



## NOTE DE CAPITALISATION

# DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS AUPRÈS DES TRAVAILLEUSES DU SEXE

Succès, défis et leçons apprises  
des projets POUVOIR (Côte d'Ivoire)  
et SUCCESS II (Guinée)



## Résumé

Le cancer du col de l'utérus (CCU) est la première cause de mortalité par cancer chez les femmes en Guinée et en Côte d'Ivoire. Les travailleuses du sexe (TS) y sont particulièrement exposées en raison de leur forte exposition au papillomavirus humain (HPV), de la prévalence élevée du VIH et de multiples vulnérabilités limitant leur accès aux soins.

Dans le cadre des projets POUVOIR (Côte d'Ivoire, 2022-2025) et SUCCESS II (Guinée, 2024-2026), Solthis a déployé des stratégies adaptées et innovantes pour atteindre les TS et leur proposer un dépistage du CCU par test HPV en autoprélèvement, avec traitement par thermocoagulation. Ces deux initiatives figurent parmi les seules de la sous-région à cibler spécifiquement les TS avec cette approche.

Cette note capitalise les expériences des deux projets **en documentant les stratégies déployées, les résultats obtenus et les leçons apprises**, pour partager des enseignements auprès des acteurs clés de la région (ministères de la Santé, ONG, OSC, PTF).

## Contexte et présentation des projets

### Le CCU : un enjeu majeur et des outils de prévention efficaces

L'Afrique subsaharienne concentre 21 % de la mortalité mondiale liée au CCU, avec 120 000 nouveaux cas et 70 000 décès par an. En Guinée et en Côte d'Ivoire, il constitue la première cause de mortalité par cancer chez la femme. Pourtant, le CCU est largement évitable grâce au dépistage par test HPV recommandé par l'OMS, intégré dans une approche « Tester, Trier, Traiter » permettant un traitement précoce des lésions précancéreuses.

**Deux innovations renforcent cette stratégie** : l'autoprélèvement HPV, très bien accepté et facilitant l'accès des femmes marginalisées, et la thermocoagulation, option de traitement simple permettant une prise en charge le jour même dans la grande majorité des cas.

### Les travailleuses du sexe : des femmes particulièrement exposées

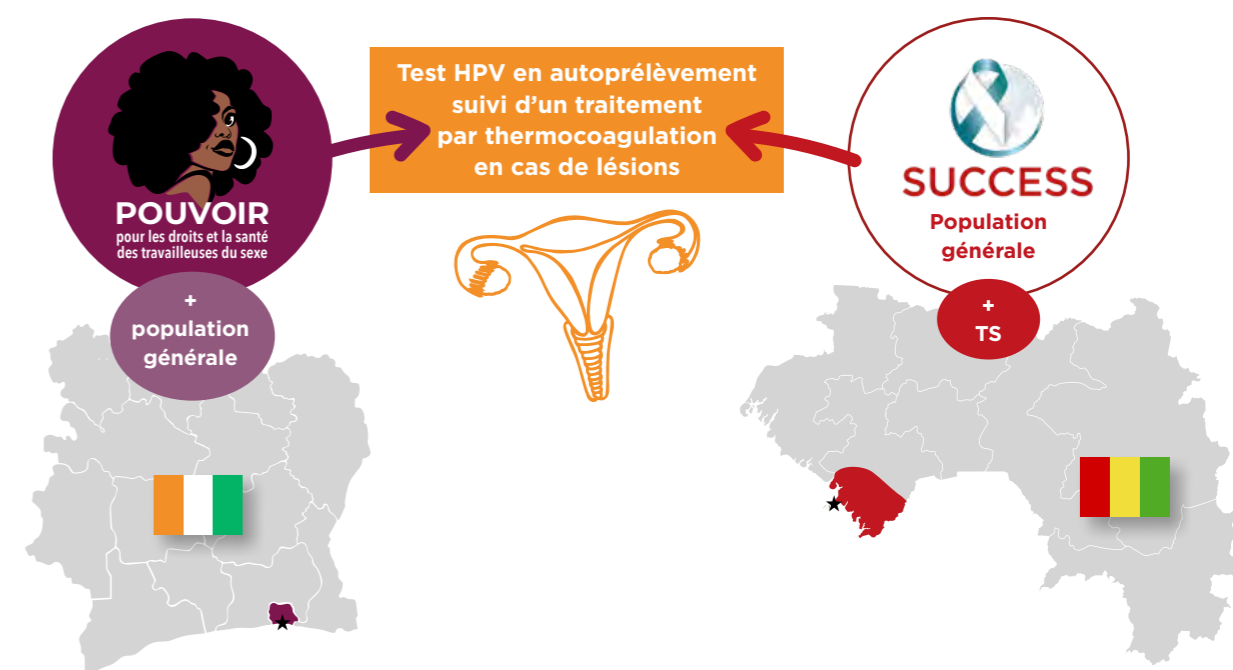
**Les TS présentent des facteurs de risque cumulés** : forte exposition au HPV, prévalence élevée du VIH, précarité socio-économique, stigmatisation, mobilité géographique et disponibilités temporelles réduites. La population TS est très hétérogène en termes d'âge, de modalités d'exercice (bars, hôtels, maisons closes, rue) et de nationalité.

## Deux projets pionniers dans la sous-région

Deux projets avec une approche inversée : POUVOIR centré sur les TS / SUCCESS II centré sur la population générale avec les TS en cible secondaire.

**Le projet POUVOIR (Côte d'Ivoire, 2022-2025)** vise à renforcer le pouvoir d'agir et l'accès aux droits et à la santé sexuels et reproductifs (DSSR) des TS. La stratégie CCU a été déployée en partenariat avec Médecins du Monde (MdM), qui menait un dépistage CCU systématique en population générale à Abobo (13 621 femmes, dont 638 TS et 263 FvVIH). Solthis apportait l'expertise communautaire pour accéder aux sites TS et déployer la stratégie avancée en proposant l'autoprélèvement HPV ; MdM assurait la logistique laboratoire et la supervision des centres de santé partenaires.

**Le projet SUCCESS II (Guinée, 2024-2026)** se distingue par un fort ancrage institutionnel : son objectif principal est l'introduction et la mise en œuvre du dépistage CCU par test HPV au niveau du système de santé national, avec un appui au Programme National de Lutte contre le Cancer du Col (PNLCC) et un objectif de pérennisation dans les structures publiques. Les cibles principales sont les FvVIH et la population générale (6 894 femmes dépistées dont 2090 FvVIH). Les TS constituent une cible secondaire (objectif : 100, réalisé : 259), développée principalement via le Centre Communautaire de Kindia (CCK), seul centre dédié aux populations clés de la ville, et dans une moindre mesure via Fraternité Médicale Guinée (FMG).



