

Evaluation du dépistage du cancer du col de l'utérus en Wallonie - années de dépistage 2019-2022

INDICATEURS D'ÉVALUATION

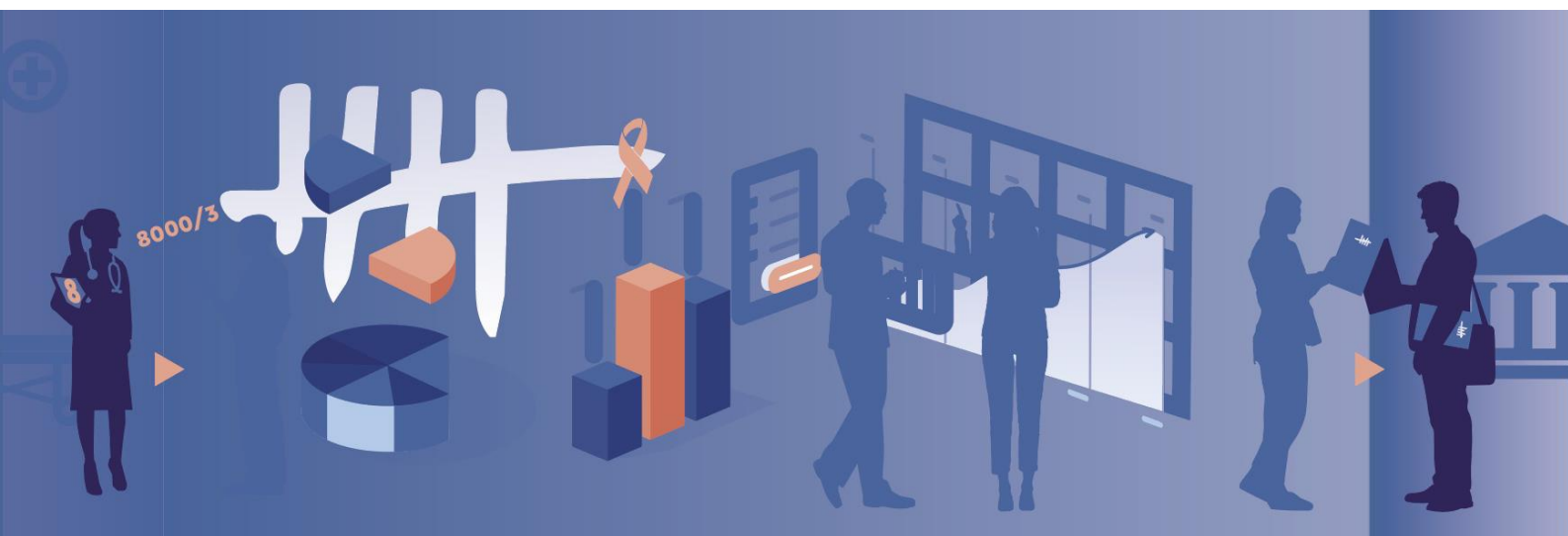


TABLE DES MATIERES

1. Introduction	3
2. Incidence et mortalité du cancer du col de l'utérus.....	4
3. Population étudiée	8
4. Exhaustivité des données livrées par les laboratoires wallons	9
5. Taux de couverture	11
6. Distribution et stade au moment du diagnostic des cancers dépistés, des cancers d'intervalle et des cancers parmi les femmes non dépistées (NOUVEAU).....	14
7. Surdépistage	16
8. Qualification du médecin qui effectue le prélèvement cervical.....	20
9. Résultats des frottis de dépistage et les diagnostics cytologiques.....	22
10. Triage par un test HPV	24
11. Suivi médical suite à un dépistage anormal ou de qualité insuffisante	25
12. Résultats des diagnostics histologiques	28
13. Les résultats au regard des recommandations internationales (OMS-EU)	31
14. Références bibliographiques	33

1. Introduction

En Belgique, en 2021, 641 nouveaux cas de cancer invasif du col de l'utérus ont été enregistrés [1] et 164 femmes en sont décédées [2]. Le cancer invasif du col de l'utérus est le 13ème cancer le plus fréquent chez les femmes en 2021 et représente 1,9% des cancers chez les femmes.

Il apparaît qu'environ **90 %** des cancers cervicaux **pourraient être évités** grâce à un dépistage régulier et à la vaccination HPV (human papillomavirus) [3,4]. Le cancer du col de l'utérus est un cancer qui se développe progressivement, à partir de lésions précancéreuses. Le dépistage permet donc de déceler et de traiter précocement les lésions suspectes.

Toutes les femmes belges ont la possibilité de se faire dépister pour le cancer du col de l'utérus tous les 3 ans par le biais d'un frottis de dépistage entièrement remboursé. En Wallonie, le dépistage du cancer du col de l'utérus se déroule actuellement de manière opportuniste, c'est-à-dire à l'initiative du médecin ou de la femme elle-même. Début 2025, un programme de dépistage organisé devrait voir le jour : les femmes n'ayant pas réalisé de frottis cervical dans les 3 années précédentes et ne rencontrant pas de critère d'exclusion pour raison médicale recevront une lettre les invitant à réaliser un dépistage. D'autre part, l'organisme en charge du programme assurera également un suivi grâce aux données reçues de la part de la Fondation Registre du Cancer (Belgian Cancer Registry-BCR), afin de mettre en place un mécanisme fail-safe.

Le présent rapport constitue le quatrième rapport élaboré par le BCR pour évaluer le dépistage opportuniste du cancer du col de l'utérus en Wallonie.

Par ailleurs, d'autres analyses relatives aux données cervicales peuvent être retrouvées dans les rapports de feedback aux laboratoires d'anatomie pathologique. Ces rapports sont élaborés par le BCR à la demande de l'AVIQ et permettent à chaque laboratoire, par le biais du benchmarking, de situer ses résultats par rapport à ceux des autres laboratoires wallons. Ceci permet d'améliorer la qualité des données livrées par les laboratoires, qui constituent le registre cyto-histopathologique (CHP) sur lesquelles se basent nos analyses. Les derniers rapports concernant les échantillons des années de dépistage 2020 à 2022 ont été envoyés début 2024 aux 16 laboratoires wallons fournissant les données sur les échantillons cervicaux au BCR (voir Annexe 2 du document 'Méthodologie'). Au cours de l'année 2024, des rapports pour les années de dépistage 2021 à 2023 seront rédigés. A chaque envoi un rapport général et anonymisé est également transmis à l'AVIQ et au Cabinet du Ministre wallon en charge de la santé. Ces rapports évaluent la qualité des données livrées selon plusieurs critères : la ponctualité de livraison des données, l'exhaustivité des données, la qualité de l'analyse des échantillons cervicaux, le triage HPV ainsi que les résultats HPV des lésions atypiques.

2. Incidence et mortalité du cancer du col de l'utérus

Pour ces analyses, les nouveaux diagnostics de cancer du col de l'utérus ou les décès par cancer du col de l'utérus, survenus chez des femmes résidant en Wallonie ont été pris en compte. Les résultats sont présentés pour tous les âges ainsi que pour la population cible au dépistage composée des femmes âgées de 25 à 64 ans. L'incidence des tumeurs cervicales invasives et in situ ainsi que la mortalité ont été calculées et représentées dans les tableaux et figures ci-dessous.

Tableau 1 : Évolution du nombre, de l'incidence des tumeurs cervicales invasives et in situ et de la mortalité par cancer du col de l'utérus en Wallonie pour les années 2004-2021

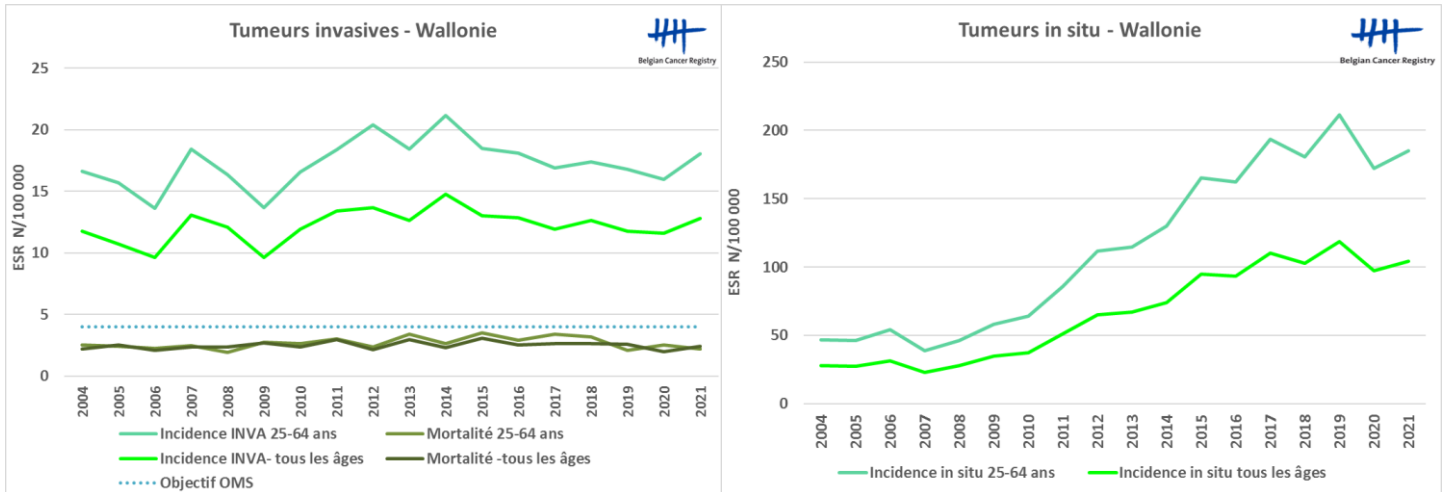
Années	Tumeurs invasives				Tumeurs in situ				Mortalité (§)			
	Tous les âges		25-64 ans		Tous les âges		25-64 ans		Tous les âges		25-64 ans	
	N	ESR	N	ESR	N	ESR	N	ESR	N	ESR	N	ESR
2004	201	11,8	148	16,6	485	27,8	432	46,6	40	2,2	23,0	2,5
2005	183	10,7	140	15,7	473	27,3	426	46,2	43	2,5	21,0	2,4
2006	167	9,6	124	13,6	550	31,6	502	54,4	37	2,1	20,0	2,2
2007	226	13,0	169	18,4	403	23,2	360	39,1	41	2,4	23,0	2,5
2008	210	12,1	152	16,4	485	27,9	426	46,3	42	2,4	18,0	1,9
2009	170	9,6	128	13,7	609	35,0	536	58,2	48	2,7	26,0	2,8
2010	211	11,9	156	16,6	656	37,6	592	64,1	41	2,4	25,0	2,6
2011	239	13,4	174	18,4	901	51,5	793	85,9	53	2,9	29,0	3,0
2012	246	13,7	193	20,4	1140	65,0	1 032	111,9	39	2,1	23,0	2,4
2013	226	12,6	175	18,4	1175	66,9	1 061	114,8	54	2,9	33,0	3,4
2014	267	14,8	201	21,2	1305	74,3	1 205	130,1	44	2,3	25,0	2,6
2015	232	13,0	173	18,5	1665	94,7	1 529	165,1	56	3,1	34,0	3,5
2016	230	12,9	172	18,1	1642	93,5	1 504	162,3	47	2,5	28,0	2,9
2017	216	11,9	160	16,9	1934	110,3	1 792	193,4	49	2,7	33,0	3,4
2018	232	12,6	165	17,4	1810	102,8	1 680	180,6	51	2,7	31,0	3,2
2019	215	11,7	160	16,8	2085	118,6	1 961	211,2	50	2,6	20,0	2,1
2020	213	11,6	151	16,0	1707	97,3	1 597	172,3	39	2,0	25,0	2,5
2021	235	12,8	170	18,0	1827	104,4	1 713	185,3	46	2,4	22	2,2

N : Nombre

ESR : taux d'incidence/mortalité standardisés pour l'âge sur la population standard européenne de 2013 (N/100 000 personnes-années)

(§) Source : Statbel (Direction Générale Statistique – Statistics Belgium)

Figure 1 : Évolution de l'incidence des tumeurs cervicales invasives et in situ et de la mortalité par cancer du col de l'utérus en Wallonie pour les années 2004-2021 (ESR, N/100 000 personnes-années)



Concernant les tumeurs invasives, au cours des années 2004 jusqu'à 2020 le nombre de nouveaux cas par an fluctue entre 167 (en 2006) et 267 (en 2014) pour les femmes tous les âges confondus et entre 124 (en 2006) et 201 (en 2014) pour la tranche d'âge 25-64 ans. Ces petits nombres peuvent entraîner de manière aléatoire de la variabilité dans l'évolution de l'incidence au cours du temps (Estimated Annual Percentage Change (EAPC) de 0,8% [-0,3% : 1,8%] pour tous les âges confondus et EAPC de 0,7% [-0,4% : 1,8%] pour la tranche d'âge 25-64 ans).

En mai 2018, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a lancé un appel à l'action pour éliminer le cancer du col de l'utérus, tous les pays doivent atteindre et maintenir un taux d'incidence inférieur à 4 nouveaux cas pour 100 000 personnes-années. Afin de pouvoir situer la Wallonie par rapport à cette norme, l'incidence standardisée pour la population mondiale (WSR) des tumeurs invasives du col de l'utérus en Wallonie en 2021 a été calculée, elle est de 8,8 pour 100.000 personnes-année. Cette norme de l'OMS n'est pas encore atteinte en Wallonie.

La mortalité par cancer invasif du col de l'utérus (en moyenne 45,5 décès/an) montre une légère augmentation non-significative au cours du temps (EAPC de +0,3%, [-0,9% : 1,5%]). Depuis 2015 par contre, la mortalité semble plutôt en diminution mais les variations restent très faibles et les nombres très petits sont à considérer avec précaution.

