

# Projet global de financement pour l'élimination du cancer du col de l'utérus :

Financer la prévention secondaire  
dans les contextes de faible revenu



Supported by



## Table des matières

<b>Préambule</b>	<b>1</b>
<b>À propos de ce rapport</b>	<b>3</b>
<b>Introduction</b>	<b>5</b>
<b>SECTION 1: Encourager le financement dédié à l'élimination du cancer du col de l'utérus : opportunités et défis</b>	<b>11</b>
Élimination du cancer du col de l'utérus : un investissement essentiel	<b>11</b>
L'intégration est cruciale	<b>12</b>
Mobiliser la société civile	<b>15</b>
<b>SECTION 2 : Stratégies de financement pour l'élimination du cancer du col de l'utérus</b>	<b>17</b>
Financement catalytique	<b>18</b>
Aide publique au développement	<b>18</b>
Banques de développement	<b>19</b>
Financement basé sur les résultats	<b>21</b>
Transition vers un modèle de financement national durable	<b>22</b>
Micro-assurance et micro-financement	<b>24</b>
Engagement du secteur privé	<b>25</b>
Étude de cas : Associer le dépistage du PVH et la santé digitale avec l'infrastructure de santé existante en Malaisie - Le programme ROSE	<b>27</b>
<b>Conclusion</b>	<b>28</b>
<b>Outils et documentation supplémentaire</b>	<b>29</b>
<b>Références</b>	<b>30</b>

## Préambule

Le cancer du col de l'utérus est le quatrième cancer le plus courant chez les femmes à travers le monde. Pourtant, il s'agit de l'un des cancers les plus faciles à prévenir et à traiter en cas de détection précoce. Les femmes vivant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et les femmes les plus défavorisées au sein de tous les pays ont beaucoup plus de probabilités de développer un cancer du col de l'utérus et d'en mourir. En 2020, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a lancé une initiative mondiale visant à éliminer le cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique, avec des objectifs intermédiaires à atteindre d'ici 2030.

Alors qu'il existe des défis dans les contextes de faible revenu au regard de la viabilité et la pérennité des financements des efforts liés à cette priorité de santé publique, l'ambition d'élimination représente une nouvelle opportunité d'adopter une approche globale. Il s'agira dès lors de s'appuyer sur la couverture de santé universelle et d'envisager des modes de financement et d'interventions innovants pour développer progressivement les services d'élimination de la maladie dans chaque pays.

Ce rapport de The Economist Intelligence Unit aborde les principaux défis liés au financement pour l'élimination du cancer du col de l'utérus dans des contextes de faible revenu. Les priorités listées ci-dessous peuvent servir à interpeller les dirigeants politiques ou les organismes de financement :

**Recueillir des données locales pour mieux documenter la conception et les prises de décisions concernant les mécanismes de financement en santé.** Dans chaque pays, il est indispensable de disposer d'une connaissance approfondie de l'épidémiologie et des freins qui pourraient s'opposer au déploiement du dépistage du cancer du col de l'utérus et, si nécessaire, à l'accès aux traitements, afin de donner la priorité aux solutions les plus efficaces et les plus durables. Ces analyses doivent aussi permettre d'identifier et de résoudre les problèmes de financement et de distribution des ressources au sein des systèmes de santé.

**Déterminer les capacités de financement au niveau national dans chaque pays et la disponibilité de services de qualité à l'aide**

**d'outils existants d'évaluation et de projection des coûts pour concevoir des programmes d'élimination adaptés et réalistes.**

À ce titre, des solutions adaptées aux possibilités et aux ressources de chaque pays seront plus pérennes. Les outils actuels d'évaluation et de projection des coûts doivent être utilisés en priorité pour identifier les opportunités et les insuffisances afin de pouvoir étendre progressivement les programmes d'élimination au niveau national. Leur bon fonctionnement repose sur une approche systématique et organisée, qui sera plus facile à déployer dans le cadre d'une couverture sanitaire universelle efficace, intégrant la budgétisation et la planification des services de santé.

**Favoriser l'intégration de cet objectif aux enjeux politiques, au financement, à un programme et aux services de santé pour une efficacité durable.**

Les approches cloisonnées de la santé publique créent des inefficacités pouvant être minimisées ou complètement évitées. Les synergies avec d'autres priorités de santé publique, comme le VIH ou la planification familiale, doivent être recherchées. Le cadre de la stratégie mondiale de l'OMS pour l'élimination doit être utilisé pour promouvoir l'intégration financière. Un engagement fort des preneurs de décision aux niveaux mondial, national, programmatique et des services doit être encouragé pour s'assurer que l'intégration soit optimale et que tous les bénéfices en soient tirés.

**Privilégier des solutions innovantes optimisant différentes sources de financement pour compléter le financement national.**

Dans des contextes de faible revenu, le financement national dédié aux services de lutte contre le cancer, dont le cancer du col de l'utérus, n'est pas suffisant pour développer des programmes à l'échelle nationale. Les conséquences financières mondiales de la pandémie de Covid-19 impacteront à long terme le financement de la santé. Les pays concernés doivent accroître leurs dépenses nationales de santé et améliorer leur utilisation des impôts et des systèmes d'assurance maladie, tout en favorisant l'utilisation d'autres systèmes de financement alternatifs lorsqu'ils sont disponibles. Des approches en consortium permettant de mobiliser des fonds auprès de banques de développement en combinant financement public et privé tout en favorisant l'expertise et la rapidité doit être envisagé.

## À propos de ce rapport

Ce rapport fait suite au lancement par l'Organisation Mondiale de la Santé de la *Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus* ainsi que des outils associés à la fin 2020. Alors qu'il existe une forte mobilisation en vue d'atteindre les cibles de l'élimination, le rapport explore les défis qui se posent au regard de la mise en œuvre de la Stratégie mondiale ainsi que la façon dont cette mobilisation pourrait être capitalisée pour traiter de la question essentielle du financement de l'objectif d'élimination du cancer du col de l'utérus. En octobre 2020, nous avons réalisé une revue des publications de référence et des travaux issus de la littérature grise. Nous avons également mené des entretiens qualitatifs approfondis avec des experts mondiaux spécialisés dans l'élimination des maladies, le développement international et le financement de la santé, en vue d'identifier les solutions à mettre en place et les actions nécessaires.

Nous tenons à remercier les personnes suivantes, qui ont apporté leur expérience et leur expertise à la réalisation de cette étude :

- **Isaac Adewole**, professeur d'obstétrique et de gynécologie et ex-ministre de la Santé, Nigéria
- **Rifat Atun**, professeur des Systèmes de Santé Mondiaux, Université de Harvard [*en attente de révision de l'article*]
- **Marie Ba**, directrice, Unité de Coordination du Partenariat de Ouagadougou
- **François-Xavier Babin**, directeur des opérations internationales, Fondation Mérieux
- **Eduardo Banzon**, spécialiste de la santé, Banque Asiatique de Développement
- **Karen Canfell**, professeur adjointe, École de la Santé Publique et directrice, Département de Recherche contre le Cancer, Cancer Council NSW, Université de Sydney, Australie
- **Raveena Chowdhury**, directrice des projets liés à l'enfance et à la prévention du cancer du col de l'utérus, Unité des Projets Mondiaux, Marie Stopes International

- **Farley Cleghorn**, directeur mondial, pratiques de santé, Palladium Group
- **Nicholas Furtado, conseiller**, Qualité des soins, Santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent (RMNCAH), et Systèmes de Santé Durables (RSSH), Fonds Mondial de la Lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
- **Filip Meheus**, économiste spécialiste de la santé, Département de surveillance du cancer, Centre International de Recherche contre le Cancer (CIRC)
- **Stéphanie Seydoux**, ambassadrice pour la Santé Mondiale, France
- **Suneeta Sharma**, vice-présidente santé et directrice du projet Health Policy Plus, Palladium
- **Heather Watts**, directrice de la prévention du VIH, Bureau du Coordonnateur Mondial pour le SIDA, PEPFAR
- **Jérôme Weinbach**, directeur du département Santé et Protection Sociale, Directeur du département « Transition Démographique et Sociale », Agence française de Développement

Ce rapport a été rédigé par Jesse Quigley Jones d'après des recherches préliminaires d'Amrita Namasivayam et édité par Naka Kondo. Cette étude est soutenue par l'UICC dans le cadre du projet SUCCESS « Scale up Cervical Cancer Elimination with Secondary prevention Strategy » (Renforcer le passage à l'échelle de l'élimination du cancer du col de l'utérus par une stratégie de prévention secondaire), coordonné par Expertise France et financé par Unitaid. The Economist Intelligence Unit est le seul responsable du contenu de ce document et les points de vue exprimés ne sont pas nécessairement partagés par le sponsor ou les partenaires financiers.

## Introduction

Le cancer du col de l'utérus est l'un des cancers les plus faciles à prévenir et à traiter, et c'est aussi le quatrième cancer le plus fréquent chez les femmes du monde entier. Plus d'un demi-million de nouveaux cas ont été détectés en 2018, et plus de 300 000 décès ont été déplorés.<sup>1</sup> Le cancer du col de l'utérus est un problème de santé publique majeur, mais il entraîne aussi d'importantes conséquences économiques pour les femmes malades, leurs familles, leurs communautés au sens large et les économies mondiales. Les femmes issues de pays à revenu faible ou intermédiaire manquent généralement d'accès à la vaccination préventive et aux services de dépistage et de traitement. La morbidité et la mortalité liées au cancer du col de l'utérus dépassent de loin des seuils acceptables en Afrique, en Asie du Sud-Est et en Amérique du Sud (voir Figure 1), affectant particulièrement les pays pauvres et les communautés pauvres et marginalisées.

En novembre 2020, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a officiellement lancé sa *Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique*, qui se concentre sur trois objectifs-cibles devant être atteints par les États-membres d'ici 2030 : 90 % des filles doivent être complètement immunisées contre le papillomavirus avant l'âge de 15 ans ; 70 % des femmes doivent être dépistées à l'aide de tests haute performance à l'âge de 35 ans et à l'âge de 45 ans ; et 90 % des femmes avec une maladie avérée du col de l'utérus doivent être soignées.<sup>2</sup> D'après l'OMS, ces objectifs une fois atteints généreront des retours sur investissement substantiels, tant au niveau économique qu'au niveau social. À partir de 2050, ce retour sur

investissement est estimé à 3,20 dollar US réinjectés dans l'économie pour chaque dollar investi, en raison de la contribution continue des femmes à la main d'œuvre. Ce montant passe à 26 dollar US si l'on prend en compte les bénéfices d'une meilleure santé des femmes pour leurs familles, leurs communautés et la société.<sup>3</sup> Le défi consiste à recueillir des financements en capital initial dans les pays les plus touchés pour qu'ils soient aussi en mesure d'éliminer cette maladie dans leur population.