### Pourquoi cette capitalisation ?

Ces deux projets représentent les seules initiatives connues de la sous-région ciblant spécifiquement les TS avec une approche basée sur le test HPV en autoprélèvement et le traitement par thermocoagulation. L'objectif est de décrire les approches choisies, identifier les facteurs de succès et les défis rencontrés, et diffuser les pratiques prometteuses dans la région.

**Méthodologie** : analyse des données quantitatives complétée par une collecte qualitative (entretiens semi-directifs, dialogues communautaires) auprès des éducatrices paires, TS, personnel de santé, ONG/associations partenaires, Programmes nationaux de lutte contre le cancer et équipes Solthis dans les deux pays.

# Les cascades de dépistage et de prise en charge

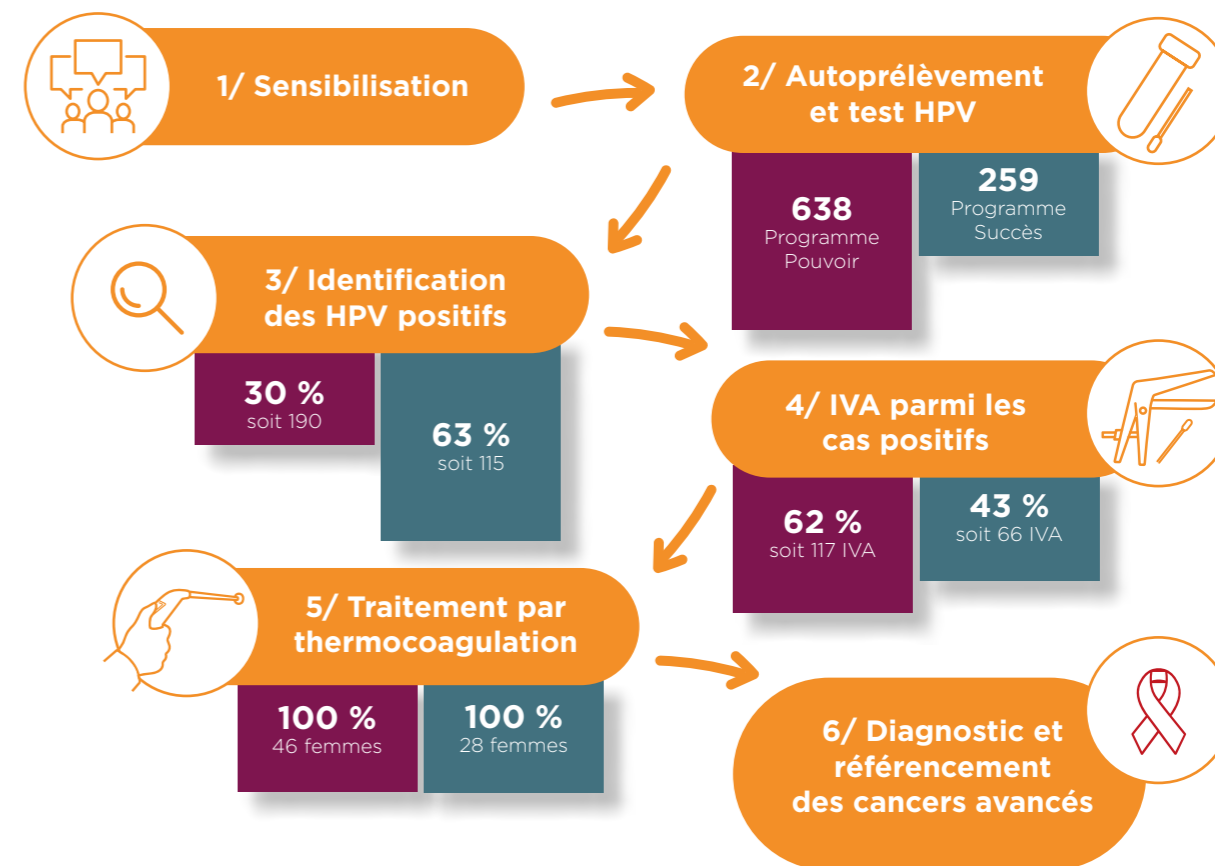
Le tableau ci-dessous présente les cascades CCU pour les TS dans les deux projets, comparées aux autres populations cibles. Les données de la Côte d'Ivoire couvrent la période mai 2023 - décembre 2024 ; celles de Guinée sont en cours au moment de la rédaction (données arrêtées à mars 2026).

Étape de la cascade	TS	Pop. générale	FvVIH	TS	Pop. générale	FvVIH
	POUVOIR (Côte d'Ivoire)			SUCCESS II (Guinée)		
<b>Test HPV réalisé</b>	<b>638</b> stratégie avancée sites TS	-12 720 (est. sur 13 621 total)	263	<b>259</b> CCK: 217   FMG: 42	4 545	2090
<b>Résultats reçus</b>	Résultats J+7			<b>184 / 259 (71 %)</b> Délais 8-10 mois	1 à 3 mois (pouvant aller jusqu'à 10 mois) Système labo défaillant	
<b>Taux HPV+</b>	<b>30 % (190)</b>	22 %	38 %	<b>62,5 % (115/184)</b> sur résultats reçus	42 % sur toutes les populations	
<b>IVA réalisée</b>	<b>62 % des HPV+ (117)</b>	N/D		<b>57 % des HPV+ (66)</b>	67 %	79 %
	72 % toutes populations					
<b>IVA positive (lésions)</b>	<b>29 % des IVA (34)</b>	18 %	28 %	<b>43 % des IVA (29)</b> dont 1 lésion large	24 %	17 %
<b>Traitement (thermocoagulation)</b>	<b>100 % éligibles (44)</b>	N/D		<b>100 % des IVA+ (28)</b>	84 %	93 %
<b>Suivi à 1 an</b>	-12 % difficultés majeures	N/D		Pas de recul	N/D	

## Lecture des cascades

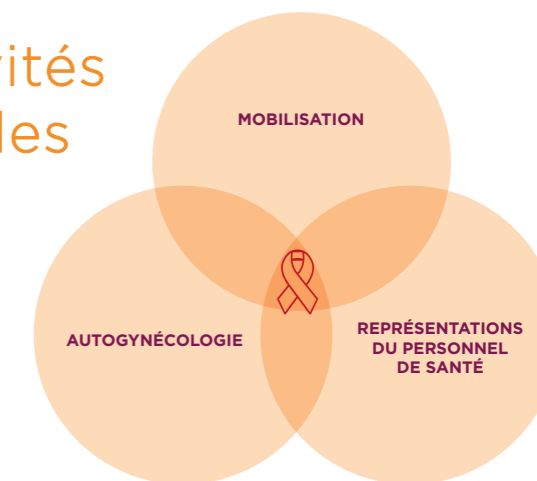
**Les TS présentent un taux de positivité HPV nettement plus élevé que la population générale dans les deux pays (30 % en CIV, 62,5 % en Guinée), ce qui justifie le ciblage prioritaire de cette population.**