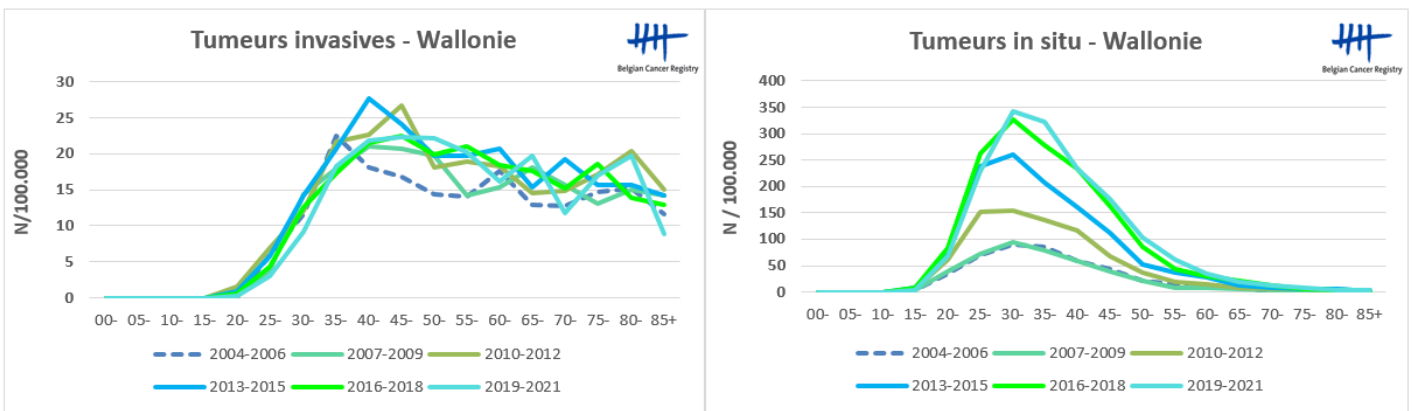
Concernant les tumeurs in situ, une importante augmentation significative de l'incidence parmi les femmes tous les âges confondus est observée entre 2004 et 2019 (incidence standardisée ESR en 2007 de 23,2/100 000 en comparaison à 118,6/100 000 personnes-années en 2019, ce qui correspond respectivement à 403 nouveaux cas en 2007 et 2 085 en 2019). Nous observons une diminution du nombre de tumeurs in situ en 2020, conséquence de la pandémie COVID et de l'impact sur l'accès aux services de santé. La forte augmentation des tumeurs in situ peut s'expliquer en partie par une amélioration de la détection précoce, à un surdiagnostic ou à une augmentation réelle de l'incidence. L'augmentation peut également être attribuée en partie à un meilleur enregistrement et à des modifications des directives de l'OMS concernant l'enregistrement des lésions intra-épithéliales avec dysplasie modérée et sévère [5-7]. Une incidence de tumeurs invasives qui reste stable combinée à une incidence de tumeurs in situ qui augmente pourrait traduire un effet du dépistage [8-13].

Tableau 2 : Évolution de l'incidence par âge des tumeurs cervicales invasives et in situ en Wallonie au cours des six périodes d'incidences 2004-2006, 2007-2009, 2010-2012, 2013-2015, 2016-2018, 2019-2021

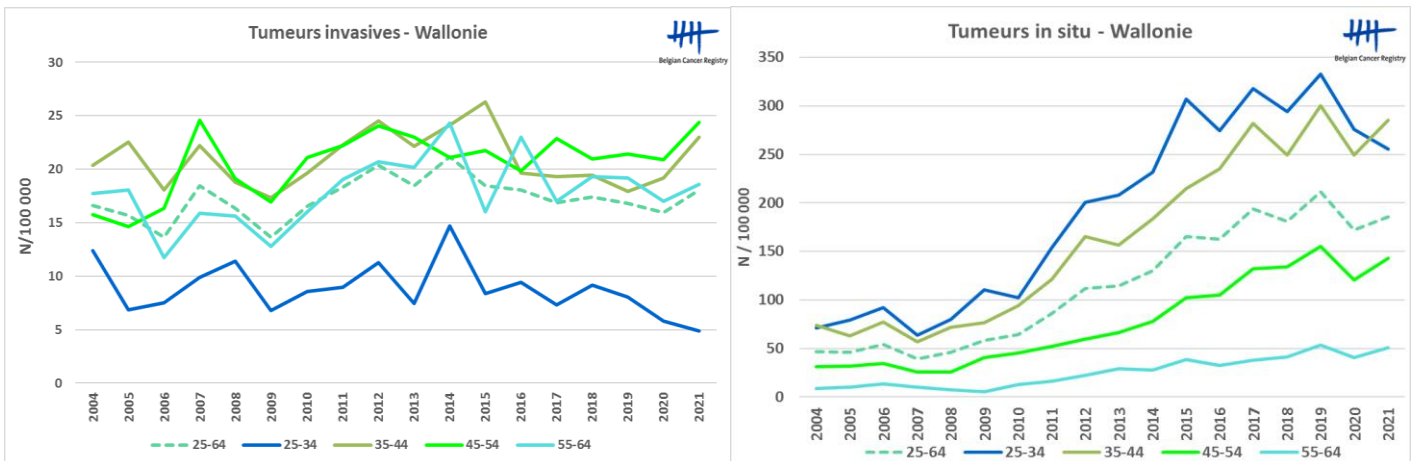
Tumeurs invasives																		
Périodes	00-	05-	10-	15-	20-	25-	30-	35-	40-	45-	50-	55-	60-	65-	70-	75-	80-	85+
2004-2006	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,0	11,6	22,5	18,1	16,7	14,4	14,1	17,6	12,9	12,8	14,6	15,3	11,6
2007-2009	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	3,9	14,4	17,9	21,0	20,7	19,7	14,1	15,3	18,2	15,7	13,0	15,0	14,2
2010-2012	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	7,0	12,1	21,7	22,6	26,7	18,2	19,0	18,2	14,5	14,8	17,1	20,4	15,0
2013-2015	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	5,8	14,3	20,7	27,7	24,2	19,7	19,7	20,7	15,3	19,2	15,7	15,6	14,3
2016-2018	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	4,3	12,6	17,4	21,6	22,5	20,0	21,0	18,5	17,7	15,2	18,5	13,9	12,9
2019-2021	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	3,0	9,2	18,3	21,8	22,3	22,1	20,2	16,1	19,8	11,7	17,0	19,7	8,8
Tumeurs in situ																		
Périodes	00-	05-	10-	15-	20-	25-	30-	35-	40-	45-	50-	55-	60-	65-	70-	75-	80-	85+
2004-2006	0,0	0,0	0,0	4,1	33,9	70,3	90,5	85,1	57,8	43,0	21,8	14,7	6,9	7,5	2,4	0,9	2,7	0
2007-2009	0,0	0,0	0,0	3,6	39,2	73,1	95,1	78,8	57,9	39,4	21,8	7,2	7,6	4,9	3,9	3,9	4,8	0,7
2010-2012	0,0	0,0	0,0	5,0	61,2	151,3	153,7	136,4	117,1	68,6	36,1	19,2	15,0	8,5	6,7	4,6	3,8	2,9
2013-2015	0,0	0,0	0,0	7,3	72,6	237,5	259,9	207,4	161,8	111,1	53,1	36,0	27,2	11,5	7,2	6,4	5,9	2,1
2016-2018	0,0	0,0	0,0	7,5	82,3	262,6	326,2	277,4	234,1	162,0	85,2	43,8	30,6	20,1	12,3	6,2	4,1	1,5
2019-2021	0,0	0,0	0,0	4,4	66,7	228,3	343,0	322,9	233,5	175,9	103,4	60,6	34,8	18,5	11,7	6,9	3,0	2,9

Figure 2 : Évolution de l'incidence par âge des tumeurs cervicales invasives et in situ en Wallonie au cours des six périodes d'incidences 2004-2006, 2007-2009, 2010-2012, 2013-2015, 2016-2018, 2019-2021 (A) et évolution de l'incidence par tranche d'âge de 2004 à 2021 (B) (WSR N/100 000)

(A)



(B)



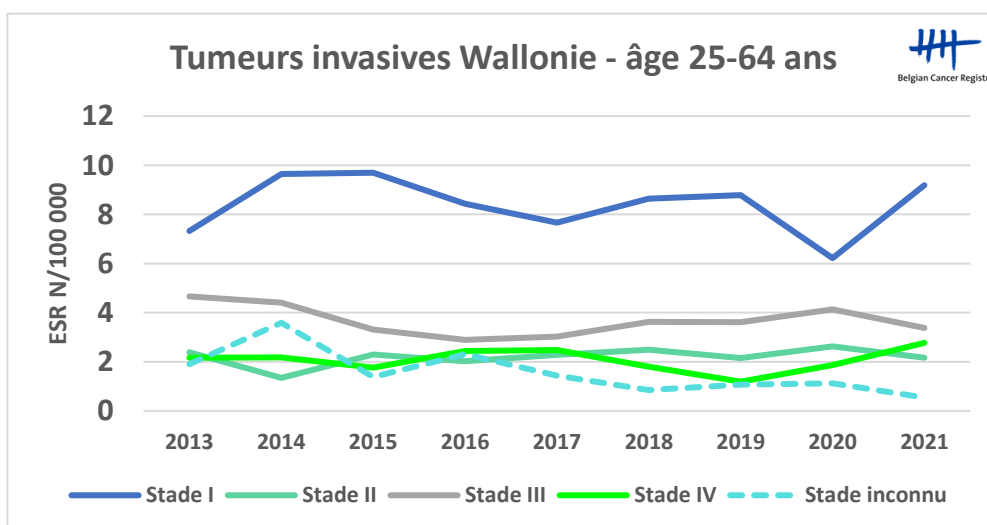
Pour les tumeurs invasives, entre 2004-2018 l'incidence augmente doucement à partir de 25 ans (4-7/100 000 personnes-années) pour atteindre son pic entre 35-49 ans (environ 20-28/100 000 personnes-années) (Figure 2A). A partir de 50 ans, l'incidence diminue faiblement pour rester à un taux de 13-15/100 000 personnes-années à 85 ans et plus. Toutefois, dans la période la plus récente 2019-2021, l'incidence semble augmenter plus lentement (seulement 3/100 000 personnes-années à partir de 25 ans) et le pic d'incidence tombe plus tard, c'est-à-dire entre 40-54 ans.

Tandis que pour les tumeurs in situ, l'incidence augmente plus tôt, notamment à partir de l'âge de 20 ans et atteint un plafond entre 30-39 ans pour la période 2004-2009 (80-95/100 000 personnes-années) (Figure 2A). Au cours de la période suivante, 2010-2012 la pointe d'incidence devient plus élevée et se décale vers les plus jeunes, c'est-à-dire les 25-29 ans. Ensuite, la pointe d'incidence se décale à nouveau vers 30-39 ans, en augmentant encore. Au cours des périodes les plus récentes 2016-2018 et 2019-2021, l'incidence pour les 30-34 ans continue d'augmenter (343/100 000 personnes-années), mais est restée stable pour les 20-29 ans.

Sur les figures 2B, nous pouvons voir que pour les tumeurs invasives, l'incidence est la plus élevée pour les 35-54 ans tandis que pour les tumeurs in situ ce sont les 25-44 qui présentent la plus forte incidence. Pour les 25-34 ans, il semble y avoir une légère diminution de l'incidence des tumeurs invasives à partir de 2018. Pour les autres catégories d'âge, il n'y a pas de véritable tendance de l'incidence au cours du temps. Pour les tumeurs in situ, l'augmentation de l'incidence est plus marquée pour les femmes jeunes de moins de 45 ans avec une tendance à la diminution pour la tranche d'âge la plus jeune (25-34 ans) à partir de 2019.

Pour l'année d'incidence 2020, année de la pandémie COVID, la diminution de l'incidence observée globalement autant pour les tumeurs invasives que les tumeurs in situ, s'observe à travers toutes les tranches d'âge. Elle est plus marquée pour les tumeurs in situ. Un impact de la pandémie ne peut être exclu. Nous observons d'ailleurs une couverture plus faible en 2020 (voir point 5). Des examens de suivi ont pu également être retardés après un dépistage anormal en raison du contexte de cette pandémie.

Figure 3 : Évolution de l'incidence des tumeurs cervicales invasives en Wallonie pour les années 2013-2021 par stade pour les tranches d'âge 25-64 (ESR N/100 000)



La Figure 3 montre qu'au fil des ans, le nombre de tumeurs invasives de stade inconnu diminue – ces tumeurs étant donc reportées dans les différents stades identifiés. Le nombre de cas est faible et les variations doivent donc être analysées avec prudence. Les tumeurs de stade II sont stables dans le temps (EAPC non significatif de +0,1% [-4,6% : 4,9%]). Les stades III semblent en diminution mais cette tendance sera à confirmer (EAPC non significatif de -0,2% [-4,0% : 3,7%]). Les stades IV, après une diminution semblent augmenter au cours de la période 2019-2021 (EAPC non significatif de 0,8% [-2,8% : 4,4%]), cette tendance sera donc à surveiller. Concernant les stades I, après une diminution entre 2014 et 2017, une légère recrudescence se marquait jusqu'en 2019. 2020 montre une forte diminution, mais cette année marquée par la pandémie de COVID-19, doit être considérée avec les précautions d'usage (report du dépistage, retards de diagnostics), nous observons d'ailleurs une augmentation marquée en 2021 (EAPC non significatif de -0.3% [-4,0% : 3,6%]).

3. Population étudiée

Le Tableau 3 donne un aperçu du nombre total de femmes de la population cible au dépistage et du nombre de femmes dépistées, qui sont ensuite réparties en fonction de leur éligibilité au dépistage au cours de l'année rapportée.

- **La population cible complète** est composée de toutes les femmes résidant en Wallonie qui sont âgées de 25 à 64 ans lors de l'année de dépistage concernée. Ces données proviennent de Statbel (Direction Générale Statistique – Statistics Belgium (<http://www.statbel.fgov.be>)
- **Femmes issues de la population cible complète ayant réalisé un frottis cervical** est composée des femmes issues de la population cible complète ayant réalisé un frottis cervical. Il s'agit donc des femmes de 25-64 ans qui ont un échantillon cervical analysé par un laboratoire wallon.
- **La population cible éligible au dépistage et ayant réalisé un frottis cervical** est composée des femmes qui font partie de la population cible ayant réalisé un frottis cervical et qui n'appartiennent pas aux personnes exclues comme décrit ci-dessous. Il s'agit donc des femmes qui devraient effectuer un dépistage du cancer du col de l'utérus au cours de l'année concernée.
 - Les **personnes exclues** sont les femmes qui ne devraient pas participer au dépistage du cancer du col de l'utérus sur base des critères d'exclusion temporaire ou définitive :
 - Exclusion temporaire (3 ans) si :
 - Prélèvement d'un échantillon cervical ou cancer in situ au cours des deux années précédant l'année de dépistage analysée.
 - Exclusion définitive si :
 - Ablation du col de l'utérus ou hystérectomie.
 - Cancer invasif de l'utérus et du col de l'utérus.
 - Pour plus de détails : voir le document 'Méthodologie'.