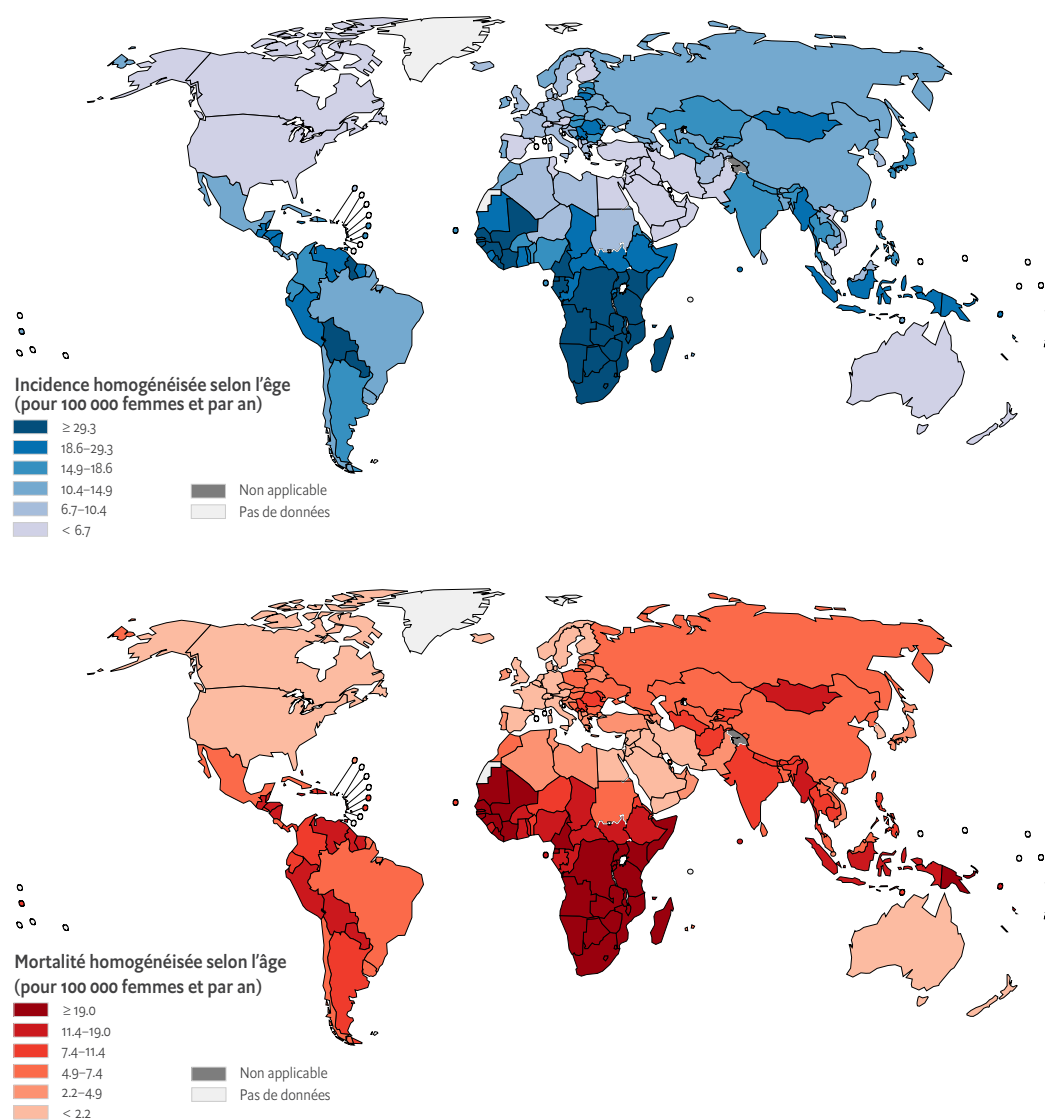


**Le cancer du col de l'utérus touche des femmes dans la force de l'âge, enlève leur mère à des enfants et affecte les années de vie les plus productives.**

Heather Watts, directrice de la prévention du VIH, Bureau du Coordonnateur Mondial pour le SIDA, PEPFAR

L'OMS estime qu'un budget de 10,5 milliards de dollars US est nécessaire pour financer l'élimination du cancer du col de l'utérus dans les pays à revenu faible et intermédiaire d'ici 2030. Une grande part de ce budget, équivalant à 1,8 dollar US par habitant, doit être investie dès le début du projet pour mettre en œuvre les services de soins et les adapter rapidement.<sup>4</sup> Plus de la moitié de cette somme doit être dédiée à des programmes de vaccination (voir Figure 2). Une analyse des dépenses menée par TogetHER for Health montre qu'en 2019, un septième seulement de ce montant, soit 121,3 millions de dollars, a été investi dans les pays concernés.<sup>5</sup>

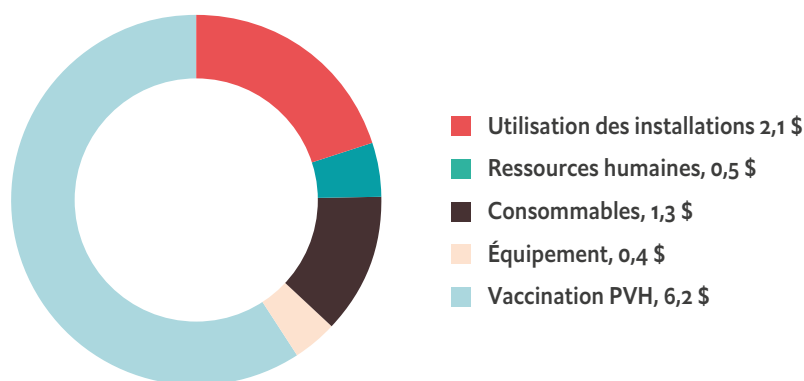
**Figure 1. Incidence homogénéisée selon l'âge (panneau du haut) et mortalité (panneau du bas) du cancer du col de l'utérus pour 100 000 femmes et par an, 2020**



Source : GLOBOCAN 2020<sup>1</sup>



**Figure 2. Répartition du budget de 10,5 milliards de dollars nécessaire pour éliminer le cancer du col de l'utérus dans les pays à revenu faible et intermédiaire d'ici 2030**



Source : OMS, TogetHER for Health, 2020<sup>45</sup>

### Principaux défis d'investissement dans les infrastructures

Le cancer n'est pas un problème isolé. Il regroupe différentes maladies chroniques complexes qui mettent à l'épreuve les politiques de santé et les services sanitaires et qui montrent les limites de la couverture sanitaire universelle.<sup>19</sup> Tous les cancers ont un point commun : ils nécessitent une série d'interventions dans le continuum des soins qui va de l'éducation à la santé publique aux tests en passant par le diagnostic, les traitements et les soins palliatifs. Évidemment, il s'agit d'un défi particulièrement important pour les systèmes de santé. Les décideurs politiques et les responsables du budget en concluent généralement que « le cancer est une maladie chère », d'après les personnes interrogées dans le cadre de cette étude.

L'investissement dans la prévention du cancer du col de l'utérus doit dépasser certaines idées

préconçues. « Au cours des vingt dernières années, nous avons constaté que de nombreux projets pilotes à petite échelle ou de travaux de mise en œuvre n'ont pas eu les résultats escomptés », regrette Karen Canfell, directrice de la Division de Recherche contre le Cancer, Cancer Council NSW, Australie. « Cela engendre donc une sorte de désillusion [[chez] les décideurs politiques. Malheureusement, cela ne fait que peu de temps que nous bénéficions des technologies permettant le dépistage à une échelle suffisante. »

« Pour la plupart des pays, la vaccination contre le PVH pourrait être intégrée au programme élargi de vaccination [[PEV] des enfants et des adolescents. Les plus grands freins sont l'approvisionnement en vaccins et les dépenses récurrentes », pointe Farley Cleghorn, directeur mondial des pratiques de santé chez Palladium Group. « [[Cependant], élaborer un parcours de soins passant par le dépistage, l'orientation

## Bloc 1 : Prévention primaire et secondaire du cancer du col de l'utérus

C'est le papillomavirus humain (PVH) qui provoque le cancer du col de l'utérus. Certains types de PVH, comme le 16 et le 18, sont considérés à haut risque et provoquent environ 70 % des cancers du col de l'utérus dans le monde.<sup>6</sup> La prévention primaire du cancer du col de l'utérus par l'immunisation est l'un des trois piliers de la stratégie mondiale d'élimination de la maladie à long terme. Les premiers vaccins efficaces contre le PVH ont été autorisés en 2006. D'après les spécialistes, 70 % des populations cibles de chaque pays doivent être immunisées pour atteindre un rapport coût-efficacité suffisant.<sup>7</sup>

Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, des millions de femmes ont déjà dépassé l'âge cible de la vaccination contre le PVH. La prévention secondaire via le dépistage et la prise en charge précoce des lésions précancéreuses du col de l'utérus sont d'une importance capitale pour réduire la mortalité parmi les femmes. De plus, l'efficacité et l'accès équitable à la prévention doivent être garantis au cours des prochaines décennies.<sup>8</sup>

Les femmes peuvent être dépistées via la détection de changements cellulaires ou de lésions précancéreuses du col de l'utérus, ou par un test de détection du PVH. La détection cytologique conventionnelle à l'aide d'un frottis (test de Papanicolaou) est la technique généralement utilisée pour le dépistage des cancers du col de l'utérus dans des contextes de revenu élevé. Cette technique est progressivement remplacée par des méthodes novatrices comme la cytologie en milieu liquide, disposant d'un meilleur rapport coût-efficacité, plus facile à mettre en œuvre et d'une qualité satisfaisante. Dans les contextes de ressources limitées, où les infrastructures nécessaires et les processus d'assurance qualité peuvent être insuffisants, la cytologie traditionnelle est souvent difficile à mettre en œuvre. L'inspection visuelle à l'acide acétique [[IVA] ou au soluté de Lugol [[IVL]) a été adoptée comme technique de détection primaire de remplacement.<sup>9</sup> Avec cette méthode simple, le col de l'utérus est observé à l'œil nu, sans machines spécialisées et sans nécessité d'accès à un laboratoire. Cependant, l'utilisation des IVA/IVL est entravée par le besoin de formation des personnels soignants et de la grande variabilité de spécificité et de sensibilité observée. La tendance qui se dégage aujourd'hui semble être la généralisation du test au PVH de précision, plus rentable qu'une cytologie conventionnelle dans de nombreux environnements.<sup>10-16</sup> Mais la généralisation du test PVH est limitée par son manque de disponibilité dans de nombreux pays à revenu faible. Une nouvelle piste prometteuse semble être celle de l'auto-prélèvement généralisé pour le test PVH. Il permettrait d'étendre la couverture géographique et de réduire les dépenses de fonctionnement.<sup>12</sup>

Les recommandations de 2013 de l'OMS pour la détection et le traitement des lésions précancéreuses dans le cadre de la prévention du cancer du col de l'utérus préconisent la réalisation de tests PVH.<sup>17</sup> En 2020, l'OMS a publié un guide détaillé pour l'introduction et la mise à l'échelle des tests du PVH dans le cadre d'un programme complet de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus. Ce guide comprend des recommandations de planification et de mise en œuvre, suivies de conseils de surveillance et de mise à l'échelle.<sup>18</sup>

et le traitement requiert des investissements multiples en personnel, en infrastructures et en matériel. » D'importants freins liés à la demande et à l'approvisionnement affectent la mise en œuvre de programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus dans des contextes de faible revenu. Des études concernant les milieux ruraux en Afrique dévoilent différents problèmes : l'accès aux vaccins (conditionné par les capacités du système de santé) est entravé par la portée limitée, le genre des personnels soignants, les pénuries de main d'œuvre, le manque d'équipements et l'inaccessibilité financière ; du côté des patients et de la communauté, les données mettent en évidence un manque d'information, de connaissances et d'éducation, des freins liés aux valeurs personnelles/sociales, des difficultés géographiques et à l'accessibilité financière.<sup>20</sup> Quand les services de soins sont disponibles et accessibles, des barrières liées à l'éducation et à la sensibilisation des femmes doivent être prises en compte. D'autres études effectuées en Afrique sub-saharienne mettent en évidence des freins culturels communs et multiples, malgré la diversité de la région. La crainte liée au dépistage et à d'éventuels résultats défavorables, la gêne, les préoccupations liées à la confidentialité, l'absence de soutien de la part du conjoint, la stigmatisation et le coût de ces services, entre autres, sont mentionnés.<sup>21</sup>

Les défis liés à la prise en charge des femmes testées positives dans les pays à revenu faible ou intermédiaire sont bien documentés.<sup>22</sup> D'après les instructions de l'OMS, la cryothérapie ou l'électroréssection à l'anse diathermique (RAD) doivent être des piliers de tous les programmes de détection

suivie de traitement. En 2019, l'OMS a publié des instructions détaillées d'utilisation de l'ablation thermique pour traiter les lésions précancéreuses du col de l'utérus.<sup>23</sup> La cryothérapie nécessite un gaz coûteux souvent difficile à obtenir. Dans des contextes de faible revenu comme les régions rurales du Malawi, la substitution de la cryothérapie par l'ablation thermique pour traiter les lésions positives à l'IVA a fait preuve d'efficacité. Si un nombre suffisant de femmes sont testées (environ 80-90), les coûts initiaux sont amortis en quelques mois, alors que la cryothérapie entraîne des coûts récurrents.<sup>24</sup> Néanmoins, ces services nécessitent non seulement des machines disponibles, mais aussi des environnements cliniques appropriés, des professionnels de santé formés et un niveau de qualité satisfaisant et garanti. Les femmes sont fréquemment renvoyées vers des infrastructures de plus haut niveau, qui se trouvent souvent dans des zones géographiques différentes, ce qui complexifie le protocole de suivi si elles ne peuvent ou ne veulent pas s'y rendre.<sup>22</sup> L'élaboration d'un programme de dépistage efficace doit se faire au cas par cas pour chaque pays, en trouvant un équilibre entre la généralisation de l'accès et l'efficacité. Dans la plupart des cas, cela implique un modèle mixte combinant une approche « tester et traiter » en milieu rural afin de garantir l'accès des femmes, et un dépistage à grande échelle via un laboratoire centralisé en milieu urbain, où l'accès des femmes aux services de santé est facilité.

