités CCU sont autant associées à une nouveauté chronophage par le personnel soignant. La partie administrative du projet (fiche de suivi, registre, etc.) ralentit d'autant plus son déroulement au niveau des soignant·e·s. Le projet CCU entraîne un surcroît administratif qui n'était pas usuel avant sa mise en place. Pour les sage-femmes rencontrées, cela contribue à une charge de travail accrue par le projet, en effectuant un travail administratif sur des temps de soins.

Aussi, l'implantation du projet au CSU d'Assomin a réduit le nombre de jours de repos possibles, au regard de leurs plannings initiaux, pour les sage-femmes (de 3 à 2 jours par semaine), ce qui est difficilement vécu par ces dernières :

« (...) tu peux ne pas être de service mais tu viens faire l'activité du cancer col de l'utérus. (...) comme je le disais, on a trois (03) jours de repos ; mais dans les trois (03) de repos, on te programme pour un jour pour pouvoir faire l'activité. »

— Sage-femme

### L'absence d'intéressement financier à l'endroit des sage-femmes

L'identification du projet comme étant un projet MdM, le fait qu'il s'ajoute à l'offre de soin de routine, et l'augmentation de la charge de travail qu'il engendre suscite une volonté de rémunération supplémentaire de la part des sage-femmes.

En effet, elles expriment un sentiment de frustration très perceptible au regard de leur implication dans le projet. De plus, il y a un sentiment d'iniquité par rapport aux agents de santé communautaire, rémunéré·e·s dans le cadre du projet alors qu'elles ne le sont pas. Étant donné qu'elles se perçoivent comme travaillant sur un

projet annexe et non composant leurs activités de soins habituelles, il y a une incompréhension face à leur absence de rémunération. Ce sentiment de frustration entraîne un frein de leur motivation à faire perdurer l'activité.

« (...) Et depuis ça chuchote dans les oreilles, ah, la sage, ce projet-là, c'est gratuit ; on va faire ça gratuitement ; tu vois non. Donc c'est un peu difficile. (...) Donc amélioration aussi, s'ils pouvaient intéresser les sage-femmes parce qu'on dit que les agents de santé communautaire sont intéressés parce que comme ils sont volontaires, on les intéresse. Voilà. Maintenant les sage-femmes, on dit non comme elles sont du centre, elles travaillent déjà ; on ne les intéresse pas. Donc si on pouvait améliorer aussi ce côté. »

— Sage-femme

### Les difficultés des sage-femmes face à l'IVA et à la thermocoagulation au CSU d'Assomin, en début de projet

Les sage-femmes ont exprimé leurs craintes et difficultés au cours de la procédure d'IVA et de la manipulation de l'appareil de thermocoagulation lors des observations sur le terrain, en dépit de la formation reçue à cet effet en début de projet. Ces craintes et difficultés sont dues en partie au fait que cet appareil était perçu comme une nouvelle technologie et à la difficulté de lecture de l'IVA, considérée comme une tâche peu aisée. Les sage-femmes rencontrées ont fait part d'un manque de pratique durant la formation, qui engendrait leurs hésitations à la lecture de l'IVA puis à la réalisation des thermocoagulations.

Le plus souvent, elles avaient besoin de se faire assister par des collègues afin de vérifier la procédure, le besoin de traitement ou non des lésions le cas échéant et la bonne réalisation du traitement, sources de craintes. Cela décuplait la mobilisation de ressources humaines et le temps imparti à cette activité.

« Souvent, il y a un accouchement, l'autre, elle est en train de faire l'accouchement ; l'autre, elle est seule ici ; quand elle voit qu'elle n'arrive pas à bien faire la lecture de l'IVA, elle est obligée d'appeler l'autre pour dire, viens m'aider ; on a vu que c'est compliqué. »

— Sage-femme

« (...) il y a certaines personnes qui n'arrivaient pas quand même à faire la lecture, si c'est un col à problème ou bien si c'est un col sain (...) Il y a certaines personnes qui n'arrivent pas à savoir si c'est un col sain ou bien si c'est un col suspect. Donc je pense que la suggestion que le médecin avait fait ce jour-là, il a dit qu'on ne travaille pas seule ; il faudrait que les sage-femmes travaillent à deux pour faire le dépistage ; et là, quand deux quand même voient, on ne peut pas voir la même chose nous deux ; si toi, tu vois mal, moi, je peux bien voir ; il faudrait que celles qui maîtrisent la lecture puissent coacher celles qui ne maîtrisent pas. »

— Sage-femme

### Une perception biaisée du projet

Certaines des personnes interrogées au cours de l'étude ont montré une perception du projet où il y avait une confusion entre « cancer du col de l'utérus » et « dépistage et traitement des lésions précancéreuses ». Cela met en lumière un malentendu en termes de connaissance du développement du CCU et de sa prévention par le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses. Le projet CCU a pu être identifié comme un projet portant sur le cancer du col pour des femmes déjà atteintes d'un CCU et non comme un projet de dépistage du CCU en population générale, afin d'éviter le risque de CCU avéré ensuite :

« Si aujourd'hui Médecins du Monde vient en appui à certaines femmes qui sont porteuses de ce cancer-là et qui ne peuvent pas se faire traiter, se faire soigner et que Médecins du Monde vient les traiter, les soigner ; en tout cas, c'est vraiment un grand ouf de soulagement. Donc vraiment je salue même l'arrivée de ce projet. »

— Laborantin

### La non-adhésion des femmes au projet CCU, en raison de craintes suscitées par le CCU et le projet

D'après les acteurs-trices de terrain, la méconnaissance du CCU par les femmes de la communauté est un premier frein à leur adhésion au dépistage :

« (...) parce que les gens n'ont pas d'informations sur le cancer du col de l'utérus, ça c'est un. »

— Agent de santé communautaire

Au-delà de la méconnaissance, il faut noter que ce qui concerne la sexualité ou l'intimité des femmes à propos de leurs parties génitales sont des sujets tabous en contexte ouest-africains (Brou et Ferry 2008 ; Proulx-Boucher 2008 ; Kacou 2018 ; Laborde-Balen et al. 2023).

Dans le cas du cancer du col de l'utérus, la notion de tabou peut être renforcée par le fait que la maladie provienne d'une infection sexuellement transmissible (le HPV), dans un contexte local prédominé par la présence du VIH et des multiples stigmatisations qui y prennent place (Vidal 1996 ; Ouattara et al. 2004 ; Aransiola et al. 2014 ; Inghels et al. 2022 ; Tchéssou et al. 2023). De plus, la maladie cancéreuse touche ici des organes génitaux, sexuels et sexués associés au genre féminin, ce qui accentue la crainte d'une stigmatisation (Nédélec 2023). La crainte d'être stigmatisée suite à un diagnostic positif est présente d'après les observations réalisées sur le terrain et les témoignages des professionnel-le-s. Ceci serait également un frein à l'adhésion des femmes. Comme la note de terrain ci-dessous le montre, la stigmatisation est prégnante à propos du CCU en contexte ivoirien :

« Avant de rencontrer la sage-femme ce jour à l'HG, une patiente est restée plus de 2 heures d'attente sur un banc dans une allée du service avant que la sage-femme soit disponible et trouve un bureau libre pour la recevoir. La patiente est une dame visiblement âgée de plus de 50 ans qui a été diagnostiquée par le biais du projet CCU. Après le diagnostic, elle a été référée à l'HG. Cette dame vit chez un membre de sa famille à Abobo. Elle souffre d'isolement de la part de son entourage depuis qu'elle a partagé son statut de personne atteinte d'un cancer du col de l'utérus. La patiente a remarqué que son entourage la mettait à l'écart ou l'abandonnait toute la



*journee seule, sans même qu'elle puisse partager les repas de la journée, depuis l'annonce de la maladie. Cette situation a une influence négative sur son état de santé physique et moral. Le jour où je la rencontre à l'HG, elle vient voir la sage-femme K. pour lui faire part de ce vécu et lui manifester le désir de retourner à Gagnoa où elle vit, afin de ne plus subir l'isolement de la part de ses proches. La sage-femme K. échange avec elle à propos de l'organisation de sa prise en charge et essaye de la convaincre de poursuivre le traitement.»*

— Observation de terrain, 19 Janvier 2022, HG d'Abobo

Cette question de la prégnance de la stigmatisation face aux cancers féminins (notamment du sein et du col de l'utérus) a déjà pu être évoquée dans de précédents travaux en contexte ivoirien (Banga 2019; Nédélec 2023).

Selon certains professionnel-le-s rencontrés au cours de la recherche, l'appartenance religieuse peut aussi être un frein à l'acceptabilité du dépistage et à la participation des femmes. La religion musulmane est particulièrement mise en avant, puisque le dévoilement de l'intimité à une autre personne que l'époux y est proscrit, d'autant plus sans l'approbation de ce dernier.