Tableau 3: Aperçu de la population cible et du nombre de femmes ayant un échantillon cervical réparti en fonction de l'éligibilité au dépistage pour les années de dépistage 2019-2022

	Nombres				% (dénominateur : population cible complète)				% (dénominateur : population cible ayant réalisé un frottis cervical)			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
Population cible complète (source : Statbel)	952 526	951 363	950 897	951 075	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%				
Population cible ayant réalisé un frottis cervical	222 362	200 243	232 399	223 918	23,3%	21,0%	24,4%	23,5%	100%	100%	100%	100%
<i>Population cible avec un échantillon cervical, définitivement exclue</i>	3 341	2 875	3 405	3 264	0,4%	0,3%	0,4%	0,3%	1,5%	1,4%	1,5%	1,5%
<i>Population cible ayant réalisé un frottis cervical, temporairement exclue</i>	89 428	81 925	85 571	84 233	9,4%	8,6%	9,0%	8,9%	40,2%	40,9%	36,8%	37,6%
Population éligible ayant réalisé un frottis cervical	129 593	115 443	143 423	136 421	13,6%	12,1%	15,1%	14,3%	58,3%	57,7%	61,7%	60,9%

4. Exhaustivité des données livrées par les laboratoires wallons

Les données du registre cyto-histopathologique CHP sont utilisées pour l'organisation et l'évaluation des programmes de dépistage : élaboration de listes d'exclusion, de listes de sensibilisation, enregistrement et évaluation des suivis et mise en place d'un mécanisme de fail-safe après un dépistage positif, analyse des cancers dépistés et des cancers d'intervalle, analyse d'indicateurs de qualité et réalisation de projets de recherche liés au dépistage. Il est donc important que ces données soient complètes et de bonne qualité.

Le BCR a pour mission d'évaluer annuellement l'exhaustivité des données fournies par les laboratoires sur base d'un couplage avec les données de l'Agence Intermutualiste (AIM). Les données AIM ne sont pas totalement complètes pour 2021 et 2022, l'exhaustivité calculée pour ces années peut donc être surestimée.

Pour cette analyse, tous les échantillons cervicaux des femmes âgées de 25 à 64 ans lors de l'année de dépistage concernée ont été pris en compte pour l'analyse. Pour le CHP, les échantillons livrés par les laboratoires wallons (cf. Annexe 2 du document 'Méthodologie') ont été sélectionnés. Pour les données AIM, les codes de nomenclature correspondant à une analyse de frottis, avec un laboratoire wallon comme lieu de prestation, ont été sélectionnés.

Tableau 4 : Exhaustivité globale du CHP de 2019 à 2022

	Diagnostic connu	Diagnostic inconnu	Total	% exhaustivité
2019				
Frottis de dépistage	153 681	7 652	161 333	95,26%
Frottis de suivi	27 429	1 660	29 089	94,29%
Total	181 110	9 312	190 422	95,11%
2020				
Frottis de dépistage	137 210	6 331	143 541	95,59%
Frottis de suivi	26 273	1 348	27 621	95,12%
Total	163 483	7 679	171 162	95,51%
2021(*)				
Frottis de dépistage	164 978	5 640	170 618	96,69%
Frottis de suivi	29 078	1 166	30 244	96,14%
Total	194 056	6 806	200 862	96,61%
2022(*)				
Frottis de dépistage	155 112	2 230	157 342	98,58%
Frottis de suivi	29 639	706	30 345	97,67%
Total	184 751	2 936	187 687	98,44%

(*) Les chiffres pour 2021 et 2022 sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années car les prestations médicales peuvent encore être remboursées par les organismes assureurs jusqu'à deux ans après la date de prestation. Les chiffres pour 2019 et 2020 sont définitifs.

En 2020, on a constaté une diminution du nombre de frottis de dépistage, probablement due à la pandémie de COVID-19 qui a entraîné un report des soins non urgents. Le nombre de frottis de suivi montre également une légère diminution pour cette même période. Un rattrapage a eu lieu en 2021, et les chiffres de la période pré-COVID ont été dépassés en 2021 et 2022.

L'exhaustivité globale du CHP est d'environ 95% pour les années 2019 et 2020. Ce résultat a augmenté en comparaison au premier rapport (85% en 2017 dans le premier rapport) grâce notamment aux feedbacks envoyés aux laboratoires. En mai 2020, les premiers feedbacks personnalisés relatifs aux échantillons prélevés en 2013-2017 ont été envoyés à tous les laboratoires wallons d'anatomie pathologique livrant des données au BCR. Depuis, des rapports continuent d'être envoyés annuellement.

Ces feedbacks personnalisés permettent, entre autres, d'informer les laboratoires de l'exhaustivité de leurs données et de les sensibiliser à l'importance de fournir des données complètes. A la suite de ceux-ci et à la demande du BCR, certains laboratoires livrent de nouvelles données, ce qui augmente l'exhaustivité du CHP.

L'exhaustivité pour 2021 et 2022 semble encore augmenter. Lors de l'interprétation de ces chiffres, il faut toutefois tenir compte du fait que les chiffres pour 2021 et 2022 sont provisoires. En effet, la base de données AIM n'est pas encore totalement complète pour ces années car les prestations médicales peuvent encore être remboursées par les organismes assureurs jusqu'à deux ans après la date de prestation. Par conséquent, l'exhaustivité calculée pour 2021 et 2022 peut être surestimée.

L'objectif étant d'atteindre une exhaustivité la plus proche possible de 100%, il faut continuer à analyser les raisons qui expliqueraient l'obtention d'une exhaustivité inférieure à 100% et la non-correspondance des enregistrements entre l'AIM et le CHP. Celles-ci peuvent être :

- Un NISS non connu dans le CHP,
- Une date de l'échantillon enregistrée dans le CHP qui diffère de plus de 30 jours avec l'enregistrement de l'AIM pour un même NISS,
- Un échantillon non livré par les laboratoires d'anatomie pathologique,
- Un échantillon non enregistré comme échantillon cervical.

5. Taux de couverture

Pour le taux de couverture, l'analyse est réalisée à partir de la **population cible complète** par année de dépistage. Celle-ci est composée de toutes les femmes résidant en Wallonie et qui sont âgées de 25 à 64 ans lors de l'année de dépistage concernée. Ces données proviennent de Statbel (Direction Générale Statistique – Statistics Belgium <http://www.statbel.fgov.be>). Le taux de couverture est utilisé pour déterminer combien de personnes de la **population cible complète** sont couvertes par le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Les tables et figures ci-dessous présentent une couverture estimée en plus de la couverture calculée. Comme la couverture calculée est basée uniquement sur le CHP, cette estimation tient compte de l'exhaustivité du CHP (voir point 4). Celle-ci s'élève à environ 95% en 2019-2020. Il manque donc 5 % des échantillons analysés par les laboratoires wallons pour 2019-2020. Ceci est à prendre en compte afin de ne pas sous-estimer la couverture. Pour 2021 et 2022, ce pourcentage est plus élevé (respectivement 96,7% et 98,6%) mais il faut tenir compte du fait que les données AIM pour 2021 et 2022 sont moins complètes que pour les années précédentes. Ce n'est que pour les années 2019 et 2020 que les données AIM sont complètes et que la couverture estimée ne changera plus. Les mises à jour des données AIM dans le futur peuvent augmenter la couverture estimée pour 2021 et 2022.

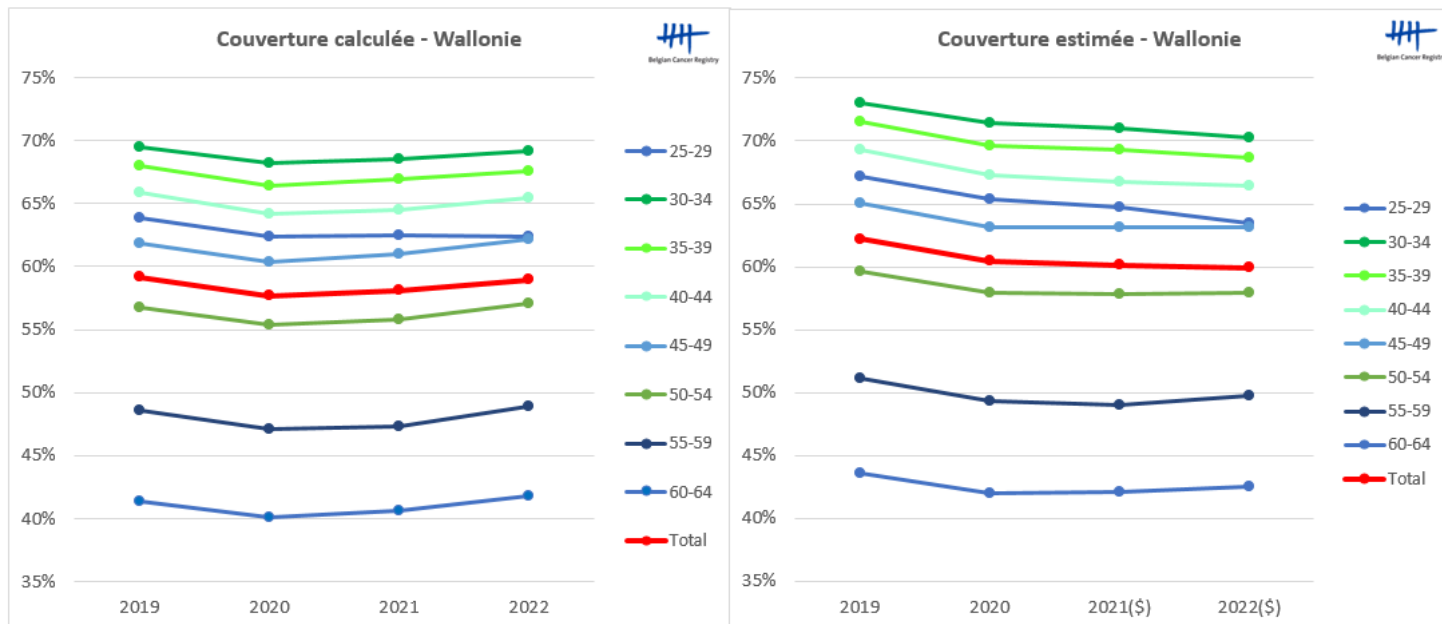
Tableaux 5 : Couverture 'calculée' et 'estimée' par tranche d'âge pour les années de dépistage 2019 à 2022

2019					
Catégorie d'âge	Numérateur	Dénominateur	Couverture (calculée)	Numérateur (estimé)	Couverture (estimée)
25-29	71 604	112 151	63,85%	75 285	67,13%
30-34	79 858	114 969	69,46%	83 964	73,03%
35-39	77 534	113 968	68,03%	81 520	71,53%
40-44	75 006	113 847	65,88%	78 862	69,27%
45-49	76 701	123 999	61,86%	80 645	65,04%
50-54	70 835	124 864	56,73%	74 477	59,65%
55-59	62 055	127 675	48,60%	65 246	51,10%
60-64	50 141	121 053	41,42%	52 719	43,55%
Total	563 734	952 526	59,18%	592 718	62,23%

2020					
Catégorie d'âge	Numérateur	Dénominateur	Couverture (calculée)	Numérateur (estimé)	Couverture (estimée)
25-29	68 444	109 667	62,41%	71 662	65,34%
30-34	79 469	116 554	68,18%	83 205	71,39%
35-39	75 772	114 011	66,46%	79 334	69,58%
40-44	73 661	114 708	64,22%	77 124	67,23%
45-49	73 839	122 361	60,35%	77 310	63,18%
50-54	68 734	124 120	55,38%	71 965	57,98%
55-59	60 290	128 006	47,10%	63 124	49,31%
60-64	48 897	121 936	40,10%	51 196	41,99%
Total	549 106	951 363	57,72%	574 920	60,43%
2021					
Catégorie d'âge	Numérateur	Dénominateur	Couverture (calculée)	Numérateur (estimé)	Couverture (estimée)*
25-29	67 501	107 942	62,53%	69 870	64,73%
30-34	80 623	117 572	68,57%	83 452	70,98%
35-39	76 865	114 809	66,95%	79 562	69,30%
40-44	74 654	115 688	64,53%	77 274	66,79%
45-49	73 220	119 986	61,02%	75 789	63,17%
50-54	69 504	124 422	55,86%	71 943	57,82%
55-59	60 207	127 277	47,30%	62 320	48,96%
60-64	50 041	123 201	40,62%	51 797	42,04%
Total	552 615	950 897	58,12%	572 006	60,15%
2022					
Catégorie d'âge	Numérateur	Dénominateur	Couverture (calculée)	Numérateur (estimé)	Couverture (estimée)*
25-29	66 697	106 827	62,43%	67 754	63,42%
30-34	81 638	118 061	69,15%	82 932	70,24%
35-39	78 515	116 101	67,63%	79 759	68,70%
40-44	76 445	116 802	65,45%	77 656	66,49%
45-49	73 223	117 770	62,17%	74 383	63,16%
50-54	71 398	125 145	57,05%	72 529	57,96%
55-59	61 240	126 673	48,94%	62 210	49,71%
60-64	51 747	123 696	41,83%	52 567	42,50%
Total	560 903	951 075	58,98%	569 792	59,91%

(*) Les chiffres concernant la couverture estimée pour 2021 et 2022 sont provisoires et sont une sous-estimation. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années car les prestations médicales peuvent encore être remboursées par les organismes assureurs jusqu'à deux ans après la date de prestation. Les chiffres pour 2019 et 2020 sont définitifs.

Figure 4 : Couverture 'calculée' et 'estimée' par tranche d'âge pour les années de dépistage 2019 à 2022



(§) Les chiffres concernant la couverture estimée pour 2021 et 2022 sont provisoires et sont une sous-estimation.

La couverture calculée est légèrement inférieure à 60% pour l'année 2019, c'est-à-dire 59.2%. Pour 2020, la couverture est plus basse (57,7%) ; nous ne pouvons pas exclure un éventuel impact de la pandémie du COVID-19. Cette diminution apparaît parmi toutes les catégories d'âge. En 2021 et 2022, la couverture remonte entre 58.2% et 58.9% mais n'atteint pas les chiffres de 2019. Après correction pour l'exhaustivité du CHP, la couverture estimée se situe entre 62.2% et 60.4% pour 2019 et 2020.

Le taux de couverture calculé est le plus élevé parmi les femmes âgées de 30-34 ans, 35-39 ans et 40-44 ans (environ 68%, 67% et 65% respectivement). Celui-ci diminue avec l'âge et atteint environ 40% parmi les femmes âgées de 60-64 ans. Pour la tranche d'âge la plus jeune, 25-29 ans, le taux de couverture est d'environ 62,5%. Ces femmes se font donc un peu moins dépister, mais toutefois plus que les femmes de 45 ans et plus.