La mise en place et le déploiement des tests de Covid-19 a mobilisé toutes les ressources humaines et toutes les capacités d'analyse des laboratoires au détriment de tous les autres

besoins en dépistage. Et lorsque les dépistages de cancer du col de l'utérus ont continué à être effectués, ils ont généralement été moins nombreux et ont concerné moins de femmes. Maintenant que l'immunisation contre le Covid-19 a commencé, les capacités de stockage dans le respect de la chaîne du froid et les capacités de livraison pourraient être saturées, ce qui risque d'avoir un effet négatif sur d'autres programmes d'immunisation. Mais le problème le plus critique est celui de la crise financière mondiale causée par la pandémie de Covid-19, susceptible d'avoir des conséquences dévastatrices et durables sur les budgets de santé disponibles. Les pays vont devoir s'adapter à ces réalités lors de l'élaboration et du financement de la mise à l'échelle des programmes, mais doivent aussi tirer parti de cette occasion unique durant la phase de reprise, en profitant de l'intérêt récent du public pour le dépistage et la vaccination. Des synergies doivent être identifiées entre les programmes de dépistage et de vaccination de la Covid-19 et du cancer du col de l'utérus afin de les déployer à plus grande échelle. Lorsque c'est possible, il est nécessaire de promouvoir des technologies nouvelles comme l'auto-prélèvement PVH et la télémédecine pour garantir la portée et la viabilité du service voir Étude de cas : le programme ROSE en Malaisie.

La suite de ce rapport examine la situation du financement des efforts d'élimination du cancer du col de l'utérus dans les pays à faible revenu. La section 1 aborde les défis et les opportunités à prendre en compte pour le financement durable des programmes d'élimination du cancer du col de l'utérus, et met l'accent sur le dépistage et le traitement

précoce. La section 2 explore certains mécanismes de financement disponibles qui pourraient être appliqués à l'objectif d'élimination du cancer du col de l'utérus.

## SECTION 1 : Encourager le financement dédié à l'élimination du cancer du col de l'utérus : opportunités et défis

### Élimination du cancer du col de l'utérus : un investissement essentiel

Pour mieux traiter le cancer du col de l'utérus, cette cause doit être présentée comme un investissement dans le système de santé engendrant des bénéfices collatéraux au niveau social et économique. « Le cancer du col de l'utérus affecte des femmes dans la force de l'âge, alors qu'elles contribuent largement au bon fonctionnement de la société et laissent derrière elles des enfants, perdant leurs années les plus productives », souligne Heather Watts. Les enfants dont la mère meurt avant l'âge de 10 ans sont plus susceptibles de mourir, toutes causes confondues. Lorsque l'on prend en compte cette mortalité supplémentaire, les projections suggèrent que la hausse des décès associée au cancer du sein et du col de l'utérus peut atteindre 30 % dans certains pays d'Afrique.<sup>25</sup> En Pologne, une estimation réalisée en 2012 évalue que plus de 700 000 jours de travail sont perdus par les patientes et leurs aidants, et que plus de 950 000 jours de travail sont perdus en raison de la mortalité. Plus de 66 % de cette perte de valeur économique est attribuée à la mortalité des femmes.<sup>26</sup>

Dans la mesure où le cancer du col de l'utérus affecte les femmes et notamment celles qui sont issues de contextes de revenu faible et intermédiaire, les mesures d'élimination de la maladie peuvent être associées avec la réalisation de plusieurs Objectifs de Développement Durable (ODD), dont l'objectif 1 visant à mettre fin à la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde, l'objectif 5 visant l'égalité des sexes et l'autonomisation

de toutes les femmes et les filles, et l'objectif 10 en faveur de la réduction des inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre. Identifier ces interdépendances cruciales permettra de disposer d'une plus large palette d'options de collaboration et de modalités de financement.

Les personnes interrogées dans le cadre de cette étude s'accordent à dire que le financement de l'élimination du cancer du col de l'utérus doit être vu comme un investissement dans le système de santé en général et s'inscrit dans le cadre d'objectifs de développement durable susceptibles de générer un retour sur investissement à long terme. Ces bénéfices doivent être soulignés lors de la recherche de financement.

« L'innovation et le renforcement des systèmes de santé sont cruciaux pour résoudre ce problème », indique Stéphanie Seydoux, Ambassadrice pour la Santé mondiale, France. « De plus, cela contribue aux objectifs de développement durable 3.8 et 3.4 : progresser vers une couverture santé universelle et réduire d'un tiers la mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles d'ici 2030. »

Pour développer les services de protection sociale jusqu'à atteindre une couverture sanitaire universelle, l'OMS souligne qu'il est nécessaire d'augmenter la part de prise en charge des soins, l'éventail de prestations couvertes et la proportion de la population concernée. Les services de protection sociale contre le cancer arrivent rarement au début du développement de systèmes d'assurance maladie sociale. Les premiers types de cancer couverts sont généralement ceux qui peuvent

être soignés et dont les traitements sont accessibles et peuvent être suivis.<sup>19</sup> « Décider d'affecter des financements est souvent considéré comme *un jeu où l'on ne peut que perdre*, où tout ce qui est utilisé directement pour traiter le cancer est enlevé à un autre secteur sanitaire », affirme Raveena Choudhry. Il serait souhaitable qu'un débat ait lieu concernant les investissements, l'évaluation des cas et la prise de décisions basée sur le rapport coût-efficacité des interventions. Pour cela, des informations essentielles sont requises pour prendre des décisions en toute connaissance de cause, appuyées sur une connaissance approfondie de l'épidémiologie locale, de la géographie et de la situation socio-économique. Ces données sont souvent peu disponibles dans les contextes de faible revenu.

« Comprendre l'incidence dans la population à l'aide des données du registre des cancers est essentiel. Ces informations doivent être complétées par des techniques innovantes d'identification des zones particulièrement touchées par le cancer du col de l'utérus pour imaginer des solutions d'approvisionnement d'un bon rapport coût-efficacité », soutient Suneeta Sharma. « Ce type de données supplémentaires est facile à obtenir auprès du public et peut être collecté à moindres frais via des plateformes digitales. Ensuite, elles seront utilisées pour concevoir des services acceptés et utilisés par la population cible, mais aussi pour décider d'effectuer des investissements et pour prendre des décisions portant sur les infrastructures, comme la conception et l'implantation de structures spécialisées à haute capacité, ainsi que pour encourager les modèles de financement commun. »

Il paraît difficile de justifier la sollicitation de fonds supplémentaires pour un programme

spécifiquement dédié à une seule maladie. Mais la promesse de *son élimination* peut inciter à débloquer des fonds dans le cadre d'une approche intégrée, notamment lorsque l'on arrive à montrer que les coûts, au total, seront réduits à long terme. « L'objectif d'élimination mondiale pourrait inciter les pays les plus touchés à faire preuve d'ambition, et à considérer l'élimination du cancer du col de l'utérus avec autant d'enthousiasme que celui qui a accompagné les efforts d'élimination du paludisme et de la dengue dans le passé », espère Eduardo Banzon.

### L'intégration est cruciale

Les [2] personnes interrogées dans ce rapport reconnaissent unanimement la nécessité d'intégrer la planification, le financement, l'approvisionnement et l'administration des soins aux systèmes existants pour combattre le cancer du col de l'utérus. C'est ce qui permettra de garantir le succès opérationnel et l'efficacité à long terme des programmes tout en réduisant les coûts. « Les pays qui ont réussi à généraliser la vaccination contre le PVH et le dépistage du cancer du col de l'utérus sont ceux qui ont [[à la fois] la capacité technique de mettre en œuvre ce programme au sein du Ministère de la Santé, et la capacité de l'intégrer à des programmes existants portant sur d'autres maladies », pointe Nicholas Furtado, conseiller du département RMNCAH et RSSH au Fonds Mondial. Les opportunités d'intégration sont trop souvent négligées ou peu encouragées en raison de la verticalité des programmes de santé. En Argentine, une analyse de la prise en charge des cancers du sein et du col de l'utérus, assurée par le système de santé publique, des organismes privés, la médecine du travail

et certaines ONG, révèle un net manque de coordination entre les différents acteurs. Chaque institution se concentre sur un seul aspect de la prévention en fonction de sa base de patients, au lieu de prendre en compte les exigences d'un programme de prévention efficace répondant aux besoins de la totalité des femmes.<sup>27</sup>

« Si l'on ne se concentre que sur les programmes de vaccination contre le PVH, on ne touche qu'une certaine catégorie de personnes. Si l'on ne se concentre que sur la détection de lésions néoplastiques dans le col de l'utérus, on touche des personnes différentes », résume Farley Cleghorn. « Il faut arriver à toucher toutes ces personnes à la fois à l'aide d'un programme global présentant des chances de succès », explique Raveena Choudhury, directrice des projets liés à l'enfance et à la prévention du cancer du col de l'utérus, Unité Projets Mondiaux, Marie Stopes International, avant d'ajouter : « Malheureusement, il n'existe qu'une poignée de personnes qui comprennent ce que signifie l'intégration au niveau politique, permettant d'assurer une cohérence au niveau national, au niveau local et enfin au niveau de la prise en charge du patient. »

Pour un meilleur rapport coût-efficacité, l'intégration programmatique est une solution à prendre en compte. La plupart du temps, les femmes peuvent être touchées à travers des canaux existants comme la planification familiale, la santé maternelle et les services liés au VIH. « L'intégration a toute sa place », soutient Marie Ba, directrice, Unité de Coordination du Partenariat de Ouagadougou. « Nous devons faire des progrès en ce sens avec la planification

familiale : nous évoquons depuis longtemps une intégration aux programmes de nutrition, de vaccination, de soins post-partum et de prise en charge du VIH, mais le cancer du col de l'utérus est rarement cité dans ces conversations. » L'intégration au niveau de la fourniture des services peut capitaliser sur les interdépendances médicales. Les femmes qui vivent avec le VIH ont un risque cinq fois plus élevé d'infection persistante au PVH et de développement d'un cancer du col de l'utérus. Environ 25 % des femmes vivant avec le VIH vont présenter des lésions qui ne pourront pas être simplement traitées à l'aide d'une cryothérapie ou d'une ablation thermique, contre environ 5 % des femmes qui n'ont pas le VIH.

Certains exemples montrent que l'intégration des services de prévention et traitement du cancer du col de l'utérus est efficace. Marie Stopes International (MSI), en partenariat avec Population Services International et avec le soutien financier de la Bill and Melinda Gates Foundation, a pu intégrer le dépistage du cancer du col de l'utérus et les services de cryothérapie dans des services de santé reproductive à travers des centres de santé, des campagnes mobiles et des réseaux de franchises sociales en 4 ans.<sup>28</sup> Mais ces campagnes spécifiques et ces centres de services dédiés sont menacés quand les sources de financement internationales se tarissent. Des services limités continuent d'être fournis dans le cadre du programme de MSI (grâce à la possibilité de facturer des frais de service locaux, un dispositif vu par les franchisés du secteur sanitaire comme une opportunité d'activité), mais atteindre durablement les plus vulnérables reste difficile, selon Raveena Chowdhury. Le financement institutionnel local

peut offrir une opportunité de financement pour ces programmes, avec des engagements à long terme associés à des problématiques de santé ayant une pertinence locale et une charge émotionnelle, comme le cancer du col de l'utérus. Ces possibilités doivent être étudiées plus avant et encouragées.

De plus en plus de voix s'élèvent pour plaider en faveur d'une mutualisation de l'approvisionnement afin de réaliser des économies en achetant des volumes plus importants et de bénéficier d'un pouvoir de négociation accru avec les fournisseurs. « Actuellement, les prix des réactifs [[pour les tests] sont généralement négociés pour un seul programme, il y a un manque de coordination au niveau de l'approvisionnement », regrette François-Xavier Babin, directeur des opérations internationales à la Fondation Mérieux. « Cela peut avoir des bénéfices pour certains programmes de santé, mais en règle générale, cela crée des inefficacités. » L'approvisionnement groupé peut avoir lieu à différents niveaux du système de santé d'un même pays (via des groupements d'hôpitaux, à l'échelle régionale ou au niveau national), mais aussi au niveau international. Le modèle d'approvisionnement groupé est utilisé depuis longtemps par GAVI pour prévoir la demande et fournir des vaccins, dont celui contre le PVH, aux pays à revenu faible et intermédiaire. Ce modèle a été également adopté par Unitaïd-CHAI pour négocier avec les fabricants d'appareils d'ablation thermique et de tests PVH. Ces nouvelles technologies offrent la possibilité de dépister et de traiter les lésions précancéreuses chez les femmes avec des coûts jusqu'à dix fois moins élevés qu'avec les méthodes traditionnelles de dépistage et de cryothérapie. Les négociations préliminaires menées par Unitaïd-CHAI ont

permis de réduire le prix des tests PVH d'un tiers (moins de 9 \$ par test en moyenne) et d'obtenir une réduction moyenne de 50 % sur le coût des appareils d'ablation thermique, ce qui augure une plus grande accessibilité financière en lien avec l'accroissement de la demande mondiale pour ces technologies.

