



**INTÉGRATION DE LA PRÉVENTION SECONDAIRE
DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS DANS LES SERVICES
DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ET DU VIH EN GUINÉE**

NOTE DE CAPITALISATION

Auteurs : Grégory Noël et Dr. Franck Lamontagne

Introduction

Le cancer du col de l'utérus (CCU) est l'un des cancers féminins les plus fréquents dans le monde, avec près de 90 % des décès concentrés dans les pays à revenu faible et intermédiaire. En Afrique subsaharienne, les femmes sont majoritairement diagnostiquées à un stade avancé, tandis que la prévention secondaire (dépistage précoce et traitement des lésions précancéreuses) reste insuffisamment développée, malgré la disponibilité de stratégies efficaces et de technologies adaptées.

Deux innovations offrent des perspectives prometteuses pour améliorer la prévention secondaire dans ces contextes. Selon la stratégie de l'OMS de 2021, le test HPV - qui identifie les femmes porteuses d'une infection à haut risque - constitue le premier niveau de triage, suivi de l'IVA pour confirmer la présence de lésions précancéreuses. Cette approche combinée est plus fiable et plus standardisée que l'IVA seule. Les dispositifs portatifs d'ablation thermique, dont la thermocoagulation, simplifient quant à eux le traitement des lésions sur site, en s'affranchissant des contraintes liées à l'approvisionnement en gaz pour la cryothérapie. Si l'efficacité clinique de ces deux approches est établie, leur déploiement à grande échelle dans des contextes à ressources limitées soulève encore des questions de faisabilité opérationnelle et de soutenabilité.

C'est dans ce contexte que s'inscrit le projet SUCCESS II (Scale Up Cervical Cancer Elimination with Secondary Prevention Strategy) mis en œuvre en Guinée par Solthis, en partenariat avec le Programme national de lutte contre le cancer et le Programme national de lutte contre le VIH.

Initié en 2024 dans le cadre d'une initiative régionale soutenue par UNITAID et Expertise France, ce projet vise à renforcer la prévention secondaire du CCU dans le système de santé guinéen, en introduisant le dépistage par test HPV - avec possibilité d'autoprélèvement - et le traitement des lésions précancéreuses par ablation thermique, au niveau des services de santé sexuelle et reproductive, et de prise en charge du VIH.

Cette note capitalise l'expérience du projet SUCCESS II en matière d'intégration des services de prévention secondaire du CCU dans les services de santé sexuelle et reproductive et de prise en charge du VIH en Guinée. Fondée sur le récit et les savoirs expérientiels des acteurs impliqués, elle documente le modèle d'intégration des services mis en œuvre, analyse les leviers et les obstacles à son intégration durable, en tenant compte des facteurs contextuels qui influencent l'adoption des innovations dans les systèmes de santé. Elle s'adresse aux décideurs, partenaires techniques et financiers, et équipes de mise en œuvre engagés dans le domaine de la santé des femmes, de la lutte contre les cancers et du VIH.

Messages clés

- 1 Le dépistage par test HPV et le traitement des lésions précancéreuses sont faisables et bien acceptés** au niveau décentralisé, dans les services de santé sexuelle et reproductive comme dans les services de prise en charge du VIH.
- 2 L'adhésion des prestataires aux innovations introduites ne suffit pas à garantir leur adoption en routine** : des défis organisationnels et structurels persistants limitent l'intégration du dépistage du CCU dans les pratiques courantes et fragilisent la continuité du parcours de soins.
- 3 L'intégration du dépistage et du traitement du CCU au sein des services VIH constitue un modèle prometteur** pour améliorer l'accès et la qualité des soins pour les femmes vivant avec le VIH. Un modèle qui mérite d'être consolidé et étendu.
- 4 Au-delà de l'introduction des innovations biomédicales, la pérennité des services de prévention du CCU exige une transformation plus profonde de l'offre de soins** : passer d'une approche centrée sur la santé reproductive à une offre complète, intégrée et centrée sur les besoins des femmes tout au long de leur vie.

1. Présentation de l'intervention



Contexte de mise en œuvre

Au démarrage du projet, la prévention secondaire du CCU en Guinée restait embryonnaire. Si des initiatives soutenues par l'OMS et Jhpiego avaient introduit dès 2016 le dépistage par IVA et le traitement par cryothérapie, leur déploiement demeure limité (72 sites en 2026) et concentré au niveau tertiaire et secondaire. L'offre de soins reste concentrée dans un nombre limité de centres hospitaliers et orientée vers la prise en charge tertiaire de la maladie. Par ailleurs, la vaccination contre le HPV n'est pas encore disponible dans le pays, rendant la prévention secondaire d'autant plus stratégique.