La réalisation de l'IVA (Inspection Visuelle à l'Acide acétique) est généralement le point critique de la cascade CCU. Dans les deux pays, le taux de liaison HPV+ -> IVA des TS est inférieur à la moyenne du projet (62 % en Côte d'Ivoire, 57 % en Guinée, vs 72 % pour l'ensemble), reflétant des obstacles communs liés au travail du sexe - mobilité, manque de temps, faible priorisation de sa propre santé - auxquels s'ajoutent en Guinée les longs délais de rendu des résultats de laboratoire et une méconnaissance de l'étape IVA. Le suivi à 1 an reste un défi majeur.



## Un dispositif intégré d'activités communautaires et médicales

Les deux projets combinent plusieurs types d'activités complémentaires pour accompagner les TS tout au long de la cascade et renforcer à la fois la demande et l'offre de services de santé. Trois grandes entrées structurent ce dispositif :



## Les sensibilisations en stratégie avancée

### Une connaissance du milieu TS indispensable pour l'accès

L'accès aux travailleuses du sexe repose sur une connaissance fine de leur milieu et de leur organisation sociale. En Côte d'Ivoire, MdM a fait appel à Solthis pour sa capacité à accéder aux sites TS via ses éducatrices paires (EP). En Guinée, le partenariat avec le CCK a permis de s'appuyer sur un réseau communautaire existant dédié aux populations clés, ainsi que sur la relation de confiance établie entre les TS et le médecin du centre, un atout décisif pour l'adhésion au dépistage.

“ De manière globale, l'utilisation des EP pour la prévention et le dépistage et l'accompagnement est vraiment très important. Sans les EP, aucune autre personne ne peut rentrer dans le système. Il faut comprendre que les TS sont dans un système qui est bien organisé. Les maisons closes, en résidence, si tu n'es pas dans le système, ce n'est pas évident. MdM, Côte d'Ivoire ”

## POUVOIR (Côte d'Ivoire) : répétition et relation de confiance comme facteurs

En Côte d'Ivoire, le projet POUVOIR a mené des sensibilisations intensives en stratégie avancée, sous la forme de causeries en petits groupes, couvrant de multiples thématiques DSSR. **La répétition des messages a été identifiée comme un facteur clé de compréhension de la cascade de dépistage** : 1 à 3 ans après, les TS pouvaient restituer des éléments complexes (différence HPV+/cancer, test de confirmation IVA, existence du traitement, abstinence nécessaire).

**Conditions de terrain** : les sensibilisations dans les bars et maquis sont difficiles (faible lumière, bruit, attention interrompue) et nécessitent des passages tardifs. Les hôtels et maisons closes offrent un cadre plus adapté. Les TS anglophones restent difficiles à toucher en l'absence d'EP et d'outils en anglais.

**L'implication des gérants et tenanciers est essentielle** : des ateliers réguliers leur ont été proposés en Côte d'Ivoire ; une fois sensibilisés, ils ont facilité l'accès aux sites et encouragé les TS à participer.

“ Elle m'a parlé de ça plusieurs fois... 3 à 4 fois je crois bien (...) Le fait de me parler à tout moment, c'est ça qui m'a donné du courage de venir faire.  
TS, Côte d'Ivoire ”

“ Les bars-là, il faut aller à l'heure (...) à partir de 23 heures 30, minuit, là, tu les trouves (...) Le lendemain, pour l'auto-prélèvement, quand tu vas, elles dorment. Tu as fait la sensibilisation, tu t'es tué... peut-être, elles sont parties avec les gens.  
EP Côte d'Ivoire ”

## SUCCESS II (Guinée) : des portes d'entrée multiples et intégrées

En Guinée, la sensibilisation CCU s'est appuyée sur plusieurs portes d'entrée complémentaires aux activités pré-existantes, plutôt que sur une stratégie avancée dédiée sur sites prostitutionnels.

Porte d'entrée	Description et avantages	Limite identifiée
Atelier d'autogynécologie	TS invitées spécifiquement : forte adhésion au test HPV (7-8/10 acceptent)	Peu de TS touchées : biais de recrutement, disponibilité/compensation
Sensibilisation en stratégie avancée via EP PIG/Equal Santé + référencement au CCK (75% des TS)	EP d'autres projets mobilisent les TS sur sites, mutualisation des EP, économies de coûts, approche intégrée DSSR	Non comptabilisée comme activité SUCCESS : perte en qualité et dissolution de l'information
Causerie sur site (CCK) par EP ou médecin	Préparation au dépistage lors de la visite	Peu de temps, surcharge de travail, rétention limitée des informations
Consultation pour autre motif au CCK ou FMG	Proposition du dépistage CCU intégré à une autre consultation (VIH, IST, PF...)	Adhésion variable : TS non préparées à la cascade complète, peu effectif (3% des dépistages CCU au CCK)
Campagne ponctuelle avec approche ticket	Approche « ticket » -> atteint des TS périphériques et leurs proches Campagne en août : 142 femmes dépistées	Profils différents de la cible prioritaire TS
Référencement par proches	Référencement informel assuré par les proches (atteinte des TS périphériques)	Dépendant de la motivation des EP, mobilité des TS, profil différent de la cible TS



### Point de vigilance :

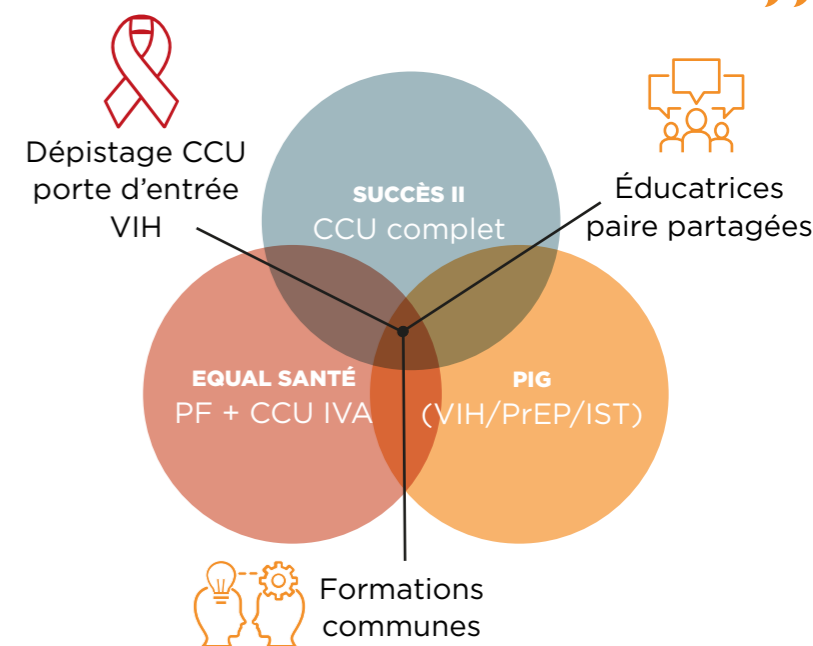
Dans les deux pays, les approches proposées ne permettent pas d'atteindre les TS qui exercent en ligne, de plus en plus nombreuses. Le développement de stratégies spécifiques, via des EP formées aux réseaux numériques ou des approches WhatsApp, permettrait de capter cette cible généralement plus isolée.