Les personnes interrogées pour les besoins de ce rapport soulignent que les freins à l'intégration sont aussi bien programmatiques que politiques. Les organismes de services de santé sont principalement financés par un éventail diversifié d'investisseurs bilatéraux, multilatéraux et issus du secteur privé. En conséquence, ces donateurs financent généralement des programmes verticaux et segmentés avec des critères particuliers, des populations cibles, des priorités et des indicateurs de résultats.<sup>28</sup> Certains défis peuvent être observés, par exemple pour convaincre des programmes existants de procéder aux analyses des échantillons des tests PVH sur leurs machines déjà financées, même si elles ne sont utilisées qu'à la moitié de leur capacité. Cette approche fragmentée freine aussi l'intégration à d'autres programmes quand les populations ciblées pour des soins particuliers ne correspondent pas parfaitement. Une approche de la santé fondée sur le parcours de vie n'est pas toujours favorisée. Pourtant, imaginer des synergies entre la planification familiale et les programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus offrirait la possibilité d'informer et d'éduquer des femmes de tous les âges. En revanche, des opportunités de soin peuvent être manquées si les dépistages et les services contraceptifs ne sont destinés qu'à une tranche d'âge.<sup>28</sup>

La coordination entre les différents ministères est vitale pour favoriser l'intégration financière.



« On observe souvent une absence de liens entre le Ministère des Finances et le Ministère de la Santé », regrette Marie Ba. « Le Ministère de la Santé pourra s'engager en faveur des cibles de l'élimination, mais le Ministère des Finances n'aura pas de visibilité sur ces engagements. Les départements de budgétisation, par exemple, doivent aussi être consultés. » Pour favoriser l'intégration financière des programmes et pour conserver le soutien politique et les engagements de financement, il faut définir des résultats de santé quantifiables.<sup>29</sup> Utiliser un ensemble commun d'indicateurs de progrès, par exemple en intégrant l'élimination du cancer du col de l'utérus à des projets de santé existants, permet non seulement d'avoir une approche globale mais aussi de souligner les contributions que l'élimination du cancer du col de l'utérus peut apporter à d'autres objectifs. Les pays peuvent aussi utiliser les investissements et les causes politiques existants, comme les travaux actuels portant sur le VIH et de l'éradication de la polio, qui disposent déjà de systèmes éprouvés, de surcapacités et de flux financiers pouvant être dérivés pour le combat contre le cancer du col de l'utérus.

L'intégration est souvent envisagée dans le contexte des soins de santé primaires mais « le problème est que l'élimination est souvent considérée comme une stratégie de santé séparée des soins de routine », avertit Suneeta Sharma. Les programmes d'élimination doivent être perçus comme une étape-clé des soins de routine. L'objectif d'élimination du cancer du col de l'utérus d'ici 2030 offre l'opportunité d'adopter une vision plus large des soins de santé primaire, qui pourrait être étendue à d'autres cancers et d'autres maladies non transmissibles à l'avenir. Ce changement d'état

d'esprit doit être accompagné d'un changement d'approche du financement, actuellement vertical et cloisonné, pour favoriser des investissements dans le renforcement des systèmes de santé et l'atteinte d'objectifs sanitaires. Le potentiel de cette nouvelle vision peut bénéficier à l'expansion de la couverture sanitaire universelle. « Le succès de la vaccination et des programmes de dépistage repose sur une approche systématique et organisée », pointe Jérôme Weinbach, directeur du département Santé et Protection Sociale et directeur du département « Transition Démographique et Sociale » de l'Agence Française de Développement. « Cette approche serait mise en œuvre plus efficacement dans le cadre d'une couverture santé universelle bien organisée incluant une budgétisation et une planification des services de santé. »

### **Mobiliser la société civile**

Un facteur clé pour le succès réside dans le plaidoyer et l'engagement de l'opinion publique par la voie de la société civile. « Il est difficile de faire changer les choses dans le domaine de la santé sans que la société civile ne joue un rôle déterminant », affirme Nicholas Furtado. La diversité des organisations de la société civile (OSC) présente un fort potentiel catalytique grâce à leur large spectre d'activités. Elles peuvent notamment permettre de convertir des données de santé en histoires vécues et en arguments moraux, de créer des coalitions au-delà du secteur de la santé, de démocratiser le débat politique, de renforcer la légitimité des initiatives de santé mondiale, d'engager les différents acteurs à rendre des comptes et de plaider en faveur d'actions concrètes pour la santé universelle.<sup>30</sup> Il existe de nombreux exemples d'actions

menées avec succès par des organisations de la société civile. Agissant en-dehors du système de la santé publique, des associations malaisiennes ont réussi à faire un plaidoyer auprès du gouvernement pour demander la création d'une « niche tabac » empêchant les fabricants de tabac d'utiliser les mécanismes de négociation entre les investisseurs et l'État pour affaiblir les mesures de santé publique dans le cadre de l'Accord de Partenariat Commercial Transpacifique. Les délégués dépêchés par des associations civiles au Fonds mondial ont demandé la création de mécanismes de financement à deux voies. La société civile participe aussi à des groupes de travail de l'ONUSIDA pour s'assurer que les indicateurs de suivi reflètent bien les besoins et les expériences tant des organisations qui fournissent les services que des populations cibles. De plus, les OSC peuvent également produire des rapports nationaux indépendants, notamment lorsque les remontées d'information officielles sont mises en doute. Enfin, les OSC jouent souvent un rôle vital dans la levée de barrières de dernier niveau auprès des populations, dans leur éducation, dans la promotion du dépistage et dans l'accès à des populations cibles qui pourraient autrement être marginalisées ou inaccessibles.

Pour atteindre l'objectif d'élimination du cancer du col de l'utérus, les OSC vont devoir déployer leurs activités à plus grande échelle, parallèlement au système de santé. Les organisations de lutte contre le cancer, le VIH ou pour la santé reproductive des femmes doivent être encouragées à intégrer la stratégie d'élimination du cancer du col de l'utérus à leur travail, afin de progresser ensemble vers ces objectifs. Cependant, ces organisations sont souvent de petits groupes communautaires

susceptibles d'être politiquement et financièrement fragiles. Les investissements mondiaux dans les OSC pourraient représenter moins de 4 % du total des financements, d'après les personnes interrogées dans ce rapport. Elles souhaiteraient voir ce chiffre atteindre 30 %. Peu d'associations civiles réussissent à passer d'un financement par la voie de donateurs à un financement de leur activité par des subventions gouvernementales. Pourtant, cette étape est nécessaire pour assurer leur pérennité.

Pour les investisseurs, le défi consiste à trouver un équilibre acceptable entre le niveau de services et le risque. Les OSC n'ont pas toutes des objectifs de santé progressistes et manquent parfois de compétences et de fiabilité pour atteindre les objectifs affichés. Elles peuvent aussi être sujettes à la corruption. Il existe des exemples de travail en collaboration à grande échelle ; mais ces organisations peuvent aussi devenir très cloisonnées. Dans ce cas, elles devront être encouragées à soutenir l'élimination du cancer du col de l'utérus en travaillant sur le continuum des soins et sur les problèmes de santé. « Lorsque l'on finance des associations, il faut pouvoir tolérer un niveau de risque que nous ne pouvons pas nous permettre dans le secteur du développement », avertit Nicholas Furtado. Les gouvernements, cependant, ont la possibilité de financer, de définir et de mettre en oeuvre des cadres de travail dans lesquels ces organisations peuvent inscrire leurs activités, en ajoutant des critères de transparence et des cadres pour faire état de leurs résultats. Ils peuvent ainsi fournir un environnement favorable où les OSC peuvent recevoir des financements et atteindre leurs objectifs.

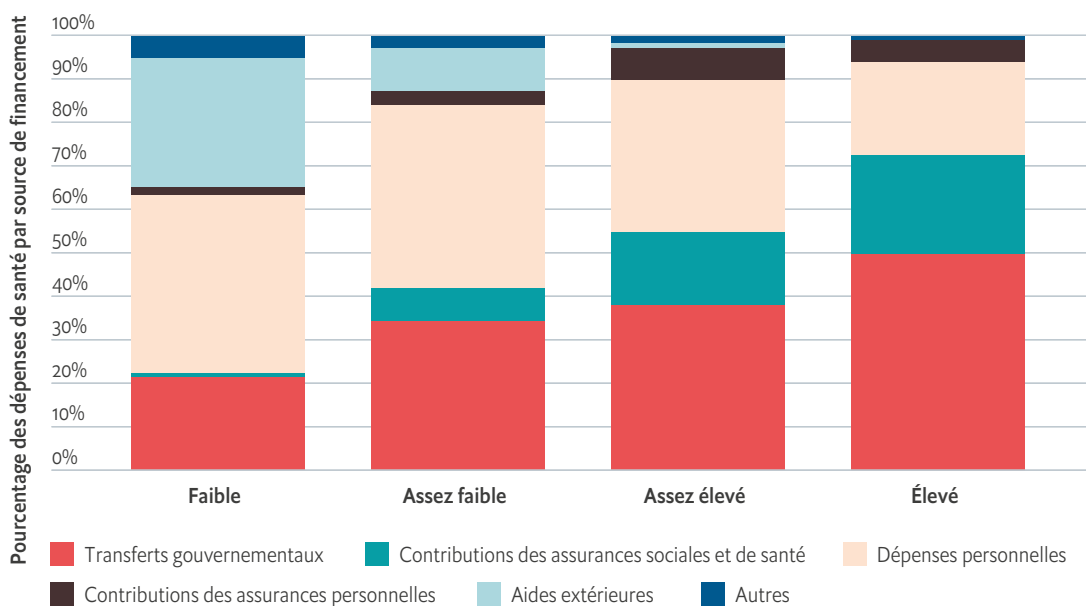
## SECTION 2 : Stratégies de financement pour l'élimination du cancer du col de l'utérus

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les financements nationaux restent la principale source de fonds de la lutte contre le cancer, via les dépenses des patients (sur le lieu de soins ou, moins fréquemment, à travers une assurance privée), ou via les dépenses publiques (à travers le système de santé publique ou d'autres financements dérivés des impôts).<sup>19</sup> Une étude de 2018 portant sur les dépenses de santé montre que les pays à revenu faible ou intermédiaire continuent de dépendre en grande partie des contributions financières des patients. Les dépenses gouvernementales et l'utilisation de systèmes d'assurance sociale sont marginaux (voir Figure 3).

Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les dépenses de santé gouvernementales sont majoritairement dédiées à la lutte contre les maladies infectieuses ou parasitaires (dont le VIH et le paludisme) et au financement des services de santé reproductive (voir Figure 4). La part des dépenses de santé dédiée aux maladies non transmissibles, comme le cancer, est largement inférieure à la proportion que l'on observe dans les pays à revenu élevé.

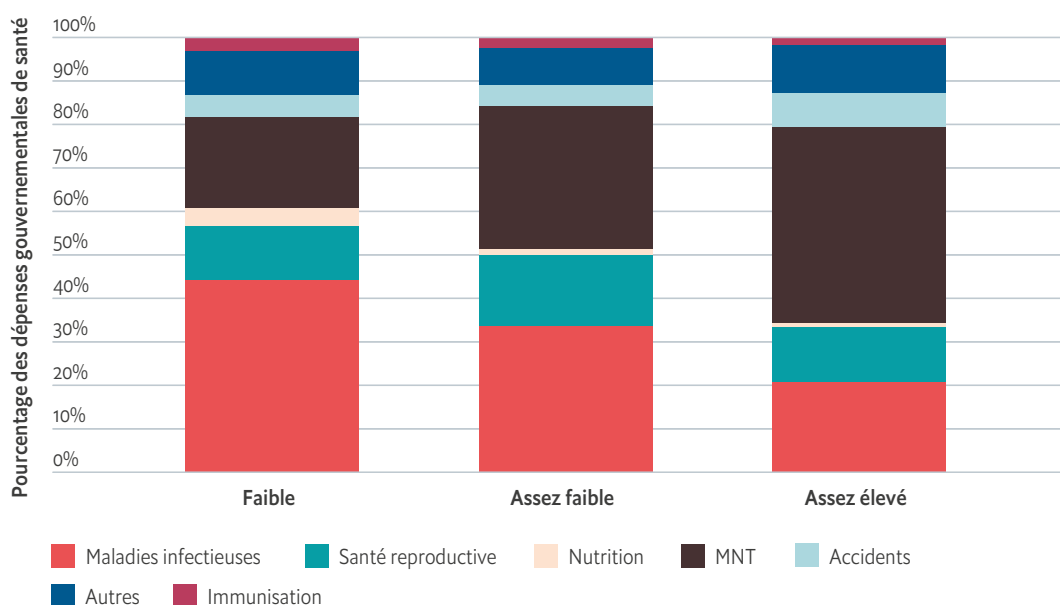
Pour éliminer le cancer du col de l'utérus, un investissement initial important est requis pour construire les infrastructures nécessaires et pour reprendre les programmes de vaccination contre le PVH. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, le besoin d'un financement supplémentaire immédiat est donc avéré.