Population cible et couverture géographique

Le projet visait le dépistage et le suivi de 7 000 femmes âgées de 25 à 49 ans, issues de trois groupes cibles : **la population générale, les femmes vivant avec le VIH et les travailleuses du sexe**. L'intervention a couvert les régions de Conakry et de Kindia, à travers l'appui à vingt structures de santé réparties sur l'ensemble des niveaux du système de santé : un laboratoire national de référence, trois centres hospitaliers, sept centres médico-communaux et six centres de santé communautaires.

Composantes de l'intervention

Le projet visait l'introduction d'un modèle intégré et décentralisé de prévention secondaire du CCU dans les services de santé sexuelle et reproductive et de prise en charge du VIH. Il s'est appuyé sur plusieurs activités clés.

► **Analyse du contexte et diagnostic de terrain** : évaluation des sites d'intervention et diagnostic communautaire.

► **Ancrage institutionnel et renforcement du cadre normatif** : appui au plan stratégique national de lutte contre le cancer, élaboration de normes et directives pour la prévention secondaire du CCU.

- **Renforcement des capacités des prestataires** : curriculum de formation, pool de formateurs nationaux, formations initiales, coaching et supervisions formatives sur site.
- **Appui à la chaîne d'approvisionnement** : acquisition et acheminement des intrants et équipements vers les sites.
- **Intégration dans les services de santé existants** : définition des circuits et parcours patients, modalités de référencement et de transport des échantillons.
- **Création de la demande et mobilisation communautaire** : développement d'outils de communication et de sensibilisation, incluant des supports dédiés à l'autoprélèvement.

2. Circuit et modèle d'intégration

Création de la demande et orientation vers les services de dépistage

La mobilisation des femmes vers les services de dépistage s'est organisée à trois niveaux complémentaires :

- **au niveau communautaire**, le projet a combiné **des campagnes de sensibilisation de masse** et des **séances en petits groupes (ateliers de ciné-débat, d'Education Pour la Santé et d'autogynécologie)**. Pour les populations les plus éloignées des services, femmes vivant avec le VIH et travailleuses du sexe, **l'autoprélèvement** pouvait être réalisé directement sur site ou après les ateliers ;
- **au niveau des services de santé sexuelle et reproductive**, l'orientation reposait sur plusieurs points d'entrée selon l'organisation des structures et la disponibilité du personnel formé : **salles d'attente, consultations prénatales et postnatales, services de gynécologie, de planification familiale et de Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME)**, mais aussi **des consultations pédiatriques** ou encore de **médecine générale** ;
- **au niveau des services VIH**, la sensibilisation et l'orientation étaient assurées lors **des causeries éducatives**, dans les **bureaux des agents psychosociaux**, au cours des **consultations de suivi ARV**.

Dépistage et communication des résultats

Le dépistage reposait sur une approche « opportuniste », à l'initiative des soignant-e-s, ou sur une approche volontaire, à la demande des patientes préalablement sensibilisées. Dans la majorité des sites, le dépistage était réalisé au sein des services de consultations gynécologiques, et plus ponctuellement dans les services de planification familiale.

Les femmes vivant avec le VIH étaient initialement orientées vers les services de maternité pour le dépistage. **Progressivement, le counseling, le prélèvement HPV et le suivi des résultats ont été intégrés au sein des services de prise en charge du VIH, grâce à la délégation de tâches aux agents psychosociaux (APS).**

La transmission des prélèvements au laboratoire et le suivi des résultats étaient centralisés au niveau des services de maternité, pour l'ensemble des patientes quelle que soit leur porte d'entrée. Le suivi des patientes reposait sur un registre papier et une fiche individuelle de suivi. **Quel que soit le résultat, les femmes étaient rappelées par téléphone pour un rendez-vous dédié à l'annonce, au counseling et, le cas échéant, à la réalisation de l'IVA. Un système de relance téléphonique était mis en place pour limiter les pertes de vue.**

Prise en charge des lésions précancéreuses et référencement

La réalisation de l'IVA et le traitement des lésions précancéreuses éligibles étaient assurés au sein des centres de santé, par des sages-femmes ou des médecins. Lorsque les lésions n'étaient pas éligibles à la thermocoagulation - en raison de leur étendue ou de leur stade d'avancement - les patientes étaient référées vers un centre hospitalier pour une prise en charge spécialisée.