En mai 2018, l'OMS a lancé un appel à l'action pour éliminer le cancer du col de l'utérus avec pour objectif d'atteindre une incidence de moins de 4 nouveaux cas pour 100 000 personnes-années. Cet objectif peut être atteint en faisant appel à la fois à la vaccination, au dépistage et au traitement approprié des échantillons anormaux [14]. L'OMS a formulé trois objectifs concrets à atteindre pour 2023, dont celui de 70 % de dépistage à 35 et 45 ans. Pour les personnes âgées de 35 ans, cet objectif est atteint en 2019 et 2020 (couverture estimée). Pour les années 2021 et 2022, les chiffres n'étant pas définitifs, nous ne pouvons pas encore nous prononcer mais la couverture est déjà proche de 70%. Pour l'âge de 45 ans, il y a encore une marge d'amélioration.

6. Distribution et stade au moment du diagnostic des cancers dépistés, des cancers d'intervalle et des cancers parmi les femmes non dépistées

Définitions :

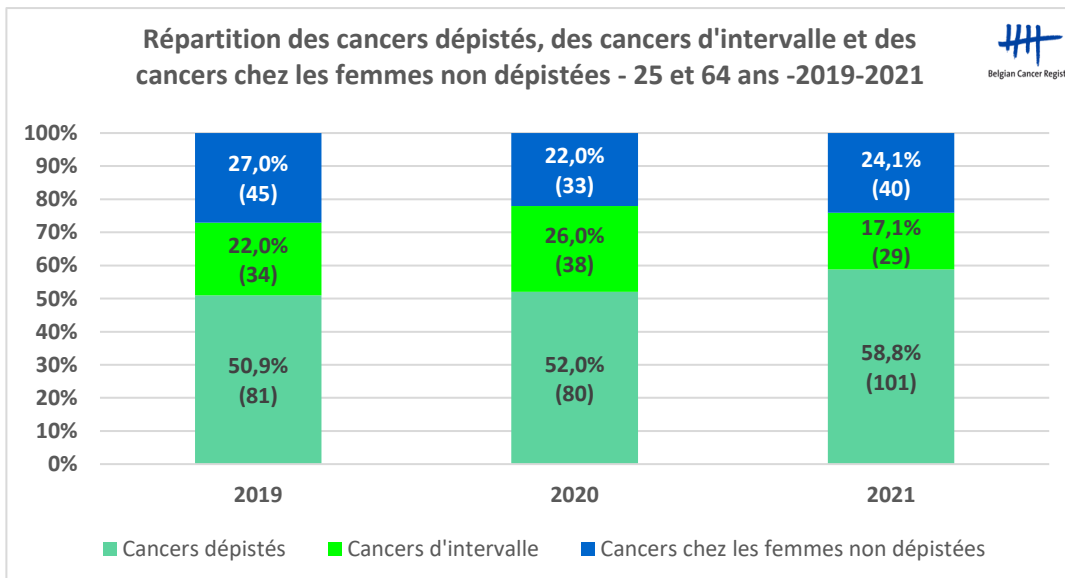
Cancer dépisté : cancer dont le diagnostic a été établi dans le cadre d'un examen de dépistage.

Cancer d'intervalle : cancer qui est diagnostiqué après un test de dépistage négatif et avant le dépistage suivant, c-à-d dans l'intervalle recommandé entre deux dépistages (dans ce cas-ci 3 ans). Ces cancers peuvent être soit des cancers manqués au moment du dépistage, soit des cancers qui se sont développés après le test de dépistage négatif.

Cancer parmi les femmes non dépistées : cancer du col de l'utérus diagnostiqué chez les femmes pour qui aucune analyse cytologique n'est retrouvée dans les données avant la date d'incidence du cancer (données disponibles depuis 2008).

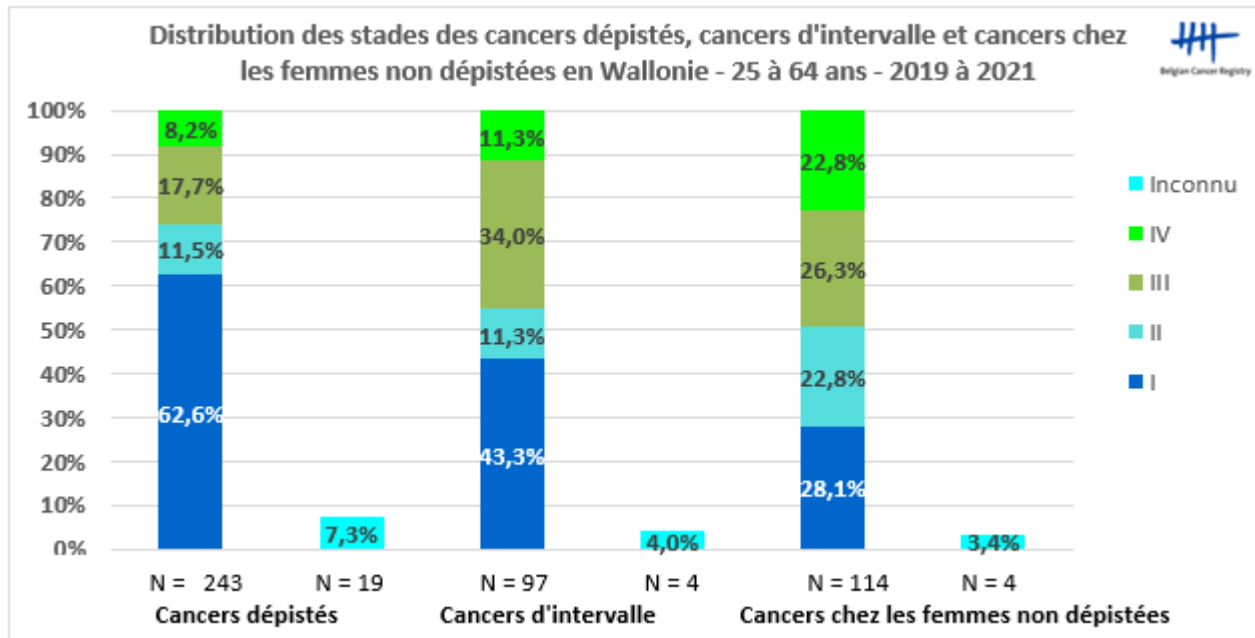
Figures 5 : Distribution des cancers dépistés, cancers d'intervalle et cancers chez les femmes non-dépistées, en Wallonie , femmes de 25 à 64 ans (NOUVEAU)

A) **Distribution des cancers dépistés, des cancers d'intervalle, des cancers chez les femmes non dépistées par année d'incidence 2019-2021, en Wallonie, femmes de 25-64 ans**



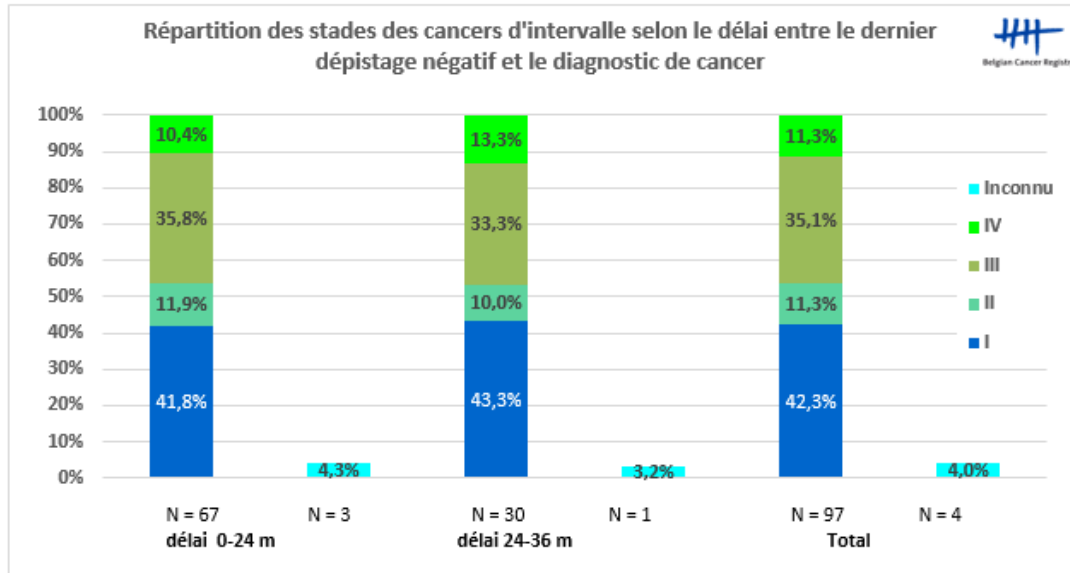
La figure 5A montre la répartition des cancers dépistés, des cancers d'intervalle et des cancers diagnostiqués chez les femmes non dépistées. De nombreuses femmes se font dépister de façon irrégulière et/ou trop fréquente. Les frottis de dépistage sont remboursés une fois par période de 3 années civiles permettant que la période entre deux cycles consécutifs de dépistage soit inférieure à 36 mois. Par une participation trop fréquente il est possible qu'une partie des cancers d'intervalle soient des nouveaux cancers dépistés après un dépistage précédent négatif, ceci entraîne donc une surévaluation des cancers d'intervalle. De plus, l'interprétation des résultats doit être faite prudemment vu les petits nombres considérés.

B) Répartition des stades pour les cancers dépistés, les cancers d'intervalle et les cancers chez les femmes non dépistées en Wallonie pour les tranches d'âge 25-64 ans pour les années d'incidence 2019-2021 (NOUVEAU)



La figure 5B montre une différence dans la distribution des stades des tumeurs invasives chez les femmes qui ont été dépistées et celles qui ne l'ont pas été pour les années d'incidence 2019-2021. Sans tenir compte des cancers d'intervalle et parmi les tumeurs dont le stade est connu, les cancers chez les femmes dépistées sont détectés dans 62.6% des cas à un stade I et dans 74% des cas à un stade I ou II, offrant un meilleur pronostic. Les stades I et II ne représentent que 50% des cas chez les femmes non dépistées alors que les stades IV représentent à eux seuls 22.8% des cancers chez les femmes n'étant pas dépistées. Les cancers d'intervalle sont diagnostiqués à des stades plus élevés que les cancers dépistés mais la proportion de stades I est de 43,3% contre 28,1% chez les femmes non dépistées. Les stades IV pour les cancers d'intervalle représentent également la moitié de ceux diagnostiqués chez les femmes non dépistées.

C) Répartition des stades des cancers d'intervalle selon le délai entre le dernier dépistage négatif et le diagnostic de cancer **(NOUVEAU)**



A travers les données de la figure 5C, nous observons qu'il existe peu de différence dans la répartition des stades des cancers d'intervalle en fonction du délai entre le dernier dépistage négatif et le diagnostic.

7. Surdepistage

Le dépistage du cancer du col de l'utérus en Wallonie se déroule actuellement de manière opportuniste. Le dépistage opportuniste implique qu'une femme se fait dépister de sa propre initiative ou à l'initiative d'un médecin. Une femme peut donc décider elle-même quand et à quelle fréquence se faire dépister. Le surdepistage se définit comme un frottis de dépistage réalisé plus d'une fois par période de 3 ans. En effet, un frottis de dépistage n'est remboursé qu'une fois toutes les trois années civiles par les organismes assureurs. Cette fréquence est en accord avec les recommandations européennes [15].

Le Tableau 6 donne un aperçu du nombre de femmes pour lesquelles un échantillon cervical a été prélevé en 2019, 2020, 2021 ou 2022. Pour chacune de ces femmes, il a été vérifié si la femme était éligible au dépistage et si l'échantillon était pertinent ou pas.

- Les femmes éligibles au dépistage sont les femmes qui font partie de la population cible ayant réalisé un frottis cervical et qui n'appartiennent pas aux personnes exclues. Pour celles-ci, chaque participation est considérée comme étant justifiée ou légitime, c'est-à-dire comme **dépistage triennal**.
- Pour les femmes qui sont définitivement exclues du dépistage en raison d'une hystérectomie ou d'une tumeur invasive dans le passé, chaque échantillon a été considéré comme justifié, en tant que **suivi médical**.
- Pour les femmes qui ne sont temporairement pas éligibles au dépistage en raison d'un prélèvement au cours des deux années précédentes (= exclusion temporaire), tous les frottis de dépistage remboursés et non remboursés ont été considérés comme **surdepistage**.

Tableaux 6 : Répartition des femmes selon l'éligibilité¹ au dépistage et la légitimité² de l'échantillon, années 2019, 2020, 2021 et 2022

2019									
Nombre	Total	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans
Population cible ayant réalisé un frottis cervical	222 362	30 975	33 056	31 941	29 985	29 956	26 535	22 202	17 712
Femmes éligibles au dépistage et ayant réalisé un frottis cervical = dépistage triennal	129 593	19 616	19 721	18 422	16 778	16 725	14 762	12 822	10 747
Femmes non-éligibles au dépistage pour raison médicale = suivi médical	23 039	3 311	3 682	3 260	3 100	3 227	2 777	2 117	1 565
Femmes temporairement non-éligibles au dépistage = surdépistage	69 694	8 040	9 647	10 254	10 099	10 001	8 995	7 261	5 397
%	Total	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans
Population cible ayant réalisé un frottis cervical	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Femmes éligibles au dépistage et ayant réalisé un frottis cervical = dépistage triennal	58,3%	63,3%	59,7%	57,7%	56,0%	55,8%	55,6%	57,8%	60,7%
Femmes non-éligibles au dépistage pour raison médicale = suivi médical	10,4%	10,7%	11,1%	10,2%	10,3%	10,8%	10,5%	9,5%	8,8%
Femmes temporairement non-éligibles au dépistage = surdépistage	31,3%	26,0%	29,2%	32,1%	33,7%	33,4%	33,9%	32,7%	30,5%
2020									
Nombre	Total	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans
Population cible ayant réalisé un frottis cervical	200 243	27 579	30 937	28 846	27 437	26 672	23 768	19 385	15 619
Femmes éligibles au dépistage et ayant réalisé un frottis cervical = dépistage triennal	115 443	17 328	18 354	16 412	15 209	14 602	13 156	11 010	9 372
Femmes non-éligibles au dépistage pour raison médicale = suivi médical	22 535	3 210	3 632	3 401	3 059	3 044	2 779	1 976	1 434
Femmes temporairement non-éligibles au dépistage = surdépistage	62 239	7 038	8 949	9 026	9 167	9 021	7 828	6 397	4 813
%	Total	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans
Population cible ayant réalisé un frottis cervical	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Femmes éligibles au dépistage et ayant réalisé un frottis cervical = dépistage triennal	57,7%	62,8%	59,3%	56,9%	55,4%	54,7%	55,4%	56,8%	60,0%
Femmes non-éligibles au dépistage pour raison médicale = suivi médical	11,3%	11,6%	11,7%	11,8%	11,1%	11,4%	11,7%	10,2%	9,2%
Femmes temporairement non-éligibles au dépistage = surdépistage	31,1%	25,5%	28,9%	31,3%	33,4%	33,8%	32,9%	33,0%	30,8%