“ Par difficultés, je pense qu'il y a la religion. Quand je parle de la religion, je parle plus de nos parents musulmans parce que le monsieur te dit non ma femme n'a rien parce que ce qu'il se dit quoi ; en dehors de lui, personne ne va regarder sa femme ; quand elle est enceinte, là, il est obligé de céder ; quand elle est en travail, il est obligé de céder ; mais après ça, il se dit quoi, personne ne va regarder sa femme. Donc c'est un peu compliqué de convaincre ce genre de personnes là de venir se faire dépister. »

— Sage-femme

De plus, le manque de moyen financier pour pouvoir se prendre en charge en cas de maladie effraie les femmes. Bien que les soins à la suite de ce dépistage soient gratuits en cas de maladie, un manque de communication et de confiance des femmes envers cet appui se fait ressentir selon les professionnel-le-s de santé :

“ Il y a le problème de moyens aussi parce qu'en tant qu'agent de santé communautaire, c'est vrai que quand on commence à parler, il y a des mamans qui disent moi, je n'ai pas cinq francs, je n'ai pas d'argent ; vous allez me mettre dans votre affaire-là et puis arriver à un certain niveau, vous allez me dire de payer ; je n'ai pas d'argent. »

— Agent de santé communautaire

Aussi, les professionnel-le-s relèvent une perception négative du matériel utilisé pour l'auto-prélèvement de la part de certaines femmes et de leur entourage (manque de confiance en l'efficacité, crainte d'un matériel de mauvaise qualité et d'un mauvais usage) :

“ Donc selon moi, c'est un dispositif qui est bon, qu'il faut accompagner, qu'il faut soutenir mais en sensibilisant au maximum les femmes là-dessus. Il faudrait que les femmes aient cette information d'abord ; une fois qu'elles sont informées ; elles savent qu'il y a un agent de santé qui viendra chez moi et voici ce que je vais faire ; et elle doit être rassurée que l'écouvillon n'est pas intoxiqué, n'ait pas de problèmes, il n'y a aucun souci parce que je me rappelle une fois que je suis passé dans un ménage, l'on me disait comme cela ; mais qu'est-ce qui prouve ce que vous avez là même, l'écouvillon que vous allez remettre à la dame ; qu'est-ce qui prouve que ça ne peut pas être source de maladie ? C'est une question, mais la question me transcende, il faut le dire. Mais on va chercher à se défendre sur le terrain, on est là pour ça. Normalement, l'information qu'on a reçue, l'écouvillon est stérilisé ; c'est ce que nous avons reçu mais lui, il dit qu'est-ce qui prouve que c'est véritablement stérilisé ? Donc vous voyez que ça devient aussi compliqué. »

— Agent de santé communautaire

Il a été également relevé par les professionnel-le-s qu'une partie de la population à laquelle le dépistage a été proposé n'apporte pas de crédit à l'activité :

“ Donc les gens se disent que ce n'est pas du concret, c'est ce que certaines personnes se disent. Donc ces personnes ne nous apportent pas du crédit. »

— Agent de santé communautaire

D'après les professionnel-le-s, ce manque de considération et de confiance envers le projet est dû à certaines expériences négatives que les femmes ont pu avoir avec d'autres projets de développement ou de promesses électorales, notamment. Il n'y a pas de distinction faite entre ce projet par rapport à d'autres (portant sur la santé, la voirie, l'électricité, autonomisation de la femme, etc.) n'ayant pas aboutis.

Les personnes ayant participé à cette étude citent également le caractère géographiquement ciblé du projet, qui entrainerait également un manque de confiance de la part de certaines femmes de la communauté. Le présent projet CCU, contrairement à d'autres activités de prévention contre certaines pathologies (telles que le vaccin HPV, le vaccin contre la poliomyélite, la distribution de moustiquaire imprégnée, etc.) qui se font à l'échelle nationale, ou du moins, municipale, serait considéré comme trop localisé. Le fait qu'il ne soit pas déployé à une plus large échelle (municipale, régionale voire nationale) engendre une réserve, voire un refus chez certaines femmes de la communauté, par manque de confiance. En effet, selon les agents de santé communautaire avec qui nous avons échangé, les femmes ont peur que les activités dont iels parlent ne soient pas effectives, car ces activités se font uniquement dans leur localité.

En outre, la médiatisation du projet à ses débuts a été jugée insuffisante par certains membres de la communauté et professionnel-le-s, ce qui peut contribuer à un manque d'adhésion. MdM a mobilisé les radios locales de la commune d'Aobo, à partir du début du projet. MdM a missionné trois radios différentes : Radio Aobo FM (270 spots), Radio AL HIKMAH (270 spots) et la Radio Arc-en-ciel (183 spots). Au total, ce sont 723 spots d'informations sur le projet qui ont été diffusés durant une période de 13 mois, entre juin 2021 et juillet 2022. Il y avait donc déjà six mois de diffusion de spots radiophoniques avant le début de cette enquête qualitative. Pourtant, les soignant-e-s ont identifié une insuffisance de communication et de médiatisation du projet.

La communication par radio, en amont du projet, pour sensibiliser à la venue prochaine de l'intervention semble manquer, d'après les personnes interrogées. Elles estimaient que le message ne s'était pas suffisamment répandu au sein de la population cible, qui leur faisait remonter ce manque d'informations. Aussi, les professionnel-le-s ont fait part d'un manque de

médiatisation à l'échelle nationale. Bien qu'il s'agisse d'un projet local, iels estiment qu'une médiatisation par des médias nationaux aurait pu permettre une augmentation de la confiance des femmes de la communauté envers le projet. La mobilisation massive des médias, notamment de la télévision et des radios, aurait été souhaitable, car il s'agit des médias privilégiés par la communauté.

“ Et puis, de deux, c'est un projet qui n'est pas national, c'est-à-dire qu'on n'en parle pas à la télévision ; c'est vrai que les gens en parlent mais ils n'ont pas parlé de ça à la télévision pour dire que des agents vont venir chez vous, vous parlez du cancer du col de l'utérus et puis, vous allez faire vos prélèvements de vous-mêmes ; il n'y a pas eu de sensibilisation ; non, ce n'est pas national ; et puis, ça se déroule seulement sur l'aire sanitaire d'Assomin »

— Agents de santé communautaire

## FACTEURS AMBIVALENTS FACE À L'ADHÉSION AU PROJET

Certains facteurs identifiés au cours de la mise en œuvre en début de projet montrent qu'il peut s'agir à la fois d'un facilitateur du projet comme d'un frein, selon le contexte.

### La possibilité de traitement des lésions précancéreuses dans les centres de santé de proximité

Les professionnel-le-s relèvent l'importance de pouvoir dépister et traiter les femmes en un même lieu et dans le même temps. Cette possibilité permet un gain de temps pour les femmes, et est aussi rassurante puisque le contexte de traitement et le même que celui du dépistage.

“ Et puis, comme point fort aussi, on a l'appareil qui est là, c'est-à-dire que même si on a fait l'IVA que c'est positif, on peut traiter. »

— Sage-femme

L'expérience de terrain des membres du projet montre cependant que le déplacement des femmes vers les centres de santé n'est pas toujours réalisable (coût de transport, temps de transport, disponibilité, etc.). Ces difficultés

peuvent contribuer au phénomène des perdues de vue<sup>5</sup>.

### L'implication des conjoints

Les professionnel-le-s rencontré-e-s dans le cadre de l'étude constatent que l'implication des conjoints augmente et facilite la participation des femmes au dépistage du CCU. Cette implication se traduit par l'accompagnement des femmes sur les sites de dépistage, une aide aux déplacements, leur soutien au cours de la procédure.

« Et puis, on a les partenaires, les hommes mêmes sont sensibilisés et puis, ils accompagnent même leurs femmes à venir ici aussi ; ça, ce sont les points forts. »

— Sage-femme

Cependant, cette implication est loin d'être systématique et les membres du projet CCU ont également rapporté que le positionnement des conjoints pouvait être un frein au bon déroulement de la chaîne de dépistage et de traitement lorsqu'ils s'y opposent. Cela permet d'entraîner un manque de sensibilisation effective auprès des hommes de la communauté afin d'obtenir leur positionnement en faveur du projet et de la prévention de la santé des femmes. Ceci illustre le manque de pouvoir de décision des femmes sur leur santé, y compris sexuelle et les enjeux de normes de genre qui sont à l'œuvre dans les décisions de santé, ce qui a été notamment mis en exergue concernant les (non-)choix contraceptifs en contexte africains (Bogale *et al.* 2011 ; Nouhou 2016 ; Coulibaly *et al.* 2020).

### La structuration de l'habitat

Les habitats appelés généralement « cour commune » sont considérés selon les agents de santé communautaire en charge de la sensibilisation comme une difficulté potentielle. En effet, il a été constaté que, dans ce cas de figure, l'entourage directe de la femme a une influence sur la prise de décision. L'adhésion au dépistage, à l'auto-prélèvement va dépendre du choix du leader de la cour. Cela met en évidence la question des

rapports de genre. L'hypothèse du sexe du/de la leader de la cour commune comme facteur déterminant dans l'adhésion ou non au dépistage peut être posée. L'influence du/de la leader de la cour commune ou du ménage joue donc un rôle important :

« Chez nous ici par exemple, il y a beaucoup de cours communes et donc quand nous rentrons dans une cour commune et puis, on fait le speech, en plus de cela lorsqu'une personne est captée par ce que nous disons, c'est-à-dire que c'est une seule personne, c'est la décision d'une seule personne qui détermine les autres décisions, les décisions des autres personnes. Donc quand la personne dit oui, ce dont vous parlez, j'ai déjà entendu parler, c'est une bonne chose et donc moi, j'adhère, automatiquement tous ceux qui sont dans la cour adhèrent. Mais quand la personne aussi dit que je n'adhère pas, c'est que dites-vous que vous avez déjà perdu cette cour pour ne pas parler de ménages ; alors que dans une cour on peut avoir une dizaine de ménages. »

— Agent de santé communautaire

« Nous rentrons dans des ménages où nous sommes véritablement ignorés et donc parfois quand nous finissons de parler, la personne nous dit carrément je ne suis pas intéressée. »

— Agent de santé communautaire

<sup>5</sup> Une perdue de vue est une patiente du projet qui n'est plus suivie régulièrement par des professionnels de la santé ou qui a interrompu son suivi médical, ce qui peut entraîner une perte de contact ou de traçabilité dans le système de soins. Cela peut être particulièrement préoccupant dans le contexte du dépistage du HPV et du cancer du col de l'utérus, où un suivi régulier est crucial pour la prévention et le traitement précoce.

