

**Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus : quelles recommandations pour
quelle efficacité, tour d'horizon des pays européens et/ou anglo-saxons**

1^{ère} partie : Aperçu général de la situation européenne et anglo-saxonne

1° Introduction

En Belgique, à l'heure actuelle, près de 700 cas de cancer du col de l'utérus sont diagnostiqués chaque année. Ce cancer est le 5^{ème} en fréquence chez la femme (après le sein, le colon, les ovaires et le rectum). En 2004, 532 femmes sont décédées d'un cancer de l'utérus (Registre du Cancer).

Le dépistage par frottis détecte des lésions précancéreuses qui peuvent alors être traitées localement et permet donc d'éviter l'apparition de très nombreux cancers du col de l'utérus. Les différentes études réalisées jusqu'à présent montrent qu'un dépistage réalisé tous les 3 à 5 ans chez les femmes âgées de 35 à 60 ans, au moyen d'un frottis de col classique, réduit d'au moins 80 % l'incidence du cancer du col. Le conseil scientifique de l'Europe recommande, quant à lui, la réalisation d'un test de dépistage tous les 3 ans (Recommandations Européennes concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus dans l'Union Européenne, 1999).

Cependant, en Belgique, alors que le Plan national de lutte contre le cancer annonçait, début 2008, l'instauration d'un programme systématique de dépistage du cancer du col de l'utérus pour les femmes âgées de 25 à 64 ans. Seul le dépistage 'opportuniste/individuel' est actuellement de rigueur.

D'après le rapport KCE (2007), en Belgique, 59 % des femmes âgées de 25 à 64 ans bénéficient du dépistage 'opportuniste/individuel'. Par ailleurs, le taux de dépistage pour un certain nombre de femmes est excessif (un frottis par an) et engendre un important surcoût pour la collectivité.

Notons l'existence récente de vaccins qui protègent contre certains types de papillomavirus humain (HPV), responsables d'environ 70 % des cancers du col utérin. Ces vaccinations sont recommandées aux adolescentes et aux jeunes femmes âgées de moins de 26 ans et ce avant les premiers contacts sexuels, c'est-à-dire avant le risque d'être infectée par le HPV. Cependant, le dépistage par frottis reste indispensable pour ces jeunes femmes puisque le vaccin ne couvre pas tous les types de papillomavirus humains.

Dans le cadre d'une réflexion concernant la mise en place d'un programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, la Direction Générale de la santé, sollicitée par le Cabinet de la Ministre Laanan, nous demande de réaliser un tour d'horizon des pratiques de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus déjà mises en place dans d'autres pays européens et/ou anglo-saxons.

Ce dossier technique devrait ainsi permettre de comparer les pratiques de dépistage, d'identifier les démarches positives et d'émettre des recommandations.

¹ L'analyse des publications a été réalisée par C. Deccache, D. Doumont, C. Feulien et S. Roussel.

2° Méthodologie

Pour rédiger ce dossier technique, une recherche sur les bases de données Eric, Psycinfo, ScienceDirect, PubMed et CAIRN a été réalisée. Les mots-clés étaient identiques pour chacune des bases de données : 'cancer du col de l'utérus', 'cancer du col utérin', 'dépistage cancer utérus', 'programme de prévention cancer utérus', 'programme de vaccination', 'cervical cancer prevention', 'cervical cancer', 'cancer screening cervical program'.

A partir de ces mots-clés, une vingtaine d'articles pertinents ont été sélectionnés. Cependant, après une première analyse, il fut constaté que très peu de ces articles abordaient en tant que telle l'évaluation d'un programme de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Une recherche complémentaire a donc été effectuée sur les sites officiels de promotion de la santé de France, de Suisse et du Canada. Nous y avons trouvé trace de programmes officiels récents avec leur évaluation.

Enfin, dans un souci de clarté, il a été décidé que ce dossier technique consacré aux pratiques de dépistage du cancer du col utérin serait divisé en deux parties : une première partie (10 références bibliographiques ont été retenues) qui a pour objectif principal de fournir un aperçu général des pratiques de dépistage du cancer du col (principalement à l'échelle européenne et anglo-saxonne) et une seconde partie dans laquelle la situation des pays suivants est investiguée de manière plus approfondie : la France, la Suisse, le Canada, les Pays-Bas et l'Angleterre.

3° Aperçu général de la situation européenne et anglo-saxonne

Ci-dessous, vous trouverez quelques extraits **des recommandations européennes** concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus dans l'Union Européenne élaborées par le comité consultatif pour la prévention du cancer après la conférence sur le dépistage et la détection précoce du cancer, à Vienne, 18-19 novembre 1999.²

« Alors qu'aucun essai randomisé sur le dépistage du col de l'utérus par le test de Papanicolaou n'a jamais été réalisé, l'efficacité des programmes de dépistage du col de l'utérus a été démontrée dans plusieurs pays . On estime qu'un frottis vaginal pratiqué tous les trois ans peut prévenir 90% des cancers du col de l'utérus dans une population, si toutes les femmes s'y soumettent et si toutes les lésions décelées sont convenablement suivies. Pour y parvenir, un niveau élevé d'observance est essentiel et un haut degré d'organisation est nécessaire ».

« Les ressources limitées en matière de dépistage devraient être concentrées sur la classe d'âge 30-60 ans. Une grande proportion d'anomalies du col de l'utérus régressent jusqu'à la situation normale sans aucun traitement. Le dépistage ne devrait donc en aucun cas commencer avant l'âge de 20 ans et, dans de nombreux pays, probablement pas avant l'âge de 30 ans. L'effet protecteur du dépistage pour les femmes de plus de 60 ans est limité, surtout si ces femmes avaient auparavant subi des tests négatifs ».

« Le dépistage devrait avoir lieu à des intervalles de trois à cinq ans. Des intervalles plus longs peuvent être envisagés chez les femmes ayant des antécédents de tests négatifs. Le bénéfice d'un dépistage plus fréquent est très limité, en outre il augmente le risque d'un traitement excessif pour des lésions qui régresseraient toutes seules ».

² Recommandations européennes in http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/genetics/cancer_screening_fr.pdf

◆ Selon les autorités sanitaires européennes, le dépistage du cancer du col de l'utérus doit être accessible à toute la population et ce notamment en organisant des programmes de qualité. Le but de l'étude d'Antilla et al., (2009a) est d'évaluer les politiques de dépistage et la mise en œuvre des programmes de dépistage des cancers utérins en Europe et ainsi pouvoir les comparer avec les recommandations internationales et européennes.

Cette étude³ a été coordonnée par *The International Agency for Research on Cancer (IARC)* et financée par l'UE, *European Network for Information on Cancer* et *European Cooperation on Development and Implementation of Cancer Screening and Prevention Guidelines*. Deux questionnaires⁴ ont circulé entre septembre 2005 et février 2008.

Le premier questionnaire se base sur les données déjà enregistrées sur le cancer utérin, c'est-à-dire la dernière enquête européenne (2000) et des publications d'experts. Il a été envoyé à un réseau d'experts de 19 états membres ayant un projet national de dépistage du cancer de l'utérus. Le but était triple :

- Identifier le type de dépistage, la planification, l'enregistrement des données et le contrôle des programmes dans l'Union Européenne,
- Obtenir des données sur l'âge des femmes invitées au dépistage, la quantité de tests proposés sur un an, le déroulement, les services offerts,
- Etablir une comparaison avec les données d'incidence d'autres continents.

Un second questionnaire a été envoyé aux représentants des gouvernements de l'Union Européenne à Bruxelles afin d'obtenir des informations autres que celles strictement liées aux politiques de dépistage du cancer du col de l'utérus (par exemple, cancer colo-rectal ou cancer du sein)⁵.

Présentation succincte des résultats

1. Age et intervalle recommandés (tableau 1)

L'examen cytologique reste le test de dépistage le plus recommandé par l'Union Européenne. Il est appliqué auprès de femmes âgées entre 20 à 30 ans et ce jusqu'à 60 à 70 ans⁶.

Toutefois,

- L'âge du début des tests est ramené en dessous de 20 ans pour le Luxembourg, l'Autriche, l'Espagne et la Slovaquie,
- L'Estonie, la Finlande, les Pays-Bas et la Roumanie recommandent un intervalle de 5 ans pour les patientes qui ont bénéficié au cours de précédents dépistages d'un frottis négatif, avec un total de 6 à 9 invitations⁷,
- 14 pays appliquent un intervalle de 3 et/ou 3 à 5 ans ; ce qui augmente le nombre d'invitations de 15 à 17,
- 9 pays appliquent un intervalle de moins de 3 ans,
- Intervalle d'un an entre les tests négatifs pour les pays suivants : l'Autriche, la Bulgarie, Chypre, la Tchéquie, l'Allemagne, le Luxembourg, Malte et la Slovaquie.

³ La publication de cette étude a été réalisée 9 ans après la publication LINOS A., RIZA E. VAN BALLEGOIJEN M. (2000), *Introduction : cervical cancer screening*, European Journal of Cancer

⁴ Questionnaires créés sur base de ceux développés par *European Quality Assurance Guideline For Cervical Cancer Screening*

⁵ Les résultats de ce questionnaire ont été vérifiés par les experts du premier questionnaire

⁶ Norme européenne

⁷ Dépend de l'âge et du déroulement des tests (début et fin)

Table 1 – Cervical cancer screening policy and programme features in the 27 European Union member states.