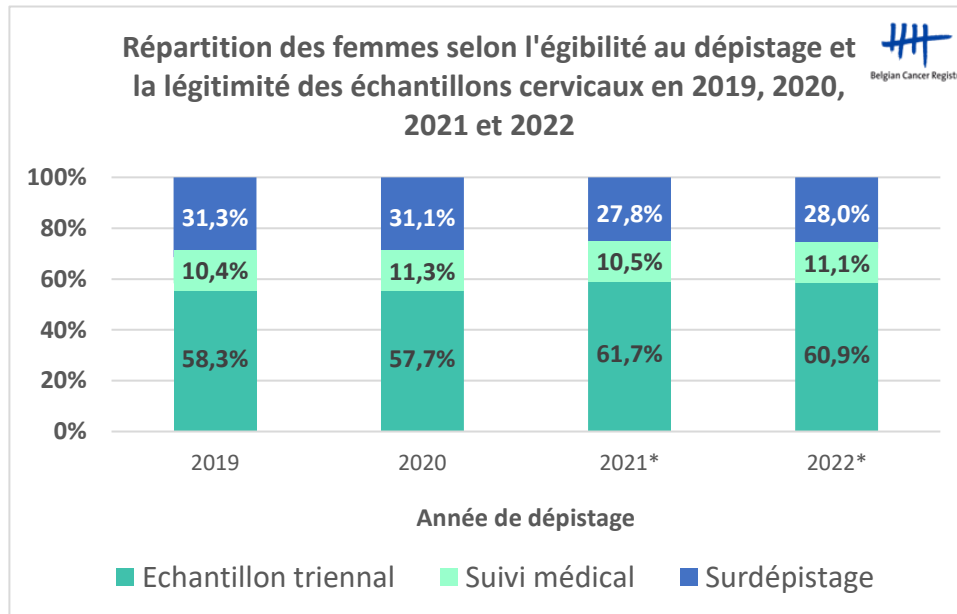
¹ Population cible éligible au dépistage : femmes faisant partie de la population cible et ne rencontrant pas de critère d'exclusion (voir point 2. Population étudiée)

² Frottis réalisé à intervalle de 3 ans ou plus

2021*									
Nombre	Total	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans
Population cible ayant réalisé un frottis cervical	232 399	29 936	34 786	33 572	32 216	30 856	28 202	23 548	19 283
Femmes éligibles au dépistage et ayant réalisé un frottis cervical = dépistage triennal	143 423	19 766	21 841	20 703	19 350	18 162	16 698	14 450	12 453
Femmes non-éligibles au dépistage pour raison médicale = suivi médical	24 450	3 340	3 843	3 516	3 378	3 304	3 093	2 304	1 672
Femmes temporairement non-éligibles au dépistage = surdépistage	64 514	6 829	9 099	9 352	9 487	9 389	8 408	6 792	5 158
%	Total	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans
Population cible ayant réalisé un frottis cervical	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Femmes éligibles au dépistage et ayant réalisé un frottis cervical = dépistage triennal	61,7%	66,0%	62,8%	61,7%	60,1%	58,9%	59,2%	61,4%	64,6%
Femmes non-éligibles au dépistage pour raison médicale = suivi médical	10,5%	11,2%	11,0%	10,5%	10,5%	10,7%	11,0%	9,8%	8,7%
Femmes temporairement non-éligibles au dépistage = surdépistage	27,8%	22,8%	26,2%	27,9%	29,4%	30,4%	29,8%	28,8%	26,7%
2022*									
Nombre	Total	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans
Population cible ayant réalisé un frottis cervical	223 918	27 931	33 323	32 060	31 409	29 378	27 605	23 139	19 073
Femmes éligibles au dépistage et ayant réalisé un frottis cervical = dépistage triennal	136 421	18 479	21 054	19 161	18 347	17 178	16 032	13 996	12 174
Femmes non-éligibles au dépistage pour raison médicale = suivi médical	24 886	3 216	3 859	3 646	3 524	3 259	3 130	2 452	1 800
Femmes temporairement non-éligibles au dépistage = surdépistage	62 589	6 231	8 407	9 250	9 536	8 938	8 440	6 691	5 096
%	Total	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans
Population cible ayant réalisé un frottis cervical	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Femmes éligibles au dépistage et ayant réalisé un frottis cervical = dépistage triennal	60,9%	66,2%	63,2%	59,8%	58,4%	58,5%	58,1%	60,5%	63,8%
Femmes non-éligibles au dépistage pour raison médicale = suivi médical	11,1%	11,5%	11,6%	11,4%	11,2%	11,1%	11,3%	10,6%	9,4%
Femmes temporairement non-éligibles au dépistage = surdépistage	28,0%	22,3%	25,2%	28,9%	30,4%	30,4%	30,6%	28,9%	26,7%

(*) Les chiffres pour 2021 et 2022 sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années car les prestations médicales peuvent encore être remboursées par les organismes assureurs jusqu'à deux ans après la date de prestation. Les chiffres pour 2019 et 2020 sont définitifs.

Figure 6 : Répartition des femmes selon l'éligibilité au dépistage et la légitimité des échantillons cervicaux en 2019, 2020, 2021 et 2022



(*) Les chiffres pour 2021 et 2022 sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années car les prestations médicales peuvent encore être remboursées par les organismes assureurs jusqu'à deux ans après la date de prestation. Les chiffres pour 2019 et 2020 sont définitifs.

Parmi toutes les femmes de la population-cible ayant réalisé un frottis cervical pour les années 2019 et 2020, il semble que le prélèvement n'était pas légitime pour un peu plus de 30% de ces femmes. Ces échantillons peuvent être considérés comme du surdépistage. En 2021 et 2022, ce pourcentage de surdépistage a diminué autour de 28%, cette évolution sera toutefois à suivre car les données AIM pour les 2 dernières années sont encore incomplètes, de nouveaux frottis viendront donc encore s'ajouter. La tranche d'âge parmi laquelle le pourcentage de surdépistage est le plus élevé se situe entre 40-54 ans.

Pour environ 58 % des femmes de la population cible ayant réalisé un échantillon cervical, il s'agissait d'un échantillon triennal pour les années 2019 et 2020. Ce qui est en accord avec les recommandations concernant la fréquence de dépistage et selon les règles de remboursement de l'INAMI [15]. En 2021, ce pourcentage monte jusqu'à 61,7% et à 61% en 2022.

8. Qualification du médecin qui effectue le prélèvement cervical

La qualification du médecin qui demande l'analyse du prélèvement cervical est déterminée en utilisant le numéro INAMI du médecin demandeur enregistré dans le CHP.

Le Tableau 7 présente le nombre de frottis prélevés parmi les femmes issues de la **population cible ayant réalisé un frottis cervical présent dans le CHP** en 2019, 2020, 2021 et 2022, par type de frottis (frottis de dépistage, de suivi, non-remboursés) et qualification du médecin qui demande l'analyse du prélèvement cervical. La Figure 7 montre la proportion des frottis de dépistage par qualification du médecin qui a demandé le frottis.

Tableaux 7 : Nombres et pourcentages de frottis prélevés en 2019-2022 parmi les femmes de la population cible ayant réalisé un frottis cervical présent dans le CHP par type de frottis et qualification du médecin qui demande le prélèvement

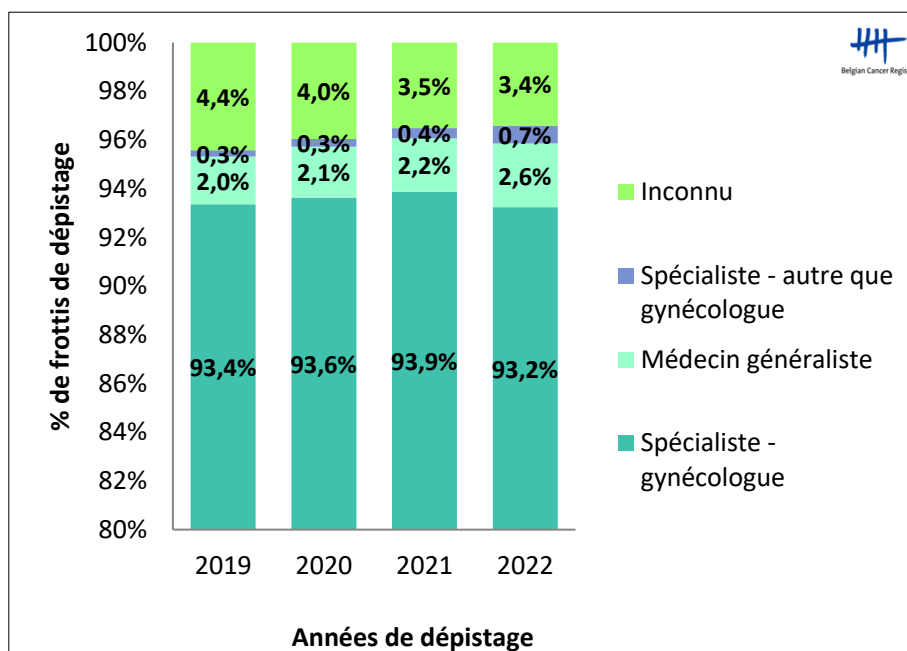
	Nombres par type de frottis				Pourcentage par type de frottis			
	Dépistage	Non-remboursés	Suivi	Total	Dépistage	Non-remboursés	Suivi	Total
2019								
Spécialiste - gynécologue	143 475	42 922	25 540	211 937	93,4%	88,7%	93,1%	92,3%
Médecin généraliste	3 010	736	315	4 061	2,0%	1,5%	1,1%	1,8%
Spécialiste - autre que gynécologue	412	2 945	581	3 938	0,3%	6,1%	2,1%	1,7%
Spécialiste - anatomopathologiste*	253	2 729	542	3 524	0,2%	5,6%	2,0%	1,5%
Spécialiste - autre	159	216	39	414	0,1%	0,4%	0,1%	0,2%
Inconnu	6 784	1 804	993	9 581	4,4%	3,7%	3,6%	4,2%
Total d'échantillons livrés	153 681	48 407	27 429	229 517	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
2020								
Spécialiste - gynécologue	128 487	37 897	24 843	191 227	93,6%	89,4%	94,6%	92,9%
Médecin généraliste	2 864	827	377	4 068	2,1%	2,0%	1,4%	2,0%
Spécialiste - autre que gynécologue	421	2 059	278	2 758	0,3%	4,9%	1,1%	1,3%
Spécialiste - anatomopathologiste*	229	1 873	240	2 342	0,2%	4,4%	0,9%	1,1%
Spécialiste - autre	192	186	38	416	0,1%	0,4%	0,1%	0,2%
Inconnu	5 438	1 621	775	7 834	4,0%	3,8%	2,9%	3,8%
Total d'échantillons livrés	137 210	42 404	26 273	205 887	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
2021**								
Spécialiste - gynécologue	154 876	42 073	27 322	224 271	93,9%	92,1%	94,0%	93,5%
Médecin généraliste	3 611	1 044	474	5 129	2,2%	2,3%	1,6%	2,1%
Spécialiste - autre que gynécologue	706	1 096	428	2 230	0,4%	2,4%	1,5%	0,9%
Spécialiste - anatomopathologiste*	498	944	394	1 836	0,3%	2,1%	1,4%	0,8%
Spécialiste - autre	208	152	34	394	0,1%	0,3%	0,1%	0,2%
Inconnu	5 785	1 478	854	8 117	3,5%	3,2%	2,9%	3,4%
Total d'échantillons livrés	164 978	45 691	29 078	239 747	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

2022**	Dépistage	Non-remboursés	Suivi	Total	Dépistage	Non-remboursés	Suivi	Total
Spécialiste - gynécologue	144 627	45 994	28 129	218 750	93,2%	92,7%	94,9%	93,3%
Médecin généraliste	4 057	1 186	476	5 719	2,6%	2,4%	1,6%	2,4%
Spécialiste - autre que gynécologue	1 148	963	279	2 390	0,7%	1,9%	0,9%	1,0%
Spécialiste - anatomopathologiste*	1 060	902	266	2 228	0,7%	1,8%	0,9%	1,0%
Spécialiste - autre	88	61	13	162	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%
Inconnu	5 280	1 468	755	7 503	3,4%	3,0%	2,5%	3,2%
Total d'échantillons livrés	155 112	49 611	29 639	234 362	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(*) anatomopathologiste : en cas de 2^{ème} lecture / analyse complémentaire

(**) Les chiffres pour 2021 et 2022 sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années car les prestations médicales peuvent encore être remboursées par les organismes assureurs jusqu'à deux ans après la date de prestation. Les chiffres pour 2019 et 2020 sont définitifs.

Figure 7 : Pourcentage de frottis de dépistage prélevés en 2019, 2020, 2021 et 2022 parmi les femmes de la population-cible avec un échantillon cervical dans le CHP par qualification du médecin qui demande le prélèvement cervical



Pour les femmes de la population cible ayant réalisé un frottis cervical dont l'échantillon est enregistré dans le CHP, quel que soit le type de frottis (de dépistage, non remboursé, de suivi), environ 93% ont été prélevés par des gynécologues, environ 2% par des médecins généralistes et environ 1% par d'autres spécialistes pour les années 2019 à 2022. Le pourcentage d'échantillons pour lesquels la qualification du médecin qui effectue le prélèvement est inconnue est d'environ 3,6%.

Lorsque l'examen est demandé par un anatomopathologiste, il s'agit majoritairement de frottis ne rencontrant pas les critères pour un remboursement.

Le nombre de frottis non remboursés est plus élevé en 2022 par rapport aux années antérieures. Il s'agit sans doute d'une surestimation due au fait que les données AIM 2022 ne sont pas totalement complètes en raison du délai entre une prestation médicale et l'enregistrement de celle-ci dans la base de données AIM.

9. Résultats des frottis de dépistage et les diagnostics cytologiques

Le nombre de frottis de dépistage remboursés en 2019, 2020, 2021 et 2022 chez les femmes de la population cible éligible ayant réalisé un frottis cervical ont été répartis selon le diagnostic. La signification des différentes catégories de diagnostics ainsi que le suivi le plus approprié pour chaque diagnostic est indiquée dans le Tableau 8.