# DISCUSSION

## L'AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE, VECTEUR IMPORTANT DANS L'IMPLÉMENTATION DU DÉPISTAGE DU CCU AU SEIN D'UNE COMMUNAUTÉ

L'agent de santé communautaire peut être aussi bien une femme qu'un homme. Iel assure principalement la liaison entre les besoins de la communauté en matière de santé et les services du système de soins médico-sanitaires. L'agent de santé communautaire se doit donc d'une part, d'encourager la collectivité à parvenir à l'auto-responsabilité en matière de santé et d'autre part, faire appel aux services sanitaires pour compléter sa propre action.

L'étude a montré que l'intégration des agents de santé communautaires dans l'implémentation de la stratégie de dépistage du CCU a favorisé la réduction des inégalités en matière d'accès aux services. Les agents de santé communautaire participent à améliorer le rapport que la population a avec les services de santé. Les agents de santé communautaires peuvent toucher des femmes dont la mobilité, le recours à certains soins ou encore la fréquentation de services de santé gynécologique est limitée. En effet, l'intervention d'agents de santé communautaires a favorisé l'augmentation de l'usage des services de santé sexuelle et reproductive par la population. Après le démarrage du projet, notamment les activités de sensibilisation et mobilisation des agents de santé communautaire au niveau d'Assomin, les soignant-e-s ont constaté une hausse significative de l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive du centre de santé d'Assomin par les femmes.

Les agents de santé communautaire assurent également l'éducation sanitaire, la référence, la prévention et la prise en charge des cas, et le suivi ainsi que les visites à domicile dans des communautés déterminées. Iels apportent soutien et assistance aux personnes et aux familles pour qu'elles s'orientent dans les systèmes de santé et de services sociaux.

Selon Bryant (Bryant 1978), l'humanité se compose en majorité de déshérité-e-s qui n'ont pratiquement pas accès aux systèmes modernes de soins médico-sanitaires et ne verront pas cette situation s'améliorer dans l'avenir prévisible, en dépit des efforts des pays pour développer leurs services de santé. Ce qu'il faut, c'est trouver (avec les mêmes ressources) des moyens nouveaux d'atteindre les couches défavorisées de la population — en zone rurale comme urbaine — en mobilisant leurs capacités et en les intéressant à l'amélioration de leur santé, pour les conduire vers un avenir meilleur. L'un de ces moyens est le recours à l'agent de santé communautaire, d'autant que de nombreuses études ont révélé l'importance de sa mobilisation dans les programmes de santé. Selon Tawye et al. (2005), des études menées en Éthiopie ont montré que les agents de santé communautaires encouragent l'utilisation de méthodes contraceptives par le biais de conseils et de référence vers les services compétents. Les résultats des études démontrent que même si les agents de santé communautaires ne peuvent fournir qu'un ensemble limité de méthodes contraceptives, iels sont capables d'accroître le recours à d'autres méthodes, y compris aux méthodes à longue durée, grâce à des conseils adaptés et à une référence vers des services cliniques spécialisés. Selon le mémoire d'information de USAID (2015) sur les pratiques à haut impact (PHI) en termes de planification familiale, l'utilisation de contraceptifs injectables, d'implants et de dispositifs intra-utérins (stérilets) est nettement supérieure à la moyenne nationale dans les régions où sont affecté-e-s des agents de santé communautaire, même si les agents ne fournissent pas directement ces méthodes. Une revue de littérature des stratégies visant à augmenter l'utilisation des stérilets a conclu que les services communautaires de conseil et de référence sur la contraception pouvaient multiplier par deux l'utilisation du stérilet chez les femmes en âge de procréer (Arrowsmith *et al.* 2012).

Cet impact des agents de santé communautaire sur la santé des populations a également été montré par Lefeuvre et al. (2014), concernant le VIH. Leur revue de littérature sur les travaux qui

mettent en évidence l'implication des agents de santé communautaire dans le dépistage et la prise en charge thérapeutique des personnes vivant avec le VIH révèlent leur valeur ajoutée notamment en termes d'observance, de confiance en soi et de diminution de la stigmatisation.

Le mémoire d'information consacré aux pratiques à fort impact en matière de planification familiale (USAID 2015) avance que d'après une étude des programmes de planification familiale dans dix pays en développement, les programmes qui associent des agents communautaires aux services cliniques sont plus efficaces que les programmes reposant uniquement sur des services en clinique ou sur des agents de santé communautaires.

Notre étude, à la suite des précédentes citées, montre une fois encore l'importance du recours aux agents de santé communautaire au sein des programmes de santé communautaire. Les agents de santé communautaire apparaissent comme des médiateurs-trice-s fiables et impactant entre les communautés et les centres de santé. Il semble donc primordial de pouvoir pérenniser leurs actions, en faisant de cette profession un relai officiel au sein de la pyramide sanitaire du Ministère de la Santé.

## INFLUENCE DES DYNAMIQUES SOCIALES DANS LES COURS COMMUNES SUR LA DÉCISION D'ADHÉSION AU DÉPISTAGE

D'après Fisher (2020), le phénomène de l'influence sociale montre à la fois l'emprise que le social exerce sur l'individu et les modifications qu'il entraîne au niveau du comportement. Le terme d'influence sociale englobe un ensemble de phénomènes très variés et désigne de manière très large le fait que la pression d'une personne devient une prescription pour l'orientation de la conduite d'une autre personne. On peut donc dire que l'influence sociale recouvre tout ce qui produit un changement de la conduite

en vertu d'une relation dynamique entre des pressions dominantes dans un contexte donné et l'adaptation des individus (*ibid.*).

Notre étude a révélé que la structuration de l'habitat des familles dans la communauté d'Assomin a une influence sur la décision d'adhésion au dépistage. Au niveau d'Assomin, la majorité des habitations sont structurées en cours communes. Ces cours communes à Abobo sont en grandes majorités composées des membres d'une famille élargie ou un clan. Ce sont de grandes concessions regroupant plusieurs ménages. Ce type d'habitat est un endroit où généralement se joue l'articulation entre l'individuel et le collectif; ensemble social dans lequel les individus ont entre eux des relations réciproques impliquant un système d'échanges entre les individus qui le composent (Kane 2017). Dans ce type d'habitat, la population vit comme en famille; il devient un lieu de reproduction des rapports de parenté (Bazin 1999).

Ainsi, le mode de fonctionnement de ces cours a des similitudes avec le fonctionnement d'une parentèle, l'idiome de la parenté y est introduit pour rendre compte des rapports de domination et de dépendance entre les habitants (Bazin 1999). Lorsqu'un membre de la cour fait l'expérience d'une situation, l'entourage qui se mobilise ou non autour de lui, joue éventuellement un rôle de conseil, voire d'interface, le soutien ou le stigmatise (Bossart 2005). On retrouve un chef de cour qui est considéré par son entourage comme un leader, avec un rôle similaire à celui du chef de ménage. Ce leader peut donc avoir une influence sur les croyances, les attitudes et les comportements et choix liés à la santé et à la gestion de la maladie. En cela, le leader de la cour commune, comme d'autres membres de la cour et de la parentèle, peut faire partie du « groupe organisateur de la thérapie » (Janzen 1995: 24). La présente étude montre que la décision d'adhérer au dépistage du cancer du col de l'utérus se négocie avec l'entourage, et donc au sein de ce groupe organisateur de la thérapie.

Il faut noter aussi que dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires, comme la Côte d'Ivoire,

l'accès aux soins et le coût financier élevé de la prise en charge de certaines pathologies n'est pas facilité par le système de santé et de protection sociale. La prise en charge des cancers fait partie de ces pathologies à l'accessibilité très difficile pour les populations, notamment financière (Nédélec 2018, 2020, 2023 ; Banga 2019). La famille joue donc un rôle essentiel dans la décision thérapeutique, les recours de soins privilégiés et la gestion de soins (Janzen 1995 ; Bossart 2005 ; Kane 2017 ; Banga 2019).

D'importantes contributions, telle que l'étude de Kane sur les configurations familiales et l'accès des enfants aux soins à Nouakchott (Mauritanie), montrent que « les réponses familiales face à la maladie sont coordonnées selon des relations socialement construites, mais aussi dépendantes d'initiatives individuelles et d'un ensemble d'éléments conjoncturels » (2017 : 20).