Country ^a	Type	Status	Eligible age in years ^b		Screening interval in years	Estimates number of tests in lifetime
			From	To		
Austria	Non-population-based	Nationwide	18 ⁱ	Not specified	1	50 ⁱ
Belgium	Non-population-based	Nationwide	25	64	3	14
Bulgaria	Non-population-based ^c	Nationwide	31	65	2	21
Cyprus	No programme	No programme	No data	No data	No data	No data
Czech Republic	Non-population-based	Nationwide	25	69	1	45
Denmark	Population-based	Nationwide	23	65 ^b	3 in age 23–50; then 5 ^d	Approx. 13
Estonia	Population-based	Nationwide, rollout ongoing	30	59	5	6
Finland	Population-based	Nationwide	(25) 30	60 (65)	5	7–9
France	Non-population-based	Nationwide	(20) 25	65	3	14
	Population-based	Local/Regional pilot	(20) 25 (50)	65 (74)	3	14 (9)
Germany	Non-population-based	Nationwide	20	Not specified	1	50+
Greece	Non-population-based	Nationwide	20	Not specified	1	50+
Hungary	Population-based	Nationwide	25	65	3	14
Ireland	Population-based	Regional; nationwide planning	25	60	3 in age 25–44; then 5	10
Italy	Population-based	Nationwide, rollout ongoing	25	64	3	14
Latvia	Non-population-based	Nationwide	20	70	3	17
Lithuania	Non-population-based	Nationwide	30	60	3	11
Luxembourg	Non-population-based	Nationwide	15	Not specified	1	50+
Malta	No programme	No programme	No data	Not specified	No data	Not specified
Netherlands	Population-based	Nationwide	30	60	5	7
Poland	Non-population-based	Nationwide	25	59	3	12
	Population-based	Local	25	59	3	12
Portugal	Population-based	Nationwide, planning	25	64	3	14
	Population-based	Regional, rollout ongoing	25	64	3	14
Romania	Population-based	Nationwide, piloting	25	65	5	9
Slovak Republic	Non-population-based	Nationwide	18	Not specified	1	50+
Slovenia	Population-based	Nationwide	20	64	3	15
Spain	Non-population-based	Regional	(18) 30 (35)	59 (65)	3 or 5 ^e	5–15
	Population-based	Regional	(25) 30	(50) 65	3	9–15
Sweden	Population-based	Nationwide	23	60	3 in age 23 to 50; then 5	12
UK	Population-based	Nationwide	(20) 25	(60) 64	3 and 5 ^f	12

Source: European Commission (DG SANCO); IARC (EUNICE and ECN projects, see Methods); and von Karsa et al.²⁵

a Multiple entries for some countries due to dual implementation status.

b Regional variation within parentheses. Neither including age range of optional attendance after regular invitation ceases, nor age range of women especially invited or tested in some programmes because recent history of normal test results is lacking.

c Prophylactic activity on-going mainly among certain risk groups.

d From new national guidelines (31 December 2007); former guideline recommended screening every 3 year up to the age of 59 years.

e Regional variation also in the interval.

f Targeted age and screening interval vary by region: England 3-yearly screening in ages 25–49 and 5-yearly in ages 50–64; Northern Ireland 5-yearly in ages 20–64; Scotland 3-yearly in ages 20–60; and Wales 3-yearly in ages 20–64 years.

2. Système d'enregistrements, évaluation et monitoring (tableau 2)

- Sur base des données collectées, le système d'enregistrement des personnes examinées est et/ou en voie de développement au niveau régional ou national dans 15 des 27 Etats membres : Danemark, Estonie, Finlande, France, Hongrie, Irlande, Italie, Lituanie, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, Slovénie, Suède et Royaume-Uni.
- Il y existe un contrôle régulier des tableaux/chiffres publiés pour les 8 pays suivants : Estonie, Finlande, Italie, Royaume-Uni, Luxembourg, Slovénie, Suède.
- Le système d'enregistrement est valide d'un point de vue régional et national dans 22 pays : Autriche, Belgique, Bulgarie, Tchéquie, Danemark, Estonie, Finlande, France, Allemagne, Grèce, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pays-Bas, Portugal, Slovaquie, Slovénie, Espagne, Suède et Royaume-Uni.

Country	Screening registration								Cancer registration	
	Screening registry available	Regular monitoring tables		Other data available	Available items included in reports				Available	Linkable with screening register
		Published	Pilot or developing		Invitations sent	Screening tests taken	Screening test results	Histology		
Austria	No	No		Yes	No	Yes	No	No	National	
Belgium	No	No		Yes	No	Yes	Yes	No	Regional	
Bulgaria	No	No		Yes	No	No	No	No	National	
Cyprus	No	No		No	No	No	No	No		
Czech Republic	No	No		Yes	No	Yes	No	No	National	
Denmark	National, under development	No	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes	National	Yes
Estonia	National, under development	Yes		Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	National	Yes
Finland	National	Yes		Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	National	Yes
France	Local/regional, under development	No	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Local/regional	Yes
Germany	No	No		Yes	No	Yes	Yes	Yes	Regional	
Greece	No	No		Yes	No	No	No	No	National	
Hungary	National	No		Yes	Yes	No	No	No		
Ireland	Regional, under development	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	National	Yes
Italy	Regional, under development	Yes		Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Regional	Yes
Latvia	No	No		Yes	No	No	No	No	National	
Lithuania	Yes, under development	No		Yes	No	Yes	Yes	Yes	National	
Luxembourg	No	Yes		Yes	Yes	Yes	Yes	No		
Malta	No	No		Yes	No	Yes	No	No	National	
Netherlands	National	Yes		Yes	No	Yes	Yes	Yes	National	Yes
Poland	Local; National under development	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Local	Yes
Portugal	Regional, under development	No		Yes	No	No	No	No	Regional	Yes
Romania	Regional, under development	No	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes		
Slovak Republic	No	No		Yes	No	No	No	No	National	
Slovenia	National	Yes		Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	National	Yes
Spain	No	No		Yes	No	No	No	No	Regional	
Sweden	Regional, under development	Yes		Yes	No	Yes	Yes	Developing	National	Yes
UK	National	Yes		Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Regional	Yes

Source: EUNICE work group on screening registration and monitoring of cervical cancer screening; European Commission (DG SANCO); IARC (ECN project, see Methods); and von Karsa et al.²⁵

3. Couverture et taux de dépistage (tableau 3)

Le tableau 3 présente le nombre estimé de femmes du groupe cible invitées au dépistage et actuellement dépistées. Ces nombres sont comparés aux recommandations de l'Union européenne. Seuls les pays qui ont fourni des statistiques sont repris dans le tableau. Il en résulte que le dépistage est surdéveloppé dans certains pays à la différence d'autres qui en sont encore bien loin. La Finlande et l'Angleterre ont une couverture (en terme d'invitation) qui avoisine les 100 % tandis que dans d'autres pays, la couverture est faible puisque seules les femmes qui ne sont pas spontanément dépistées sont invitées.

Le taux de couverture pour le test de dépistage par frotti est en dessous de 80 % dans tous les programmes avec un taux variant entre 10 à 79 % ; à l'exception de la France (Alsace), de l'Angleterre, de la Finlande, des Pays-Bas et de la Suède où les taux de couverture avoisinent les 70 % ou plus.

Table 3 – Annual volume and capacity of cervical cancer screening in the EU – nationwide or regional estimates for 17 member states.

Country or region	Age-eligible national or regional population Eligible age (years)	Women (<1000)	Screening interval (years)	Screening programme				Non-programme/all tests		
				Personally invited per year		Screened per year		Non-programme tests (<1000)	All tests (<1000)	Capacity (%) assuming the scheduled interval ^f
				Women (<1000)	% of Target population assuming the scheduled interval	Women (<1000)	% of Invited			
Bulgaria	31-65	1890	2	–	–	246	–	–	246	39
Denmark	23-59 ^b	1310 ^b	3 ^b	–	–	300	–	–	451	103
Estonia	30-59	290	5	30	52	6	20	70	76	131
Finland	(25)30-60(65)	1290	5	270	105	190	70	–	460 ^c	178
France	(70)75-65	16,300	3	–	–	4684 ^d	–	–	4684 ^d	90
Germany	20+	34,100	1	–	–	15,800	–	5000	21,800	192
Hungary	25-65	2950	3	690	70	45	7	960	1005	102
Ireland, regional	25-60	90	3 & 5	6	27	20	–	–	20	89 ^e
Italy	25-64	16,500	3	2900	53	1120	39	4880	6000	109
Luxembourg	15+	200	1	–	–	250	–	–	230	345
Netherlands	30-60	3670	5	750	102	401	65	260	788	107
Poland	25-59	9740	3	–	–	370	–	–	370	11
Portugal except regional	25-64	2510	3	–	–	–	–	266	266	32
Portugal, regional	25-64	480	3	30	19	100	–	41	141	88
Romania	25-65	6080	5	–	–	8	–	28	36	1
Slovak Republic	18+	2180	1	–	–	–	–	579	579	93
Slovenia	20-64	630	3	90	43	200	–	–	200	95
Sweden	23-60	2240	3 & 5	–	–	390	–	315	705	126
UK ^f	(20)25-(60)64	14,970	3 & 5	4370	107	3400	78	634	4032	108

Source (unless otherwise specified): European Commission (DG-SANCO); IARC (EUNICE and EON projects, see Methods); Karsa et al.²⁵ and EUNICE work group on registration and monitoring of cervical cancer screening. Member states not shown, and other missing values (blanks) not shown for countries or columns for which data was not available to the authors.

a. Estimated using the following equation: (number of tests × screening interval)/number of women in the target population. For Bulgaria, Germany, Luxembourg the capacity was estimated for screening once per 3 years and for Ireland, Sweden and UK once per 4 years. The capacity estimate within organised screening does not consider preferred screening attendance.

b. Calculated for screening policy before 2007.

c. Reference: Monto and Nieminen.⁴¹

d. Number of smears with a re-imbursement (Ref. [45]).

e. Does not include tests taken outside the programme, because the estimated number of all tests is not available.

f. Excluding data for Scotland.

En conclusion, l'Union européenne souligne la nécessité de poursuivre les efforts en matière de dépistage organisé, de manière à ce que toute la population cible puisse bénéficier des programmes de dépistage et ce sans aucune forme de discrimination.

Le fait de suivre les femmes à partir de 20 - 30 ans et ce jusqu'à 60 - 65 ans avec un intervalle de 3 à 5 ans permettrait de diminuer le volume considérable d'exams de dépistage inutiles et réduirait les dépenses en ressources humaines et financières et ainsi augmenterait le coût-efficacité des programmes de dépistage.

L'étude démontre que certaines recommandations clés ont déjà été appliquées dans de nombreux états membres. Cependant des lacunes subsistent :

- Manque d'évaluation et de monitoring (faiblesse des systèmes de surveillance) pour certains programmes mis en place,
- Erreurs dans l'enregistrement des données,
- Augmentation récurrente des tests de dépistage dans certains états membres (inadaptation des tranches d'âge et/ou intervalles trop courts),
- Peu de données disponibles concernant les conséquences du dépistage et son impact en terme de qualité de vie (troubles psychosociaux liés à l'annonce d'un test positif ou suite à l'instauration d'un traitement en début de cancer, risque d'accouchement prématuré pour les femmes enceintes traitées, faux négatif qui réassure 'anormalement' la patiente et retarde la mise en place d'un traitement, etc.),
- Les politiques de dépistage du cancer de l'utérus restent assez variées et leur mise en œuvre tout aussi diverses,
- Etc.

Malgré les efforts des Etats membres, il reste que :

- La notion de qualité de vie et les potentielles conséquences négatives du dépistage doivent faire l'objet d'investigations complémentaires qui devraient ensuite être prises en considération lors de la planification de nouvelles politiques de dépistage.