Tableau 8 : Signification des catégories de diagnostics cytologiques et indication du suivi approprié

	Diagnostic	Signification	Suivi approprié
Diagnostic normal	NILM	Négatif pour les anomalies cellulaires épithéliales ou pour la malignité	Schéma de dépistage normal (frottis tous les 3 ans)
	NODIAGN	Pas de diagnostic disponible	
Diagnostic anormal	INSU	Pas de diagnostic disponible en raison d'un échantillon de qualité insuffisante	Refaire un frottis
	ATYP	Cellules atypiques, de signification indéterminée	Triage HPV
	ASCU	Cellules squameuses atypiques, de signification indéterminée	
	ASCH	Cellules squameuses atypiques, HSIL ne peut être exclu	
	LSIL	Lésion squameuse intra-épithéliale de bas grade	Frottis de suivi
	HSIL	Lésion squameuse intra-épithéliale de haut grade, in situ inclus	Autres examens de suivi/traitements (**)
	AGLC (*)	Cellules atypiques glandulaires (origine non déterminée)	
	Autre	Tumeurs in situ et invasives, à l'exclusion des lésions squameuses de haut grade (HSIL)	

(*) Y compris les anomalies glandulaires en combinaison avec des anomalies squameuses

(**) Y compris les tests HPV

Les échantillons cytologiques sans diagnostic ('NODIAGN') et les échantillons négatifs ('NILM') sont considérés comme des échantillons normaux. Un échantillon reçoit un diagnostic final 'NODIAGN' si le code lésion est manquant ou si le code lésion fourni ne contient pas d'informations pertinentes. Les échantillons pour lesquels seul le résultat HPV a été fourni et pour lesquels aucun diagnostic cytologique correspondant ne peut être trouvé dans le CHP, reçoivent également le diagnostic final 'NODIAGN'. Les échantillons d'une qualité insuffisante ('INSU') sont plutôt considérés comme des échantillons anormaux car un nouveau prélèvement est requis. Chaque diagnostic à partir du diagnostic 'ATYP' est considéré comme un échantillon anormal. Pour tous les diagnostics anormaux, le suivi médical approprié est indiqué dans le Tableau 8.

Tableau 9 : Nombre et pourcentage de frottis de dépistage remboursés en 2019, 2020, 2021 et 2022 parmi les femmes de la population cible éligible ayant réalisé un frottis de dépistage, répartis selon le diagnostic

		2019		2020		2021(*)		2022(*)		
Diagnostics		N	%	N	%	N	%	N	%	Suivi approprié
Normal	NILM	103 863	88,72%	88 610	85,21%	111 006	84,65%	108 062	85,35%	Schéma de dépistage normal (frottis tous les 3 ans)
	NODIAGN	91	0,08%	54	0,05%	72	0,05%	23	0,02%	
	Total échantillons normaux	103 954	88,80%	88 664	85,26%	111 078	84,71%	108 085	85,36%	
	ATYP	3 078	2,63%	6 341	6,10%	9 362	7,14%	7 300	5,77%	Triage HPV
Anormal	INSU	842	0,72%	749	0,72%	961	0,73%	1 081	0,85%	Refaire un frottis
	ASCU	5 122	4,38%	4 579	4,40%	5 631	4,29%	5 919	4,67%	Triage HPV
	ASCH	287	0,25%	277	0,27%	351	0,27%	340	0,27%	
	LSIL	2 814	2,40%	2 552	2,45%	2 887	2,20%	3 064	2,42%	Frottis de suivi
	HSIL	547	0,47%	451	0,43%	438	0,33%	449	0,35%	Autres examens de suivi/traitements (**)
	AGLC	400	0,34%	361	0,35%	405	0,31%	359	0,28%	
	Autre	19	0,02%	17	0,02%	15	0,01%	20	0,02%	
		Total échantillons anormaux(°)	10 031	8,57%	8 986	8,64%	10 688	8,15%	11 232	8,87%
	TOTAL	117 063	100,00%	103 991	100,00%	131 128	100,00%	126 617	100,00%	

(°) Exclu les diagnostics 'ATYP'.

(*) Les chiffres pour 2021 et 2022 sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années car les prestations médicales peuvent encore être remboursées par les organismes assureurs jusqu'à deux ans après la date de prestation. Les chiffres pour 2019 et 2020 sont définitifs.

(**) Y compris les tests HPV.

Environ 86 % des frottis de dépistage effectués en 2019-2022 ont un diagnostic normal et doivent être suivis selon un schéma de dépistage normal, c'est-à-dire avec un frottis de dépistage tous les 3 ans. Environ 8,5 % des frottis de dépistage ont un diagnostic anormal. Le diagnostic 'ASCU' est le diagnostic anormal le plus fréquent en 2019-2022 (4,3 à 4,7%). On constate une forte augmentation du diagnostic 'ATYP' entre 2019 et 2021, qui passe de moins de 2,6 % en 2019 à 7,1 % en 2021. Ceci s'explique surtout par le codage de quelques laboratoires wallons qui ont un pourcentage de 'ATYP' nettement plus élevé que la moyenne. Ces laboratoires codent en effet certains frottis à la fois comme 'NILM' et 'ATYP' alors que notre système informatique prend en compte le diagnostic le plus sévère par échantillon ('ATYP' ici). Ceci a déjà été discuté avec ces laboratoires dans le cadre des feedbacks aux laboratoires. Les résultats 'ATYP' sont donc comptés séparément afin de ne pas influencer les résultats. Pour 2022, nous constatons une tendance à la diminution des diagnostics ATYP, pouvant signifier que les feedbacks aux laboratoires permettent d'apporter une correction. Cette tendance sera toutefois à suivre attentivement.

10. Triage par un test HPV

Actuellement, le test HPV est remboursé afin de faire le tri en cas de présence de cellules atypiques dans un frottis de dépistage ou dans le cadre d'un suivi après un résultat positif. En plus des diagnostics cytologiques, les résultats des tests HPV sont également enregistrés dans le CHP. Un test HPV est considéré comme positif (HPV+) si au moins 1 type d'HPV à haut risque est présent dans l'échantillon. Les 13 types d'HPV considérés comme HPV à haut risque sont : HPV 16, HPV 18, HPV 31, HPV 33, HPV 35, HPV 39, HPV 45, HPV 51, HPV 52, HPV 56, HPV 58, HPV 59 et HPV 68. Un échantillon est HPV négatif (HPV-) lorsqu'aucun type d'HPV à haut risque n'est retrouvé. Pour les frottis de dépistage, le nombre et le pourcentage de triage par un test HPV ont été calculés indépendamment du fait qu'il ait été remboursé ou non.

Pour tous les frottis de dépistage remboursés prélevés durant les années 2019, 2020, 2021 et 2022 sur des femmes faisant partie de la population cible éligible ayant réalisé un frottis de dépistage, il a été vérifié si un triage par un test HPV avait eu lieu. Les résultats sont répartis par diagnostic cytologique. Tous les tests HPV ont été pris en compte, qu'il ait été remboursé ou non et quel que soit le résultat du test. La signification des différents codes lésion (= diagnostic cytologique) est indiquée dans le Tableau 8.

Le triage par un test HPV est indiqué comme suivi si des cellules atypiques sont présentes dans le frottis de dépistage, c'est-à-dire pour les diagnostics 'ASCU', 'ASCH' et 'AGLC'. Bien que le triage par un test HPV ne soit remboursé qu'en présence de cellules atypiques, le test HPV est également effectué sur d'autres diagnostics 'NILM', 'NODIAGN', 'INSU', 'ATYP', 'LSIL', 'HSIL', 'Autre'. Le Tableau 10 présente le nombre de triage par un test HPV effectué de manière appropriée ou non (sur base du diagnostic) sur les frottis de dépistage remboursés prélevés en 2019, 2020, 2021 et 2022 parmi les femmes faisant partie de la population cible éligible ayant réalisé un test de dépistage. La catégorie 'Test HPV effectué' inclut les test HPV+, HPV-, les tests non interprétables et les tests pour lesquels le résultat n'est pas connu dans le CHP mais l'AIM indique qu'un test HPV a été facturé.

Tableau 10 : Triage par un test HPV sur les frottis de dépistage remboursés prélevés en 2019, 2020, 2021 et 2022 parmi les femmes faisant partie de la population cible éligible ayant réalisé un frottis de dépistage

	Nombre			Pourcentage		
	Aucun test HPV effectué	Test HPV effectué	Total	Aucun test HPV effectué	Test HPV effectué	Total
N lésions pour lesquelles	2019					
Test HPV recommandé (§)	601	5 208	5 809	10,3%	89,7%	100,0%
Test HPV non recommandé (§)	110 756	498	111 254	99,6%	0,4%	100,0%
Total	111 357	5 706	117 063	95,1%	4,9%	100,0%
	2020					
Test HPV recommandé (§)	336	4 881	5 217	6,4%	93,6%	100,0%
Test HPV non recommandé (§)	98 275	499	98 774	99,5%	0,5%	100,0%
Total	98 611	5 380	103 991	94,8%	5,2%	100,0%
	2021 (*)					
Test HPV recommandé (§)	347	6 040	6 387	5,4%	94,6%	100,0%
Test HPV non recommandé (§)	124 145	596	124 741	99,5%	0,5%	100,0%
Total	124 492	6 636	131 128	94,9%	5,1%	100,0%
	2022 (*)					
Test HPV recommandé (§)	191	6 427	6 618	2,9%	97,1%	100,0%
Test HPV non recommandé (§)	119 335	664	119 999	99,4%	0,6%	100,0%
Total	119 526	7 091	126 617	94,4%	5,6%	100,0%



(§) Triage par un test HPV recommandé : en cas de frottis de dépistage avec un diagnostic cytologique 'ASCU', 'ASCH' ou 'AGLC'.

(§) Triage par un test HPV non recommandé : en cas de frottis de dépistage avec un diagnostic cytologique 'NILM', 'NODIAGN', 'INSU', 'ATYP', 'LSIL', 'HSIL', ou 'Autre'

(*) Les chiffres pour 2021 et 2022 sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années car les prestations médicales peuvent encore être remboursées par les organismes assureurs jusqu'à deux ans après la date de prestation. Les chiffres pour 2019 et 2020 sont définitifs.

Parmi tous les frottis de dépistage pour lesquels un test HPV est indiqué comme un suivi recommandé, celui-ci a bien été effectué pour 89,7% des échantillons en 2019. Ce pourcentage augmente lors des années suivantes et atteint 97,1% en 2022. Cependant, les chiffres pour 2021 et 2022 sont provisoires car la base de données AIM est encore incomplète. Un triage par un test HPV n'a donc pas été effectué pour 10,3% des frottis de dépistage en 2019 alors que le test HPV était indiqué comme un suivi approprié. La situation s'est améliorée au cours des années et en 2022 ces cas ne représentent plus que 2,9%. Un triage HPV est effectué pour 0,4 à 0,6% des frottis de dépistage pour lesquels aucune cellule atypique n'est retrouvée et pour lequel aucun triage par un test HPV n'est indiqué et qui est donc à charge de la patiente.

11. Suivi médical suite à un dépistage anormal ou de qualité insuffisante

Toutes les femmes avec un frottis de dépistage anormal doivent être suivies au niveau médical. Cette analyse indique si les femmes ayant un résultat de dépistage anormal reçoivent le suivi médical nécessaire. En d'autres termes, il est vérifié si les actions diagnostiques et thérapeutiques nécessaires sont prises et si elles ont lieu dans un délai acceptable (par exemple, refaire la cytologie cervicale, examen de colposcopie si indiqué, biopsie). Les femmes pour lesquelles le frottis est d'une qualité insuffisante devraient également effectuer un nouveau frottis. Cet élément est également vérifié dans cette analyse.

Pour chaque frottis de dépistage anormal, il a été vérifié si un examen de suivi a été enregistré pour les personnes concernées dans les bases de données disponibles. Un aperçu des examens de suivi possibles et des critères associés sont décrits en annexe du document 'Méthodologie' (Tableau A3). Le délai maximum entre le frottis anormal et l'examen de suivi subséquent est fixé à 12 mois.

Tableau 11: Nombre de femmes issues de la population cible éligible ayant réalisé un frottis de dépistage, ainsi que celles exclues provisoirement, avec un frottis de dépistage remboursé en 2019, 2020 et 2021 dans le CHP, par diagnostic, par résultat du test HPV et par suivi ou non dans les 12 mois

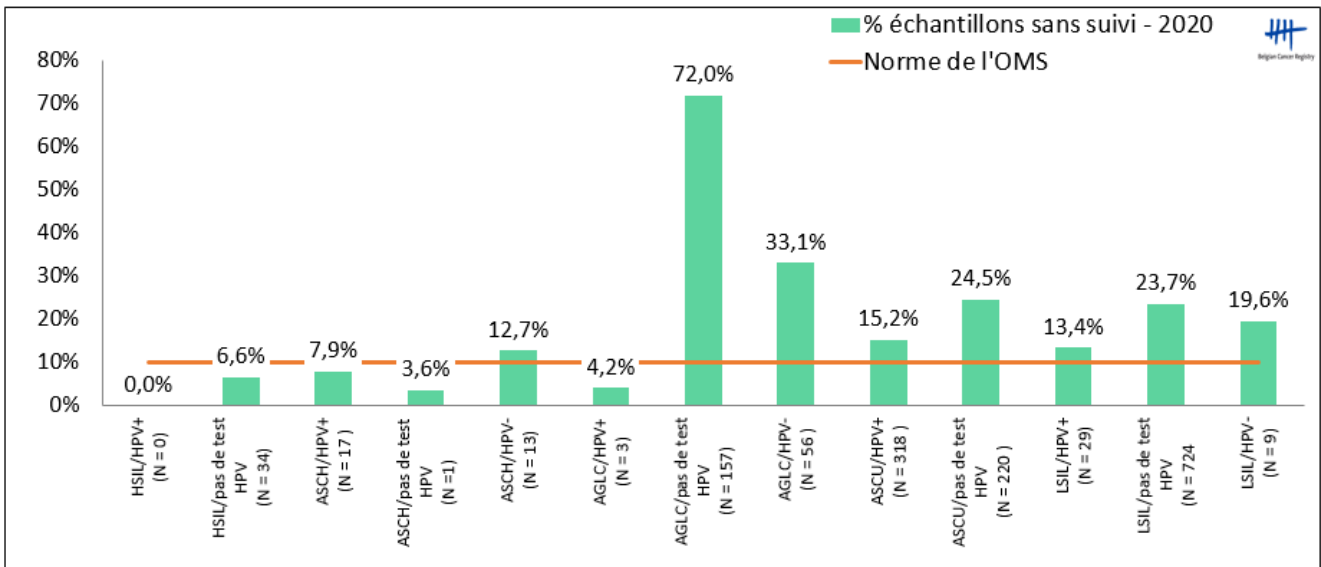
Diagnostic	Résultat du test HPV (**)	2019			2020			2021 (*)		
		Total échantillons	Suivi dans les 12 mois		Total échantillons	Suivi dans les 12 mois		Total échantillons	Suivi dans les 12 mois	
			Nombre	%		Nombre	%		Nombre	%
HSIL	HPV+	22	21	95,5%	18	18	100,0%	16	15	93,8%
HSIL	inconnu ou pas de test	643	589	91,6%	512	478	93,4%	486	445	91,6%
HSIL	HPV-	1	-	0,0%	2	2	100,0%	1	1	100,0%
ASCH	HPV+	239	216	90,4%	216	199	92,1%	273	250	91,6%
ASCH	inconnu ou pas de test	62	55	88,7%	28	27	96,4%	35	34	97,1%
ASCH	HPV-	84	73	86,9%	102	89	87,3%	119	102	85,7%
AGLC	HPV+	77	72	93,5%	72	69	95,8%	89	84	94,4%
AGLC	inconnu ou pas de test	262	58	22,1%	218	61	28,0%	234	61	26,1%
AGLC	HPV-	175	115	65,7%	169	113	66,9%	166	104	62,7%
ASCU	HPV+	2 265	1 904	84,1%	2 094	1 776	84,8%	2 453	2 020	82,3%
ASCU	inconnu ou pas de test	1 210	886	73,2%	898	678	75,5%	667	466	69,9%
LSIL	HPV+	209	190	90,9%	216	187	86,6%	224	201	89,7%
LSIL	inconnu ou pas de test	3 447	2 593	75,2%	3 058	2 334	76,3%	3 332	2 544	76,4%
LSIL	HPV-	51	34	66,7%	46	37	80,4%	62	43	69,4%
Inconnu	HPV+	57	54	94,7%	35	34	97,1%	18	18	100,0%
INSU (\$)	NA	890	509	57,2%	860	464	54,0%	1 125	610	54,2%
Total (INSU inclus)		9 694	7 369	76,0%	8 544	6 566	76,8%	9 300	6 998	75,2%
Total (INSU exclus)		8 804	6 860	77,9%	7 684	6 102	79,4%	8 175	6 388	78,1%

*Les chiffres pour 2021 sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années car les prestations médicales peuvent encore être remboursées par les organismes assureurs jusqu'à deux ans après la date de prestation. Les chiffres pour 2019 et 2020 sont définitifs.