## POSITION DES PROFESSIONNEL·LE·S DE SANTÉ ET PÉRENNISATION DU DÉPISTAGE DU CCU

L'un des résultats majeurs de l'étude étant l'identification du projet comme un projet MdM de la part des acteurs de terrain, cela suppose donc une communication peu adaptée, d'intégration ou de visibilisation des parties prenantes. L'étude a montré que les activités d'un projet co-construit par des ONG internationales et les parties nationales (Programmes de santé, ministères, etc.) sont perçues par les soignant·e·s comme des activités supplémentaires. Lorsqu'une activité de soin est proposée comme une intervention de santé, d'autant plus si elle est identifiée à une ONG, elle est considérée par les soignant·e·s comme une activité supplémentaire. Cette idée implique nécessairement pour le·la soignant·e une meilleure rémunération. On constate une dissonance cognitive sur la façon de comprendre la co-construction du projet et ce que cela implique dans le quotidien du personnel de santé. Malgré un partenariat construit depuis le début du projet avec les parties nationales, la

question de compréhension des activités CCU en tant que « projet de MdM » et non routinières demeure chez les professionnel·le·s de santé sur le terrain.

Cette persistance peut être due au fait que la question du cancer du col de l'utérus n'est pas intégrée dans la formation de base des sage-femmes que nous avons rencontrées. D'après les personnes ayant participé à la recherche, habituellement, lorsqu'elles reçoivent une formation sur le CCU, c'est à travers une action ponctuelle ou un programme de dépistage pour laquelle elles sont mobilisées et rémunérées en fonction.

Cela correspond aussi à un habitus professionnel de la perdiemisation des pratiques de dépistage en Côte d'Ivoire (Kouadio *et al.* 2020) et plus largement, des projets en santé en Afrique de l'ouest (Faye 2012a, 2012b ; Ridde 2012). Il y a une attente de perdiemisation liée à un contexte de mobilisation des soignant·e·s sur *per diem* en Côte d'Ivoire, pratique issue notamment de la lutte contre le VIH et des bailleurs internationaux (Nédélec *et al.* En révision). Les questions de rémunération étant structurelles, un travail de communication sur ces sujets auprès de tou·te·s les acteurs·trices impliqué·e·s dans la mise en œuvre du projet serait nécessaire. Aussi, l'attente de pérennisation des activités CCU (sous couvert de rémunération) par les professionnel·le·s rencontré·e·s dans cette étude montre une différence de perception de ce qu'est un projet pilote, par rapport à la manière dont le projet CCU a été pensée par l'équipe qui l'a coconstruit. En effet, le terme de « projet pilote » n'est revenu qu'une seule fois sur le terrain, au commencement du projet, les autres acteurs·trices identifiant le projet comme « projet MdM ». Et l'occurrence de « projet pilote » n'induisait pas, dans la parole du professionnel, une absence d'attente de pérennisation. Ceci montre un caractère polysémique, nuancé voire confus dans la terminologie de « projet pilote », selon les acteurs qui l'utilisent, le pensent, y participent, etc., et met en lumière un des challenges autour de la conception même de la notion de projet (Boutinet 2012).

## MISE EN PERSPECTIVE AVEC LES ENQUÊTES PARACAO AU BURKINA FASO

Au regard des différentes enquêtes qualitative et quantitative réalisées précédemment dans le cadre du projet Partenariat d'Action et de Recherche Contre le Cancer du Col de L'Utérus en Afrique de l'Ouest» (PARACAO) au Burkina Faso, certains résultats peuvent être mis en exergue. En effet, des similitudes entre les contextes burkinabé et ivoirien sont à relever.

Concernant l'enquête qualitative (Zéba 2020), elle portait, au Burkina Faso, principalement sur les perceptions des femmes bénéficiaires de l'intervention de dépistage, mais aussi d'hommes et de plusieurs professionnel-le-s impliqué-e-s dans le projet. Nous pouvons donc mettre en comparaison les résultats trouvés auprès des acteurs-trices de santé au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire. La représentation du cancer du col de l'utérus comme une maladie grave, mortelle, au caractère «sournois» et appauvrissant les familles est commune aux soignant-e-s au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire.

Dans les deux pays, les professionnel-le-s mobilisé-e-s trouvent le projet CCU «salutaire» et innovant. Il y a une bonne appréciation du projet par les acteurs-trices, d'autant plus qu'il leur permet d'améliorer leurs compétences professionnelles face aux lacunes de leurs formations initiales, qui prennent peu voire pas du tout en compte le cancer du col de l'utérus (et plus généralement, les cancers). Le projet CCU est aussi perçu comme augmentant la visibilité et la fréquentation des centres de santé où il est mis en œuvre.

Au sujet des freins à l'implémentation et à la continuité du projet, l'étude qualitative au Burkina Faso a mis en évidence la forte charge de travail induite par la mise en place du projet CCU pour les soignant-e-s et technicien-ne-s de laboratoire. Cette augmentation de la charge de travail est également perçue par les professionnel-le-s à Abidjan. De plus, les activités menées dans le cadre du projet CCU et la charge de travail

qui en résulte sont considérées comme des tâches supplémentaires, s'ajoutant en raison d'une intervention de santé annexe aux soins proposés en routine par les centres dans lequel le projet se déroule. Cette conception du dépistage des lésions précancéreuses comme mission additionnelle au service habituel des professionnel-le-s est aussi partagée entre les contextes burkinabé et ivoirien. Cela interroge les motivations et formes d'intégration d'une innovation en matière de santé publique au sein des structures de santé par les personnels ; ainsi que le rôle et la place du Ministère de la Santé et des programmes nationaux et leurs communications auprès des professionnel-le-s de santé.

En outre, l'absence de compensation/prestation financière envers les soignant-e-s mobilisé-e-s par le projet CCU est relevée tant au Burkina Faso qu'en Côte d'Ivoire par ces dernier-ère-s, dans le cadre de l'implémentation du projet. Dans l'entendement des acteurs-trices de santé, les activités venant s'ajouter à leur offre de service en routine, devraient être associées à une rémunération supplémentaire de leur travail. Nous pouvons émettre l'hypothèse que cette perception, fortement ancrée sur les terrains burkinabé et ivoirien, est à la fois liée aux bas salaires des fonctionnaires de santé en Afrique de l'Ouest (Jaffré et Olivier de Sardan 2003) et à un certain habitus de la récompense, notamment engendré par les projets successifs de lutte contre le VIH dans la sous-région, au cours des dernières décennies. En effet, la pratique de projets de développement mobilisant des *per diem* pour les professionnel-le-s impliqué-e-s est massive sur le continent, qu'il s'agisse de dédommager (temps/déplacement), de rémunération (participation à une activité/une réunion) ou d'inciter financière pour favoriser la motivation du personnel (Ridde 2012).

Concernant l'enquête quantitative Burkina Faso (Mensah *et al.* 2020), il s'agit d'une étude hybride de mise en œuvre et d'efficacité de type III (Curran *et al.* 2012) permettant d'évaluer simultanément la stratégie de mise en œuvre de PARACAO et ses résultats sur la complétude du dépistage et la satisfaction des participantes.



Les résultats de cette recherche montrent une bonne intégration des différents composants de la stratégie de mise en œuvre utilisée par Médecins du Monde dans les centres de santé. Elle révèle que 94,3 % des femmes dépistées complètent leur dépistage et la satisfaction des femmes dépistées est élevée. Cependant, seules 26% des femmes bénéficient d'une approche « dépister et traiter » telle qu'initialement prévue. Cette principale adaptation relève des contraintes d'organisation de temps des professionnel·le·s (Mensah *et al.* 2020). L'ensemble des résultats montre l'importance de l'organisation des centres de santé dans le succès de la mise en œuvre du projet. Ces résultats soulèvent également la question de l'intégration de nouveaux services au sein de structures existantes. Comme Mensah *et al.* (Mensah *et al.* 2020) le soulignent dans le rapport PARACAO au Burkina Faso : « les données de la littérature à ce sujet sont conflictuelles : certains y voient une opportunité d'amélioration des services offerts aux usagers (Church *et al.* 2017), tandis que d'autres les considèrent comme des facteurs de perturbation des services existant (Dudley et Garner 2011). Si des études ultérieures seront nécessaires pour mieux comprendre l'effet de l'intégration du dépistage par test HPV dans les services de santé primaire, nous fournissons ici des informations sur les composantes essentielles à la mise en œuvre d'un tel dépistage (Topp *et al.* 2018 ; Levy *et al.* 2020) » (Mensah *et al.* 2020).

De façon similaire, en Côte d'Ivoire, l'implémentation du projet CCU soulève des questions d'organisation des centres de santé. Les soignant·e·s ont dû proposer plusieurs modèles d'organisation afin de faciliter l'intégration de cette nouvelle offre de soins en SSR dans les différents centres que nous avons visité. L'étude quantitative PARACAO-Burkina Faso a démontré que le succès de l'IVA reste mitigé, principalement parce qu'elle nécessite d'importantes ressources humaines et que ses performances dépendent beaucoup de l'expérience du personnel de santé impliqué (Ajenifuja *et al.* 2013). L'étude qualitative menée en Côte d'Ivoire révèle justement des craintes de la part de

certaines sage-femmes par rapport à la manipulation de la machine de thermocoagulation, les sage-femmes ne s'estimant pas assez expérimentées et formées en début de projet pour assurer une bonne réalisation des traitements.