Circuit de laboratoire et transport des prélèvements

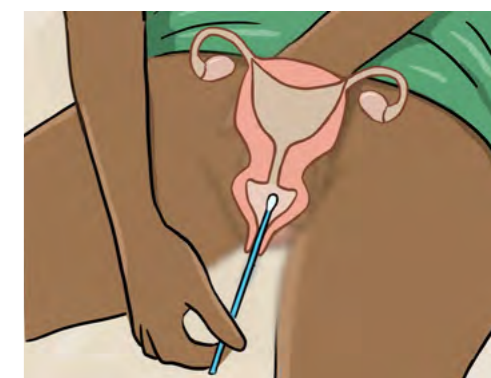
En début de mise en œuvre, le circuit de laboratoire reposait sur un modèle centralisé autour de l'Institut National de Santé Publique (INSP), complété par deux sites disposant de leur propre laboratoire (CHU Donka, CMC Flamboyant). L'acheminement des prélèvements vers les laboratoires s'appuyait sur un système de coursiers en deux-roues préexistant au niveau national, offrant une solution logistique déjà existante.

En cours de projet, l'indisponibilité du laboratoire de l'INSP a contraint à une réorganisation du circuit : les prélèvements ont été réorientés vers les deux laboratoires fonctionnels, en tenant compte de leur capacité d'absorption et de la proximité géographique des sites, et un troisième laboratoire (DREAM) a été intégré pour renforcer la capacité globale du dispositif.



Cascade de dépistage/prise en charge du CCU dans SUCCESS II

- **7 000 femmes dépistées**, dont 93 % par autoprélèvement, 31 % de FVVIH.
- Parmi les prélèvements HPV analysés, près de 40 % étaient positifs :
 - **63 % des femmes testées positives ont bénéficié d'un test par IVA ;**
 - **92 % des femmes dont l'IVA était positive ont bénéficié d'une prise en charge par un traitement par thermoablation** et 100 % des femmes ayant une lésion large ont bénéficié d'une Résection à l'Anse Diathermique (RAD) après référencement vers un site spécialisé.



3. Leçons apprises

La décentralisation de la prévention secondaire du CCU est faisable et bien acceptée aux niveaux primaire et communautaire

L'expérience du projet confirme que la prévention secondaire du cancer du col de l'utérus peut être déployée au-delà des structures hospitalières, jusqu'aux centres de santé de proximité et dans les espaces communautaires.

Du côté des prestataires, **la majorité des soignant-e-s interrogé-e-s souligne que le dépistage par test HPV - en particulier la modalité d'auto-prélèvement - facilite considérablement l'intégration du dépistage dans leurs services.** Comparée à l'IVA, cette approche est perçue comme plus simple à mettre en œuvre, plus rapide et moins contraignante pour les patientes. Elle présente en outre l'avantage de pouvoir être proposée dans différents types de consultations au sein des services de maternité, par plusieurs catégories de professionnels, ce qui multiplie les opportunités de dépistage et permet d'adapter l'offre aux préférences des femmes.

Du côté des gestionnaires de programmes, la possibilité d'étendre le dépistage à la communauté et de l'organiser sous forme de campagnes de masse est identifiée comme une valeur ajoutée majeure pour atteindre les femmes les plus éloignées des services.

Par ailleurs, **la plus grande disponibilité de ressources humaines formées à l'IVA et d'équipements portatifs d'ablation thermique permet de proposer une prise en charge intégrée au sein d'un même service, selon un modèle de « guichet unique ».** Cette configuration **réduit la dépendance au référencement** vers d'autres structures, **simplifie le parcours des femmes** et **raccourcit le délai entre le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses**, limitant ainsi le risque de pertes de vue entre ces deux étapes critiques.



Grâce à l'autoprélèvement et à la possibilité de traiter les lésions sur place, nous n'avons plus à orienter les patientes vers un autre hôpital. Tout se fait dans le même service, et c'est plus confortable pour les femmes.

Médecin gynécologue, service de maternité du CMC Flamboyant.