**Figure 3. Répartition des dépenses de santé en 2018 par source de financement et par tranche de revenus selon la Banque Mondiale**



Source : Organisation Mondiale de la Santé, 2020<sup>31</sup>

**Figure 4. Dépenses intérieures gouvernementales de santé en 2018 par secteur de santé et par tranche de revenus selon la Banque Mondiale**



Source : Economist Intelligence Unit, Organisation Mondiale de la Santé

### Financement catalytique

Le financement catalytique fournit des sources externes de capital pour mettre en place l'approvisionnement et/ou la demande de services de santé, avec un retour sur investissement nul ou peu élevé. Ces sources de financement viennent généralement de donateurs engagés dans l'aide au développement mondial.

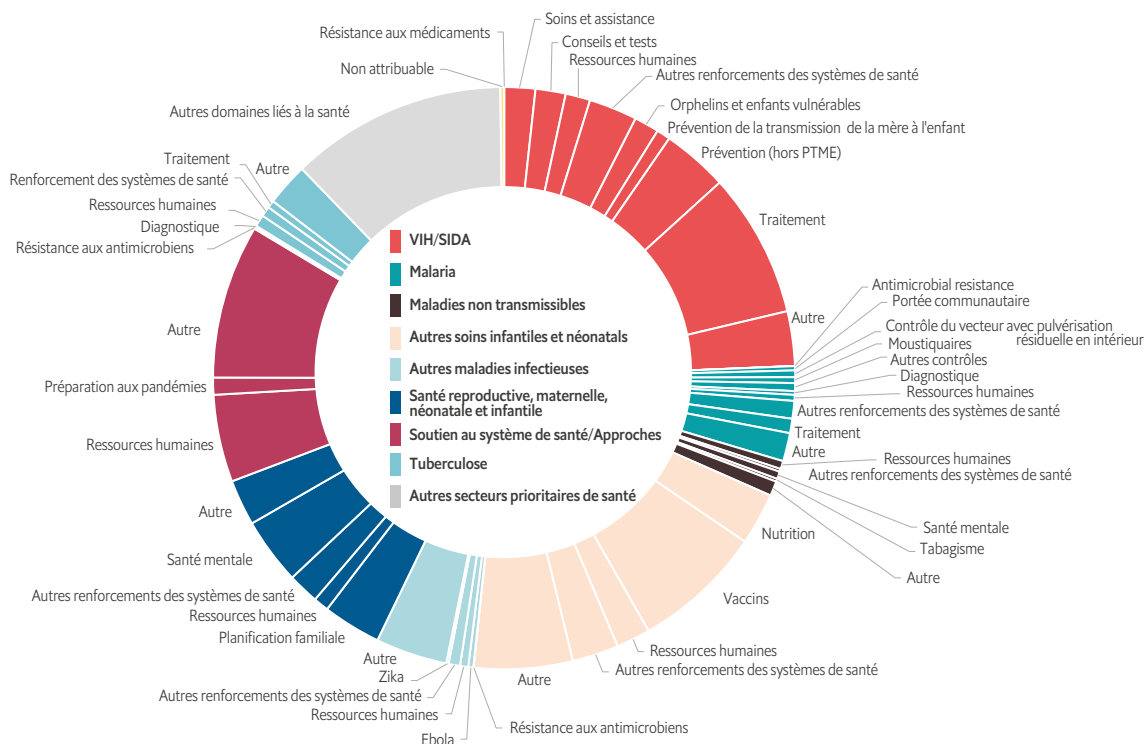
### Aide publique au développement

L'aide publique au développement pour la santé représentait au niveau mondial 38,9 milliards de dollars américains en 2018, contre 40 milliards en 2017. Ces fonds sont principalement issus de pays donateurs, avec une part relativement faible de capital issu de fondations philanthropiques privées ou d'autres contributions privées. Entre 2000 et 2018,

ce financement global a principalement été alloué aux programmes de lutte contre le VIH (environ 25 %) et pour la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (environ 30 %). Les maladies non transmissibles, comme le cancer, n'ont obtenu que 2 % du montant total (voir Figure 5).<sup>32</sup> En étudiant ces chiffres, on constate que le financement global est disponible. En adoptant une approche intégrée reconnue par les organismes de financement et par les acteurs chargés de mettre en place les programmes, l'élimination du cancer du col de l'utérus pourrait être prise en charge par des mécanismes de financement existants.

Parmi les fonds dédiés au développement du dépistage et de la prise en charge du cancer du col de l'utérus dans les pays à revenu faible et intermédiaire (voir Figure 6), plus des trois quarts provenaient de deux sources seulement

Figure 5. Aide au développement pour la santé par programme et par secteur, 2000-2018

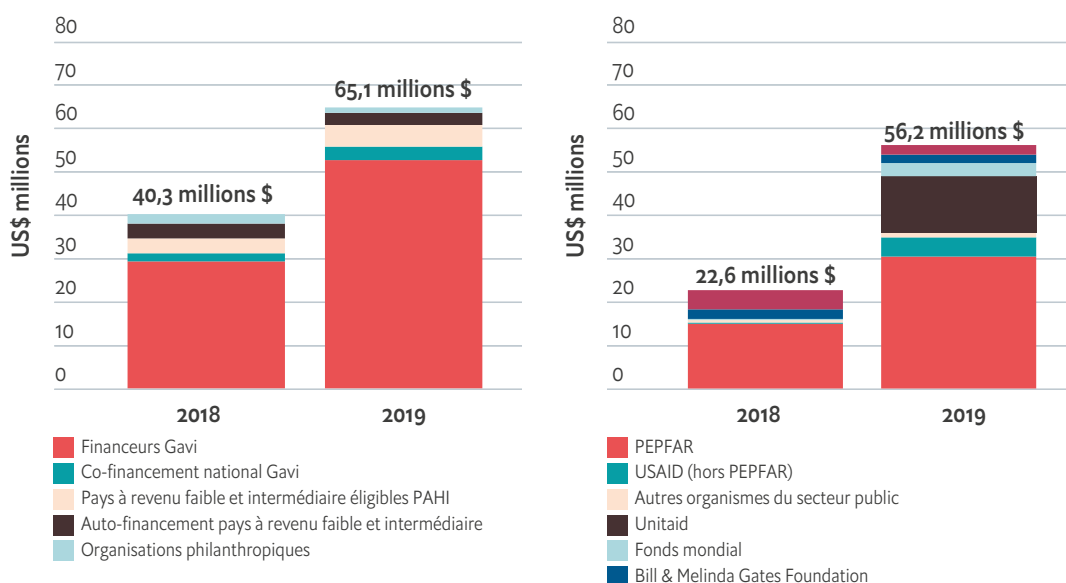


Source : Base de données Financing Global Health, 2018<sup>32</sup>

en 2019 : USAID (30,6 millions de dollars) et Unitaid (12,7 millions de dollars).<sup>33</sup> « Très peu de pays reçoivent un budget spécifiquement dédié au cancer du col de l'utérus en dehors du portefeuille santé d'USAID », affirme Farley Cleghorn. Le Plan d'Urgence du Président Américain pour la Lutte contre le SIDA PEPFAR indique que les fonds spécifiquement dédiés doivent être utilisés pour réaliser des dépistages de cancer du col de l'utérus auprès des femmes vivant avec le VIH, et que ces soins doivent être pratiqués dans les cliniques de thérapies anti-rétrovirales et dans les endroits où les patientes reçoivent déjà des soins pour le VIH. L'une des nouveautés les plus significatives dans le financement de la prévention du cancer du

col de l'utérus dans les pays à revenu faible et intermédiaire en 2019 est venue d'Unitaid, qui a spécialement dédié 57 millions de dollars au développement de deux programmes centrés sur de nouvelles technologies de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses et sur le déploiement des services de prévention secondaire. Les projets financés par ces fonds dédiés ont largement permis de documenter la stratégie d'élimination globale, mais ces sources ne peuvent fournir qu'un financement catalytique initial limité et se reposer sur elles mettrait en jeu la pérennité à long terme des programmes. Les donateurs comme les récepteurs doivent s'assurer que la réception de fonds est liée à un développement planifié et

**Figure 6. Soutien financier aux programmes de vaccination contre le PVH (gauche) et aux programmes de détection suivie de traitement dans les pays à revenu faible et modéré, 2018/2019**



à une budgétisation à long terme. En l'absence d'augmentation du financement mondial lié à la réalisation des objectifs d'élimination du cancer du col de l'utérus, les pays concernés devront trouver d'autres sources de capital initial pour financer le dépistage et les programmes de vaccination, à travers l'accès au crédit et l'utilisation de fonds privés.

**Banques de développement**

Les prêts concédés par les banques de développement sont une autre source de financement pouvant être utilisée par les gouvernements. Il n'existe que peu d'exemples concernant le cancer du col de l'utérus, mais les banques de développement s'alignent plus largement sur les ODD et les objectifs favorisant l'établissement d'une couverture sanitaire

universelle. Des précédents existent dans le domaine de la santé maternelle et infantile, ainsi que dans l'élimination du paludisme. La banque asiatique de développement (ADB) a lancé son fonds fiduciaire régional pour le paludisme et les autres maladies contagieuses en 2013, dans le but d'aider les pays-membres en développement à élaborer des solutions inter-pays, transfrontalières et multisectorielles. Ce programme de cinq ans a servi à financer des projets qui ont réussi à réduire l'impact de la maladie, à former les personnels de santé, à élaborer des directives et à renforcer les organes de contrôle et de régulation de la santé.<sup>34</sup> ADB a émis ses premières obligations sanitaires dans le cadre de ce programme, qui a mobilisé 100 millions de dollars d'investissements privés[6], injectés

dans le soutien aux programmes d'accès et de développement de la couverture sanitaire universelle dans les pays-membres en développement.

« La solution idéale pourrait comporter une forme d'obligation de résultats dans l'élimination du cancer du col de l'utérus, avec des donateurs mondiaux subventionnant les taux d'intérêt et l'argent utilisé pour les programmes d'élimination primaire », suggère Eduardo Banzon. Pour combattre le cancer du col de l'utérus, la Banque islamique de développement a conclu un partenariat avec l'Agence internationale pour l'énergie atomique (AIEA) et a lancé le projet « Sauver des vies de femmes du cancer » en 2019. Ce partenariat fournit un financement à travers une structure mixte qui comprend des actionnaires du secteur privé, des agences de développement et des agences multilatérales, afin de favoriser le diagnostic et la prise en charge du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus. IsDB a subventionné ce projet à hauteur de 10 millions de dollars.

### **Financement basé sur les résultats**

Souvent désignés comme des financements basés sur les résultats, des obligations à impact social ou des obligations à impact sur le développement, ces mécanismes de financement mixte vont chercher du capital auprès d'investisseurs privés pour financer des programmes sociaux. Les partenaires de développement remboursent l'apport initial une fois les résultats atteints. Le bailleur de fonds sur résultats, qui peut être un gouvernement ou une agence de développement internationale, s'engage à payer dans le cas où l'objectif de résultats défini et mesurable est atteint et ne court pas de risque initial. Le financement primaire vient généralement du secteur

privé, capable d'assumer le risque initial dans l'optique d'un remboursement potentiel ou de l'opportunité d'un retour financier. Ce modèle présente l'avantage de mobiliser du capital privé, mais aussi d'encourager l'efficacité en ne payant que lorsque les résultats sont atteints.<sup>35</sup> Les délais sont raccourcis et les pratiques susceptibles d'offrir des résultats rapides sont favorisées.<sup>36</sup> Il existe actuellement cinq obligations à impact sur le développement dédiées à la résolution des problèmes de santé mondiaux sur le marché, et neuf autres devraient voir le jour en 2021.<sup>36</sup>

Au Cameroun, l'obligation à impact sur développement à 2,5 ans Cameroon Kangaroo a été lancée en 2018 pour améliorer l'accès au programme Kangaroo Mother Care (KMC), qui a pour objectif de favoriser la prise de poids pour les naissances à faible poids ou les bébés prématurés.<sup>36</sup> Un capital initial de 2 millions de dollars américains a été avancé par l'investisseur Grand Challenge Canada, et sera remboursé si le projet atteint ses objectifs. Une subvention de 800 000 dollars a été octroyée pour rénover les installations et former les professionnels de santé. Le bailleur de fonds sur résultats, qui récompense chaque résultat atteint, est le Ministère de la Santé Publique du Cameroun et le Mécanisme de financement mondial pour les femmes, les enfants et les adolescents (Global Financing Facility – GFF). Le mécanisme d'obligations à impact sur le développement a été choisi pour ce programme en raison d'un important besoin en capital initial. Par ailleurs, ce scénario a été projeté dans l'environnement camerounais après avoir été réalisé avec succès en Colombie. En 2019, les résultats intermédiaires étaient satisfaisants, avec huit hôpitaux-cibles sur dix ayant reçu une formation adéquate et en mesure de fournir les services,

et 500 enfants pris en charge contre un objectif de 323.