# CONCLUSION GÉNÉRALE

Cette recherche qualitative a porté sur le commencement de la mise en œuvre d'un projet pilote innovant, qui propose un dépistage du cancer du col de l'utérus par test HVP, à l'aide de l'auto-prélèvement, dans une approche communautaire au sein d'un quartier populaire d'Abidjan (Côte d'Ivoire). Elle a permis une mise en exergue des représentations et pratiques des professionnel·le·s impliqué·e·s dans le projet, notamment les sage-femmes et agents de santé communautaire, dans la phase d'intégration du projet à leurs activités de routine.

Différents facteurs facilitants ou pouvant freiner le déroulé du projet ont pu être mis en avant par les professionnel·le·s rencontré·e·s. Ainsi, les facilitateurs du dépistage sont principalement les suivants : la formation des personnels permettant un gain de compétence appréciée ; la sensibilisation par les agents de santé communautaire et les sage-femmes auprès des publics visés (femmes et chefs de ménage) ; l'auto-prélèvement ; la gratuité et la possibilité de traitement sur place. Les barrières au dépistage concernent l'insuffisance de sensibilisation à travers les médias ; le manque de connaissance de la population envers le CCU et son dépistage ; les doutes des professionnel·le·s envers la pérennité du projet et les doutes de la population concernant la gratuité de la chaîne de traitement ; la charge de travail supplémentaire pour le personnel médical liée à l'absence de recommandations nationales sur la routinisation des activités de dépistage du CCU. Certains facteurs ambivalents ont également pu être identifiés, comme la position du leader de la cour commune ou du chef de ménage, dont l'adhésion au projet est un levier pour son acceptabilité parmi les femmes et la non-adhésion, un frein important.

Ce travail montre l'accueil favorable au projet CCU et l'engagement des professionnel·le·s et des femmes dans les centres de santé participants. Des pistes de recherche sont identifiables. D'une part, la période restreinte de l'enquête de terrain dont sont issues les données de ce rapport ne permet pas un suivi sur le moyen terme

du projet CCU. Pouvoir réaliser une recherche sur la continuité du projet, afin de cerner les évolutions de pratiques, de perceptions et de représentations quant au projet serait nécessaire afin d'avoir un regard plus exhaustif. Ceci permettrait également de travailler avec les autres catégories d'acteurs·trices parties prenantes du projet, en l'occurrence, les femmes qui ont pu réaliser un dépistage du cancer du col de l'utérus dans le cadre du projet, et celles, l'ayant refusé ou n'ayant pas observé une complétude de la cascade de dépistage, mais aussi les conjoints et leader de cours communes. D'autre part, des pistes de réflexion émergent de ce travail concernant la polysémie du terme « projet pilote », ses représentations et implications selon les catégories d'acteurs·trices, ce qui mériterait d'être investigué de manière plus approfondie. Enfin, la question de l'*empowerment* des femmes, à travers ce projet pilote innovant en termes de stratégie de dépistage du cancer du col de l'utérus, plaçant le test HVP par auto-prélèvement au cœur de la pratique, nécessiterait également d'être soulevée et documentée dans une approche socio-anthropologique du rapport à la santé et à l'autonomie corporelle.

# BIBLIOGRAPHIE

- Ajenifuja, K. O., J. C. Gage, A. C. Adepiti, N. Wentzensen, C. Eklund, M. Reilly, M. Hutchinson, R. D. Burk & M. Schiffman 2013 « A Population-Based Study of Visual Inspection with Acetic Acid (VIA) for Cervical Screening in Rural Nigeria », *International Journal of Gynecological Cancer: Official Journal of the International Gynecological Cancer Society* 23.3 : 507-512. doi : 10.1097/IGC.0b013e318280f395.
- Aransiola, J., W. Imoyera, S. Olowookere & C. Zarowsky 2014 « Living Well with HIV in Nigeria? Stigma and Survival Challenges Preventing Optimum Benefit from an ART Clinic », *Global Health Promotion* 21.1 : 13-22. doi : 10.1177/1757975913507297.
- Arrowsmith, M. E., C. R. H. Aicken, A. Majeed & S. Saxena 2012 « Interventions for Increasing Uptake of Copper Intrauterine Devices: Systematic Review and Meta-Analysis », *Contraception* 86.6 : 600-605. doi : 10.1016/j.contraception.2012.05.015.
- Banga, M.-F. 2019 *Analyse de la carrière des femmes atteintes de cancer de sein et/ou de col de l'utérus en Côte d'Ivoire*, Université Félix Hophouët Boigny : Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Bazin, L. 1999 « La parenté : miroir et enlèvement des hiérarchies en Côte-d'Ivoire », *Journal des anthropologues. Association française des anthropologues* 77-78 : 193-215. doi : 10.4000/jda.3061.
- Bogale, B., M. Wondafrash, T. Tilahun & E. Girma 2011 « Married Women's Decision Making Power on Modern Contraceptive Use in Urban and Rural Southern Ethiopia », *BMC Public Health* 11.1 : 1-7. doi : 10.1186/1471-2458-11-342.
- Boni, S. P., R. W. Simo, A. Bitty-Anderson, J.-C. K. Comoe, I. Adoubi, A. Horo & B. K. Tchounga 2023 « The State of Cervical Cancer Screening Services and Barriers to Uptake in Abidjan, Côte d'Ivoire in 2017: A Mixed Methods Study », *Journal of Public Health and Epidemiology* 15.2 : 78-86. doi : 10.5897/JPHE2022.1414.
- Bossart, R. 2005 « *En ville, chacun est dans son chacun* » : une étude anthropologique sur l'importance des relations sociales en cas de maladie à Abidjan (Côte d'Ivoire), Bern, Allemagne, Suisse.
- Boutinet, J.-P. 2012 *Anthropologie du projet*, Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France (« Quadrige »). [En ligne] : <https://www.cairn.info/anthropologie-du-projet--9782130594611.htm>.
- Bray, F., J. Ferlay, I. Soerjomataram, R. L. Siegel, L. A. Torre & A. Jemal 2018 « Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries », *CA: a cancer journal for clinicians* 68.6 : 394-424. doi : 10.3322/caac.21492.
- Brou, H. A. & B. Ferry 2008 *Sexualité et procréation face au VIH/Sida à Abidjan, Côte d'Ivoire*, Paris, France : Atelier national de Reproduction des thèses.
- Bryant, J. 1978 « Le rôle de l'agent de santé communautaire », *Développement et Santé* 18. [En ligne] : <https://devsante.org/articles/le-role-de-l-agent-de-sante-communautaire/>.
- Castray, M., J. Wittwer, I. Montagni & C. Tzourio 2019 « Les déterminants du renoncement aux soins pour raisons financières des étudiants – une analyse à partir de l'étude i-Share », *Revue d'économie politique* 129.4 : 467-488. doi : 10.3917/redp.294.0467.
- Church, K., C. E. Warren, I. Birdthistle, G. B. Ploubidis, K. Tomlin, W. Zhou, J. Kimani, T. Abuya, C. Ndwiga, S. Sweeney & S. H. Mayhew 2017 « Impact of Integrated Services on HIV Testing: A Nonrandomized Trial among Kenyan Family Planning Clients », *Studies in Family Planning* 48.2 : 201-218. doi : 10.1111/sifp.12022.
- Coulibaly, M., D. Doukouré, J. Kouamé, I. A. Ayékoé, M.-D. Mélédje-Koumi, S. Malik, J. Sackou-Kouakou, O. Aké, I. Tiembré & L. Kouadio 2020 « Obstacles socioculturels liés à l'utilisation de la contraception moderne en Côte d'Ivoire », *Santé Publique* 32.4 : 389-397. doi : 10.3917/spub.204.0389.