**Test HPV sur le frottis de dépistage lui-même. 'Inconnu ou pas de test HPV' : si le test HPV n'est pas effectué ou si le résultat est inconnu. Pour les lésions mentionnées dans le tableau 9 (à l'exclusion des échantillons de qualité insuffisante), l'exhaustivité des résultats HPV pour les années 2019-2021 est de 98,4 %, 97,3 % et 99,3 %, respectivement.

(\$) INSU : échantillon de qualité insuffisante

Figure 8 : Pourcentage de frottis de dépistage anormaux sans suivi dans les 12 mois, répartis selon le diagnostic et le résultat HPV pour l'année de dépistage 2020



Le taux total de suivi des frottis de dépistage anormaux, sans les frottis de qualité insuffisante, se situe entre 78% et 79,4 % pour les années de dépistage 2019 à 2021. Ce pourcentage est inférieur à la norme recommandée par l'OMS qui indique qu'il devrait y avoir un taux de suivi de 90 % si des anomalies sont trouvées [14]. Le taux de suivi des échantillons de qualité insuffisante ('INSU') semble diminuer au cours de la période et passe de 57,2% à 54,2%, le suivi pour ces échantillons de qualité insuffisante devrait donc également pouvoir être amélioré.

Le taux de suivi varie fortement selon le diagnostic et le résultat des tests HPV (cf. Tableau 11 et Figure 8). La Figure 8 présente le pourcentage de frottis de dépistage anormaux sans suivi dans les 12 mois par diagnostic et résultat des tests HPV pour l'année 2020. Le nombre correspondant d'échantillons sans suivi est indiqué entre parenthèses dans la figure.

Les diagnostics les plus sévères tels que 'HSIL' et 'ASCH' ont un taux de suivi suffisant. Pour ces catégories, la norme de l'OMS est atteinte ou proche de celle-ci. Pour les diagnostics 'AGLC', 'ASCU' et 'LSIL', le suivi est (presque) suffisant uniquement si un test HPV a été effectué avec un résultat positif.

Le taux de suivi plus faible pour les lésions 'AGLC' peut être attribué à un nombre plus élevé de diagnostics AGLC au cours des années 2019 à 2021. La raison en est un problème de qualité du codage de ces lésions dans un laboratoire particulier. Dans ce laboratoire, le code de lésion 'AGLC' est attribué incorrectement à des échantillons dans lesquels des cellules endométriales sont présentes sans être anormales. Dans ce cas-là, aucun suivi supplémentaire n'est nécessaire en ce qui concerne les anomalies du col de l'utérus. Ce problème a été discuté avec le laboratoire concerné dans le cadre du retour d'informations aux laboratoires et nous observons un retour à la normale dans les données de 2022.

En résumé, la norme de l'OMS qui vise un taux de suivi de 90 % si des anomalies sont trouvées, est plus ou moins atteinte pour les lésions les plus sévères ('HSIL', 'ASCH', 'AGLC/HPV+') et est meilleur pour les femmes dont le triage HPV amène un résultat positif. Pour les autres diagnostics, le suivi est à améliorer.

12. Résultats des diagnostics histologiques

Comme pour les échantillons cytologiques, la fréquence de tous les diagnostics histologiques a été calculée pour les années 2019 à 2022. Tous les diagnostics histologiques sont décrits dans le tableau 12. Le Tableau 13 et la Figure 9 présentent les nombres absolus et les pourcentages des diagnostics histologiques selon le type de prélèvement.

Tableau 12 : Signification des catégories de diagnostics histologiques pour les échantillons cervicaux

Diagnostic histologique	Signification
ABST	Pas de dysplasie, ni tumeur
NODIAGN	Pas de diagnostic
ATYP	Atypie, de signification indéterminée
LSIL	Dysplasie légère (CIN1)
CGIN	Dysplasie glandulaire endocervicale (inclus combinaison de CGIN et LSIL ou HSIL)
HSIL	Dysplasie modérée (CIN2) + Carcinome squameux in situ (CIN3) (§)
ADIS	Adénocarcinome in situ
ADQIS	Carcinome adénoquameux in situ
SQCA	Carcinome squameux invasif
ADCA	Adénocarcinome invasif
ADSQCA	Carcinome adénoquameux invasif
AUTRE	Autres tumeurs invasives, y compris métastase ou invasion locale dans le col de l'utérus (*)

(§) Dysplasie sévère est une tumeur in situ.

(*) Pas nécessairement une tumeur du col de l'utérus primaire, mais qui provient éventuellement de l'utérus, d'autres organes du pelvis ou annexes.

Tableau 13 : Fréquences des diagnostics histologiques lors de la période 2019-2022 par type de prélèvement

2019	Nombre - Total										
	ABST	NODIAGN	ATYP	LSIL	CGIN	HSIL	ADIS(*)	SQCA	ADCA(°)	Autre	Total
Biopsie	2 408	93	137	1 420	25	1 257	29	33	14	-	5 416
Conisation	335	5	32	249	2	1 100	23	19	20	-	1 785
Hystérectomie	118	-	4	39	2	185	9	14	4	1	376
Non spécifié ¹	1 023	43	39	309	8	329	5	26	13	4	1 799
Total	3 884	141	212	2 017	37	2 871	66	92	51	5	9 376
2020	ABST	NODIAGN	ATYP	LSIL	CGIN	HSIL	ADIS(*)	SQCA	ADCA(°)	Autre	Total
Biopsie	2 305	87	91	1 227	38	1 060	37	30	15	3	4 893
Conisation	168	3	5	187	2	898	18	17	6	1	1 305
Hystérectomie	104	1	4	38	2	137	7	2	5	3	303
Non spécifié ¹	898	59	42	297	5	269	2	26	4	7	1 609
Total	3 475	150	142	1 749	47	2 364	64	75	30	14	8 110
2021 (§)	ABST	NODIAGN	ATYP	LSIL	CGIN	HSIL	ADIS(*)	SQCA	ADCA(°)	Autre	Total
Biopsie	2 555	92	82	716	947	880	11	29	16	3	5 331
Conisation	185	1	2	211	189	864	9	21	9	1	1 492
Hystérectomie	130	-	4	32	31	127	8	11	-	-	343
Non spécifié ¹	1 001	52	30	162	206	256	2	12	6	5	1 732
Total	3 871	145	118	1 121	1 373	2 127	30	73	31	9	8 898

2022 (\$)	ABST	NODIAGN	ATYP	LSIL	CGIN	HSIL	ADIS(*)	SQCA	ADCA(°)	Autre	Total
Biopsie	2 454	210	78	1 259	4	1 195	8	27	14	5	5 254
Conisation	163	6	12	257	-	1 029	9	29	11	1	1 517
Hystérectomie	106	2	2	48	-	124	3	11	2	-	298
Non spécifié ¹	959	88	26	286	2	288	9	16	11	2	1 687
Total	3 682	306	118	1 850	6	2 636	29	83	38	8	8 756

% - Total											
2019	ABST	NODIAGN	ATYP	LSIL	CGIN	HSIL	ADIS(*)	SQCA	ADCA(°)	Autre	Total
Biopsie	44,5%	1,7%	2,5%	26,2%	0,5%	23,2%	0,5%	0,6%	0,3%	0,0%	100,0%
Conisation	18,8%	0,3%	1,8%	13,9%	0,1%	61,6%	1,3%	1,1%	1,1%	0,0%	100,0%
Hystérectomie	31,4%	0,0%	1,1%	10,4%	0,5%	49,2%	2,4%	3,7%	1,1%	0,3%	100,0%
Non spécifié ¹	56,9%	2,4%	2,2%	17,2%	0,4%	18,3%	0,3%	1,4%	0,7%	0,2%	100,0%
Total	41,4%	1,5%	2,3%	21,5%	0,4%	30,6%	0,7%	1,0%	0,5%	0,1%	100,0%
2020	ABST	NODIAGN	ATYP	LSIL	CGIN	HSIL	ADIS(*)	SQCA	ADCA(°)	Autre	Total
Biopsie	47,1%	1,8%	1,9%	25,1%	0,8%	21,7%	0,8%	0,6%	0,3%	0,1%	100,0%
Conisation	12,9%	0,2%	0,4%	14,3%	0,2%	68,8%	1,4%	1,3%	0,5%	0,1%	100,0%
Hystérectomie	34,3%	0,3%	1,3%	12,5%	0,7%	45,2%	2,3%	0,7%	1,7%	1,0%	100,0%
Non spécifié ¹	55,8%	3,7%	2,6%	18,5%	0,3%	16,7%	0,1%	1,6%	0,2%	0,4%	100,0%
Total	42,8%	1,8%	1,8%	21,6%	0,6%	29,1%	0,8%	0,9%	0,4%	0,2%	100,0%
2021 (\$)	ABST	NODIAGN	ATYP	LSIL	CGIN	HSIL	ADIS(*)	SQCA	ADCA(°)	Autre	Total
Biopsie	47,9%	1,7%	1,5%	13,4%	17,8%	16,5%	0,2%	0,5%	0,3%	0,1%	100,0%
Conisation	12,4%	0,1%	0,1%	14,1%	12,7%	57,9%	0,6%	1,4%	0,6%	0,1%	100,0%
Hystérectomie	37,9%	0,0%	1,2%	9,3%	9,0%	37,0%	2,3%	3,2%	0,0%	0,0%	100,0%
Non spécifié ¹	57,8%	3,0%	1,7%	9,4%	11,9%	14,8%	0,1%	0,7%	0,3%	0,3%	100,0%
Total	43,5%	1,6%	1,3%	12,6%	15,4%	23,9%	0,3%	0,8%	0,3%	0,1%	100,0%
2022 (\$)	ABST	NODIAGN	ATYP	LSIL	CGIN	HSIL	ADIS(*)	SQCA	ADCA(°)	Autre	Total
Biopsie	46,7%	4,0%	1,5%	24,0%	0,1%	22,7%	0,2%	0,5%	0,3%	0,1%	100,0%
Conisation	10,7%	0,4%	0,8%	16,9%	0,0%	67,8%	0,6%	1,9%	0,7%	0,1%	100,0%
Hystérectomie	35,6%	0,7%	0,7%	16,1%	0,0%	41,6%	1,0%	3,7%	0,7%	0,0%	100,0%
Non spécifié ¹	56,8%	5,2%	1,5%	17,0%	0,1%	17,1%	0,5%	0,9%	0,7%	0,1%	100,0%
Total	42,1%	3,5%	1,3%	21,1%	0,1%	30,1%	0,3%	0,9%	0,4%	0,1%	100,0%

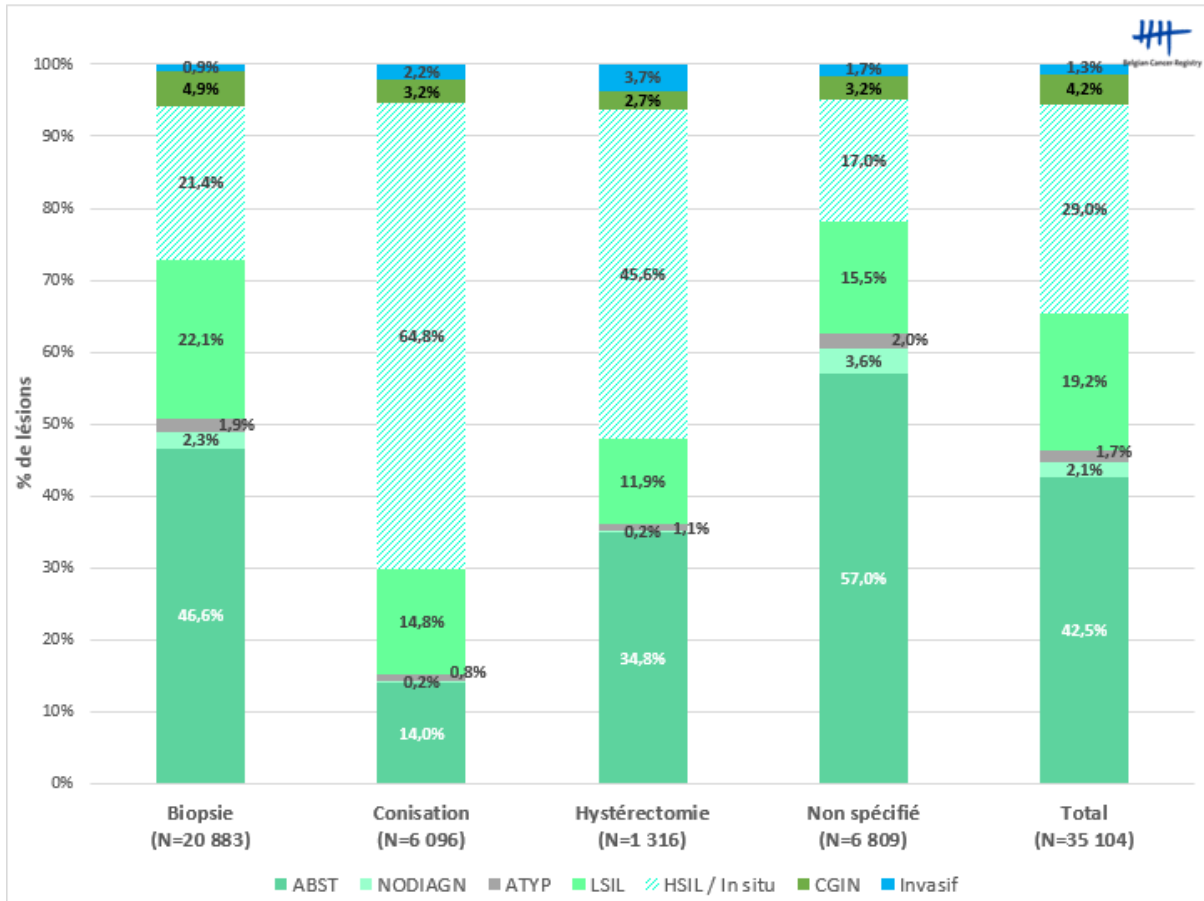
¹. les prélèvements « non-spécifiés » concernent les échantillons histologiques analysés par les laboratoires pour lesquels la prestation correspondante n'a pu être retrouvée dans les données de nomenclature AIM ainsi que les échantillons pour lesquels le NISS de la patiente n'est pas connu et ne peut donc être relié aux données AIM correspondantes.