Des analyses approfondies et des planifications de scénario basées sur les obligations à impact sur le développement ont été réalisées dans des secteurs comme la malnutrition et la santé reproductive. Les liens avec les services de soin dédiés à la lutte contre le cancer du col de l'utérus sont faciles à trouver et indiquent une opportunité de synergies. Ces modèles financiers offrent des alternatives innovantes aux défis souvent rencontrés, mais ne sont pas adaptés à toutes les situations. « Dans certains pays, il y a trop de dysfonctionnements basiques du système de santé qui ne permettraient pas de tirer parti d'un financement basé sur les résultats », affirme Farley Cleghorn. « Nous devons construire plus

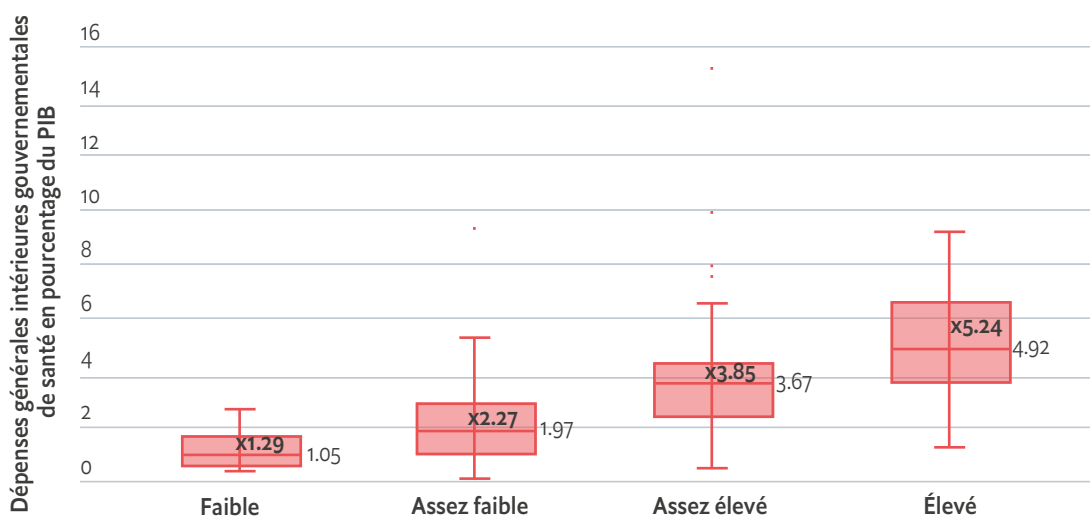
d'infrastructures de santé basiques et faire fonctionner le système de santé pour pouvoir utiliser l'une de ces approches innovantes. »

Dans le cas du cancer du col de l'utérus, les pays manquant d'infrastructures de base sont aussi les plus touchés par la maladie, renforçant le besoin d'investissements de base pour bénéficier de solutions de financement durables en aval. En leur absence, l'objectif d'élimination risque de renforcer les disparités d'incidence du cancer du col de l'utérus et de la mortalité entre les pays.

### Transition vers un modèle de financement national durable

Le passage efficace d'un financement catalytique à l'apport de dépenses nationales durables et mesurées est crucial selon Nick

**Figure 7. Dépenses gouvernementales dans les soins de santé en 2018 en proportion du Produit Intérieur Brut (PIB) par tranche de revenu de la Banque Mondiale**



Source : Economist Intelligence Unit, Organisation Mondiale de la Santé  
 Les boîtes à moustaches montrent la médiane (ligne bleue) et l'écart interquartile (du 25e au 75e centile) ; x représente le mode ; les cercles montrent les valeurs aberrantes.



Furtado. La planification de cette transition doit former l'un des éléments-clés de n'importe quelle demande de soutien financier, même en l'absence de fonds de transition disponibles au moment de la planification. Les dépenses en santé les mieux investies concernent souvent des interventions basiques, et les importantes ressources financières nécessaires pour combattre le cancer demandent du temps et une décision concertée pour apparaître dans le programme du Ministère des Finances. « S'il n'y a pas de projet pour augmenter la mobilisation des ressources domestiques à la fin de la période de financement, le programme va périlcliter », ajoute Isaac Adewole. Le manque de projection à long terme finit par mettre en danger les efforts fournis pour atteindre les objectifs d'élimination.

Dans la planification de la transition, il est essentiel de s'assurer que les populations à haut risque seront prises en charge en priorité et qu'elles seront couvertes et touchées par les programmes financés par le gouvernement. La stigmatisation accrue doit être combattue au fur et à mesure que les projets d'élimination du cancer du col de l'utérus sont déployés. Le financement direct via des OSC a été utilisé pour combler ce manque et pour toucher ces populations de manière efficace. « En Afrique de l'Ouest, le cancer reste assez tabou, surtout pour les femmes et leur santé reproductive », avertit Marie Ba. Financer la recherche est essentiel pour engager le dialogue avec les communautés à propos du cancer du col de l'utérus.

En règle générale, les pays à revenu faible ou intermédiaire ne donnent pas la priorité aux dépenses de santé dans leur budget : les dépenses gouvernementales dans le domaine sanitaire ne représentent que 1,3 % du PIB dans les pays à revenu faible et 2,3 % dans les pays à revenu

intermédiaire, contre plus de 5 % dans les pays à revenu élevé (voir Figure 7). L'OMS recommande à ses membres de dépenser au moins 5 % de leur PIB dans les soins de santé pour offrir une couverture sanitaire universelle suffisante.<sup>37</sup>



**Toutes les sources de financement pour la lutte contre le cancer doivent être évaluées en termes de potentiel de rentabilité et d'adéquation aux principes fondateurs de la couverture sanitaire universelle.**

Filip Meheus, économiste spécialiste de la santé pour le Centre International de Recherche contre le Cancer (CIRC)

L'établissement de priorités dans les dépenses de santé reste une étape critique. Les maladies et les programmes disposant d'un bon rapport coût-efficacité doivent être traités en priorité. La vaccination contre le PVH et le dépistage jouissent depuis longtemps d'un excellent rapport coût-efficacité et font partie des « meilleurs choix » désignés par le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles de l'OMS.<sup>38</sup> « Toutes les sources de financement pour la lutte contre le cancer doivent être évaluées en termes de potentiel de rentabilité et d'adéquation aux principes fondateurs de la couverture sanitaire universelle », argumente Filip Meheus, économiste spécialiste de la santé pour le Centre International de Recherche contre le Cancer (CIRC). Définir l'accessibilité financière dans le contexte local et se baser sur cette donnée pour la conception des programmes

offre de meilleures chances de les pérenniser. « Certains des programmes les plus efficaces ne s'appuient pas sur des financements extérieurs mais sur l'économie locale : les services imaginés trouvent un équilibre entre l'accessibilité financière, la compatibilité avec les capacités d'administration locales, et une qualité suffisante pour conquérir la confiance de la population », résume François-Xavier Babin. Pour les programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus, cela revient à étudier le rapport coûts-bénéfices des dépistages en point de santé par rapport à l'utilisation des services d'un laboratoire centralisé. Une approche par étapes est souvent nécessaire, avec des scénarios pilotes permettant de déterminer l'efficacité des coûts de différents mécanismes, et de sélectionner les meilleures options à l'aide d'un business model détaillé et réaliste.

L'adoption des cibles de la stratégie mondiale 90:70:90 pour l'élimination du cancer du col de l'utérus permet d'envisager le développement et l'intégration de services centrés sur les personnes sous un nouvel aspect au fur et à mesure que les pays renforcent leur couverture sanitaire universelle. De nombreux outils sont disponibles pour accompagner les pays dans ce processus. L'outil global d'évaluation des coûts du cancer du col de l'utérus de l'OMS, prenant en compte la vaccination, le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses, aide les pays à évaluer leurs besoins en financement et à concevoir des schémas de déploiement réalistes en plusieurs phases. Des outils similaires existent pour intégrer ces mesures aux programmes existants de lutte contre le cancer et les maladies non transmissibles.<sup>39</sup> Ces outils spécifiques à une maladie doivent être utilisés pour évaluer la capacité de financement au

niveau national. Un dialogue précoce doit être initié pour trouver des façons d'intégrer les soins liés au cancer du col de l'utérus à la couverture sanitaire universelle, avec des engagements et des garanties en faveur de cet objectif de la part des donateurs et des bénéficiaires.

Pour financer les services de soins liés au cancer de façon durable et pérenne, le financement gouvernemental doit être accru à l'aide de sources de financement prépayé obligatoire, via l'imposition ou la mise en place de systèmes obligatoires d'assurance-maladie. Plusieurs autres mécanismes de financement mis en place pour débloquer des fonds pour le traitement du cancer et pour améliorer la protection financière doivent être considérées. Ces mécanismes très spécifiques comprennent notamment les comptes d'épargne médicale obligatoire, le financement basé sur un système de loterie, les « taxes sur les vices » et les modèles d'usage compassionnel.<sup>40</sup>

Les comptes épargne santé obligatoires ne sont utilisés qu'à Singapour et en Chine continentale, où des programmes gouvernementaux réservent une partie des épargnes individuelles aux dépenses de santé. Ce système est utilisé au niveau national à Singapour, et au niveau municipal ou départemental en Chine continentale. La faisabilité et la durabilité de ce type de systèmes requièrent un niveau plus élevé de revenus par habitant, une culture de l'économie et de la responsabilité personnelle, et un système de santé efficace et transparent.<sup>40</sup> De plus, de récentes analyses portant sur l'impact de ces systèmes semblent montrer qu'ils sont généralement peu efficaces et inégaux, et qu'ils ne fournissent pas une protection financière adéquate. Leur impact à long terme sur les frais de santé reste flou.<sup>41</sup>

Les Philippines ont adopté un modèle de financement basé sur la loterie pour financer les projets de santé et de sécurité sociale. Le Bureau Philippin des Loteries Charitables est un département gouvernemental qui tire ses revenus de loteries, de courses et tirages au sort de bienfaisance. Les revenus sont assignés aux dépenses de santé nationales, aux programmes d'assistance médicale et aux associations offrant des services de santé. Le Panama a mis en place une « taxe sur le vice » visant les boissons sucrées en 2019. 75 % des revenus issus des impôts de ce secteur sont réinjectés dans la santé et 40 % des revenus totaux sont réservés aux associations ciblant le diabète et les cancers. Cette taxe sur la consommation devrait générer 30 millions de dollars annuellement.<sup>40</sup> Il n'existe pas d'études portant sur leur affectation au déploiement des services de prévention du cancer du col de l'utérus pour le moment. De plus, ils sont vulnérables aux changements économiques, ce qui résulte particulièrement problématique dans le contexte actuel de pandémie de Covid-19.

### **Micro-assurance et micro-financement**

Plusieurs programmes de micro-financement et de micro-assurance présentent des solutions de financement alternatives pour faciliter les contributions individuelles et encourager les actions de prévention dans des contextes de faible revenu.