L'intégration progressive du dépistage au sein des services de prise en charge du VIH améliore l'accessibilité et la qualité du parcours pour les femmes vivant avec le VIH

Dans le circuit initial, l'orientation des femmes vivant avec le VIH vers les services de maternité pour le dépistage pouvait générer plusieurs obstacles : **exposition à la stigmatisation dans des services non spécialisés**, **enjeux de confidentialité** liés au statut sérologique, et **risques de rupture dans la continuité du suivi.**



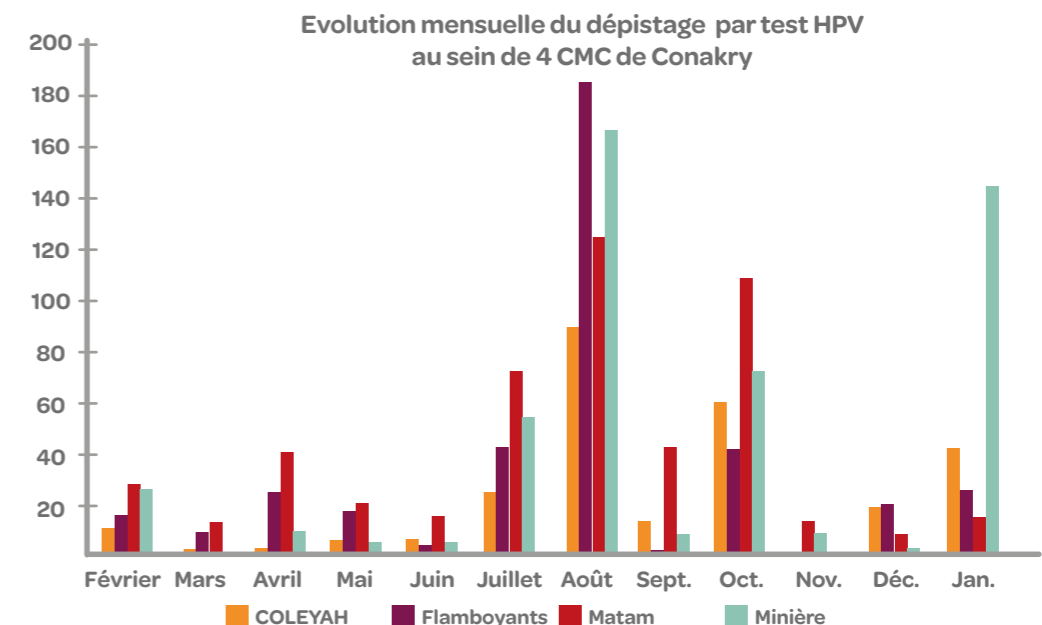
L'intégration progressive du dépistage au sein des services VIH, rendue possible par la formation des agents psychosociaux et la délégation de tâches - couvrant la sensibilisation, l'assistance à l'autoprélèvement et la communication des résultats - a permis de lever ces obstacles de manière significative.

Cette intégration au sein des services VIH présente plusieurs avantages cumulatifs :

- ▶ les FVVIH constituent une population relativement captive, dont le suivi régulier au sein des services VIH multiplie les occasions de proposer le dépistage, de rattraper les pertes de vue et d'assurer la continuité entre les différentes étapes du parcours ;
- ▶ les activités de soutien menées par les APS - causeries éducatives, visites à domicile, accompagnement lors des consultations de suivi ARV - renforcent cette dynamique en créant des points de contact récurrents avec les patientes ;
- ▶ les équipes des services VIH disposent d'une expérience éprouvée en matière de suivi individualisé, d'accompagnement psychosocial et de counseling, des compétences directement mobilisables pour l'annonce des résultats et le soutien des femmes dépistées positives ;
- ▶ enfin, réaliser le dépistage au sein des services VIH permet aux femmes de rester dans un environnement familial, où leur statut sérologique est connu et respecté, limitant ainsi le risque de divulgation involontaire et la crainte de stigmatisation associée.