- Les systèmes de soins des nouveaux états membres recommandent de travailler le programme sur une échelle limitée et ensuite de le développer graduellement à toute la population.
- Les décideurs politiques ainsi que les professionnels de santé devraient envisager des mesures plus strictes et/ou incitatives en vue d'améliorer la participation des femmes au dépistage du cancer du col de l'utérus (mesures toutefois non précisées par les auteurs !).

♦ Nicula et al. (2009) se sont intéressés aux taux d'incidence et de mortalité du cancer du col de l'utérus dans les nouveaux pays de l'Union Européenne. En 2008, des efforts ont été entrepris pour mettre en œuvre les recommandations du conseil de l'Europe afin d'organiser, planifier et contrôler des nouveaux programmes de dépistage. C'est ainsi qu'a été publié la 2^{ème} édition d'*European Guidelines for Quality assurance in cervical cancer screening*. Le but de l'étude de Nicula (2009) est d'évaluer la mise en œuvre des actions de dépistage auprès des nouveaux états membres, d'identifier les barrières au dépistage, de vérifier si ces pays appliquent bien les directives européennes et de discuter des nouveaux défis à relever.

Un questionnaire a été envoyé à 12 nouveaux membres : Bulgarie, Tchéquie, Chypre, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, Roumanie, Slovaquie et Slovénie.

Les données collectées devaient identifier plusieurs points :

- l'origine du pays,
- le nom et l'affiliation de la personne qui répond à l'enquête,
- la politique de dépistage,
- la population cible,
- la couverture (nationale / régionale),
- l'intervalle entre les tests,
- l'organisation du programme,
- les ressources médicales,
- les informations sur les bases de données d'enregistrement,
- la mise en œuvre ou non des directives européennes,
- l'existence ou non de directives nationales.

Exemples de programmes

1. Slovénie

En 1960, la Slovénie développe un programme en collaboration avec des gynécologues. Sur base des données régionales et nationales, nous remarquons qu'il n'y a pas eu vraiment de changement excepté en 1994 où l'on identifie une augmentation de femmes atteintes du cancer du col de l'utérus. Dès lors, en 2003, un programme national est mis en place.

A) Public cible

Femmes âgées de 20 à 64 ans doivent passer un examen préventif via le gynécologue si elles sont enregistrées dans un registre. Dans le cas contraire, elles sont examinées à l'*Institute Oncology Ljubljana Epidemiology and Cancer Registry Unit*. Un test « PAP⁸ » est proposé tous les trois ans (après 2 frottis négatifs)

B) Résultats

Après quatre années de dépistage, il en résulte que 70 % des femmes de la population cible et 80 % des femmes âgées de 45 ans maximum ont réalisé au moins un test de dépistage.

Sur l'ensemble de la population, on observe une diminution de la maladie pour le groupe de femmes âgées de 39 à 45 ans.

⁸ PAP ou test de Papanicolaou ou frottis cervico-utérin (FCU)

2. Pologne

Un programme national a démarré en 2007 grâce aux efforts des services de santé et de la coordination du Ministère de la Santé.

A) Public cible

Plus ou moins 8 millions de femmes âgées de 25 à 59 ans ont reçu une invitation pour passer un examen cytologique.

B) Résultats

Développement d'une base de données rassemblant : des données concernant la prophylaxie, les résultats des données de laboratoires sur la cytologie, les informations sur les patients ayant passé le test du frotti.

Ce programme n'ayant pas été précédé de projets pilotes; les patientes et les gynécologues ont parfois témoigné d'une certaine réticence à participer.

3. Serbie

Quelques projets pilotes ont été créés entre 2002 et 2006 dans le but de développer un projet national de dépistage du cancer du col de l'utérus. Ainsi en 2006, un réseau d'experts s'est rassemblé pour le développement du programme national. Celui-ci a été finalisé en 2007 et approuvé par le gouvernement serbe en mai 2008.

A) Public Cible

+/- 2,3 millions de femmes âgées de 25 à 69 ans seraient examinées tous les 3 ans pour un examen cytologique dans les 162 services de soins décentralisés. Ceux-ci comptent +/- 500 gynécologues.

La majorité des femmes qui passent le test du dépistage annuellement sont employées dans de grandes entreprises.

B) Résultats

On observe un taux de couverture important auprès de la population jeune et une couverture plus mitigée auprès des personnes plus âgées. En dépit de ces résultats, il semble y avoir peu d'impact sur la diminution de la maladie et le taux de mortalité.

4. Roumanie

Un programme régional a été créé depuis 2002. Par la suite, un programme national a vu le jour en 2008 sur base des recommandations européennes.

A) Résultats

Le taux de couverture du dépistage annoncé par le gouvernement serait de 100 % mais dans la réalité, il s'élève à 21 % fin 2008. Pour le suivi et l'historique des traitements des patientes, il y aurait un taux d'erreur important dans les données fournies.

Pour la mise en œuvre du programme de dépistage, des difficultés de mise œuvre ont été identifiées à tous les niveaux : création, planification, faible réseau d'experts, formation inadéquate des professionnels de santé pour l'examen du dépistage, mauvaise application des critères standards. Enfin, les ressources humaines et les infrastructures médicales disponibles atteignent les 10 %.

5. Croatie

Un programme de dépistage a été développé en 1968 et une diminution du cancer du col de l'utérus a été observée jusqu'en 1991. A partir de l'année suivante, les données présentent une forte augmentation de la population atteinte⁹.

A) Public cible

Dans un premier temps, toute femme âgée de 25 à 64 ans passe le frottis tous les 3 ans et ensuite, le test HPV, entre 30 et 64 ans avec un intervalle de 5 ans.

B) Résultats

Il semblerait toutefois que les données fournies par les autorités de santé et le programme national manquent de fiabilité.

Résultats pour l'ensemble des pays

- Le dépistage est rare pour les pays suivants : Bulgarie, Croatie, Tchéquie, Chypre, Lettonie, Lituanie, Malte et Slovaquie,
- Dépistage régional et national : en Serbie, en Croatie et en Roumanie,
- Programme de dépistage entre 2003 et 2008 présents en Estonie, en Hongrie, en Pologne, en Roumanie, en Serbie et en Slovaquie,
- Programme de dépistage national en 2009 en Lettonie,
- En février 2008, la Tchéquie a initié un programme de dépistage à l'échelle nationale,
- Les programmes fonctionnent via un système d'invitation pour les pays suivants : Pologne, Roumanie et Slovaquie.

Selon les réponses collectées, il y « aurait » : (1) une assurance de qualité pour l'examen cytologique (frottis), (2) des directives nationales établies sur base des recommandations de l'Europe et (3) une base de données opérationnelle dans tous les pays. Enfin, la proportion de femmes examinées durant une période de 12 mois s'élève à :

- 24 % pour la Pologne,
- 30 % pour la Lettonie,
- 35 % pour la Tchéquie,
- 62 % pour la Serbie,
- 70 % pour la Slovaquie.

L'impact reste toutefois 'mitigé' malgré une forte activité de dépistage, du fait notamment que les programmes de prévention sont souvent considérés comme un fardeau pour ces 'nouveaux' pays de l'Est, à l'opposé des anciens pays de l'Union européenne où les ressources humaines, financières et sanitaires sont plus importantes. Ensuite, l'examen cytologique reste la méthode de dépistage privilégiée dans tous les nouveaux états membres de l'UE, le vaccin HPV restant quasi inexistant. Enfin, malgré une volonté de développer les activités de dépistage du cancer du col de l'utérus, de nombreuses femmes n'ont pas encore accès aux soins de santé dans les pays de l'Est.

Divers

Les barrières communes aux pays du Sud-Est de l'Europe et d'Europe centrale sont :

- une couverture d'invitations restant trop faible,
- la présence d'erreurs dans les informations concernant la population cible,
- des difficultés concernant l'opérationnalisation du programme, l'identification du public cible et l'enregistrement des données,

⁹ Augmentation du nombre de test du frotti en 2005 dans tout le pays (500.000 personnes en un an)

- les données épidémiologiques font parfois l'objet d'erreurs d'interprétation de la part des autorités politiques,
- mauvaise compréhension des 'intérêts' et 'implications' du dépistage par les services de soins de santé et les spécialistes,
- programmes coûteux,
- pratique rare de la colposcopie,
- traitement et suivi presque inexistant,
- erreur d'évaluation concernant la disponibilité des ressources financières.

♦ Ronco et al., (2009) nous proposent la présentation du projet EUNICE. Il s'agit d'un projet d'évaluation de 15 programmes régionaux ou nationaux (UE) de dépistage du cancer du col utérin qui vise à déterminer si les objectifs intermédiaires sont bien atteints (évaluation de processus). Cette évaluation est réalisée en complétant un tableau de bord à l'aide d'indicateurs retenus/proposés dans les lignes directrices de l'Union Européenne (2^{ème} édition) d'assurances qualité pour le dépistage du cancer du col. Ces directives permettent véritablement d'établir des comparaisons de performances entre les différents états membres (tableaux et paramètres standardisés).

Nous observons ainsi des résultats très variables d'un pays/d'une région à l'autre. Signalons toutefois que les recommandations en matière de dépistage du cancer du col varient également d'un pays/région à l'autre (par exemple, en ce qui concerne le fréquence du dépistage : tous les ans, 3 ans, 5 ans ; mais aussi en ce qui concerne l'âge cible : de grandes variations sont observées entre 20 et 30 ans et après 60 ans).

Voici succinctement la présentation de ces variations/tendances :

1. Pour les proportions globales de tests suspects (de 1,2% pour l'Allemagne (Meckelenburg-Vorpommern) à 11, 7% pour la région du Midwest en Irlande) et pour leur distribution par stade de gravité.
2. Les taux de références pour la répétition d'un examen cytologique *i.e. les femmes qui réalisent le test plus que ce qui est recommandé* (de 2,9% des femmes examinées aux Pays-Bas à 16,6% en Slovénie), pour la colposcopie *i.e. la proportion de femmes qui font ce test en regard de l'ensemble des femmes qui font le dépistage* (de 0,8% en Finlande à 4,4% dans la région de Cluj en Roumanie) et pour la valeur positive de prédiction de réalisation d'une colposcopie (de 8% dans la région de Cluj en Roumanie à 52% en Lituanie) sont fortement déterminés par le protocole d'examen. Toutefois, la valeur positive de prédiction spécifique à la cytologie varie aussi grandement. Le taux de détection *i.e. la proportion de femmes pour lesquelles on a détecté des lésions de niveau 2 ou plus sérieuses* varie de moins de 0.1% en Pologne à plus de 1% en Angleterre et au Danemark.
3. Faible taux de participation pour l'examen par colposcopie malgré un rappel dans certains pays de l'Europe de l'ouest.