Lorsque le micro-financement (qui permet l'accès au micro-crédit à des personnes qui n'y auraient normalement pas accès) est intégré avec des interventions sanitaires, on constate généralement une réduction des maladies affectant l'activité professionnelle et un impact positif sur la connaissance, les comportements de santé, l'utilisation des

services de santé et les résultats de santé.<sup>42,43</sup>

En Afrique sub-saharienne, le micro-crédit a montré des bénéfices pour la santé, l'épargne et l'accumulation de patrimoine.<sup>44</sup> Le micro-financement dans le cadre de programmes de santé a été utilisé pour le VIH, la santé reproductive et infantile et le paludisme.<sup>45</sup>

L'inclusion de services de dépistage du cancer du col de l'utérus et d'information à des programmes existants à destination des femmes doit être envisagée, mais la rentabilité et la portée de ces projets reste limitée par les coûts et les difficultés de déploiement à plus grande échelle. En Amérique Latine, l'association pour les femmes Pro Mujer propose un service de base de dépistage et des services de santé primaire ainsi qu'un accès au micro-crédit en Argentine, en Bolivie, au Mexique, au Nicaragua et au Pérou. Ce programme prend en compte quatre facteurs d'accès à la santé : l'accessibilité géographique, la disponibilité, l'accessibilité financière et l'acceptabilité. Il offre des dépistages du diabète, de l'hypertension, de l'obésité et du cancer du sein et du col de l'utérus. En moyenne, 13 % des patientes éligibles de Pro Mujer réalisent un dépistage du cancer du col de l'utérus et 21 % font un dépistage du cancer du sein chaque année.<sup>46</sup> Un autre programme en Bolivie propose le dépistage du cancer et son traitement avec des fonds issus de réserves de services financiers.<sup>40</sup>

Plusieurs programmes de micro-assurance centrés sur la commodité et l'accès généralisé, à travers des infrastructures existantes et à l'aide de produits à faible coût et à faible engagement, ont déjà été lancés en Afrique et en Asie. Une approche similaire pourrait être adoptée pour combattre le cancer du col de l'utérus dans des environnements où la population a la possibilité d'acheter ce type de produits. En Thaïlande,

le Bureau de la Commission des Assurances a lancé des programmes de micro-assurance avec cinq sociétés d'assurance majeures, qui offrent une protection facile d'accès et à tarif réduit, couvrant contre des risques comme le cancer. Ces polices d'assurance sont vendues dans des commerces de proximité et sont conçues pour être faciles à comprendre.<sup>40</sup> En Afrique, plusieurs produits de micro-assurance ont été développés avec des sociétés de télécommunication, pour récompenser la fidélité des clients ou pour encourager l'utilisation du réseau mobile comme moyen de paiement. Au Kenya, un programme a été lancé par M-PESA Foundation CarePay en partenariat avec PharmAccess et la compagnie de télécoms locale Safaricom, et utilise la connectivité mobile pour permettre aux utilisateurs de mettre de l'argent de côté et de régler leurs dépenses de santé par SMS. Ce programme, appelé M-Tiba, permet aussi la collecte de données de santé anonymisées et la projection en temps réel des tendances de santé.<sup>47</sup> Les donateurs et les assureurs peuvent utiliser la plateforme pour offrir des produits de financement de santé, comprenant des offres de sociétés privées, d'employeurs institutionnels, de donateurs institutionnels et du Kenyan National Hospital Insurance Fund.

### **Engagement du secteur privé**

Lorsque le financement national ou l'implication de donateurs internationaux est irréaliste à moyen ou long terme, l'engagement du secteur privé (à travers des entreprises fournissant des services de santé ou des assurances, ou encore d'autres industries actives localement comme l'industrie minière, les télécommunications ou d'autres grands employeurs) est encore peu utilisé dans le financement de la lutte

contre le cancer du col de l'utérus. « Le secteur privé local est une opportunité non encore exploitée lorsque l'on parle de la mobilisation de ressources nationales au Nigéria », pointe Isaac Adewole. Cela comprend les investissements dans les infrastructures de santé elles-mêmes à l'aide de fournisseurs privés, mais aussi l'utilisation des dépenses liées à la responsabilité sociale des entreprises dans des secteurs de santé prioritaires en lien avec les communautés locales. Lorsqu'une approche de consortium impliquant les acteurs du secteur public et privé est adoptée, des avantages supplémentaires apparaissent, en termes de rapidité de mise en place et de capacité d'utilisation de plateformes existantes pour développer et associer des services. L'un des exemples les plus représentatifs de collaboration entre le secteur public et le secteur privé pour déployer de nouveaux services de soin liés au cancer du col de l'utérus est le programme Pink Ribbon Red Ribbon, affilié au George W Bush Institute. Il est mis en œuvre en partenariat avec des gouvernements nationaux, des ONG, des organisations multilatérales, des fondations et des corporations qui lèvent des fonds publics et privés pour combattre le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein. Ce programme a été déployé dans cinq pays africains (Botswana, Éthiopie, Namibie, Tanzanie, Zambie) et au Pérou, avec un accent mis sur l'éducation, la vaccination, le dépistage et l'amélioration des accès aux soins et la formation des professionnels de santé. Il a maintenant été remplacé par Go Further, un partenariat public-privé conclu entre le Bush Institute, PEPFAR, UNAIDS et Merck. Plus de 1,5 million de dépistages du cancer du col de l'utérus ont déjà été réalisés à des femmes vivant avec le VIH.

## Étude de cas : Associer le dépistage du PVH et la santé digitale avec l'infrastructure de santé existante en Malaisie - Le programme ROSE

La Malaisie fait partie des pays à revenu intermédiaire. Le cancer du col de l'utérus arrive en troisième position des cancers les plus fréquents chez les femmes tous âges confondus, et en deuxième position si l'on se concentre sur les femmes âgées de 15 à 44 ans. En 2018, 1 682 nouveaux cas ont été détectés et 944 décès ont été causés par le cancer du col de l'utérus.<sup>48</sup> La vaccination contre le PVH a été intégrée au programme national d'immunisation en 2010, mais le dépistage de routine du cancer du col de l'utérus touche moins d'un quart des femmes éligibles âgées de 22 à 65 ans malgré des campagnes de sensibilisation et des infrastructures de santé largement accessibles.

Le programme ROSE ou *Removing Obstacles to Cervical Screening* (Faire tomber les barrières empêchant le dépistage du cancer du col de l'utérus, NDLT) a tout d'abord été lancé en version pilote à Kuala Lumpur. Ce projet est mené par des chercheurs de l'Université de Malaya en partenariat avec la VCS Foundation d'Australie. L'équipe de recherche a adopté une approche conceptuelle inspirée du « design Thinking » pour ce projet et s'est déplacée dans les cliniques pour comprendre quels étaient les freins autour du dépistage dans le contexte malaisien. Ces études préliminaires portaient sur les difficultés rencontrées par les professionnels de santé et sur les possibles préoccupations des femmes ayant accès à ces services. Pour dépasser ces difficultés, le programme ROSE a proposé l'auto-prélèvement des échantillons PVH en première intention, avec un suivi des femmes testées positives dans un environnement hospitalier tertiaire. Par ailleurs, une plateforme de santé digitale a été développée, permettant aux femmes de s'inscrire et de recevoir les communications de suivi de façon sécurisée et pratique sur leur téléphone mobile.<sup>49</sup> Cet environnement digital fonctionne comme un circuit fermé qui garantit que les résultats des dépistages sont transmis aux patientes, et qui permet aussi de tenir un registre et d'envoyer des rappels pour le suivi et le dépistage à intervalles de cinq ans. Enfin, ce programme a été spécifiquement conçu pour utiliser stratégiquement l'infrastructure clinique existante du gouvernement sans fragiliser les services déjà en place et sans requérir d'investissements supplémentaires dans l'infrastructure.

Depuis le lancement du projet pilote initial, plus de 8 000 femmes ont été dépistées. Les directeurs du programme sont en train de l'étendre à la population de Kuala Lumpur et de sa proche banlieue. Parmi les 1 000 femmes interrogées à propos de leur expérience, 97 % d'entre elles recommandent le programme décrit comme simple, rapide, facilité par l'utilisation de l'auto-prélèvement et pratique grâce aux résultats disponibles sur mobile. 99 % ont déclaré préférer le dépistage ROSE à un frottis conventionnel.

Le projet pilote a été lancé grâce au financement participatif. Des donateurs individuels et institutionnels ont apporté du capital, des kits de test et une expertise *bénévole*. Le programme actuel est financé par des dons de particuliers et d'institutions. En juillet 2019, une association caritative, la ROSE Foundation, a été enregistrée en tant qu'entité légale responsable de la mise en place du programme ROSE et du laboratoire centralisé ROSE, qui analyse les échantillons de PVH. Pour financer ce programme à long terme, on peut envisager l'adoption d'un modèle d'entreprise sociale (en vendant des services de tests PVH aux cliniques privées, par exemple) favorisant une plus grande collaboration avec les organismes de santé publics dans le pays.<sup>50</sup> À long terme, ce programme doit chercher à mieux informer le public et à toucher encore plus de femmes pour réaliser des dépistages suivis de traitements.

## Conclusion

Les solutions à long terme dédiées à l'élimination du cancer du col de l'utérus sont intimement liées à la situation et au contexte particulier de chaque pays. Les priorités suivantes peuvent servir à impliquer les décideurs politiques et financiers dans ce projet :

**Positionner l'élimination du cancer du col de l'utérus comme un investissement dans le système de santé, la société et l'économie en général avec un retour sur investissement positif à long terme.** Le cancer du col de l'utérus affecte les femmes dans leurs années les plus productives, enlève leur mère à des enfants et empêche les femmes de contribuer à la main d'œuvre. Son impact social et économique devrait être communiqué aux possibles investisseurs. Les retours sur investissement à long terme doivent aussi être évoqués.

**Recueillir des données locales pour mieux documenter la conception de mécanismes de financement sanitaire et la prise de décision.** Dans chaque pays, il est indispensable de disposer d'une connaissance approfondie de l'épidémiologie et des freins qui pourraient s'opposer au dépistage du cancer du col de l'utérus et aux possibles traitements, afin de donner la priorité aux solutions les plus efficaces et les plus durables. Ces analyses doivent aussi permettre d'identifier et de résoudre les problèmes de financement et de distribution des ressources dans les systèmes de santé.

**Déterminer les capacités de financement national de chaque pays et la disponibilité de services de qualité à l'aide d'outils existants d'évaluation et de projection des**

**coûts pour concevoir des programmes d'élimination adaptés et réalistes.** À long terme, des solutions adaptées aux possibilités et aux ressources de chaque pays seront plus pérennes. Les outils actuels d'évaluation et de projection des coûts doivent être utilisés en priorité pour identifier les opportunités et les insuffisances en vue de la mise à l'échelle des programmes d'élimination au niveau national. Leur bon fonctionnement repose sur une approche systématique et organisée, qui sera plus facile à déployer dans le cadre d'une couverture sanitaire universelle efficace, intégrant la budgétisation et la planification des services de santé.

**Favoriser l'intégration de cet objectif aux enjeux politiques, à un programme et aux services de santé pour une efficacité durable.** Les approches cloisonnées de la santé publique créent des inefficacités pouvant être minimisées ou complètement évitées. Les synergies avec d'autres priorités de santé publique, comme le VIH ou la planification familiale, doivent être recherchées. Des directives claires et strictes doivent être encouragées au niveau national pour la mise en œuvre du programme et la réalisation des soins, afin que l'intégration soit optimale et que tous les bénéfices en soient tirés.

**Investir dans le traitement des lésions de haut grade du col de l'utérus.** Sans un parcours de soins permettant d'orienter les patientes atteintes de stades plus avancés de cancer du col de l'utérus vers des structures de santé susceptibles de les prendre en charge, les femmes diagnostiquées subiront toujours une mortalité trop élevée pour être tolérable.

**Privilégier des solutions innovantes mêlant différentes sources de financement pour compléter le financement national.**

Dans des contextes de faible revenu, le financement national dédié au traitement des cancers, dont le cancer du col de l'utérus, n'est pas suffisant pour permettre la mise à l'échelle des programmes nationaux. Les conséquences financières mondiales de la pandémie de Covid-19 impacteront à long terme le financement de la santé. Les pays concernés doivent accroître leurs dépenses nationales de santé et améliorer leur utilisation des impôts et des systèmes d'assurance maladie, tout en favorisant l'utilisation d'autres systèmes de financement alternatifs lorsqu'ils sont disponibles. Un travail en consortium permettant de lever du capital issu de fonds privés tout en favorisant l'expertise et la rapidité doit être envisagé.