- Curran, G. M., M. Bauer, B. Mittman, J. M. Pyne & C. Stetler 2012 « Effectiveness-Implementation Hybrid Designs: Combining Elements of Clinical Effectiveness and Implementation Research to Enhance Public Health Impact », *Medical Care* 50.3: 217-226. doi: 10.1097/MLR.0b013e3182408812.
- Denny, L., L. Kuhn, C.-C. Hu, W.-Y. Tsai & T. C. Wright 2010 « Human Papillomavirus-Based Cervical Cancer Prevention: Long-Term Results of a Randomized Screening Trial », *Journal of the National Cancer Institute* 102.20: 1557-1567. doi: 10.1093/jnci/djq342.
- Desclaux, A., O. Ky-Zerbo, J.-F. Somé & C. Makhlof-Obermeyer 2014 « Les Campagnes Communautaires de Promotion Du Dépistage VIH En Afrique de l'Ouest : Perceptions Des Usagers Au Burkina Faso », *Global Health Promotion* 21.4: 57-65. doi: 10.1177/1757975914527325.
- Dudley, L. & P. Garner 2011 « Strategies for Integrating Primary Health Services in Low- and Middle-Income Countries at the Point of Delivery », *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10/fcmn3s.
- Fassin, D., A. Leclerc, M. Kaminski, H. Grandjean & T. Lang 2010 *Les inégalités sociales de santé*, Paris: Cairn (« Recherches »).
- Faye, S. L. 2012a « Responsabiliser les relais communautaires pour le traitement préventif intermittent saisonnier du paludisme (TPI) au Sénégal: enjeux, modalités, défis », *Autrepart* 60.1: 129-146. doi: 10.3917/autre.060.0129.
- 2012b « Améliorer la prise en charge du paludisme par les tests de diagnostic rapide (TDR): appropriation par les prestataires et bénéficiaires de soins au Sénégal », *Bulletin de la Société de pathologie exotique* 105.3: 237-244. doi: 10.1007/s13149-012-0225-1.
- Fischer, G.-N. 2020 « Chapitre 4. L'influence sociale », in *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, Paris: Dunod (« Psycho Sup »): 117-158. doi: 10.3917/dunod.fisch.2020.01.0117.
- Forsellund, L., A. Bjørndal, A. Rashidian, G. Jamtvedt, M. A. O'Brien, F. M. Wolf, D. Davis, J. Odgaard-Jensen & A. D. Oxman 2009 « Continuing Education Meetings and Workshops: Effects on Professional Practice and Health Care Outcomes », *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2. doi: 10.1002/14651858.CD003030.pub2.
- Gobatto, I. & F. Lafaye 2005 « Petits arrangements avec la contrainte. Les professionnels de santé face à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH à Abidjan (Côte d'Ivoire) », *Sciences Sociales et Santé* 23.1: 79-108. doi: 10.3406/sosan.2005.1645.
- Goldie, S. J., L. Kuhn, L. Denny, A. Pollack & T. C. Wright 2001 « Policy Analysis of Cervical Cancer Screening Strategies in Low-Resource Settings: Clinical Benefits and Cost-Effectiveness », *JAMA* 285.24: 3107-3115. doi: 10.1001/jama.285.24.3107.
- Gruénais, M.-É. 1999 « La religion préserve-t-elle du sida? Des congrégations religieuses congolaises face à la pandémie de l'infection par le VIH (Does Religion Protect from AIDS? Congolese Religious Congregations face Pandemic HIV-Infection) », *Cahiers d'Études Africaines* 39.154: 253-270.
- Inghels, M., A. K. Kouassi, S. Niangoran, A. Bekelynck, S. Carilon, L. Sika, M. Koné, C. Danel, A. D. du Loû & J. Larmarange 2022 « Preferences and Access to Community-Based HIV Testing Sites among Men Who Have Sex with Men (MSM) in Côte d'Ivoire », *BMJ Open* 12.6: e052536. doi: 10.1136/bmjopen-2021-052536.
- Jaffré, Y. & J.-P. Olivier de Sardan dir. 2003 *Une médecine inhospitalière: les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, France: Karthala.
- Janzen, J. M. 1995 *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*, Paris, France: Ed. Karthala.
- Jusot, F., B. Carré & J. Wittwer 2019 « Réduire les barrières financières à l'accès aux soins », *Revue française d'économie* XXXIV.1: 133-181. doi: 10.3917/rfe.191.0133.

- Kacou, E. A. 2018 *Comportements sexuels à risque au temps du VIH/Sida : le cas des jeunes en Côte d'Ivoire*, Thèse de doctorat, Paris 1. [En ligne] : <https://www.theses.fr/2018PA01H086>.
- Kane, H. 2017 « Configurations familiales et accès des enfants aux soins à Nouakchott (Mauritanie) », *Enfances Familles Générations. Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine* 28. [En ligne] : <https://journals.openedition.org/efg/1568>.
- Kouadio, B. A., S. Carillon, A. Bekelynk, A. N. Assoumou Assi, C. Danel, H. Ouantchi, M. Doumbia, M. Koné, J. Larmarange, & Équipe projet DOD-CI ANRS 12323 2020 « Dépistage du VIH hors les murs en Côte d'Ivoire : des prestataires communautaires sous pression », *Santé Publique* 32.1 : 103-111. doi : 10.3917/spub.201.0103.
- Laborde-Balen, G., M. Diop, K. Sow, N. B. Ndiaye, K. Diop & B. Taverne 2023 . doi : 10.1177/20499361231159295.
- Lefevre, D., M. Dieng, F. Lamara, G. Raguin & C. Michon 2014 « Les agents de santé communautaire dans la prise en charge thérapeutique du VIH/sida », *Santé Publique* 26.6 : 879-888. doi : 10.3917/spub.146.0879.
- Levy, J., M. de Preux, B. Kenfack, J. Sormani, R. Catarino, E. F. Tincho, C. Frund, J. T. Fouogue, P. Vassilakos & P. Petignat 2020 « Implementing the 3T-Approach for Cervical Cancer Screening in Cameroon: Preliminary Results on Program Performance », *Cancer Medicine* 9.19 : 7293-7300. doi : 10.1002/cam4.3355.
- Mensah, K., C. Kaboré, P. DeBeaudrap & A. Dumont 2020. « Acceptability of HPV screening among HIV-infected women attending an HIV-dedicated clinic in Abidjan, Côte d'Ivoire », *BMC Women's Health*, 20 (1) (juillet 28), p. 155. DOI : 10.1186/s12905-020-01021-6. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01021-6>.
- Nédélec, E. 2018 « Chronicité(s) et cancers gynécologiques », *Emulations - Revue de sciences sociales* 27 : 33-45.
- 2020 « « Dans ce pays, mieux vaut avoir le VIH que le cancer » : ethnographie d'un paysage thérapeutique en évolution en Côte d'Ivoire (2015 – 2019) », *Lamenparle (blog du laboratoire LAM)*. [En ligne] : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-03182837>.
- 2022 « « Le médecin soigne, seul Dieu guérit » : la figure divine au cœur d'enjeux de légitimation des soins oncologiques à Abidjan (Côte d'Ivoire) », *cArgo - Revue internationale d'anthropologie culturelle et sociale* 11 : 83-100.
- 2023 *Cancers féminins en Côte d'Ivoire : une anthropologie des trajectoires de soin et de la prise en charge biomédicale à Abidjan*, Thèse de doctorat, Bordeaux. [En ligne] : <https://www.theses.fr/2023BORD0069>.
- Nédélec, E., K. Mensah, M.-F. Banga, N. Lahmidi & P. DeBeaudrap En révision « Expériences professionnelles des acteurs du dépistage du cancer du col de l'utérus en Côte d'Ivoire : innovation, motivations, difficultés », *L'Ouest Sahélien*.
- Nouhou, A. M. 2016 « Liberté Reproductive et Recours à La Contraception : Les Influences Religieuse et Sociale Au Niger », *African Population Studies* 30.2. doi : 10.11564/30-2-870.
- O'Brien, M. A., S. Rogers, G. Jamtvedt, A. D. Oxman, J. Odgaard-Jensen, D. T. Kristoffersen, L. Forsetlund, D. Bainbridge, N. Freemantle, D. Davis, R. B. Haynes & E. Harvey 2007 « Educational Outreach Visits: Effects on Professional Practice and Health Care Outcomes », *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi : 10/cjphcj.
- Ouattara, F., M.-E. Gruénais, P. Huygens & A. Traoré 2004 « Sida, stigmatisation et exclusion », *Etude anthropologique au Burkina Faso (Bobo Dioulasso, Banfora, Niangoloko, Orodara), Rapport final, ANRS, IRDSHADEI* (<http://www.ur002.ird.fr/resultats/rapports/anrs/ANRS.pdf>).
- Proulx-Boucher, K. 2008 *Enjeux de la communication familiale entourant le VIH et la sexualité : perspectives d'adolescents vivant avec le VIH depuis la naissance*, PhD Thesis, Université du Québec à Montréal.
- Ridde, V. 2011 « Politiques publiques de santé, logiques d'acteurs et ordre négocié au Burkina Faso », *Cahiers d'études africaines* 201 : 115-143. doi : 10.4000/etudesaficaines.16603.
- 2012 « Réflexions sur les per diem dans les projets de développement en Afrique », *Bulletin de l'APAD* 34-36. doi : 10.4000/apad.4111.
- 2018 *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest : Au-delà des idéologies et des idées reçues*, Montréal : Presses de l'Université de Montréal (« PUM »). doi : 10.4000/books.pum.8686.