Notons que parmi les 15 états membres concernés par la recherche, la Belgique ne figure pas.

Au terme de cette évaluation, les auteurs insistent toutefois sur le fait que cette première comparaison possible à l'échelle européenne ne doit pas faire oublier la nécessité de standardiser la classification cytologique et histologique ainsi que les systèmes d'enregistrement des données en Europe. Ce système d'évaluation devrait également être étendu à d'autres états membres. Ils attirent également notre attention sur le fait que des efforts doivent encore être poursuivis afin que toutes les données deviennent parfaitement comparables entre les Etats membres. Une certaine prudence s'impose donc dans l'interprétation des pourcentages avancés dans le cadre de cette première évaluation.

Enfin, pour Ronco et al. (2009), les grandes différences observées (en termes de performances du processus de dépistage mis en place) au sein des différents états membres peuvent avoir un impact

important sur l'efficacité du programme de dépistage (par exemple, en ce qui concerne la moindre participation aux colposcopies des femmes d'Europe de l'Ouest).

Les différences sur le plan de la fréquence des examens peuvent également avoir des conséquences majeures sur les coûts, qu'ils soient économiques ou humains (par exemple, perte de temps, anxiété pour les femmes, etc.).

Les différences de qualité dans l'interprétation des résultats d'examens de dépistage et dans l'organisation de ceux-ci jouent également un rôle prépondérant dans la réussite d'un programme.

Enfin, la qualité du dépistage est meilleure dans les pays qui organisent ce dépistage depuis plus longtemps (probablement du fait de la gestion de longue durée et de l'instauration d'un système d'assurance qualité) et dans lesquels une meilleure coordination existe.

♦ Anttila et al., (2009b), quant à eux, nous proposent un état des lieux des situations de dépistage du cancer du col de 25 pays membres de l'Union Européenne. Dans un souci de lisibilité, nous avons opté pour la présentation de ces résultats sous la forme d'un tableau que vous retrouverez en annexe, page 16.

Les pays investigués sont par ordre alphabétique : l'**Autriche** (Wiener HG., Rasky E., Horvat R.), la **Belgique** (Arbyn M., Annemans L., Vandenbroecke A.), la **Bulgarie** (Panayotova Y., Todorova ILG., Valerianova Z.), **Chypre** (Azina-Chronides M.), **Czech Republic** - la **République Tchèque** (Tachezy R., Hamsikova E., Smahelova J., Rob L.), le **Danemark** (Lynge E., Rygaard C., Bjerregaard B.), l'**Estonie** (Veerus P., Aasmaa A., Raud T.), la **Finlande** (Leinonen M., Nieminen P., Antilla A.), la **France** (Fender M., Duport M., Ancelle-Park R., Baldauf J.), **Germany** - l'**Allemagne** (Mund M., Knöpnadel J., Schenck U., Becker N.), la **Hongrie** (Vass L., Döbrössy L.), l'**Irlande** (O'Reilly M.), l'**Italie** (Ronco G., Federici A., Zappa M.), la **Lettonie** (Viberga I., Engele L.), la **Lituanie** (Kurtinaitis J., Armonaviciene A., Laurinavicius A.), le **Luxembourg** (Scharpantgen A., Scheiden R., Wagener C., Knolle U., Wehenkel A., Dippel W., Capesius C.), **Malte** (Dalmas M., Busuttil R.), les **Pays-Bas** (Rebolj M., van Ballegooijen M.), la **Pologne** (Chil A., Gozdz S., Starzewski J., Didkowska J.), le **Portugal** (région centrale) (Morais A.), la **Roumanie** (Nicula FA., Suteu O., Païs R., Neamtiu L.), la **Slovaquie** (Masak L.), la **Slovénie** (Primic-Zakelj M., Pogacnik A., Ursic-Vrscaj M., Zadnik V.), **Spain** - l'**Espagne** (de Sanjosé S., Ibanez R., Ferrer E.), la **Suède** (Andrae B.), **UK** - le **Royaume Uni** (Patnick J., Lancucki L.).

Les résultats sont présentés comme suit :

- Type de programme
- Organismes
- Population cible dépistée et fréquence des dépistages
- Facteurs motivants
- Type de test et opérateurs/praticiens
- Données chiffrées
- Vaccination HPV
- Base de données
- Situation actuelle (2009)

Cependant, pour certains pays investigués, des données restent manquantes. En effet, les auteurs soulignent l'existence de difficultés pour effectuer cette « mise à jour » d'informations concernant les pratiques de dépistage du cancer du col utérin en Europe (2009b) et donc pour réaliser cet exercice de synthèse concernant les aspects essentiels du dépistage au regard d'indicateurs disponibles, d'une part au vu de la grande diversité des « statuts de dépistage » des différents pays investigués et d'autre part, au vu des changements parfois très rapides de situation au sein d'un pays. Il est important toutefois pour Antilla et al. (2009b) de bien souligner les différences des systèmes de santé lorsqu'il s'agit d'interpréter les données recueillies, notamment lorsque l'on évoque « l'historique » et « l'organisation » des programmes de dépistage européens. L'implication mais également le rôle que peuvent jouer les différents professionnels de santé et disciplines (médecins généralistes, gynécologues, anatomo-pathologistes, santé publique, épidémiologie, etc.) varient fortement d'un programme à l'autre et ainsi « affectent » l'organisation du dépistage. Ces données restent toutefois pertinentes et indispensables à la prise de décision en matière de dépistage.

♦ Enfin, pour clôturer cette première partie de dossier technique consacrée au dépistage du cancer du col utérin, nous vous proposons la synthèse des recommandations sur le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus réalisée par la Haute Autorité de Santé en 2010, pour les pays anglo-saxons (USA, Canada, Nouvelle-Zélande et Australie) et l'OMS.

Tableau 13. Recommandations sur le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus dans différents pays

Pays, année, (réf.)	Organisme à l'origine des recommandations Type de dépistage	Tranche d'âge concernée	Fréquence du dépistage	Mode de dépistage	Cas particuliers	Taux de couverture national et (% de femmes ayant eu au moins 1 frottis)
Monde, 2007 (140)	OMS	Femmes âgées de 30 à 65 ans	Tous les 5 ans pour les femmes ≥ 50 ans Tous les 3 ans entre 25 et 49 ans	FCU (frottis conventionnel) éventuellement couplé au test HPV	Dépistage chez les femmes < 30 ans que lorsque la couverture du groupe à haut risque est assurée	
USA, 2003 (188)	USPSTF Dépistage régional	3 ans après le début de l'activité sexuelle ou à 21 ans et < 65 ans	Tous les 3 ans	FCU (frottis conventionnel)	Inutile chez les femmes ayant eu une hystérectomie totale pour une pathologie bénigne	
USA, 2006 (140,194), 2005 (195) et 2003 (188)	ACS/ACOG CDC Dépistage régional	ACS : 3 ans après le début de l'activité sexuelle ou à 21 ans et < 70 ans ACOG : idem mais pas de limite d'âge supérieure	ACS et ACOG : tous les ans jusqu'à l'âge de 30 ans puis tous les 2-3 ans	FCU (frottis conventionnel) éventuellement couplé au test HPV	Nécessaire chez les femmes ayant eu une hystérectomie totale avec cancer invasif du col ou ayant été exposées au diéthylstilbestrol ou immunodéprimées ou VIH positives Inutile chez les femmes ayant eu une hystérectomie totale pour une pathologie bénigne Les femmes avec des antécédents de MST peuvent constituer une population à risque et doivent passer un FCU conventionnel si elles n'en ont pas eu durant les 12 derniers mois (recommandations CDC)	
USA, 2007 (196)	Cervical Cancer Screening Working Group Dépistage régional	Femmes âgées de 18 ans ou plus ayant une activité sexuelle et < 70 ans Femmes > 65 ans si elles n'ont jamais eu de frottis : arrêt du dépistage après 2 FCU normaux faits dans un intervalle de 6 mois	Tous les 2 ans	FCU (frottis conventionnel)	Inutile chez les femmes ayant eu une hystérectomie totale pour une pathologie bénigne et n'ayant pas d'antécédents de lésions malignes ou pré-malignes	

Source : HAS (2010), Recommandations en santé publique, Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France, page 52. in [http://: www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Tableau 13. Recommandations sur le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus dans différents pays

Pays, année, (réf.)	Organisme à l'origine des recommandations Type de dépistage	Tranche d'âge concernée	Fréquence du dépistage	Mode de dépistage	Cas particuliers	Taux de couverture national et (% de femmes ayant eu au moins 1 frottis)
USA, 2007 (197), et 2009 (198)	Université du Michigan (2007) NCCN (2008)	3 ans après le début de l'activité sexuelle ou à 21 ans et < 70 ans	< 30 ans : tous les ans avec le FCU conventionnel et tous les 2 ans avec la cytologie en milieu liquide > 30 ans : tous les 2-3 ans si 3 tests consécutifs négatifs	FCU (frottis conventionnel) ou cytologie milieu liquide Eventuellement couplé au test HPV pour les femmes ≥ 30 ans mais dépistage tous les 3 ans dans ce cas	Inutile chez les femmes ayant eu une hystérectomie totale pour une pathologie bénigne Nécessaire chez les femmes ayant eu une hystérectomie totale avec cancer invasif du col ou ayant été exposées au diéthylstilbestrol ou immunodéprimées ou VIH positives	
Canada, 2007 (199)	BC Cancer Agency Dépistage régional	Dès le début de l'activité sexuelle ou peu de temps après < 70 ans si au moins 3 FCU normaux durant les 10 dernières années + absence d'antécédents de LSIL ou HSIL	Tous les ans puis tous les 2 ans après 3 FCU normaux	FCU (frottis conventionnel)	Femmes VIH positives : tous les 6 mois puis tous les ans si 2 FCU consécutifs normaux Inutile chez les femmes ayant eu une hystérectomie totale pour une pathologie bénigne et n'ayant pas d'antécédents de lésions malignes ou pré-malignes	
Canada, 1988 (200), 2007(201) et 2005 (195)	Dépistage régional (8 États)	Selon l'État : 18 à 68 ans ou 20 à 69 ans ou toutes les femmes jusqu'à 76 ans ayant été sexuellement actives ou toutes les femmes ayant été sexuellement actives sans limite d'âge supérieure	Selon l'État, annuel ou tous les 2 ans ou tous les 2-3 ans ou tous les 2 ans si résultats normaux 3 fois de suite	FCU (frottis conventionnel)	Tous les ans pour les femmes VIH positives avec plus de $0,5 \times 10^6$ CD4/l ; si CD4 < $0,2 \times 10^6$ /l, alors colposcopie et cytologie tous les 6 mois Inutile chez les femmes ayant eu une hystérectomie totale pour une pathologie bénigne et sans antécédents de néoplasie intra-épithéliale cervicale	
Nouvelle-Zélande en 1998 et 2005 (195)	HZGG	Femmes âgées de 20 à 70 ans	Tous les 3 ans	FCU (frottis conventionnel)	Dépistage annuel pour les femmes VIH positives ou immunodéprimées	
Australie, 2009 (202)	Gouvernement australien	1 à 2 ans après le début de l'activité sexuelle ou à 18 ans et ≤ 70 ans	Tous les 2 ans	FCU (frottis conventionnel)		