## Au CCK (Guinée) : la synergie de trois projets en DSSR

Le CCK déploie simultanément trois projets complémentaires - Plan International Guinée (PIG) (VIH, PrEP, IST), Equal Santé (planification familiale + CCU par IVA) et SUCCESS II (dépistage CCU complet) - offrant aux TS un paquet DSSR intégré avec des bénéfiques croisés entre projets :

- ▶ SUCCESS II bénéficie des sorties en stratégie avancée d'Equal Santé et de PIG, qui sensibilisent les TS au CCU sans que celles-ci soient comptabilisées dans SUCCESS II ;
- ▶ Equal Santé a intégré **l'auto-prélèvement HPV et le traitement par thermocoagulation** grâce à SUCCESS II (élargissement de son paquet de services) ;
- ▶ PIG utilise le CCU comme « porte d'entrée » pour ramener au CCK des TS réticentes au dépistage VIH ;
- ▶ les 3 projets partagent formations/restitutions, supervisions et sorties terrain.

“ Que ce soit les TS Equal Santé, les TS Fonds Mondial ou les TS SUCCESS, dès qu'une équipe sort, tout le paquet de sensibilisation est déployé sur le terrain : le VIH, les IST, le cancer du col, la planification.  
Coordinatrice CCK, Guinée ”



### Point de vigilance :

La mutualisation des EP entre projets peut générer une baisse de la qualité de l'information transmise, du fait d'une formation moins approfondie sur le CCU pour les EP initialement dédiées à d'autres projets. Une formation minimale commune sur la cascade CCU est recommandée pour toutes les EP mobiles, accompagnée d'un kit pédagogique traduit dans les langues adaptées pour soutenir leur intervention.

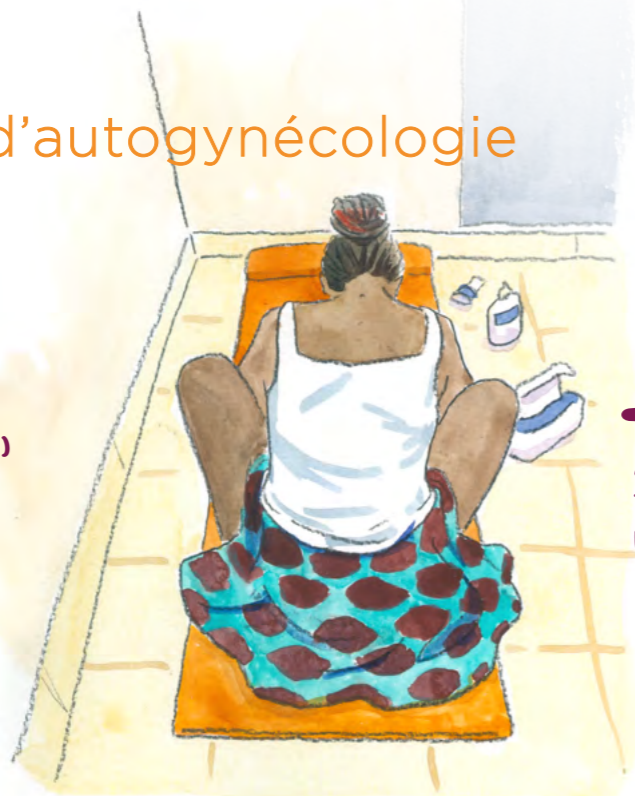
## Les ateliers d'autogynécologie

86

TS PARTICIPANTES  
+ 16 EP (CÔTE D'IVOIRE)

21

TS PARTICIPANTES  
+ 16 EP (GUINÉE)



75-80%  
TS AYANT PRATIQUÉ  
L'AUTO-OBSERVATION

Les ateliers d'autogynécologie sont des séances non mixtes (environ 10 participantes), répétées dans le temps, suivant une approche horizontale et bienveillante. Ils se déroulent en trois temps : cercle de parole (partage d'expériences), apport de connaissances, et auto-observation du col de l'utérus. L'objectif est de favoriser une réappropriation du corps et des savoirs — au-delà d'une simple transmission d'information.

### Comparaison des formats Côte d'Ivoire / Guinée

Porte d'entrée	Description et avantages	Limite identifiée
Nombre de séances par cohorte	4 séances	3 séances
Focus CCU	Secondaire (parmi d'autres thématiques DSSR)	Principal (2 jours sur 3 consacrés au CCU)
Autres thématiques	Anatomie (et auto-observation), contraception, VBG, santé et dignité menstruelle	Anatomie, auto-défense médicale et auto-observation
Animatrices	Facilitatrices Solthis et Covie	EP du CCK (après formation spécifique)
Encadrement médical	Sages-femmes Espace Confiance et Solthis	Femmes du PNLCC — appropriation nationale

### Une forte adhésion et une intégration DSSR plus efficace

Dans les deux pays, une forte adhésion à la méthodologie a été constatée. Fait notable : bien que le format guinéen soit centré sur le CCU, les retours spontanés des TS portaient principalement sur l'auto-observation et la méthodologie en elle-même - suggérant que l'intégration du CCU dans une approche DSSR globale (comme en Côte d'Ivoire) pourrait être plus efficace pour susciter l'intérêt des participantes.

En Côte d'Ivoire, les ateliers ont aussi servi de complément à la formation initiale des EP (brève et dense, 3 jours), leur permettant d'approfondir leurs connaissances et de vivre l'expérience elles-mêmes. Les supervisions ont été perçues comme un élément décisif pour la qualité des sensibilisations.