- Sankaranarayanan, R., B. M. Nene, S. S. Shastri, K. Jayant, R. Muwonge, A. M. Budukh, S. Hingmire, S. G. Malvi, R. Thorat, A. Kothari, R. Chinoy, R. Kelkar, S. Kane, S. Desai, V. R. Keskar, R. Rajeshwarkar, N. Panse & K. A. Dinshaw 2009 « HPV Screening for Cervical Cancer in Rural India », *New England Journal of Medicine* 360.14 : 1385-1394. doi : 10.1056/NEJMoa0808516.
- Sengayi-Muchengeti, M., W. Y. Joko-Fru, A. Miranda-Filho, M. Egue, M.-T. Akele-Akpo, G. N'da, A. Mathewos, N. Buziba, A. Korir, S. Manraj, C. Lorenzoni, C. Carrilho, R. Hansen, A. Finesse, N. I. M. Somdyala, H. Wabinga, T. Chingonzoh, M. Borok, E. Chokunonga, B. Liu, E. Singh, E. J. Kantelhardt & D. M. Parkin 2020 « Cervical Cancer Survival in Sub-Saharan Africa by Age, Stage at Diagnosis and Human Development Index: A Population-Based Registry Study », *International Journal of Cancer* 147.11 : 3037-3048. doi : <https://doi.org/10.1002/ijc.33120>.
- Stenberg, K., K. Sweeny, H. Axelson, M. Temmerman & P. Sheehan 2016 « Returns on Investment in the Continuum of Care for Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health », in R. E. Black, R. Laxminarayan, M. Temmerman & N. Walker dir. *Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 2)*, Washington (DC) : The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. [En ligne] : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361897/>.
- Taverne, B. 2005. « Gratuité des traitements du sida en Afrique : un impératif de santé publique », in Population, développement et VIH/Sida et leurs rapports avec la pauvreté, 38<sup>e</sup> session Commission de la population et du développement de l'ONU, New-York. [En ligne] : <https://ird.hal.science/ird-00421038>.
- Tawye, Y., F. Jotie, T. Shigu, P. Ngom & N. Maggwa 2005 « The Potential Impact of Community-Based Distribution Programmes on Contraceptive Uptake in Resource-Poor Settings: Evidence from Ethiopia », *African Journal of Reproductive Health* 9.3 : 15-26.
- Técléssou, J. N., A. S. Akakpo, A. K. Dokla, D. K. Amoussou, K. Deku, C. A. Limaie & V. Palokinam PITCHÉ 2023 « Stigmatisation des personnes vivant avec le VIH dans les services de soins au Togo », *Médecine Tropicale et Santé Internationale* 3.2 : mtsi.v3i2.2023.260. doi : 10.48327/mtsi.v3i2.2023.260.
- Topp, S. M., S. Abimbola, R. Joshi & J. Negin 2018 « How to Assess and Prepare Health Systems in Low- and Middle-Income Countries for Integration of Services-a Systematic Review », *Health Policy and Planning* 33.2 : 298-312. doi : 10.1093/heapol/czx169.
- Touré, L. 2012 « La baisse de qualité, prix à payer pour un meilleur accès aux soins? Perceptions sur les politiques d'exemption de paiement des soins au Mali », *Afrique contemporaine* 243.3 : 49-63. doi : 10.3917/afco.243.0049.
- USAID 2015 . [En ligne] : <https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/community-health-workers/>.
- Vidal, L. 1996 *Le silence et le sens: essai d'anthropologie du sida en Afrique*, Paris, France : Anthropos, 1996.
- Wallerstein, N. 1993 « Empowerment and Health: The Theory and Practice of Community Change », *Community Development Journal* 28.3 : 218-227.
- White, H. L., A. Meglioli, R. Chowdhury & O. Nuccio 2017 « Integrating Cervical Cancer Screening and Preventive Treatment with Family Planning and HIV-Related Services », *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 138 Suppl 1 : 41-46. doi : 10.1002/ijgo.12194.
- WHO 2020 *Global Strategy to Accelerate the Elimination of Cervical Cancer as a Public Health Problem*,. [En ligne] : <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240014107>.

# ANNEXES

## GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSÉ AUX AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE (ASC)

### I. Parcours de vie et professionnel du soignant / enquêté

- Pouvez-vous vous présenter brièvement ainsi que votre parcours professionnel ?
- Qu'est-ce qui vous a poussé à exercer cette fonction ?
- Quelles ont été vos expériences professionnelles précédentes ?

### II. Description de l'offre existante de soins en santé sexuelle et reproductive (SSR)

- Pouvez-vous me décrire l'offre existante de soins en SSR disponible (santé de la mère et de l'enfant / prénatale / VIH / CCU etc.) ?
  - Au niveau national
  - Au niveau régional (à Abidjan)
  - Au niveau de votre centre de santé

### III. Représentations et connaissances associées au cancer du col de l'utérus (CCU)

- Qu'est-ce que le cancer du col de l'utérus selon vous ?
- Quand et comment avez-vous entendu parler du cancer du col de l'utérus pour la première fois ?
- Pouvez-vous décrire ce qu'est un cancer du col de l'utérus, selon vous ? (Développer des questions sur les représentations et les connaissances : étiologie, etc.)
- Avez-vous déjà participé à une activité, un projet, etc. sur le cancer du col de l'utérus ?
- Si oui, veuillez partager avec nous votre expérience.

### IV. Représentations associées aux dispositifs de dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU)

- Avez-vous connaissance des dispositifs de dépistage du Cancer de Col de l'Utérus (CCU)
  - Au niveau national
  - Au niveau régional (Abidjan)
  - Au niveau de votre centre de santé
- Que pensez-vous des dispositifs de dépistage du CCU ?

- Quels sont les points forts que vous identifiez dans ces dispositifs ?
- Quelles sont les améliorations que vous souhaiteriez pour ces dispositifs ?

### V. Connaissances perceptions suggestions relatives au projet Médecins du Monde (Mdm)

- Avez-vous déjà entendu parlé ou participé au projet Mdm sur le CCU en Côte d'Ivoire ?
- Que connaissez-vous du projet Mdm sur le CCU en Côte d'Ivoire ?
- Que pensez-vous du projet ?
- Quels sont les points forts que vous identifiez dans ce projet ?
- Quelles sont les améliorations que vous souhaiteriez apporter pour ce projet ?
- Quelles sont les craintes que vous pouvez avoir à propos de ce projet ?

### VI. Expériences vécues dans le cadre du travail de sensibilisation, prévention et accès aux soins (i.e. dépistage porte à porte) auprès de la population.

*Alors, l'idée c'est effectivement de cibler sur le CCU si l'ASC a déjà commencé le travail dans le cadre du projet + de faire raconter d'autres expériences précédentes liées au CCU et/ou à d'autres pathologies selon le parcours professionnel de l'ASC. Donc il faut plusieurs questions : - 1 récit expérience minimum pour projet CCU/Mdm ; - 1 récit expérience minimum pour CCU expérience précédente ; - 1 récit expérience minimum pour autres pathologies*

#### Questions socio-démographique :

- Âge
- Niveau d'étude
- Profession
- Statut matrimonial + profession conjoint-e
- Enfants
- Lieu de naissance
- Lieu d'habitation
- Confession religieuse
- Groupe d'appartenance ethnique
- Professions des parents

## GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSÉ AU PERSONNEL DE LABORATOIRE

### I. Parcours de vie et professionnel du soignant / enquêté

- Pouvez-vous me raconter votre parcours professionnel ?
- Qu'est-ce qui vous a poussé à exercer cette fonction ?
- Quelles ont été vos expériences professionnelles précédentes ?
- Organisation du travail

### II. Description de l'offre existante de soins en santé sexuelle et reproductive (SSR)

- Pouvez-vous me décrire l'offre existante de soins en SSR disponible (santé de la mère et de l'enfant / prénatale / VIH / CCU etc.) ?
  - Au niveau national
  - Au niveau régional (à Abidjan)
  - Au niveau de votre centre de santé

### III. Représentations et connaissances associées au Cancer de Col de l'Utérus (CCU)

- Qu'est-ce que le cancer du col de l'Utérus selon vous ?
- Quand et comment avez-vous entendu parler du cancer du col de l'utérus pour la première fois ?
- Pouvez-vous décrire ce qu'est un cancer du col de l'utérus, selon vous ? (*Développer des questions sur les représentations et les connaissances : étiologie, etc.*)
- Quelles sont les causes du cancer du col de l'utérus ? / Processus de maladie ? / Symptômes ? Etc.
- Avez-vous déjà participé à une activité, un projet, etc. sur le cancer du col de l'utérus ?
- Si oui, veuillez partager avec nous votre expérience.

### IV. Représentations associées aux dispositifs de dépistage du Cancer de Col de l'Utérus (CCU)

- Avez-vous connaissance des dispositifs de dépistage du Cancer de Col de l'Utérus (CCU)
  - Au niveau national
  - Au niveau régional (Abidjan)
  - Au niveau de votre centre de santé
- Que pensez-vous des dispositifs de dépistage du CCU ?
- Quels sont les points forts que vous identifiez dans ces dispositifs ?
- Quelles sont les améliorations que vous souhaiteriez pour ces dispositifs ? Faisabilité d'intégrer le dépistage dans l'organisation ? Est-ce que les changements nécessaires pour intégrer la nouvelle activité possible ? Est-ce que l'organisation au travail permettra ces changements ? ...

### V. Connaissances perceptions suggestions relatives au projet MdM

Que connaissez-vous du projet MdM sur le CCU en Côte d'Ivoire ?

- Que pensez-vous du projet ?
- Quel est le rôle du personnel de laboratoire dans le projet
- Que pensez-vous des aspects techniques pratiques de la procédure que propose le projet ? (*Était-il facile/difficile à réaliser ? Quels ont été les principaux problèmes rencontrés ? Comment les avez-vous gérés ? Vous êtes-vous habitué rapidement à la machine (manipulation, réglage, etc.) ? Le matériel nécessaire est-il suffisant / insuffisant, Pas de rupture de stock / gestion des stocks en temps utile ?*)
- Pouvez-vous me dire comment vous avez appris à manipuler la machine ?
- Quel est l'impact de ce projet sur votre activité quotidienne ?
- Quels sont les points forts que vous identifiez dans ce projet ?
- Quelles sont les améliorations que vous souhaiteriez apporter pour ce projet ?