Source : HAS (2010), Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France, page 53. in [http://: www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Nous voyons là aussi que les recommandations sont variables d'un pays à l'autre, voire d'un Etat ou d'une région à l'autre. Le test le plus fréquemment utilisé est le frottis cervico utérin (frottis conventionnel). Ce test est parfois couplé avec le HPV. Quant à l'âge de début et de fin de dépistage, le débat reste ouvert. Alors que les recommandations européennes actuelles soulignent la nécessité de couvrir les tranches d'âges 25-65 ans, de nombreuses organisations américaines recommandent de démarrer le dépistage aux alentours de 18-21 ans, du fait, selon eux, de la grande proportion de jeunes femmes déjà sexuellement actives à cet âge là et de la difficulté pour les professionnels d'obtenir des informations liées aux antécédents sexuels de leur patiente. Quant à l'âge limite de dépistage, l'U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) recommande de ne plus pratiquer de dépistage chez les femmes au-delà de 65 ans dans la mesure où celles-ci auraient bénéficié d'un dépistage par frottis récent (selon les normes, c'est-à-dire trois dépistages consécutifs avec à chaque fois un résultat négatif, sans anomalie cytologique au cours des dix dernières années). En ce qui concerne l'intervalle de dépistage, bien qu'il n'existe pas, selon l'USPSTF, d'argumentation en faveur d'un dépistage à moins de trois ans, les organisations américaines recommandent cependant de réaliser annuellement un frottis cervico-utérin au début de 'l'histoire' de dépistage (2 à 3 consécutifs) d'une patiente pour ensuite allonger l'intervalle de dépistage à trois ans.

4° Conclusion

Cette revue de littérature permet de démontrer, sans nul doute, la nette préoccupation des différents états membres de l'Union européenne, en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus.

En effet, à l'heure actuelle, le **dépistage du cancer du col de l'utérus** est **recommandé** dans la plupart des **pays européens** et le test généralement proposé est le **frottis cervico-utérin** (FCU). Un test HPV est parfois recommandé en complément de l'examen cytologique.

Toutefois, la comparaison entre les différents pays n'est certes pas toujours aisée : de nombreuses '**variations**' sont observées d'un pays à l'autre, voire parfois même d'une région à une autre ; que ce soit en termes de recommandations (fréquence, intervalle, population cible, âge, etc.) ou en termes de stratégies (procédure d'invitation systématique, procédure d'invitation avec relance, système de rappel, stratégie d'invitation combinée, etc.) et/ou de pratiques (frottis cervico-utérin seul ou associé par exemple à un test HPV, réalisation d'examens complémentaires, offre de prélèvements, etc.). De surcroît, la relative complexité de certains systèmes de santé et/ou la différence de ceux-ci rend la comparaison encore plus difficile.

Ces différents constats font dire aux experts (Ronco et al., (2009) ; HAS (2010)) toute l'importance de **standardiser** les **procédures**, les **classifications histologiques et cytologiques**, les **systèmes d'enregistrement des données**, etc.

Notons encore que si les pratiques de dépistage se sont fortement généralisées, du moins dans les pays développés, elles ne sont toutefois pas 'homogènes'. En effet, certaines franges de **population** sont toujours **sur-dépistées** alors que d'autres, bien souvent plus vulnérables et donc plus difficilement accessibles, restent **sous-dépistées**.

Enfin, un consensus semble bel et bien 'émerger' quant aux **bénéfices liés au dépistage organisé** du cancer du col de l'utérus. Cependant, le dépistage organisé ne peut à lui seul garantir un niveau de couverture satisfaisant. Il doit impérativement s'accompagner de la mise en place d'un processus d'assurance et de contrôle de qualité.

Les différents **résultats** obtenus dans le cadre de la mise en place de programmes de dépistage organisés, que ce soit à un échelon national ou à un échelon régional, sont certes **encourageants** mais ils demeurent sans doute **perfectibles**, d'autant plus qu'à l'heure actuelle les populations les plus défavorisées ne semblent pas encore avoir 'adopté' ce type de dépistage.

5° Bibliographie – 1^{ère} partie.

Anttila A., Von Karsa L., Aasma A., Fender M., Patnick J., Rebolj M., Nicula A., Vass L., Valerianova Z., Voti L., Sauvaet C., Ronco G., (2009a), Cervical cancer screening policies and coverage in Europe, in *European Journal of Cancer*, 45, pp. 2649-2658.

Anttila A., Ronco G., Working group on the Registration and Monitoring of Cervical Cancer Screening Programmes in the European Union; within the European Network for Information on Cancer (EUNICE), (2009b), Description of the national situation of cervical cancer screening in the member states of the European Union, in *European Journal of Cancer*, 45, pp. 2685-2708.

Doumont D., Hoyois Ch., (2011), Identification des freins et des leviers dans le cadre d'un programme de dépistage du cancer du sein, Série de dossiers techniques, UCL-RESO, Réf. : 11-63, 28 pages.

Haute Autorité de Santé (HAS), (2010), Recommandations en santé publique, Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France, Argumentaire, Juillet 2010, 235 pages, in [http://: www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Nicula F., Anttila A., Neamtiu L., Zakelj M.P., Tachezy R., Chil A., Grece M., Kesic V., (2009), Challenges in starting organised programmes for cervical cancer in the new member states of the European Union, in *European Journal of Cancer*, 45, pp. 2679-2684.

Recommandations Européennes concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus dans l'Union Européenne élaborées par le comité consultatif pour la prévention du cancer après la conférence sur le dépistage et la détection précoce du cancer, à Vienne, 18-19 novembre 1999.
in http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/genetics/cancer_screening_fr.pdf

Registre du cancer, in <http://www.kankerregister.org>

Ronco G, Van Ballegooijen M, Becker N, Chil A, Fender M, Giubilato P, Kurtinaitis J, Lancucki L, Lynge E, Morais A, O'Reilly M, Sparen P, Suteu O, Rebolj M, Veerus P, Primi Zakelj M & Anttila A (2009), Process performance of cervical screening programmes in Europe, in *European journal of cancer*, 45, pp. 2659-2670.

Thiry N., Lamber M-L., Cleemput I., Huybrechts M., Neyt M., Hulstaert F., De Laet C., (2007), Vaccination HPV pour la prévention du cancer du col de l'utérus en Belgique : Health technology Assessment (HTA), résumé, Bruxelles : Centre fédérale d'expertise des soins de santé (KCE), KCE reports 64B (D2007/10.273/42), pp. ii-vii.

Vergote I., Vlayen J., Robays J., Stordeur S., Stemkens D., Smit Y., Bourgain C., De Greve J., Kridelka F., Scalliet P., Simon P., Stroobants S., Van Dam P., Van Limbergen E., Villeirs G., (2011), Recommandations de bonne pratique pour la prise en charge du cancer du col de l'utérus, résumé, Bruxelles : Centre fédérale d'expertise des soins de santé (KCE), KCE reports 168B, pp. i-x.

6° Annexe : Tableau récapitulatif – Anttila et al. (2009b)

Anttila et al. (2009b) réalisent un état des lieux des situations de dépistage du cancer du col de 25 pays membres de l'Union Européenne.

Cette 'mise à jour' des informations et données disponibles concernant les pratiques et recommandations en matière de dépistage du cancer du col permet d'emblée d'identifier de rapides changements au niveau des pratiques de dépistage mais également l'existence de nombreuses disparités au niveau des différents pays investigués.

Nous vous en proposons, comme signalé en page11, une synthèse sous la forme d'un tableau récapitulatif.

Type de programme

<u>Autriche</u>	Le premier programme date de 1950. Actuellement, il est de type organisé dans un état sur neuf.
<u>Belgique</u>	Pas de programme national organisé. Dépistage régional en communauté flamande.
<u>Bulgarie</u>	Le premier programme de dépistage a été mis en place en 2000. Actuellement, un programme et une stratégie nationale pour le dépistage oncologique ont été votés par le parlement
<u>Chypre</u>	Il n'y a pas de programme mis en place.
<u>République Tchèque</u>	Un programme national de dépistage de type opportuniste a été mis en place en 2008.
<u>Danemark</u>	En 2007, le conseil national de la santé au Danemark a proposé un nouveau programme de dépistage.
<u>Estonie</u>	En 2006, un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus a été mis en place à l'échelle nationale.
<u>Finlande</u>	Depuis 1960, un programme de dépistage organisé du cancer du col utérin est mis en place.
<u>France (Alsace)</u>	Il existe un dépistage organisé et financé par des subventions locales et nationales en Martinique, en Isère et dans la région d'Alsace. Ces programmes régionaux couvrent 4 % de la population cible française. (femmes entre 25 et 65 ans)
<u>Allemagne</u>	Dans l'Allemagne de l'Ouest, en 1971, un programme de dépistage du cancer du col utérin a été mis en place. C'est ce programme qui a été étendu à toute l'Allemagne lors de la réunification en 1990. Il est de type opportuniste.