(*) Inclus ADQIS

(°) Inclus ADSQCA

(\$) Les chiffres pour 2021 sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années car les prestations médicales peuvent encore être remboursées par les organismes assureurs jusqu'à deux ans après la date de prestation. Les chiffres pour 2019 et 2020 sont définitifs.

Figure 9 : Distribution des diagnostics histologiques pour la période 2019-2022 par type de prélèvement



Parmi les biopsies, 46,6% des échantillons histologiques ont un diagnostic normal ('ABST'), 22,1% ont un diagnostic de bas grade ('LSIL'), 21,4% ont un diagnostic de haut grade ('HSIL' et 'ADIS') et 0,9% un diagnostic de lésion invasive. Parmi les conisations, le pourcentage de diagnostic normal ('ABST') est inférieur à celui parmi les biopsies mais il s'élève tout de même à 14%. Le même constat se fait pour le pourcentage de 'LSIL' qui est de 14,8%. De manière générale, un pourcentage élevé de diagnostics 'ABST' et 'LSIL' parmi les conisations peut indiquer un surtraitement. Les pourcentages de 'HSIL', 'ADIS' et 'Invasif' parmi les conisations sont supérieurs à ceux parmi les biopsies et s'élèvent respectivement à 64,8% et 2,2%. Pour les hystérectomies, le pourcentage de diagnostic 'Invasif' est le plus haut, soit 3,7%. Par contre, le pourcentage de 'ABST' est de 34,8%. Ce pourcentage assez élevé s'explique par le fait qu'une hystérectomie peut être effectuée pour d'autres raisons médicales que pour un cancer.

13. Les résultats au regard des recommandations internationales (OMS-EU)

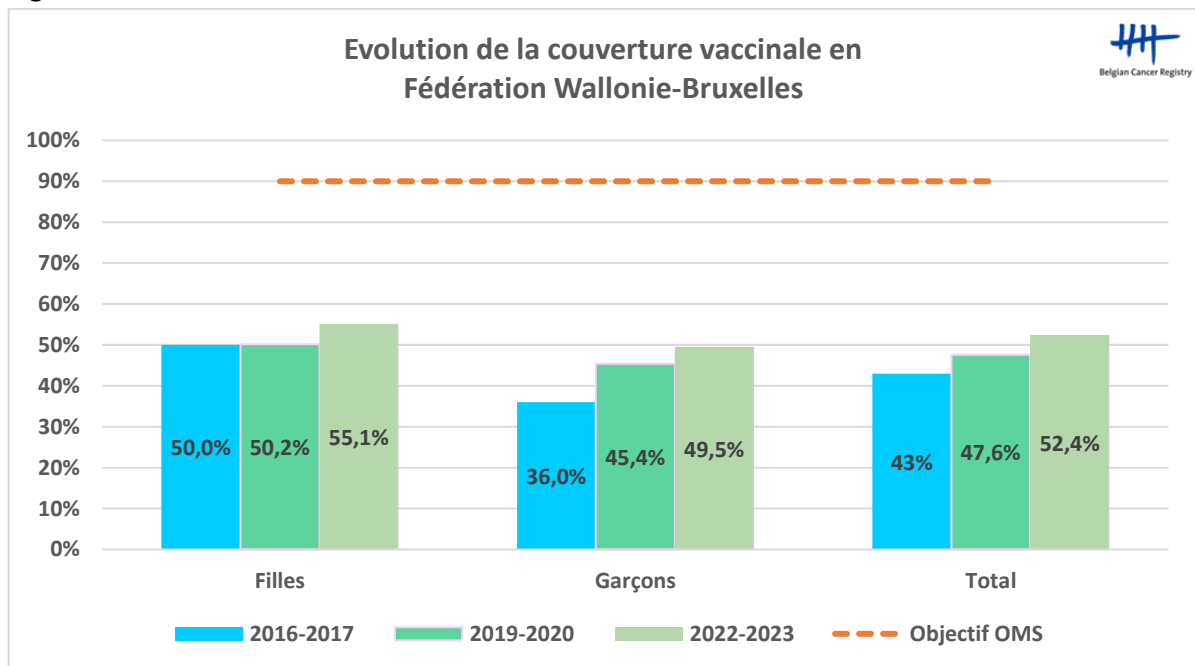
En mai 2018, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), a lancé un appel mondial à l'action afin d'éradiquer le cancer du col de l'utérus. Cette stratégie se base sur trois piliers : la prévention par la vaccination, le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses ainsi que le traitement et les soins pour le cancer invasif du col de l'utérus. Pour éliminer le cancer du col de l'utérus, tous les pays doivent atteindre et maintenir un taux d'incidence inférieur à 4 pour 100 000 personnes-années. Le taux d'incidence des cancers invasifs du col de l'utérus en Wallonie est en 2021 de 8,8/100 000 personnes-années tous les âges confondus.

L'OMS a formulé 3 objectifs concrets que chaque pays devrait atteindre d'ici 2030 pour s'engager sur la voie de l'élimination du cancer du col de l'utérus au cours du siècle [14]:

1. 90% de filles vaccinées entièrement contre le HPV à l'âge de 15 ans.

La couverture vaccinale anti-HPV est en augmentation en Fédération Wallonie-Bruxelles mais pourrait encore être améliorée. Elle était estimée entre 36% et 50% en 2017 et entre 45,4% et 50,2% en 2020 (vaccination WAL-BXL [16],[17]). Les chiffres publiés par l'Office de la Naissance et de l'Enfance situe le taux de vaccination entre 49.5% et 55.1% pour 2023 [18].

Figure 10 : Evolution de la couverture vaccinale en Fédération Wallonie-Bruxelles



Un effort important est donc encore à fournir afin d'atteindre l'objectif du taux de vaccination.

2. 70% de femmes dépistées à l'aide d'un test de haute performance à l'âge de 35 ans et à nouveau à l'âge de 45 ans.

Pour les personnes âgées de 35 ans, cet objectif est atteint en 2019 (couverture estimée) mais nous observons une tendance à la diminution au cours des années. Toutefois, pour les années 2021 et 2022,

les chiffres n'étant pas définitifs, nous ne pouvons encore nous prononcer. Pour l'âge de 45 ans, il y a encore une marge d'amélioration (couverture estimée autour de 63% à 65%) d'autant plus qu'ici aussi la tendance semble être à la diminution de la couverture.

3. 90% des femmes traitées en cas de maladie cervicale (90% des femmes avec un pré-cancer et 90% des femmes avec un cancer invasif).

Le taux total de suivi des frottis de dépistage anormaux est de 77,9% en 2019 et 78,1% en 2021. Le taux de suivi des échantillons de qualité insuffisante ('INSU') est de 57,2% en 2019 et 54,2% en 2021. La norme de 90% est plus ou moins atteinte pour les lésions les plus sévères ('HSIL', 'ASCH', 'AGLC/HPV+', 'LSIL/HPV+'). Pour les autres diagnostics, le suivi est à améliorer (cf. Tableau 11 et Figure 8).

Par ailleurs, le Conseil de l'Union Européenne a recommandé aux Etats-Membres de mettre en place un programme organisé de dépistage du cancer du col de l'utérus. Il a été démontré qu'un dépistage de masse organisé est efficace pour diminuer l'impact de cette maladie notamment en réduisant la mortalité des suites de ce cancer ainsi que l'incidence des cancers invasifs [15]. L'organisation et l'évaluation du programme sont définis dans les European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening [15]. Début 2020, un projet pilote pour un programme de dépistage organisé dans 3 arrondissements de la Wallonie (Liège, Namur et Charleroi) avait été lancé mais a dû être interrompu. La mise en place d'un programme de dépistage pour toute la Wallonie est actuellement planifiée pour 2025.

La directive de l'OMS du 6 juillet 2021 recommande l'utilisation d'un test de détection de l'ADN du HPV dans une approche de dépistage, de triage et de traitement du cancer du col de l'utérus à partir de l'âge de 30 ans, avec un dépistage régulier tous les 5 à 10 ans [19]. Des directives relatives à l'organisation et à l'assurance qualité du dépistage au moyen du test HPV ont été publiées en 2015 dans un supplément à la deuxième édition des directives européennes pour l'assurance qualité du dépistage du cancer du col de l'utérus [20]. La transition du dépistage primaire par cytologie au dépistage primaire par un test HPV est actuellement en cours, en concertation entre le gouvernement fédéral et les entités fédérées.

Le présent rapport constitue le quatrième rapport élaboré par le BCR pour évaluer le dépistage opportuniste du cancer du col de l'utérus en Wallonie. Ce rapport sera adapté à l'avenir notamment en fonction de la mise en place d'un programme de dépistage organisé et du passage au test HPV comme test primaire de dépistage pour les femmes à partir de 30 ans.

14. Références bibliographiques

1. Belgium: Females, number of invasive tumours by primary site and age group in 2021, Belgian Cancer Registry: https://belgian-cancer-registry.shinyapps.io/data_app/
2. Statbel (Direction Générale Statistique – Statistics Belgium) (<http://www.statbel.fgov.be>)
3. Fondation Contre le Cancer, <https://cancer.be/cancer/cancer-du-col-de-luterus/>
4. Centers for Disease Control and Prevention, <https://www.cdc.gov/vitalsigns/cervical-cancer/index.html>
5. Thomas, C. Wright Jr., Pathology of HPV infection at the cytologic and histologic levels: Basis for a 2-tiered morphologic classification system: International Journal of Gynecology and Obstetrics (2006) 94 (Supplement 1), S22-S31
6. Alan G. Waxman, MD, MPH, David Chelmow, MD, Teresa M. Darragh, MD, Herschel Lawson, MD, and Anna-Barbara Moscicki, MD, Revised Terminology for Cervical Histopathology and Its Implications for Management of High-Grade Squamous Intraepithelial Lesions of the Cervix: Obstet Gynecol. 2012 December; 120(6): 1465–1471
7. WHO Classification of Tumours Editorial Board. Female genital tumours [Internet]. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2020 [cited 2021 Oct 21]. (WHO classification of tumours series, 5th ed.; vol. 4). Available from: <https://tumourclassification.iarc.who.int/chapters/34>
8. Rozemeijer K et al. Exploring the trend of increased cervical intraepithelial neoplasia detection rates in the Netherlands. Med Screen. 2015; 22(3): 144–150.
9. van der Horst J et al. Increasing incidence of invasive and in situ cervical adenocarcinoma in the Netherlands during 2004–2013. Cancer Medicine. 2017; 6(2):416–423.
10. Lönnberg S et al. Cervical cancer prevented by screening: Long-term incidence trends by morphology in Norway. Int. J. Cancer. 2015; 137: 1758–1764.
11. Mathew A et al. Trends in Incidence and Mortality Rates of Squamous Cell Carcinoma and Adenocarcinoma of Cervix – Worldwide. Asian Pacific J Cancer Prev. 2009; 10: 645-650. 2009.
12. Baldur-Felskov B et al. Trends in the incidence of cervical cancer and severe precancerous lesions in Denmark, 1997-2012. Cancer Causes Control. 2015;26(8):1105-16.
13. Pesola F et al. Impact of screening on cervical cancer incidence in England: a time trend analysis. BMJ Open 2019;9:e026292. doi:10.1136/bmjopen-2018-026292.
14. [Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem \(who.int\)](#) Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. ISBN 978-92-4-001410-7 (electronic version)
15. [European Commission, Directorate-General for Health and Consumers, European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening, Jordan, J.\(editor\), Arbyn, M.\(editor\), Anttila, A.\(editor\), Publications Office, 2008, https://data.europa.eu/doi/10.2772/44215](#)
16. Thiry N, Gerkens S, Cornelis J, Jespers V, Hanquet G. Analyse coût-efficacité de la vaccination des garçons contre le virus HPV – Synthèse. Health Technology Assessment (HTA). Bruxelles: Centre Fédéral d’Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 308Bs. D/2019/10.273/12.
17. Office de la Naissance et de l’Enfance (ONE). Le Papillomavirus Humain (HPV). Plaquette de la semaine européenne de la vaccination 2023. https://www.ccref.org/e-vax/plaquette_semaine_europeenne_vaccination_2023.pdf
18. Office de la Naissance et de l’Enfance (ONE). Augmentation de la couverture vaccinale contre les papillomavirus humains chez les filles et les garçons. Communiqué de presse 04/03/2024. https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRESENTATION/Presse/communiqué-presse-04-mars-2024.pdf

19. <https://www.who.int/news/item/06-07-2021-new-recommendations-for-screening-and-treatment-to-prevent-cervical-cancer>
20. European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety, European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening : second edition : supplements, Segnan, N.(editor), Anttila, A.(editor), Karsa, L.(editor), Ronco, G.(editor), Törnberg, S.(editor), Patnick, J.(editor), De Vuyst, H.(editor), Dillner, J.(editor), Franceschi, S.(editor), Arbyn, M.(editor), Suonio, E.(editor), Dillner, L.(editor), Publications Office, 2015, <https://data.europa.eu/doi/10.2875/93363>