- Quelles sont les craintes que vous pouvez avoir à propos de ce projet ?
- Que pensez-vous d'une éventuelle mise en œuvre de routine de cette procédure à l'avenir ? (*Avis sur la faisabilité en routine, Perception personnelle du fait que ce serait une bonne chose ou non, Est-ce réaliste dans votre contexte ? Préparation/acceptation du personnel, Que faut-il adapter des procédures ? Qu'est-ce qui devrait être supprimé/maintenu/ajouté ?*), *Pensez-vous qu'elle pourrait être mise en œuvre de façon systématique aux niveaux de soins inférieurs (primaire, hôpital de district) ? Sentiment/pensée à l'égard de l'évolution des normes de soins, des changements dans les pratiques quotidiennes, Facilitateurs et obstacles prévus : organisation structurelle/charge de travail, soutien de la hiérarchie, ressources humaines, formation, équipement, Rôle des infirmières dans le processus de mise en œuvre : identifier les défis et proposer des solutions pour les relever*)

#### Profil socio-démographique :

- Âge
- Niveau d'étude
- Profession
- Statut matrimonial + profession conjoint-e
- Nombre d'enfants
- Lieu de naissance
- Lieu d'habitation
- Confession religieuse
- Groupe d'appartenance ethnique
- Professions des parents

## GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSÉ AU PERSONNEL SOIGNANT

### I. Parcours de vie et professionnel du soignant / enquêté

- Pouvez-vous me raconter votre parcours professionnel ?
- Qu'est-ce qui vous a poussé à exercer cette fonction ?
- Quelles ont été vos expériences professionnelles précédentes ?

### II. Description de l'offre existante de soins en Santé Sexuelle et Reproductive (SSR)

- Pouvez-vous me décrire l'offre existante de soins en SSR disponible (santé de la mère et de l'enfant / prénatale / VIH / CCU etc.) ?
  - Au niveau national
  - Au niveau régional (à Abidjan)
  - Au niveau de votre centre de santé

### III. Représentations et connaissances associées au Cancer de Col de l'Utérus (CCU)

- Qu'est-ce que le cancer du col de l'Utérus selon vous ?
- Quand et comment avez-vous entendu parler du cancer du col de l'utérus pour la première fois ?
- Pouvez-vous décrire ce qu'est un cancer du col de l'utérus, selon vous ? (*Développer des questions sur les représentations et les connaissances : étiologie, etc.*) (*Quelles sont les causes du cancer du col de l'utérus ? / Processus de maladie ? / Symptômes ? Etc.*)
- Est-ce que les gens dans votre entourage (professionnel, familial, etc.) parlent du cancer de col de l'utérus ?
- Qu'est-ce qu'ils en pensent ? Comment ils se représentent cette maladie ?
- Avez-vous déjà participé à une activité, un projet, etc. sur le cancer du col de l'utérus ?
- Si oui, veuillez partager avec nous votre expérience.



#### IV. Représentations associées aux dispositifs de dépistage du Cancer de Col de l'Utérus (CCU)

- Avez-vous connaissance des dispositifs de dépistage du Cancer de Col de l'Utérus (CCU)
  - Au niveau national
  - Au niveau régional (Abidjan)
  - Au niveau de votre centre de santé
- Que pensez-vous des dispositifs de dépistage du CCU ?
- Quels sont les points forts que vous identifiez dans ces dispositifs ?
- Quelles sont les améliorations que vous souhaiteriez pour ces dispositifs ?
- Est-ce que vous avez déjà pratiqué le dépistage de la CCU ?
- Est-ce que vous pensez avoir réussi le dépistage de CCU ?
- Est-ce que les gens dans votre entourage professionnel parlent du dispositif de dépistage du Cancer de Col de l'Utérus (CCU) ?
- Qu'est-ce qu'ils en pensent ? Comment ils se représentent ce dispositif-là ?
- Quelle est la faisabilité d'intégrer le dépistage dans l'organisation ?
- Quelles sont les changements nécessaires pour intégrer la nouvelle activité ?
- Est-ce que l'organisation au travail permettra ces changements ?

- Est-ce que les gens dans votre entourage professionnel parlent du projet MdM sur le CCU en Côte d'Ivoire ?
- Qu'est-ce qu'ils en pensent ? Comment ils se représentent ce projet ?
- Que pensez-vous d'une éventuelle mise en œuvre de routine de cette procédure à l'avenir ?

#### Questions socio-démographique :

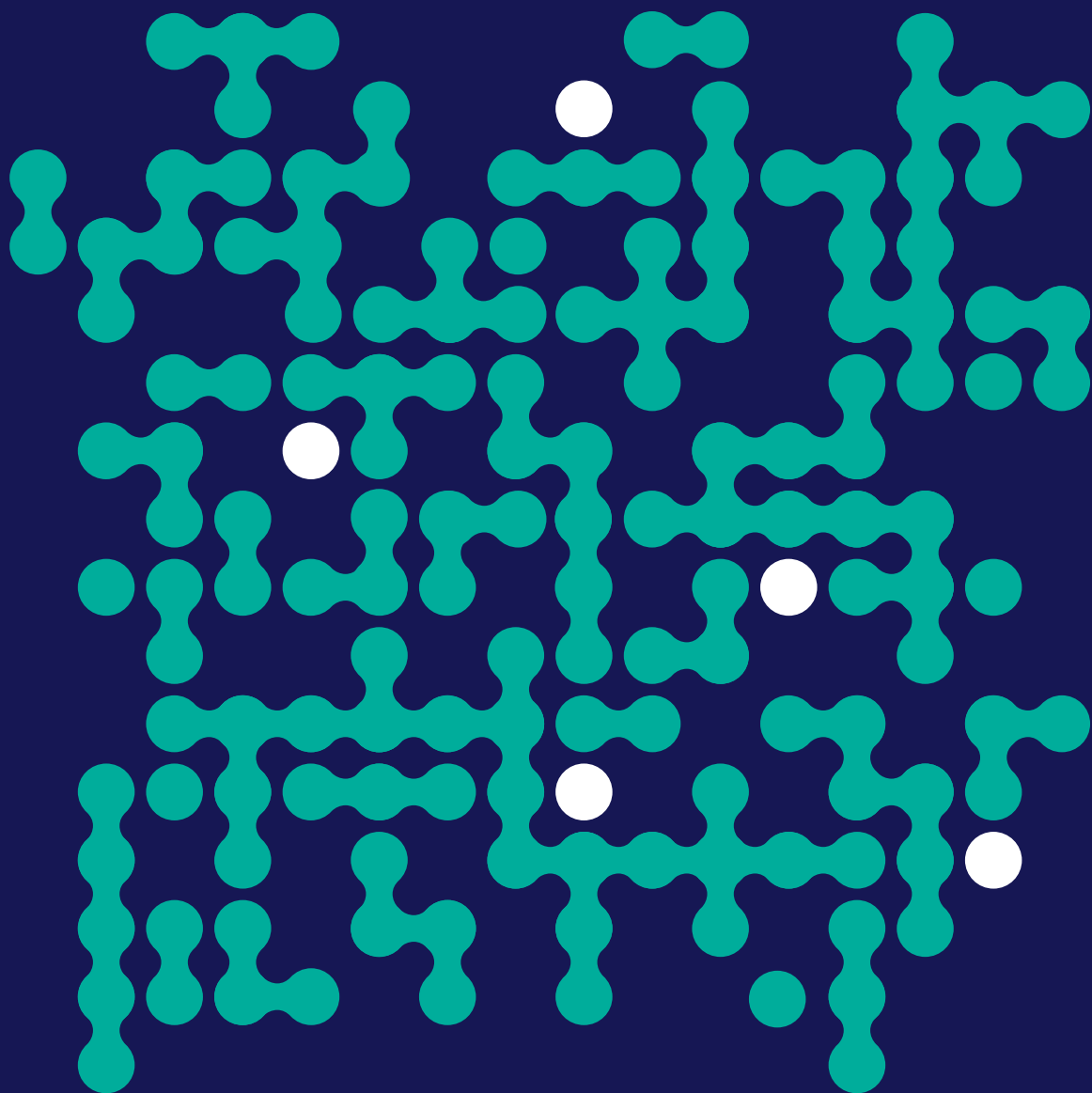
- Âge
- Niveau d'étude
- Profession
- Statut matrimonial + profession conjoint. e
- Enfants
- Lieu de naissance
- Lieu d'habitation
- Confession religieuse
- Groupe d'appartenance ethnique
- Professions des parents

#### V. Connaissances perceptions suggestions relatives au projet MdM

- Que connaissez-vous du projet MdM sur le CCU en Côte d'Ivoire ?
- Que pensez-vous du projet ?
- Quel est l'impact de ce projet pour vous au sein de votre activité quotidienne ?
- En quoi ce projet change votre quotidien professionnel ?
- Quels sont les points forts que vous identifiez dans ce projet ?
- Quelles sont les améliorations que vous souhaiteriez apporter pour ce projet ?
- Quelles sont les craintes que vous pouvez avoir à propos de ce projet ?







**SOIGNE AUSSI  
L'INJUSTICE**