<u>Hongrie</u>	Dans le cadre du programme national de santé publique, un dépistage organisé a été mis en place en 2000. Il est opérationnel depuis 2004.
<u>Irlande</u>	Un programme de dépistage national a été mis en place en 2008.
<u>Italie</u>	Certaines régions ont un programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.
<u>Lettonie</u>	En 2005, un programme de dépistage opportuniste a été réintroduit en Lettonie mais en 2007 certains points ont été modifiés en accord avec le Parlement Européen.
<u>Lituanie</u>	En 2004, le Ministre de la Santé a opté pour un programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.
<u>Luxembourg</u>	En 1980, le programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus a été institutionnalisé.
<u>Malte</u>	Il n'y a pas de programme organisé ; les activités de dépistage du cancer du col de l'utérus sont de type opportuniste.
<u>Hollande</u>	Le premier dépistage organisé a été introduit en 1996. Opérationnalisation régionale du programme mais avec une couverture nationale complète.
<u>Pologne</u>	En 2007, un programme de dépistage organisé a été mis en œuvre en Pologne.
<u>Portugal</u>	Le premier programme date de 1990. Il est de type opportuniste sauf dans la région principale (continentale). Programme national mis en place depuis 2009.
<u>Roumanie</u> <u>République</u> <u>slovaque</u>	En 2002, le ministère de la Santé Publique a décidé de financer un programme de dépistage régional pilote . En 2004, ce programme a été étendu à 5 régions. Selon la loi de 2007, le dépistage du cancer du col utérin sera organisé.

Slovénie

Un programme de dépistage organisé est établi depuis 2003.

Espagne

L'Espagne est divisée en 17 communautés autonomes et chacune d'entre elles est responsable de sa politique de santé et de son organisation. Certaines régions ont mis en place un programme organisé avec un système d'invitation et de rappel informatique ainsi qu'un système de surveillance.

Suède

Le programme de dépistage en Suède est de type intégré, il combine le dépistage organisé et opportuniste. Les recommandations sont nationales mais l'exécution du programme est régionale.

Angleterre

Le programme de dépistage du cancer du col de l'utérus a commencé en 1988 avec l'organisation d'invitations et de procédure de rappel.

<u>Autriche</u>	Qui l'organise Une institution centrale.	Pour qui et à quelle fréquence Les femmes à partir de 19 ans sont dépistées une fois par an.
<u>Belgique</u>	Participation des communautés à l'organisation des soins de santé préventifs.	En moyenne 1 fois par an. Les femmes âgées de 25 à 64 ans.
<u>Bulgarie</u>		Recommandation de dépistage tous les 3 ans.
<u>Chypre</u>	Le département médical et les services de santé publique assignés par le ministre de la santé ont créé un comité qui prépare une proposition de développement et d'exécution d'un programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus. C'est également eux qui seront responsables du programme de dépistage.	Les femmes âgées de 20 à 60 ans.
<u>République Tchèque</u>		Les femmes âgées 30 à 60 ans sont dépistées une fois tous les trois ans.
<u>Danemark</u>		Un examen gynécologique préventif gratuit est réalisé une fois par an chez toutes les femmes (pas d'âge stipulé).
<u>Estonie</u>	Le travail technique (invitation, rappel, résultats des tests, recherche supplémentaire possible) est réalisé par la fondation de dépistage du cancer	Tous les trois ans pour les femmes âgées de 23 à 50 ans et tous les cinq ans pour les femmes âgées de 50 à 65 ans si les deux derniers tests réalisés au cours des 10 dernières années sont négatifs.
<u>Finlande</u>		Il est recommandé de réaliser un test de dépistage tous les 5 ans après un premier test négatif chez les femmes âgées de 30 à 59 ans. Celles qui ont déjà eu un diagnostic de cancer du col de l'utérus, ou sans assurance maladie ou qui ont déjà bénéficié d'un frottis de dépistage l'année précédente ne sont pas invitées.
<u>France (Alsace)</u> <u>Allemagne</u>		Le dépistage est réalisé tous les 5 ans chez les femmes de 30 à 60 ans . Certaines municipalités invitent aussi les femmes âgées de 25 ou 64 ans. Femmes âgées de 25 à 65 ans. L'examen a lieu tous les ans pour les femmes à partir de 20 ans. 95% des femmes allemandes ont accès à ce dépistage annuellement

<u>Hongrie</u>	L'Office of the Chief Medical Officer (OCMO) se charge de l'organisation, de la coordination, de la surveillance, du contrôle de qualité et de l'évaluation du programme. Le département de coordination de dépistage gère les unités de coordination de dépistage dans les 20 zones administratives ainsi que la gestion et l'exécution. Le registre central de dépistage se charge d'alimenter la base de données.	Après un frottis négatif, les femmes concernées qui sont âgées entre 25 et 64 ans doivent aller se faire dépister une fois tous les trois ans.
<u>Irlande</u>		Tous les 3 ans pour les femmes âgées entre 25 et 44 ans et tous les 5 ans pour celles âgées de 45 à 60 ans. Les femmes éligibles peuvent s'inscrire au dépistage par invitation du bureau central, ou leur médecin traitant ou sur initiative personnelle.
<u>Italie</u>	Les services de santé sont gérés par région.	
<u>Lettonie</u>	Actuellement, aucune institution ne s'occupe de "l'opérationnalisation" du programme (gestion, récolte des données, contrôle de qualité, etc.).	Depuis 2007, les femmes âgées de 20 à 70 ans doivent se faire dépister une fois tous les trois ans.
<u>Lituanie</u>		En 2004, l'examen avait lieu une fois tous les trois ans pour les femmes âgées de 30 à 60 ans. Actuellement, il concerne les femmes âgées de 25 à 60 ans.
<u>Luxembourg</u>	C'est une division centrale de cytologie clinique au sein du laboratoire national de Santé, qui est responsable de l'interprétation des frottis et de l'administration du programme.	Une fois par an.
<u>Malte</u>		Certaines femmes sont surdépistées alors que d'autres ne bénéficient pas du processus de dépistage.
<u>Hollande</u>		Le dépistage a lieu tous les 5 ans chez les femmes entre 30 et 60 ans.
<u>Pologne</u>	Le ministère de la Santé a créé un organe de gestion comportant un bureau central et 16 bureaux régionaux de coordination du programme. Chacun de ses 16 bureaux a passé un contrat avec le ministère de la Santé pour gérer et coordonner le programme. Le bureau central surveille les effets du programme.	Les femmes entre 25 à 59 ans se font dépister tous les 3 ans.
<u>Portugal</u>	Le ministère de la santé portugaise espère que toutes les régions continentales seront couvertes d'ici fin 2009. Le programme de dépistage a une organisation centralisée formelle depuis 2005.	Tous les 3 ans, les femmes inscrites dans la base de données de santé se font dépister.
<u>Roumanie</u>	Un programme pilote est organisé pour l'instant.	Pour les femmes entre 25 et 64 ans.
<u>République slovaque</u>	Création d'un centre de référence qui sera une institution gouvernementale. Le ministre slovaque des soins de santé est responsable de la constitution de ce centre. Il a notamment pour mission de faciliter le système d'invitation au dépistage, de surveiller et fournir un feed-back sur le processus de dépistage.	Le dépistage commence chez les femmes à l'âge de 23 ans et concerne les femmes jusqu'à l'âge de 64 ans, si les deux derniers frottis sont négatifs. Les deux premières années, le test a lieu une fois par an. Si les résultats sont négatifs, l'intervalle entre deux tests est de 3 ans.
<u>Slovénie</u>	La politique de dépistage est définie par les recommandations du ministre sur base des évaluations réalisées dans les soins de santé primaire. Le conseil national nommé par le Ministre de la santé surveille les résultats du programme.	Chez les femmes âgées entre 30 et 64 ans, le dépistage est effectué tous les 3 ans si les deux frottis précédents sont négatifs.

Espagne

Suède

Angleterre

Le dépistage est réalisé chez les femmes entre 25 et 65 ans, sexuellement actives, tous les 3 ans après que les tests aient été négatifs deux fois de suite.

Une fois tous les 3 ans pour les femmes âgées de 23 à 50 ans et une fois tous les 5 ans pour les femmes entre 51 et 60 ans.

Après 2003, les femmes entre 25 et 49 ans doivent faire un test de dépistage tous les 3 ans et les femmes entre 50 et 64 ans doivent le faire tous les 5 ans.

Facteurs motivants

Autriche

Belgique

Bulgarie

Chypre

Une invitation écrite à toutes les femmes éligibles. Un programme de diffusion d'informations et une campagne d'éducation à la santé impliquant les médias de masse sera mis en place.

République Tchèque

Danemark

Les femmes qui sont répertoriées comme n'ayant pas eu de test de dépistage au cours des trois dernières années, sont personnellement invitées à effectuer gratuitement un frottis chez leur médecin généraliste.

Estonie

Une invitation personnelle est envoyée à toutes les femmes en ordre d'assurances, âgées entre 30 et 59 ans. En 2006, toutes les femmes âgées de 30 à 60 ans ont été invitées à passer un test de dépistage du cancer du col de l'utérus. En outre, en 2007, une campagne médiatique annuelle a débuté avec le soutien de la société estonienne du Cancer.

Finlande

Les femmes sont invitées par le registre national de la population à se présenter au dépistage.

France (Alsace)

A partir des listes de l'assurance maladie, les femmes, qui n'ont pas eu de frottis depuis trois ans, sont invitées à réaliser un dépistage du cancer du col de l'utérus. C'est à la personne de prendre rendez-vous chez le médecin de son choix.

Allemagne

<u>Hongrie</u>	La liste de la population est envoyée aux médecins de soins primaires afin qu'ils la mettent à jour et la valident. Ensuite cette liste est renvoyée au département de coordination qui s'en sert comme une liste de notification. A partir de là, une invitation personnelle est émise pour le public-cible.
<u>Irlande</u>	
<u>Italie</u>	Certains dépistages organisés invitent les femmes indépendamment de leurs activités spontanées, d'autres programmes n'invitent que les femmes qui ne vont pas réaliser le test spontanément.
<u>Lettonie</u>	
<u>Lituanie</u>	Les centres de soin de santé primaire envoient une invitation aux femmes. Les procédures d'invitation diffèrent selon les centres de soin. Ils peut s'agir d'invitations verbales ou écrites. Les invitations personnelles sont rares.
<u>Luxembourg</u>	La population cible est informée par les médias, la fondation des plannings familiaux et par la fondation luxembourgeoise contre le cancer, de l'importance de la détection du cancer du col de l'utérus et ce en faisant régulièrement des frottis.
<u>Malte</u>	
<u>Hollande</u>	Une invitation individuelle est envoyée à partir du registre de la population.
<u>Pologne</u>	Les femmes reçoivent une invitation envoyée via le Fond National de la Santé.
<u>Portugal</u>	Les femmes reçoivent tous les 3 ans, des centres de santé locaux, une invitation précisant le lieu et la date du test.
<u>Roumanie</u>	
<u>République slovaque</u>	Existence d'un système d'invitation écrite.

Slovénie

Chaque femme âgée entre 20 et 64 ans est invitée à effectuer un examen gynécologique et un frottis une fois tous les trois ans.