## Outils et documentation supplémentaire

- **Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus**  
Organisation Mondiale de la Santé, 2020  
[www.who.int/publications/i/item/9789240014107](http://www.who.int/publications/i/item/9789240014107)
- **Introducing and scaling up testing for human papillomavirus as part of a comprehensive programme for prevention and control of cervical cancer; A step-by-step guide**  
World Health Organization, 2020  
[www.who.int/publications/i/item/9789240015166](http://www.who.int/publications/i/item/9789240015166)
- **Outil de l'OMS pour la prévention du cancer du col de l'utérus et le calcul des coûts (C4P)**  
Organisation Mondiale de la Santé, 2020  
[www.who.int/immunization/diseases/hpv/cervical\\_cancer\\_costing\\_tool/en](http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/cervical_cancer_costing_tool/en)
- **WHO technical guidance and specifications of medical devices for screening and treatment of precancerous lesions in the prevention of cervical cancer**  
World Health Organization, 2020  
[www.who.int/publications/i/item/9789240002630](http://www.who.int/publications/i/item/9789240002630)
- **Screening and treatment of pre-cancerous lesions for secondary prevention of cervical cancer; Technology landscape**  
Unitaid, 2019  
[https://unitaid.org/assets/Cervical\\_Cancer\\_Technology-landscape-2019.pdf](https://unitaid.org/assets/Cervical_Cancer_Technology-landscape-2019.pdf)
- **Améliorer des données disponibles pour une prise de décision informée : ensemble d'outils pour les programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus**  
Organisation Mondiale de la Santé, United States Centers for Disease Control and Prevention, CDC Foundation, George W. Bush Institute, 2019  
[www.who.int/ncds/surveillance/data-toolkit-for-cervical-cancer-prevention-control/en/](http://www.who.int/ncds/surveillance/data-toolkit-for-cervical-cancer-prevention-control/en/)
- **La lutte contre le cancer du col de l'utérus ; Guide des pratiques essentielles - Deuxième édition**  
Organisation Mondiale de la Santé, 2016  
[www.who.int/publications/i/item/9789241548953](http://www.who.int/publications/i/item/9789241548953)
- **Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus ; Lignes directrices de l'OMS**  
Organisation Mondiale de la Santé, 2013  
[www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening\\_and\\_treatment\\_of\\_precancerous\\_lesions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/)
- **Monitoring national cervical cancer prevention and control programmes; Quality control and quality assurance for visual inspection with acetic acid (VIA)-based programmes**  
World Health Organization, Pan American Health Organization, 2013  
[www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/en/)
- **Cancer Screening in Five Continents (CanScreen5); Global repository of information on cancer screening programmes**  
International Agency for Research on Cancer  
<https://canscreen5.iarc.fr/>



## Références

1. Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *Lancet Glob Heal* 2020;8(2):e191–203.
2. World Health Organization. WHO framework for strengthening and scaling-up of services for the management of invasive cervical cancer. 2020.
3. World Health Organization. A cervical cancer-free future: First-ever global commitment to eliminate a cancer [Internet]. 2020; Available from: [www.who.int/news/item/17-11-2020-a-cervical-cancer-free-future-first-ever-global-commitment-to-eliminate-a-cancer](http://www.who.int/news/item/17-11-2020-a-cervical-cancer-free-future-first-ever-global-commitment-to-eliminate-a-cancer)
4. World Health Organization. Global Strategy to Accelerate the Elimination of Cervical Cancer as a Public Health Problem. 2020.
5. Together for Health. Investing in global cervical cancer prevention: Resources for low-income and lower middle-income countries in 2019. 2020.
6. de Sanjose S, Quint WG, Alemany L, et al. Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study. *Lancet Oncol* 2010;11(11):1048–56.
7. Canfell K, Chesson H, Kulasingam SL, Berkhof J, Diaz M, Kim JJ. Modeling preventative strategies against human papillomavirus-related disease in developed countries. *Vaccine* 2012;30 Suppl 5(0 5):F157–67.
8. Campos NG, Tsu V, Jeronimo J, Mvundura M, Lee K, Kim JJ. To expand coverage, or increase frequency: Quantifying the tradeoffs between equity and efficiency facing cervical cancer screening programs in low-resource settings. *Int J cancer* 2017;140(6):1293–305.
9. Bobdey S, Sathwara J, Jain A, Balasubramaniam G. Burden of cervical cancer and role of screening in India. *Indian J Med Paediatr Oncol Off J Indian Soc Med Paediatr Oncol* 2016;37(4):278–85.
10. Burger EA, Ortendahl JD, Sy S, Kristiansen IS, Kim JJ. Cost-effectiveness of cervical cancer screening with primary human papillomavirus testing in Norway. *Br J Cancer* 2012;106(9):1571–8.
11. Balasubramaniam A, Kulasingam SL, Baer A, et al. Accuracy and cost-effectiveness of cervical cancer screening by high-risk human papillomavirus DNA testing of self-collected vaginal samples. *J Low Genit Tract Dis* 2010;14(3):185–95.
12. Mezei AK, Armstrong HL, Pedersen HN, et al. Cost-effectiveness of cervical cancer screening methods in low- and middle-income countries: A systematic review. *Int J cancer* 2017;141(3):437–46.
13. Campos NG, Sharma M, Clark A, Kim JJ, Resch SC. Resources Required for Cervical Cancer Prevention in Low- and Middle-Income Countries. *PLoS One* 2016;11(10):e0164000.
14. Chichareon SB. Management of pre-invasive cervical cancer in low-resource setting. *J Med Assoc Thai* 2004;87 Suppl 3:S214–22.
15. Campos NG, Mvundura M, Jeronimo J, Holme F, Vodicka E, Kim JJ. Cost-effectiveness of HPV-based cervical cancer screening in the public health system in Nicaragua. *BMJ Open* 2017;7(6):e015048.
16. Goldie SJ, Gaffikin L, Goldhaber-Fiebert JD, et al. Cost-effectiveness of cervical-cancer screening in five developing countries. *N Engl J Med* 2005;353(20):2158–68.
17. World Health Organization. WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. 2013.
18. World Health Organization. Introducing and scaling up testing for human papillomavirus as part of a comprehensive programme for prevention and control of cervical cancer. A step-by-step guide. 2020.
19. Knaul F, Horton S, Yerramilli P, Gelband H, Atun R. Financing Cancer Care in Low-Resource Settings. In: Gelband H, Jha P, Sankaranarayanan R, Horton S, editors. . Washington (DC): 2015.
20. Rahman R, Clark MD, Collins Z, et al. Cervical cancer screening decentralized policy adaptation: an African rural-context-specific systematic literature review. *Glob Health Action* 2019;12(1):1587894.
21. Lim JNW, Ojo AA. Barriers to utilisation of cervical cancer screening in Sub Sahara Africa: a systematic review. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2017;26(1).
22. Campos NG, Tsu V, Jeronimo J, Mvundura M, Kim JJ. Evidence-based policy choices for efficient and equitable cervical cancer screening programs in low-resource settings. *Cancer Med* 2017;6(8):2008–14.
23. World Health Organization. WHO guidelines for the use of thermal ablation for cervical pre-cancer lesions. 2019.
24. Campbell C, Kafwafwa S, Brown H, et al. Use of thermo-coagulation as an alternative treatment modality in a “screen-and-treat” programme of cervical screening in rural Malawi. *Int J cancer* 2016;139(4):908–15.
25. Mailhot Vega RB, Balogun OD, Ishaq OF, Bray F, Ginsburg O, Formenti SC. Estimating child mortality associated with maternal mortality from breast and cervical cancer. *Cancer* 2019;125(1):109–17.
26. Dubas-Jakóbczyk K, Kocot E, Seweryn M, Koperny M. Production lost due to cervical cancer in Poland in 2012. *Med Pr* 2016;67(3):289–99.
27. Ponce M. [Prevention of cervical and breast cancer in health services and non-governmental organizations in the city of Buenos Aires]. *Salud Colect* 2013;9(2):215–33.

28. White HL, Meglioli A, Chowdhury R, Nuccio O. Integrating cervical cancer screening and preventive treatment with family planning and HIV-related services. *Int J Gynaecol Obstet Off organ Int Fed Gynaecol Obstet* 2017;138 Suppl:41–6.
29. Population Services International and International Center for Research on Women. *Integrating Cervical Cancer Prevention Services with Voluntary Family Planning Programs: Insights from the Field*. 2019.
30. Smith J, Buse K, Gordon C. Civil society: the catalyst for ensuring health in the age of sustainable development. *Global Health* 2016;12(1):40.
31. World Health Organization. *Global spending on health 2020: weathering the storm*. 2020.
32. Institute for Health Metrics and Evaluation University of Washington. *Financing Global Health 2018: Countries and Programs in Transition*. 2018.
33. Together for Health. *Investing in Global Cervical Cancer Prevention: Resources for Low-Income and Lower Middle-Income Countries in 2019*. 2019;
34. Asian Development Bank. *Regional malaria and other communicable disease threats trust fund - Final report November 2018*. 2018.
35. Health Policy Plus. *Innovative Financing to Reduce Chronic Malnutrition in Guatemala: Development Impact Bond Feasibility Study*. 2019.
36. French Ministry for Europe and Foreign Affairs. *Enhancing impact through innovative financing for health*. 2020.
37. Jowett M, Bruna M, Flores G, Cylus J, World Health Organization. *Spending targets for health: no magic number*. Geneva: World Health Organization; 2016 (WHO/HIS/HGF/HFWorkingPaper/16.1; Health Financing Working Paper No. 1). 2016.
38. World Health Organization. *Tackling NCDs: “best buys” and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases*. 2017.
39. World Health Organization. *WHO Cervical Cancer Prevention and Control Costing (C4P) Tool [Internet]*. Available from: [https://www.who.int/immunization/diseases/hpv/cervical\\_cancer\\_costing\\_tool/en/](https://www.who.int/immunization/diseases/hpv/cervical_cancer_costing_tool/en/)
40. IQVIA. *Innovative Funding Models for Treatment of Cancer and Other High-Cost Chronic Noncommunicable Diseases: A global landscape study of funding trends and innovations*. 2019.
41. Wouters OJ, Cylus J, Yang W, Thomson S, McKee M. Medical savings accounts: assessing their impact on efficiency, equity and financial protection in health care. *Health Econ Policy Law* 2016;11(3):321–35.
42. Leatherman S, Dunford C. Linking health to microfinance to reduce poverty. *Bull World Health Organ* 2010;88(6):470–1.
43. Leatherman S, Metcalfe M, Geissler K, Dunford C. Integrating microfinance and health strategies: examining the evidence to inform policy and practice. *Health Policy Plan* 2012;27(2):85–101.
44. van Rooyen C, Stewart R, de Wet T. *The Impact of Microfinance in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review of the Evidence*. *World Dev* 2012;40(11):2249–62.
45. Lorenzetti LMJ, Leatherman S, Flax VL. Evaluating the effect of integrated microfinance and health interventions: an updated review of the evidence. *Health Policy Plan* 2017;32(5):732–56.
46. Geissler KH, Leatherman S. Providing primary health care through integrated microfinance and health services in Latin America. *Soc Sci Med* 2015;132:30–7.
47. AFD. *Kenya: A payment platform for healthcare protection [Internet]*. 2020; Available from: <https://www.afd.fr/en/node/10953>
48. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer. *Malaysia Human Papillomavirus and Related Cancers, Fact Sheet 2018*. 2018.
49. ROSE Foundation. *About Program ROSE [Internet]*. Available from: <https://www.programrose.org/program-r-o-s-e>
50. CodeBlue. *A Doctor’s Revolutionary Idea To Combat Cervical Cancer [Internet]*. 2019; Available from: <https://codeblue.galencentre.org/2019/04/22/a-doctors-revolutionary-idea-to-combat-cervical-cancer/>

Tout a été mis en œuvre pour vérifier l’exactitude de ces informations, cependant The Economist Intelligence Unit Ltd. ne peut être tenu responsable par quiconque des informations, opinions et conclusions contenues par ce rapport. Les résultats et les vues exprimés dans ce rapport ne reflètent pas nécessairement les vues de son sponsor.

**LONDON**

20 Cabot Square  
London, E14 4QW  
United Kingdom  
Tel: (44.20) 7576 8000  
Fax: (44.20) 7576 8500  
Email: london@eiu.com

**GENEVA**

Rue de l'Athénée 32  
1206 Geneva  
Switzerland  
Tel: (41) 22 566 2470  
Fax: (41) 22 346 93 47  
Email: geneva@eiu.com

**NEW YORK**

750 Third Avenue  
5th Floor  
New York, NY 10017  
United States  
Tel: (1.212) 554 0600  
Fax: (1.212) 586 1181/2  
Email: americas@eiu.com

**DUBAI**

Office 1301a  
Aurora Tower  
Dubai Media City  
Dubai  
Tel: (971) 4 433 4202  
Fax: (971) 4 438 0224  
Email: dubai@eiu.com

**HONG KONG**

1301  
12 Taikoo Wan Road  
Taikoo Shing  
Hong Kong  
Tel: (852) 2585 3888  
Fax: (852) 2802 7638  
Email: asia@eiu.com

**SINGAPORE**

8 Cross Street  
#23-01 Manulife Tower  
Singapore  
048424  
Tel: (65) 6534 5177  
Fax: (65) 6534 5077  
Email: asia@eiu.com