Si les innovations introduites sont bien perçues, leur adoption en routine reste encore limitée

Les données d'activité mettent en évidence un écart entre l'adhésion déclarée des soignants au dépistage et son intégration effective dans les pratiques de routine. En début de projet, les sites partenaires ont défini des cibles mensuelles de dépistage, basées sur la disponibilité des intrants et les capacités d'analyse de laboratoire, fixées en moyenne à environ 50 dépistages par mois et par site. Ces cibles, modestes au regard des files actives des services SR et VIH, n'ont pas pu être atteintes de manière régulière en dehors des périodes de campagnes de masse. L'évolution mensuelle du nombre de femmes dépistées durant l'année 2025 (voir figure ci-dessous), révèle que les campagnes organisées en juillet-août et en octobre 2025 contribuent à environ 70 % du volume total du dépistage.



Cette proportion témoigne d'une offre de dépistage qui reste encore tributaire d'impulsions ponctuelles plutôt que d'une intégration effective dans les pratiques quotidiennes de soins. **Les FVVIH, population prioritaire du projet, ne représentent à ce stade que 31 % des personnes dépistées, contre une cible initiale de 65 %, traduisant une intégration encore insuffisante du dépistage dans les services PTME et PEC.**

Ce constat suggère que les conditions d'une offre continue et soutenue — disponibilité du personnel formé, organisation des flux de patientes, priorisation institutionnelle — ne sont pas encore pleinement réunies. Il rappelle aussi que la routinisation d'une innovation excède généralement le temps d'un projet et s'inscrit dans un processus progressif qui requiert un accompagnement dans la durée.

Barrières et freins à l'intégration des services de prévention secondaire du CCU

■ Des contraintes organisationnelles qui pèsent sur les prestataires de première ligne

L'augmentation de la charge de travail et le manque d'espace dédié constituent les freins les plus fréquemment cités. Les prestataires décrivent une situation de « consultation dans la consultation », rendant difficile l'intégration complète des activités. Le remplissage des outils, le rendu des résultats et la relance des patientes sont perçus comme chronophages et fastidieux. Dans plusieurs centres de santé, la situation est aggravée par l'absence de rémunération de certains prestataires, ce qui fragilise leur motivation à intégrer de nouvelles tâches.

► Un délai de rendu des résultats du test HPV qui freine la proposition du dépistage

Le délai entre le prélèvement et la communication des résultats — et parfois l'absence de retour due aux dysfonctionnements du circuit en début de projet — a constitué un frein à la proposition du test. Certains soignants hésitent à initier un dépistage dont le résultat ne peut être garanti dans un délai raisonnable, par crainte de générer une attente anxiogène pour la patiente, des rendez-vous supplémentaires difficiles à honorer, ou des situations de relance non maîtrisées.

► Une appropriation institutionnelle encore partielle

La prévention du CCU reste perçue comme une activité additionnelle, plutôt que comme une composante intégrée des paquets de services de santé sexuelle et reproductive ou de prise en charge du VIH. Cette perception peut s'expliquer par une intégration encore incomplète dans les outils et les systèmes de suivi. En effet, le dépistage du CCU n'a pas encore été intégré dans les registres de suivi des FVVIH, ni dans les indicateurs de supervision de routine des services SSR et VIH. En l'absence d'inscription formelle dans les outils et directives, l'offre reste dépendante de la motivation individuelle des prestataires formés plutôt que d'une norme de service intégrée dans le fonctionnement quotidien des structures.

“ **Le dépistage HPV, ça nous prend du temps. Remplir les fiches et les registres c'est beaucoup de temps déjà, et nous n'avons pas d'espace pour bien réaliser l'activité. Cela demande une organisation entre nous. Et seules les sages-femmes formées par le projet font le dépistage, l'activité c'est pour nous.** ”
Sage-femme, service de maternité du CMC Matam



■ Facilitateurs et leviers d'intégration des services

► Un accompagnement continu pour soutenir la pratique

La mise en place de supervisions et de coaching sur site a contribué à renforcer la confiance et les compétences des prestataires, notamment pour la réalisation de l'IVA et du traitement par thermocoagulation, des pratiques parfois nouvelles qui requièrent un accompagnement technique soutenu pour être maîtrisées et maintenues dans le temps. Le soutien des médecins gynécologues présents dans les services de maternité a aussi joué un rôle clé dans ce processus, en favorisant une dynamique de mentorat au sein de ces services.

► Des adaptations organisationnelles locales comme leviers d'intégration

Face aux contraintes d'espace et de disponibilité du personnel, plusieurs sites ont développé des solutions pragmatiques : planification de créneaux et de jours dédiés au dépistage, calés sur la disponibilité des salles et les jours de récupération des prélèvements, et organisation du travail en binôme avec une répartition des tâches : counseling, remplissage des outils, suivi administratif des prélèvements. Ces ajustements ont contribué à fluidifier le circuit et à mieux absorber les activités de dépistage dans l'organisation des services.