“  
L'autogynécologie est mieux. Parce qu'on prend le temps de nous connaître nous-mêmes. On a plus d'informations détaillées.  
EP, Côte d'Ivoire”

### L'auto-observation : un moment clé de connaissance de soi

L'auto-observation du col a été fortement appréciée : elle permet une connaissance et une appropriation de son corps, renforce la compréhension du CCU par la visualisation de son col, et prépare les femmes à l'IVA en les familiarisant avec le spéculum en plastique (plus doux que les spéculums métalliques). En Guinée, la pratique de l'auto-observation a également ouvert des discussions sur l'acceptation du corps dans un contexte de forte prévalence des mutilations génitales féminines (MGF). Les EP mentionnent par ailleurs que l'auto-observation leur a permis une « meilleure confiance pour affronter le personnel de santé ».

“  
J'ai fait une fois une consultation gynéco pendant ma première grossesse, mais depuis j'ai eu peur car on introduisait les doigts, ça me faisait mal. Donc depuis je n'ai plus accepté non.  
TS, Guinée”



#### Point de vigilance :

L'auto-observation peut être interprétée comme un « autodiagnostic » : par exemple, en Guinée, une TS interrogée affirmait pouvoir identifier des lésions à l'œil nu. Il est essentiel de distinguer clairement auto-observation et autodiagnostic, et d'insister systématiquement sur la nécessité de l'IVA pour identifier les lésions précancéreuses.

### Un transfert de compétences rapide (Guinée)

En Guinée, les EP du CCK ont été rapidement formées pour assurer en première ligne l'animation des ateliers, afin de renforcer la confiance en soi et la prise de parole des TS, sous la supervision de Solthis. Cette montée en autonomie a favorisé un climat de confiance, d'autant que les EP intervenaient en langues locales (soussou, poular, malinké). La participation des femmes du PNLCC a permis une appropriation nationale de cette méthodologie innovante. En Côte d'Ivoire le transfert entre l'équipe Solthis et les facilitatrices de Covie a été plus progressif.



### Point de vigilance :

Les thématiques médicales requièrent un appui technique et l'intervention de professionnelles de santé pour garantir la fiabilité des messages. Le rôle des EP reste essentiel pour instaurer la confiance, mais doit s'articuler avec cet accompagnement médical. **Pour les contenus plus techniques, des outils complémentaires tels que les ciné débats testés en Guinée ou de courtes vidéos diffusées en salle d'attente ou via WhatsApp peuvent renforcer la compréhension du CCU et sécuriser la transmission des informations.**

### Vers une utilisation stratégique des ateliers

Les ateliers d'autogynécologie sont innovants mais touchent peu de femmes à la fois et mobilisent des ressources importantes. Dans un contexte de financements limités, il est recommandé de les cibler stratégiquement selon deux logiques complémentaires : (1) en tant que formation approfondie pour les EP, renforçant leur capacité à sensibiliser ; (2) en ciblant des « TS ambassadrices » chargées de sensibiliser ensuite leurs paires sur site.

## Communiquer autour du CCU : trouver le juste équilibre

# 55%

TS AVAIENT ENTENDU PARLER DU CCU EN DÉBUT DE PROJET (CÔTE D'IVOIRE, 2022)

# 87%

TS AVAIENT ENTENDU PARLER DU CCU EN FIN DE PROJET (CÔTE D'IVOIRE, 2025)

Source : enquête CAP, recherche Pouvoir (CIV)



# 97%

TS AVAIENT ENTENDU PARLER DE L'AUTOPRÉLÈVEMENT (FIN DE PROJET CÔTE D'IVOIRE, 2025, COMMUNE D'ABOBO)

### Comblent des lacunes de connaissances

Bien que moins connu que le cancer du sein, le CCU suscite l'intérêt des TS et EP, plusieurs témoignant connaître des femmes décédées de cette maladie. Cette résonance personnelle constitue un point d'entrée efficace pour la sensibilisation.

“ *J'avais une belle-tante qui a eu ce problème-là. Donc je sais de quoi il s'agit, et une camarade aussi.*  
TS, Côte d'Ivoire ”

### Communication positive vs communication anxieuse

L'approche de Solthis est de promouvoir une communication positive et non stigmatisante. En Guinée, un partenariat avec l'association TheInkLink a permis de développer une boîte à images et des capsules vidéo de sensibilisation et d'information, pour éviter les messages anxieux. Pour autant, dans les deux pays, les actrices de terrain ont souvent eu recours à des arguments fondés sur la peur afin de « choquer pour faire adhérer ».

### Quelles informations communiquer et à quel moment ?

#### Deux stratégies de communication, deux effets observés

	POUVOIR – Côte d'Ivoire	SUCCESS II – Guinée
Stratégie de communication	Complète sur toute la cascade	Minimisation : focus test HPV
Mention de l'IVA	Oui, systématique	Peu mentionnée par les EP
Mention de l'abstinence	Oui, en amont	Peu : pour ne pas dissuader
Effet observé	Dédramatisation du HPV+, bonne rétention	Dramatisation du HPV+, IVA méconnue
Taux HPV+ TS	30 % (vs 22 % pop. gén.)	62 % (vs 42 % en moy. toutes pop.)

En Côte d'Ivoire, les EP ont déployé une communication complète sur toute la cascade, rendue possible par le caractère répété et continu des sensibilisations. En Guinée, la stratégie adoptée était plus progressive (focus HPV, IVA laissée au médecin, abstinence peu abordée) afin de ne pas surcharger les TS d'informations anxieuses. Cela a produit un effet non intentionnel : le HPV+ a souvent été assimilé à un cancer par les TS, faute d'explication sur l'étape de confirmation IVA.

**Dans les deux pays, les TS présentent un taux HPV+ nettement plus élevé que la population générale. Il est d'autant plus important de bien communiquer, dès la sensibilisation, sur le fait qu'HPV+ n'est pas synonyme de cancer, et sur la nécessité de l'IVA comme étape de confirmation.**

“ *Pendant les causeries, on leur dit : «si vous avez le résultat positif, il faut faire le traitement, sinon vous pouvez avoir la mort.»*  
EP, Guinée ”

### Adapter le langage et les supports

Face aux obstacles de littératie, il est utile de désigner le col de l'utérus avec un langage accessible, par exemple comme « la partie sur laquelle le bébé dort pendant la grossesse » ou « la partie qui ressemble au bout du nez ». En Guinée, les supports ont été adaptés aux principales langues locales (soussou, malinké, poular).

Argument efficace pour les TS : « Sécuriser son outil de travail ». Le virus HPV peut, à terme, empêcher les TS de travailler ; les TS comprennent et adhèrent à cette logique de protection de leur source de revenus.

## Recommandations : communication



**1. Développer une communication complète et répétée sur toute la cascade dès la sensibilisation**, incluant l'IVA et l'abstinence post-traitement, pour dédramatiser le HPV+ et préparer les TS à chaque étape.