Espagne

Dans certaines régions, il y a un travail d'éducation visant l'information des femmes quant aux activités de prévention du cancer du col utérin.

Suède

Des invitations sont envoyées aux femmes qui n'ont pas eu de frottis au cours des 3 à 5 dernières années. Ce sont les laboratoires qui émettent les invitations sauf à Stockholm où il existe un bureau de dépistage qui recouvre plusieurs laboratoires situés dans la zone métropolitaine. En fonction des régions, le lieu et la date du test sont indiqués sur l'invitation mais la personne peut aller chez le médecin de son choix et à la date de son choix. Dans ce cas, le test est enregistré et l'invitation est postposée.

Angleterre

Avant 2003, invitation (système d'appel et de rappel) pour les femmes âgées de 20 ans. Depuis, l'invitation concerne les femmes dès l'âge de 25 ans.

Type de test et praticiens

<u>Autriche</u>	Le dépistage consiste en la réalisation d'un frottis et d'un examen gynécologique. Il est réalisé par un gynécologue, un médecin généraliste ou des médecins de cliniques externes. Les tests sont pris en charge par l'assurance santé.
<u>Belgique</u>	Les gynécologues réalisent un nombre plus important de frottis et de colposcopies que les médecins généralistes (le nombre varie selon les régions F-W-B). Remboursement de ce test par l'INAMI 1 fois tous les 3 ans.
<u>Bulgarie</u>	Ce sont les unités de soins primaires qui effectuent les frottis.
<u>Chypre</u>	Le gouvernement rembourse le frottis ou le test de Papanicolaou qui sont réalisés par les gynécologues tant dans le secteur privé que public. Le comité propose un système de suivi. Il sera réalisé en partenariat avec le registre du cancer. Ce système utilisera un système d'appel et un formulaire de suivi. (1) les femmes qui ont eu un frottis normal seront informées par écrits des résultats de leur dépistage et de la date du prochain test à effectuer. (2) Si le frottis est insuffisant ou légèrement anormal, les femmes sont contactées et un nouveau rendez-vous est pris 3 mois après le frottis anormal. (3) si le frottis est anormal, les femmes sont averties par téléphone et doivent réaliser si nécessaire une colposcopie ou d'autres examens complémentaires.
<u>République Tchèque</u>	La colposcopie basique et le frottis sont remboursés par l'assurance santé obligatoire. Ils peuvent être réalisés par tous les gynécologues, mais une colposcopie avancée doit être effectuée par un spécialiste certifié.
<u>Danemark</u>	Si l'analyse du frottis cervical montre des signes anormaux, une colposcopie sera réalisée.
<u>Estonie</u>	Le frottis est réalisé au sein de 19 cliniques par des sages-femmes 'formées'. Le financement est assuré par la caisse d'assurance maladie d'Estonie. Pour obtenir leur résultats, les femmes doivent contacter elles-mêmes le laboratoire où leur test est analysé. Si le test est anormal et qu'une pathologie est détectée, c'est le gynécologue qui prend la relève.
<u>Finlande</u>	Les frottis sont prélevés par des infirmières ou des sages-femmes formées dans des centres de soins de santé locaux. Le dépistage est gratuit pour les femmes, la municipalité le prend en charge à partir des budgets de soin de santé primaire. Si le frottis est anormal, la personne doit passer une colposcopie.
<u>France (Alsace)</u>	95 % des frottis sont réalisés par les gynécologues mais certains médecins généralistes le pratiquent également. Les femmes ayant des résultats anormaux doivent être suivies par leur médecin.
<u>Allemagne</u>	Un frottis gratuit et une consultation gynécologique sont effectués par un gynécologue. Si les résultats du frottis sont anormaux, une colposcopie sera proposée.

<u>Hongrie</u>	Un examen gynécologique complet avec une colposcopie et une cytologie gynécologique (frottis) est effectué par un gynécologue.
<u>Irlande</u>	Les tests de dépistage sont fournis par le programme et réalisés par des gynécologues ou par des infirmières reconnus dans le cadre du programme.
<u>Italie</u>	
<u>Lettonie</u>	Les médecins généralistes, les gynécologues et les obstétriciens réalisent les frottis cytologiques. Pas d'information concernant le financement.
<u>Lituanie</u>	Les centres de soins de santé primaire (plus de 350 dans le pays) ont été invités à rejoindre le programme et à effectuer les frottis dans le cadre du dépistage. La visite au centre de soins est gratuite si la personne est enregistrée sur la liste du centre. Les fonds pour le dépistage du cancer du col utérin sont alloués au 'State Patient Funds' qui effectue les remboursements des services.
<u>Luxembourg</u>	Dans le cadre du programme, une coopération entre gynécologues et médecins traitants existe quant à la réalisation des frottis. Ces frottis sont gratuits, et les médecins, quant à eux, sont rémunérés via un système de bonus octroyé par le gouvernement et un remboursement par le Fond de Santé.
<u>Malte</u>	
<u>Hollande</u>	Les frottis sont gratuits et réalisés par les médecins généralistes ou par leurs assistants formés à cet effet. Le programme est financé par le 'Central earmarked funds'.
<u>Pologne</u>	Les gynécologues qui déclarent participer au programme sont accrédités par le Fond National de la Santé (FNS). Les médecins qui effectuent les frottis dans le cadre du programme seront mieux payés par le FNS.
<u>Portugal</u>	Des frottis conventionnels sont réalisés gratuitement par des médecins de famille.
<u>Roumanie</u>	Frottis conventionnel.

République slovaque Frottis conventionnel.

Slovénie Examen gynécologique et frottis.

Espagne Les tests cytologiques et les colposcopies sont réalisés dans des cliniques gynécologiques dont l'accès est gratuit pour les femmes. Ils peuvent également être réalisés par des gynécologues et/ou des sages femmes dans des centres de soins de santé primaire. Le test est pris en charge par le système de santé universel et est gratuit.

Suède Les frottis cytologiques sont réalisés par des sages-femmes sous la supervision de gynécologues dans des centres périnataux. Si le test est réalisé hors du programme, il est souvent effectué par des gynécologues privés et par des médecins généralistes. Le prix varie entre 0 et 20€. Le suivi à long terme, après des résultats de frottis anormaux, est depuis peu pris en charge par le système d'invitation au dépistage et non plus par des cliniques privées. Le système mis en place présente l'avantage de l'invitation et du rappel informatisé. Des sages-femmes formées à la réalisation de ces tests (frottis) participent au programme de dépistage.

Angleterre Les frottis sont effectués par des médecins généralistes. Si le résultat du dépistage est anormal, la personne doit aller faire une colposcopie à l'hôpital.

Chiffres

<u>Autriche</u>	27% de la population a recours à un dépistage opportuniste. 47% a réalisé un frottis entre 2003 et 2006. Le taux de participation sur une période de trois ans est de 75% chez les femmes entre 20 et 29 ans. Le taux de participation est de 57% chez les 50-59 ans. Le taux de mortalité a diminué de 50% depuis 1980 et d'un tiers depuis 1960.
<u>Belgique</u>	Entre 1996-2000, le taux de couverture chez les personnes âgées de 25 à 64 ans est de 59%. En 2000, 17% des tests réalisés sont effectués auprès des populations peu ciblées par le type de dépistage (- de 25 ans ou + de 64 ans).
<u>Bulgarie</u>	
<u>Chypre</u>	Le but de ce programme est d'atteindre un taux de couverture d'au moins 80% auprès de la population-cible.
<u>République Tchèque</u>	Le taux de couverture actuel chez les femmes de moins de 30 ans est de 33% ; chez celles âgées de 30 à 59 ans, il est de 35% et chez les femmes de plus de 60 ans, il est de 17%.
<u>Danemark</u>	
<u>Estonie</u>	Pas de chiffre disponible.
<u>Finlande</u>	Le taux de participation lors de la première invitation est de 71% mais il est variable selon les âges (il est plus faible chez les plus jeunes).
<u>France (Alsace)</u>	Le taux de couverture en trois ans est de 70,6%.
<u>Allemagne</u>	80% des femmes entre 20 et 40 ans se font faire un frottis au moins une fois par an. Le taux s'élève à 60% chez les femmes entre 40 et 65 ans et seulement 25% des femmes de moins de 50 ans réalisent un frottis tous les ans.

Hongrie

Irlande

Italie

En 2007, le taux de couverture était de 72%. En 2006, le taux de couverture d'invitation était de 75%. En 2005, 38,5 % des femmes invitées vont se faire dépister. Ce chiffre tend à diminuer plus on descend vers le sud du pays.

Lettonie

Lituanie

Luxembourg

La participation des femmes au programme a augmenté de 50% tous les 10 ans depuis 1970.

Malte

D'après les données issues des sept laboratoires, c'est auprès des femmes âgées de 25 à 49 ans que sont réalisés le plus de tests de dépistage. Le nombre de femmes se faisant dépister diminue à partir de 50 ans.

Hollande

En 2003, 77% des femmes âgées entre 30 et 64 ans avaient réalisé un frottis au cours des 5 dernières années.

Pologne

Portugal

Roumanie

République slovaque

Slovénie

En 2007, 70% des femmes entre 20 et 64 ans ont effectué au moins un frottis qui est enregistré dans la base de données du registre de dépistage. Le pourcentage est d'environ 80% jusqu'à l'âge de 45 ans. Il est plus faible chez les femmes âgées.

Espagne

Le taux de couverture global est de 50 à 69%. Taux de dépistage de 65% pour les femmes ayant niveau socioéconomique favorable alors qu'il n'est de 32% pour les femmes précarisées. Chez les femmes entre 30 et 39 ans, le taux est de 67% et chez les femmes âgées de 60-69 ans, il est de 35%.

Suède

La couverture est de 79% auprès des tranches d'âges de dépistage concernés. Le taux de couverture est plus élevé dans le milieu rural, là où le dépistage organisé est prédominant et lorsque les femmes reçoivent une invitation personnelle au dépistage.

Angleterre

Le taux de couverture a chuté à 79,2% ces 5 dernières années surtout chez les jeunes femmes. Après l'introduction du paiement pour les médecins généralistes en 1990, le taux de couverture chez les femmes ayant eu un frottis dans les 5 années précédentes est de 80%.

HPV

Autriche

La vaccination est recommandée avant les premières activités sexuelles.

Belgique

Le conseil supérieur de la santé recommande une vaccination systématique prophylactique contre le HPV chez les filles de 10-13 ans. En Flandre, la communauté propose désormais une vaccination dans le cadre des programmes scolaires de vaccinations. Elle gère également l'enregistrement des données, la surveillance, etc.