► Des approches communautaires prometteuses pour stimuler la demande et maintenir les femmes dans le parcours de soins

Les stratégies de création de la demande déployées dans le cadre du projet — cinés-débats, ateliers d'autogynécologie et d'éducation pour la santé, sensibilisation en petits groupes — ont démontré leur capacité à renforcer l'adhésion des femmes au dépistage, que ce soit par orientation depuis la communauté vers les sites de santé ou par réalisation directe sur site communautaire.

Ces espaces d'échange de proximité ont par ailleurs permis d'identifier et d'aborder des besoins en santé sexuelle et reproductive non satisfaits — contraception, santé menstruelle, prévention des IST — notamment chez les femmes vivant avec le VIH et les travailleuses du sexe. En offrant un cadre plus approfondi qu'une consultation classique, ils favorisent une information de meilleure qualité et une relation de confiance avec les acteurs de santé, deux conditions favorables à l'autonomisation des femmes et à leur maintien dans le parcours de soins.

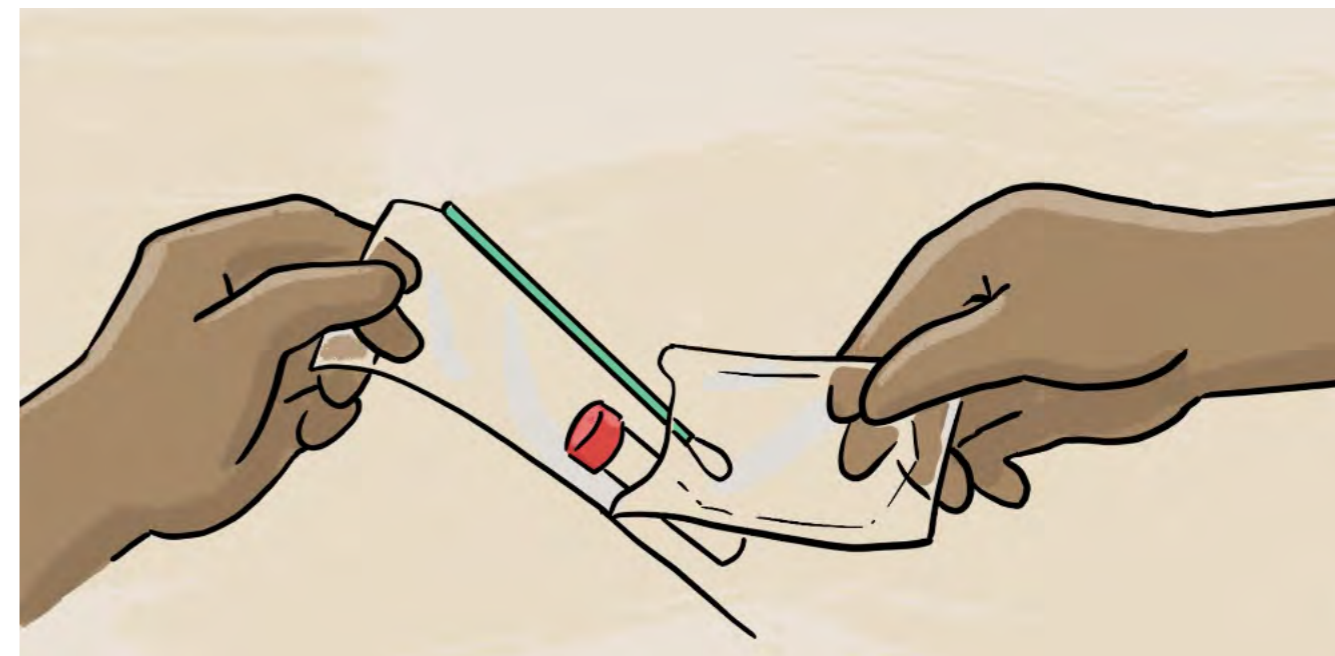
4. Discussion

L'expérience du projet SUCCESS II en Guinée montre que l'introduction du dépistage par test HPV et le traitement des lésions précancéreuses par thermoablation - dans les services de santé sexuelle et reproductive comme dans les services de prise en charge du VIH - est techniquement faisable et bien acceptée. Elle ouvre des perspectives réelles d'amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de l'équité de la prévention secondaire du CCU.