**2. Adapter les outils et le langage aux langues parlées et au niveau de littératie en santé.**

**3. Former les EP aux compétences psychosociales minimales pour gérer les réactions émotionnelles lors de l'annonce d'un résultat HPV+.**

**4. Étendre les outils complémentaires** (ciné-débats, vidéos courtes) **aux TS spécifiquement pour les informations médicales plus complexes.**

**5. Utiliser l'argument de la protection de la santé comme « outil de travail » comme levier de sensibilisation.**

## Le dépistage HPV : deux modèles pour atteindre les TS

### L'autoprélèvement HPV : une innovation clé très bien acceptée

**La satisfaction vis-à-vis du test HPV par autoprélèvement est très élevée dans les deux pays.** Le dispositif est perçu comme petit (« coton-tige »), autonome et peu intrusif, à l'opposé du spéculum métallique (perçu comme douloureux, froid, intrusif et non hygiénique). Aucun échantillon invalide n'a été déclaré dans les deux projets (les rares échantillons rejetés étaient liés à un mauvais étiquetage), confirmant non seulement la bonne exécution du geste mais également le fait que les rapports sexuels dans les 24h précédant le prélèvement ne sont pas une condition de non-éligibilité.

En Guinée, le CCK propose également une option d'autoprélèvement assisté (avec une sage-femme présente) pour les TS préférant un appui. Couplé à l'auto-observation réalisée lors des ateliers d'autogynécologie, le premier autoprélèvement prépare les femmes à adhérer à l'IVA.

“  
*Bon, la manière qu'elle a expliquée, c'est comme ça que j'ai fait, ce n'était pas difficile.*  
TS, Guinée

## L'âge du dépistage : un enjeu clé pour les TS

	POUVOIR — Côte d'Ivoire	SUCCESS II — Guinée
Âge de dépistage retenu	30 ans et plus	25 ans et plus
Justification	Recommandations PNLCa + phénomène clearance HPV + intrants limités (MdM)	Alignement sur les FvVIH, fort taux HPV+ chez les jeunes TS
Répartition des TS dépistées	88 % 30 ans et +, 12 % 25-29 ans	11 % <25 ans, 66 % 25-29 ans, 23 % 30 ans et +

En Côte d'Ivoire, l'âge médian des TS est de 26 ans (enquête CAP POUVOIR). Alors que l'âge éligible était au départ de 25 ans, le seuil de 30 ans a finalement été retenu, créant des difficultés pour les équipes de terrain : les EP devaient refuser des TS de moins de 30 ans souhaitant se faire dépister, tout en expliquant le phénomène de clearance HPV - une situation inconfortable mais qui n'a pas constitué un obstacle à l'atteinte des cibles.

“  
*Sur les sites des plus jeunes, des moins de 30 ans là, elles voulaient faire mais on leur dit (...) jusqu'à 30 ans, avant 30 ans, il y a les anticorps qui peuvent détruire ça, ça va disparaître d'eux-mêmes.*  
EP, Côte d'Ivoire

### POUVOIR (Côte d'Ivoire) : le dépistage en stratégie avancée sur les sites TS

**Modèle Côte d'Ivoire :** une session mensuelle par site TS, avec une sensibilisation CCU en début de semaine, suivie d'un jeudi de prélèvement où les EP venaient sur site avec des glacières. Les échantillons étaient acheminés vers le laboratoire (Genexpert) ; les résultats étaient rendus la semaine suivante **en personne par les EP** sur les sites.

“  
*Le fait de venir vers les femmes, là, sur le terrain, là (...) Si on les faisait déplacer, là, comme elles n'aiment pas se déplacer (...) ça allait mettre un frein à notre activité.*  
EP, Côte d'Ivoire



#### Points de vigilance :

- Décalage sensibilisation/prélèvement : le délai de 1 à 3 jours entre sensibilisation et prélèvement a posé problème, car les TS présentes à la sensibilisation n'étaient pas toujours les mêmes le jour du prélèvement. Certaines EP ont demandé à coupler les deux le même jour, ce qui semble préférable.
- Pérennisation de l'approche : la stratégie avancée repose sur un dispositif intensif - mobilisation d'un réseau d'EP, sensibilisations répétées, appui d'un ASC coach (MdM), recrutement d'un technicien de laboratoire pour garantir des délais rapides, etc. - qui crée des activités spécifiquement dédiées et soulève des enjeux de durabilité. Il est donc essentiel de rechercher, autant que possible, un équilibre entre l'efficacité des dispositifs dédiés et l'intégration des approches dans les routines des structures, afin d'en assurer la pérennisation.

## SUCCESS II (Guinée) : la stratégie fixe et intégrée

Au **CCK**, le test HPV est proposé dans ce centre dédié aux populations clés de Kindia, où les TS ne craignent pas d'être reconnues ni stigmatisées. Ce modèle intégré est moins coûteux que la stratégie avancée mais se heurte à l'obstacle du déplacement et à la non-priorisation d'une pathologie asymptomatique.

À **FMG** (Fraternité Médicale Guinée, Conakry), le test HPV est proposé de manière opportuniste, lors d'une consultation pour un autre motif. Cette approche peu systématisée explique le faible volume de TS dépistées sur ce site (42 au total).

Au **CSA de Manquepas** (Kindia), des TS référées par les EP (PIG et Equal Santé) et allant à la consultation VIH peuvent accéder au dépistage CCU dans la consultation PTME/CCU du même centre, en se « fondant » dans la population générale. Ce circuit gagnerait en efficacité s'il était formalisé et systématisé au sein des CSA notamment. Le nombre de TS dépistées dans le cadre du projet SUCCESS II est ainsi certainement sous-estimé.

### Point de vigilance :

**Défi majeur en Guinée : le retard dans le rendu des résultats.** Des TS dépistées entre mai et juillet 2025 n'avaient pas reçu leurs résultats en mars 2026 (8-10 mois de retard), suite à des défis logistiques du système de laboratoire (relocalisation de l'INSP, panne du Genexpert au CTA Donka). Environ 71 % des TS dépistées au CCK avaient reçu leurs résultats. Ces délais ont généré de l'anxiété, du désintérêt et une perte de confiance chez les TS.