Bulgarie

Chypre

Après la mise en place du programme, la vaccination contre le HPV sera mise en place chez les adolescentes de 13-14 ans et ce via les services de médecine scolaire.

République Tchèque

En 2006, les membres des différentes sociétés médicales ainsi que la société tchèque d'obstétrique et de gynécologie ont approuvé la vaccination contre le HPV des filles de 13 ans mais seulement si cette vaccination est réalisée dans le cadre d'un programme organisé.

Danemark

Actuellement, le projet d'un programme de vaccination contre le HPV pour les filles de 12 ans et d'un programme de rattrapage pour les filles de 13-15 ans est en négociation au Parlement.

Estonie

La vaccination contre le HPV est recommandée par l'association des gynécologues d'Estonie mais ce n'est pas dans le cadre d'un programme national.

Finlande

Le vaccin contre le HPV n'est pas dans le programme de vaccination de la Finlande mais des évaluations sont en cours pour identifier le rapport coût/efficacité.

France (Alsace)

En 2007, les directives de vaccination contre le HPV recommandent que les filles de 14 ans soient vaccinées et qu'il y ait un rattrapage pour les filles entre 15 et 23 ans si leur activité sexuelle a commencé depuis moins d'un an.

Allemagne

Hongrie

Irlande

Recommandation de mise en place d'un programme de vaccination ponctuelle chez les filles de 13 à 15 ans. Ce programme a été introduit en 2008.

Italie

Un programme de vaccination prophylactique contre le HPV a été mis en place récemment dans toutes les régions. Les filles de 12 ans reçoivent une invitation afin de se faire vacciner. Dans certaines régions, d'autres cohortes de filles peuvent être vaccinées, celles de 16 ans et parfois celles entre 18 et 25 ans.

Lettonie

Lituanie

Luxembourg

Depuis 2008, la vaccination est gratuite pour les filles âgées entre 12 et 18 ans mais seulement celles de 12 ans sont invitées par courrier personnalisé. Le vaccin est payé par le ministère de la Santé (contrat entre le Fond national de Santé et le Gouvernement luxembourgeois.)

Malte

Hollande

En 2008, le conseil de la santé a recommandé en 2008 de vacciner les filles âgées de 12 ans et de faire une vaccination de rattrapage pour les filles jusqu'à l'âge de 16 ans.

Pologne

Portugal

Depuis octobre 2008, la vaccination contre le HPV (type 6,11,16 et 18) a été mise en place chez les jeunes filles de 13 ans.

Roumanie

République slovaque

La vaccination contre le virus du HPV est d'application pour les jeunes filles âgées de 9-10 ans minimum et ce jusque l'âge de 25-26 ans. Cependant, ce vaccin n'est pas couvert par les compagnies d'assurance santé et ces dernières remboursent 10% du prix du vaccin pour les jeunes filles jusque l'âge de 12 ans.

Slovénie

Espagne

Le programme de vaccination contre le HPV a été validé et la vaccination sera gratuite pour toutes les jeunes filles âgées de 10 à 14 ans avant 2010.

Suède

Angleterre

Le département de la Santé a annoncé l'introduction en 2008 d'un programme de vaccination contre le HPV pour les filles âgées de 12-13 ans, avec une vaccination de rattrapage pour les filles de moins de 18 ans dans les deux ans à venir (jusqu'en 2010).

Base de données

Autriche

Belgique

Bulgarie

Chypre

'The Medical and Public Health Services', conjointement avec le département de technologie et d'information va développer un système informatique permettant de collecter les données et les résultats d'analyse.

République Tchèque

Le registre national du cancer de la République Tchèque a été mis en place en 1976. Il comporte des données pour calculer l'incidence, la mortalité et les causes de décès. Ces dernières données sont issues des certificats de décès.

Danemark

Depuis 2007, une évaluation à l'échelle nationale a été mise en place avec 10 indicateurs de qualité. Les résultats de cette évaluation seront approuvés par les régions et au niveau national.

Estonie

Finlande

Le registre du Cancer de Finlande rassemble les données liées aux invitations, aux résultats du dépistage et les informations concernant l'anatomo-pathologie.

France (Alsace)

Allemagne

<u>Hongrie</u>	Un programme collecte une liste de la population via l'administration de la caisse d'assurance maladie. Cette liste comporte des données d'identification personnelle, un numéro de sécurité sociale et elle couvre presque l'ensemble de la population hongroise à l'exception des femmes ayant été soit hystérectomisées, soit diagnostiquées et traitées pour un cancer du col utérin ou des femmes ayant, pour diverses raisons, réalisé un examen de dépistage au cours des trois dernières années.
<u>Irlande</u>	Le système d'information du registre de dépistage du cancer du col de l'utérus gère les invitations et les rappels et il surveille le registre des résultats cliniques des femmes ayant effectué le dépistage. Le but est de s'assurer que le suivi approprié est bien fourni.
<u>Italie</u>	Il existe un système d'enregistrement des invitations, des frottis, des colposcopies, de l'histologie et des traitements.
<u>Lettonie</u>	
<u>Lituanie</u>	Les résultats des frottis analysés par les laboratoires certifiés sont reportés par le système Bethesda et sont ensuite stockés dans la base de données de la SPF.
<u>Luxembourg</u>	
<u>Malte</u>	
<u>Hollande</u>	Les données récoltées proviennent d'organisations ayant en charge les invitations ou proviennent des laboratoires régionaux liés avec le registre national d'histologie et de cytopathologie. (PALGA)
<u>Pologne</u>	Une base de données informatique sur la prophylaxie a été réalisée. Elle est stockée dans un serveur et est disponible dans tout le pays. Chaque participant y a accès et peut introduire des données. Elle contient la date et le lieu où ont été réalisés le frottis, l'analyse du frottis et les informations concernant la colposcopie si le frottis est anormal et si un diagnostic plus approfondi est nécessaire. Cependant, les gynécologues ne sont pas très coopérants quant au fait d'introduire les données de leurs patientes dans cette base de données. Pour remédier à ce problème, les laboratoires pourront entrer les données eux-mêmes dans la base de données.
<u>Portugal</u>	Depuis 2005-2006, mise en place d'une nouvelle base de données.
<u>Roumanie</u>	
<u>République slovaque</u>	

Slovénie

Les données issues du registre des dépistages datant du programme précédent (opportuniste) ont été intégrées dans la base de données de santé (ACT). Tous les résultats des tests sont enregistrés et centralisés dans le registre du dépistage puis transférés au registre de la population. Ainsi le registre du dépistage est capable d'envoyer une invitation à toutes les femmes qui n'ont pas réalisé de frottis au cours des quatre dernières années.

Espagne

Il n'y a pas de base de données nationale mais il existe 13 registres avec des données de bonne qualité et qui possèdent également des informations sur les lésions néoplasiques de l'utérus.

Suède

Angleterre

Actuellement (2009)

Autriche

The 'Austrian Federal Bureau of Health' tente d'améliorer les résultats de dépistage. Ils mettent en place un programme de dépistage organisé avec un système d'appel et de rappel pour atteindre les populations défavorisées. L'adhésion des laboratoires au programme est rendue obligatoire (assurance qualité).

Belgique

La Belgique souhaite réduire le 'sur-dépistage' mais également améliorer la qualité du dépistage proposé. L'augmentation du taux de couverture fait également partie des objectifs belges en matière de dépistage du cancer du col.

Bulgarie

Pas de programme en cours. Il y a des initiatives locales qui permettent gratuitement la réalisation de contrôles de dépistage. Toutefois, ils sont rares et peu systématiques. La Bulgarie a assez de ressources humaines et physiques mais il lui manque des instructions claires pour l'organisation et la réalisation d'un programme de dépistage.

Chypre

République Tchèque

En 2008, le ministre de la santé de la République Tchèque a annoncé l'apparition d'un programme national de dépistage organisé avec les modifications suivantes: (1) le processus d'accréditation des laboratoires d'analyses de tests sera soumis à des critères stricts. (2) Les compagnies d'assurance inviteront les femmes âgées entre 25 et 60 ans, qui n'ont pas eu de frottis les 2 dernières années, à participer à la campagne. Si elles ne répondent pas, elles seront réinvitées l'année suivante. (3) Un nouveau code de dépistage pour les frottis cervico-vaginaux a été défini. Ceux-ci seront remboursés lorsque le programme organisé débutera. (4) Les laboratoires de cytologie devront garder des preuves d'analyse des tests de dépistage. Selon les recommandations de l'UE, le test de dépistage aura lieu 1 fois par an mais si ce test est négatif 2 années consécutives, l'intervalle entre 2 tests sera alors de 3 ans.

Danemark

Estonie

Il est urgent de créer une base de données rassemblant des informations liées au dépistage du cancer du col utérin (résultats des tests, etc.) et qui permettrait le suivi des femmes présentant des résultats anormaux.

Finlande

La Finlande veut améliorer le taux de participation et la compliance surtout chez les femmes âgées de 25 à 39 ans. Pour ce faire, une des options est d'envoyer des rappels aux femmes qui ne participent pas au programme. Une autre action mise en place consiste à arrêter les actions inutiles (telles que la surutilisation des tests, le dépistage opportuniste, etc.)

France (Alsace)

Allemagne

Hongrie

Lorsqu'une femme vient spontanément dans un laboratoire pour faire un test de dépistage, le laboratoire récolte des données telles que l'âge de la femme, son numéro de sécurité sociale, le lieu et la date du test, l'examen cytologique et les résultats. Ces informations seront désormais transmises au registre central de dépistage. Ces données sont soumises à la loi de protection des données : aucune information ne peut être reliée directement à une personne.

Irlande

Italie

Lettonie

Le programme actuel de type opportuniste est inefficace. La Lettonie devrait mettre en place un dépistage organisé. Cette modification est en cours.

Lituanie

La première année, le programme montrait des tendances de dépistage opportuniste, avec des défaillances quant au système d'invitation du public cible, trop dépendant des médecins généralistes (de leur activité, du taux de fréquentation des femmes chez leur médecin).

Luxembourg

Le succès de ce programme vient du fait qu'il n'existe qu'un laboratoire centralisé où toutes les analyses de frottis sont rassemblées. Ce système permet de réduire la part administrative d'un tel programme. La collaboration entre le département de cytologie, d'anatomo-pathologie et le registre de la morphologie des tumeurs, permet une évaluation adéquate de chaque cas.

Malte

Hollande

Des évaluations existent mais sont essentiellement réalisées à l'échelle régionale.

Pologne

Portugal

Roumanie

République slovaque

Slovénie

Espagne

Suède

Angleterre