Les enseignements du projet montrent aussi que la faisabilité technique d'une innovation ne garantit pas son intégration durable : les défis organisationnels et structurels restent déterminants pour la soutenabilité du modèle à grande échelle. La gestion des prélèvements, le délai de rendu des résultats, le maintien dans le parcours de soins restent des points de fragilité, qui appellent un investissement sur l'environnement organisationnel autant que sur les outils techniques.

Ce projet s'inscrit par ailleurs dans un contexte marqué par l'émergence rapide de nouvelles technologies - tests rapides, évaluation visuelle assistée par intelligence artificielle - susceptibles de transformer les modèles de prévention secondaire du CCU à moyen terme. Ces innovations pourraient notamment lever certaines des contraintes identifiées dans ce projet, en réduisant la dépendance aux circuits de laboratoire et les délais de rendu des résultats qui complexifient aujourd'hui la gestion du parcours patient. Leur valeur ajoutée dépendra toutefois de la capacité des systèmes de santé à créer les conditions de leur adoption, ce qui appelle un rééquilibrage de l'allocation des ressources au niveau des soins primaires, encore trop concentrées sur la santé maternelle et infantile au détriment d'une offre plus globale, centrée sur la santé des femmes tout au long de leur vie.

Ce travail présente certaines limites. La perspective des patientes n'a pu être documentée, ce qui limite l'appréciation de leur expérience et des obstacles au recours aux soins. Le retour des soignants sur la seconde partie de la cascade - remise des résultats, IVA, thermocoagulation - est resté partiel en raison des difficultés liées au circuit d'analyse des échantillons. Enfin, plusieurs contributions du projet n'ont pas été couvertes par cette capitalisation - renforcement du cadre institutionnel, production d'outils, appui à l'approvisionnement, au système de laboratoire et au SIS - qui constituent pourtant des leviers essentiels pour un environnement favorable et durable à l'intégration des services de prévention du CCU en Guinée.



► **1. Consolider l'intégration du dépistage HPV dans les services VIH** : formaliser ce modèle dans les protocoles nationaux, intégrer le dépistage du CCU dans les activités de suivi des FVVIH, étendre la formation des agents psychosociaux à l'ensemble des sites de prise en charge, quantifier et disponibiliser les intrants nécessaires, et définir des indicateurs dédiés au suivi de la couverture des femmes vivant avec le VIH au sein du programme national.

► **2. Soutenir les conditions organisationnelles de la routinisation** : accompagner les sites dans l'organisation du travail et la délégation des tâches - créneaux et espaces dédiés, répartition formalisée des tâches, intégration du dépistage dans les supervisions de routine - pour ancrer le dépistage dans les pratiques quotidiennes des services.

► **3. Garantir la continuité du parcours patient** : définir des standards minimaux de continuité du parcours - délai maximal de rendu des résultats, contre-référencement systématique, suivi post-traitement - en s'appuyant sur la capacité d'analyse des laboratoires, un circuit fiable pour le transport des échantillons et le rendu des résultats, et sur des outils numériques de suivi des patientes, et les intégrer dans les outils de supervision des sites.

► **4. Élargir l'offre de soins en santé sexuelle et reproductive** : plaider pour une révision des cadres programmatiques, budgétaires et des curricula de formation des professionnels de santé de première ligne, afin d'intégrer la prévention du CCU dans un paquet complet de services en Santé et Droits Sexuels et Reproductifs, assurer la gratuité des soins liés à la prévention du cancer du col de l'utérus (CCU) et déployer des démarches d'amélioration continue de la qualité axées sur l'expérience des usagères, afin de garantir des services de DSSR acceptables, accessibles et adaptés à chaque étape du cycle de vie.

► **5. Renforcer l'approche communautaire et l'autonomisation des femmes** : investir dans les capacités des agents communautaires de santé, développer des outils d'information favorisant le pouvoir d'agir des femmes sur leur santé et intégrer le dépistage du CCU dans les stratégies de mobilisation communautaire existantes — activités de santé sexuelle et reproductive, vaccination et, à terme, campagnes de vaccination HPV.



Illustrations : Laure Garancher / The Ink Link, Ellena Juillard, MatLet
Mise en page KAOCOM

En savoir plus sur le projet