“  
*Ça m'inquiète vraiment ! (...)  
Si ça prend du temps, c'est que  
quelque chose ne va pas.*  
TS, Guinée

## Recommandations : dépistage

- 1. Privilégier les stratégies avancées sur sites TS lorsque les conditions sont réunies** : réseau EP solide, logistique laboratoire fonctionnelle et rendu rapide des résultats.
- 2. S'assurer que le circuit laboratoire est opérationnel ou disposer de plans alternatifs avant de lancer les activités de dépistage**, tant les délais de résultats constituent un facteur de rupture majeur.
- 3. Coupler sensibilisation et prélèvement le même jour** autant que possible pour réduire les pertes entre les deux étapes.
- 4. Pour les stratégies fixes, formaliser et systématiser les circuits de référencement vers les centres de santé adaptés (CCK, FMG, CSA).**

## Les ateliers sur les représentations du personnel de santé

Des ateliers d'échanges sur les représentations, attitudes et pratiques (RAP) ont été déployés dans les deux projets, ciblant le personnel des structures de santé impliquées dans la prise en charge des TS. En Guinée, un guide d'animation spécifique a été développé à partir du guide ivoirien (max. 18 participants : sages-femmes, infirmiers, PNLCC, PNLISH).

Ces ateliers visent à promouvoir une prise en charge centrée sur l'utilisateur, à transformer les attitudes stigmatisantes envers les populations clés et à renforcer les pratiques de soins respectueux - notamment en matière de consentement, d'autonomie corporelle et de prévention des violences gynécologiques. La dimension des représentations de genre y est centrale.

Les verbatims ci-contre et ci-dessous, issus d'une enquête qualitative post-atelier, illustrent l'impact sur les pratiques cliniques concrètes.

“  
*Au-delà de ce que je savais, ce que j'ai appris aujourd'hui, cela me recadre encore davantage à plus faire attention sur mes méthodologies d'approche vis-à-vis des travailleuses du sexe (...)  
Dans le temps, pour faire mon examen gynécologique, je déshabillais totalement la dame.*  
Sage-femme, Côte d'Ivoire

### Point de vigilance :

Des attitudes stigmatisantes ont été relevées de la part d'agents d'accueil dans un centre de santé en Côte d'Ivoire. Ces ateliers doivent être étendus à l'ensemble du personnel en contact avec les TS (accueil, agents de santé communautaires), pas uniquement au personnel soignant.



“  
*J'avais une image que je me faisais de ces dames-là. Mais lorsqu'on a eu la première formation, franchement, ça a levé le voile sur certaines questions. Ça m'a permis de comprendre certaines réalités.*  
Sage-femme, Côte d'Ivoire

“  
*Moi, j'ai compris que je ne suis pas là pour juger quelqu'un. Je suis là pour soigner. (...) Je peux lui donner des conseils, mais c'est pas à moi de la juger.*  
Sage-femme, Côte d'Ivoire

# De l'IVA au traitement : les défis de la cascade

## L'IVA de confirmation : le maillon critique

**Les freins à la réalisation de l'IVA sont nombreux et communs aux deux pays : manque de temps, ressources financières limitées, non-priorisation de la santé, mobilité des TS, méconnaissance de l'IVA (surtout en Guinée). Ces freins s'inscrivent dans un contexte où une pathologie asymptomatique ne génère pas de demande spontanée de soins.**

**En Côte d'Ivoire, le rôle des EP dans le référencement a été un levier d'accès décisif :** les EP accompagnent physiquement les TS vers le centre de santé partenaire, négocient un passage prioritaire, prennent en charge les frais de transport et apportent un soutien psychosocial. Ce suivi individuel a permis d'obtenir un taux de liaison HPV+ -> IVA de 62 %, satisfaisant comparativement aux résultats observés dans d'autres contextes d'Afrique de l'Ouest.

Aussi, **la réduction du délai de rendu des résultats** a nettement amélioré le taux de liaison entre la remise du résultat et la réalisation de l'IVA, qui est passé de 50 % à 75 % entre 2023 et 2024, grâce à l'affectation d'un technicien de laboratoire dédié.

**En Guinée, l'acquisition d'un thermocoagulateur au CCK (novembre 2025) a représenté un changement majeur :** les TS HPV+ n'ont plus à se déplacer vers un centre de santé public (CSA ou CHR) ou bien à attendre la consultation du prestataire partenaire au CCK, et la prise en charge IVA + traitement peut être réalisée le même jour au CCK, avec une équipe et un environnement connu.

**Perspectives à explorer :** des recherches sont en cours sur des outils d'aide à l'IVA assistée par intelligence artificielle (analyse d'images du col) et la thermoablation avancée (assistée par IA ou imagerie avec automatisation des paramètres tels que la durée d'application et la température). Ces innovations pourraient à terme faciliter les stratégies avancées pour l'IVA, aujourd'hui peu déployées en raison des contraintes de plateau technique.

## L'enjeu crucial de l'abstinence post-traitement

**L'abstinence post-traitement constitue l'un des défis les plus spécifiques des approches TS : elle empêche les TS de travailler, avec des conséquences directes sur leur survie économique et leur logement.**

**Recommandations officielles et adaptations projetés :** la thermocoagulation nécessite une période d'abstinence pendant la cicatrisation du col. Les recommandations nationales (1 mois en

Côte d'Ivoire, 1,5 mois en Guinée) ont été adaptées par les projets pour tenir compte de la réalité des TS, en accord avec les programmes nationaux :

	Directives nationales	Adaptation projet	Pratique observée
Côte d'Ivoire	1 mois d'abstinence	2 sem. abstinence stricte + 2 sem. préservatifs (validé PNLCCa)	Souvent <1 semaine ; cols avec écoulements relevés
Guinée	1,5 mois d'abstinence	2 sem. abstinence stricte + 2 sem. préservatifs (validé PNLCC)	Peu de données disponibles

**Stratégie de réduction des risques :** face à la difficulté d'observer une abstinence complète, l'adaptation à 2 semaines d'abstinence stricte suivies de 2 semaines avec préservatifs représente un compromis validé par les programmes nationaux, reconnaissant la réalité économique des TS tout en minimisant les risques de complication. La sensibilisation aux partenaires stables et aux gérants sur l'importance de respecter cette période est également indispensable.

**Des profils inégalement touchés :** les TS occasionnelles, ayant d'autres sources de revenus (commerce, esthétique), rapportent moins de difficultés, ainsi que celles bénéficiant du soutien de leur entourage. Les TS sans autre revenu et celles soumises à des versements obligatoires aux gérants sont les plus vulnérables, notamment les TS nigérianes en Côte d'Ivoire. Des cas de viol conjugal ont également été rapportés, avec un impact direct sur la guérison.

**Point important :** des cas de femmes informées de l'abstinence obligatoire seulement après le traitement ont été relevés dans les deux pays, et ont été très mal vécus. Il est indispensable d'informer les TS le plus en amont possible - idéalement dès la sensibilisation - et de répéter l'information au moment de l'IVA. Les cas de complications post-traitement liées au non-respect de l'abstinence sont difficiles à quantifier mais doivent être documentés dans la suite des projets.

## Le suivi à 1 an : un défi à relever

Le suivi à 1 an des femmes traitées est très faible (12 % en Côte d'Ivoire) : oubli, perte du carnet, désengagement, délais longs (1 an vs 3-6 mois pour le VIH), absence de rappels actifs. Ce défi n'est pas spécifique aux TS mais est exacerbé par leur mobilité. Le suivi à 3 ans des femmes HPV négatives représente un défi encore plus important sur le plan opérationnel.

“ *C'était bien, j'ai vu ça... avec elle, le premier rendez-vous, elle m'a accompagnée, elle allait s'asseoir même jusqu'à ce que la sage-femme arrive.*  
TS HPV+, Côte d'Ivoire

“ *Elles étaient prioritaires parce que ce sont des dames qui travaillent sur leur temps. Donc quand elles viennent on s'excuse auprès des autres femmes (...) si elles traînent trop, on sait qu'elles vont aller faire le rapport à d'autres, elles ne vont plus venir.*  
Sage-femme, Côte d'Ivoire

“ *J'ai tenu pendant une semaine. Une semaine. Après ça, j'ai repris encore (...) Si j'avais les moyens, j'allais pouvoir tenir ça. Mais malheureusement, c'est pas le cas.*  
TS, Côte d'Ivoire

“ *Financièrement, puisque ce n'est pas de ça seulement que je vis totalement. Je me défends un peu (...) J'essaie de faire des petits commerces, pour trouver quelque chose (...) Mais je dirais qu'après le test et quand j'ai fini mon traitement, je me suis contentée de mon commerce.*  
TS occasionnelle, Côte d'Ivoire

## Recommandations : IVA, traitement, abstinence et suivi

- 1. Communiquer systématiquement sur l'IVA dès la sensibilisation pour dédramatiser le HPV+ et préparer les TS à la cascade complète.**
- 2. Informer les TS de l'abstinence post-traitement le plus en amont possible** (idéalement dès la sensibilisation), répéter au moment de l'IVA et documenter les cas de complications.
- 3. Promouvoir la réduction des risques (2 sem. abstinence stricte + 2 sem. préservatifs) validée par les programmes nationaux**, plutôt qu'une abstinence totale intenable.
- 4. Sensibiliser également les partenaires stables et les gérants à l'importance du respect de la période post-traitement.**
- 5. Explorer des mesures d'accompagnement économique ciblées pour les TS** sans autres sources de revenus.
- 6. Mettre en place des systèmes de rappels actifs** (EP, SF, digitalisation des données) et intégrer le suivi CCU dans les paquets de services de routine.

## De l'efficacité à la durabilité : enseignements croisés de deux stratégies de dépistage CCU

Les expériences de POUVOIR et SUCCESS II confirment qu'aucune stratégie ne s'impose universellement. La stratégie avancée (Côte d'Ivoire) produit des résultats probants dans la cascade mais mobilise davantage de ressources humaines, logistiques et financières. L'intégration dans un centre communautaire dédié (Guinée) offre une meilleure optimisation des ressources et de meilleures perspectives de continuité des soins, mais pose davantage de défis en termes d'accessibilité aux TS et d'accompagnement informé à chaque étape de la cascade. Dans les deux cas, la question de la pérennisation reste entière et constitue un enjeu critique. Dans un contexte de raréfaction des financements pour la santé, plutôt qu'opposer ces deux modèles, il convient de les articuler selon les opportunités locales en privilégiant les approches les plus efficaces, et d'inscrire, dès la conception de toute intervention, une stratégie de transition : intégration dans les plans nationaux CCU et ancrage institutionnel des acteurs communautaires.



## Messages clés

Les expériences des projets POUVOIR et SUCCESS II permettent de dégager les enseignements suivants pour toute intervention de dépistage et de prise en charge du CCU ciblant les travailleuses du sexe en Afrique de l'Ouest.

### 1. S'appuyer sur les éducatrices paires et le réseau communautaire

L'accès aux TS, l'adhésion au dépistage et le suivi dans la cascade reposent sur des EP formées, engagées et entretenant une relation de confiance durable avec les TS. Sans ce réseau, aucune autre stratégie ne peut fonctionner efficacement.

### 2. Intégrer le CCU dans une approche DSSR globale

Les ateliers d'autogynécologie et les sensibilisations multi-thématiques permettent d'appréhender le CCU comme une composante de la santé globale de la femme, réduisant les résistances et augmentant l'intérêt. L'intégration dans les paquets de services existants (VIH, IST, contraception) génère aussi des économies de ressources.

### 3. Aller vers les TS avec des stratégies avancées

La stratégie de dépistage sur site est plus efficace que le référencement vers un centre de santé. Les conditions de réussite sont : réseau EP solide, logistique laboratoire fonctionnelle et rendu rapide des résultats. Sans ces conditions, la stratégie fixe avec un centre dédié (modèle CCK) peut être une alternative efficace.

### 4. Communiquer complètement et de façon répétée

La transmission d'informations complètes sur l'ensemble de la cascade (HPV+, IVA, abstinence) dès la sensibilisation dédramatise chaque étape et prépare les TS. La répétition est clé pour la rétention des messages complexes. L'utilisation d'outils adaptés (boîte à images, ciné-débats, vidéos courtes) est un levier complémentaire majeur.

### 5. Anticiper l'enjeu économique de l'abstinence

L'abstinence post-traitement constitue un obstacle spécifique aux TS : elle doit être abordée en amont, avec une adaptation des recommandations nationales (approche de réduction des risques) et des mesures d'accompagnement économique pour les TS sans autres ressources.

### 6. Optimiser les délais et les lieux de prise en charge pour renforcer la cascade

La diminution des délais de rendu des résultats (exemple de la Côte d'Ivoire) ainsi que le regroupement de la prise en charge en un lieu unique, autant que possible (exemple de la Guinée), constituent des leviers majeurs pour limiter les pertes de vue et renforcer l'efficacité de la cascade.

### 7. Travailler sur les attitudes du personnel de santé

Les ateliers représentations, attitudes et pratiques sont indispensables pour former les soignants aux spécificités des TS et garantir un accueil non discriminatoire. Ils doivent cibler l'ensemble du personnel (accueil, soignants) et s'accompagner d'un soutien institutionnel pour ancrer les changements de pratiques.

### 8. Mutualiser les ressources et s'intégrer dans les systèmes existants

L'intégration du CCU dans les paquets de services existants et la mutualisation des EP entre projets permettent d'économiser des ressources, d'élargir la couverture et de proposer un paquet DSSR complet. Cette mutualisation exige une formation de qualité commune à toutes les EP.



En savoir plus sur  
le projet SUCCES



En savoir plus sur  
le projet POUVOIR



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

