

Evaluation du dépistage du cancer du col de l'utérus en Wallonie

CALCUL D'INDICATEURS D'EVALUATION ET TENDANCES POUR LA
PÉRIODE 2014-2023



AVIQ

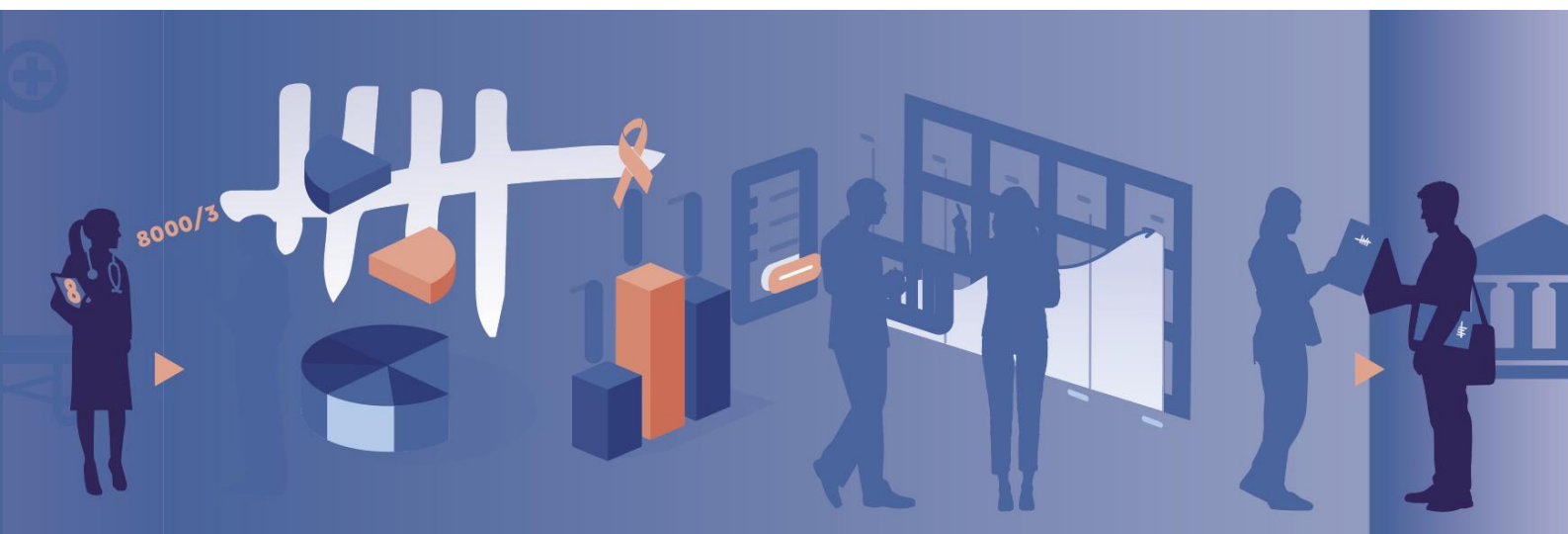


TABLE DES MATIÈRES

1.	Introduction.....	3
2.	Aperçu des indicateurs les plus importants et des tendances 2014-2023.....	4
3.	Population cible au dépistage, taux de couverture et surdépistage	11
3.1	Population cible au dépistage et éligibilité.....	11
3.2	Taux de couverture.....	13
3.3	Surdépistage	17
4.	Qualification du médecin qui effectue le prélèvement cervical.....	20
5.	Indicateurs d'évaluation concernant les résultats du dépistage et les diagnostics	22
5.1	Résultats des frottis de dépistage et les diagnostics cytologiques	22
5.2	Triage par un test HPV.....	25
5.3	Distribution des cancers dépistés, des cancers d'intervalle et des cancers parmi les femmes non dépistées selon le stade au moment du diagnostic	27
6.	Indicateurs d'évaluation concernant le suivi et le traitement	35
6.1	Suivi médical dans les 12 mois après un dépistage anormal ou de qualité insuffisante.....	35
6.2	Résultats des diagnostics histologiques	39
7.	Conclusions et mise en perspective des résultats.....	49
8.	Références bibliographiques	50

1. Introduction

Cette annexe au rapport d'évaluation présente un aperçu des principaux indicateurs d'évaluation au dépistage du cancer du col de l'utérus sur une période de dix ans (2014-2023). Elle vise à fournir une vue d'ensemble des tendances observées au fil du temps, dans le but d'identifier les dynamiques marquantes et d'évaluer le dépistage mené sur cette période.

Les tendances ont été calculées à l'aide de l'application JoinPoint du National Cancer Institute-USA [1, 2], qui permet d'évaluer la variation annuelle moyenne d'un indicateur donné sur toute la période d'analyse sur base du calcul du AAPC (Average Annual Percent Change). Lorsque l'AAPC est statistiquement significatif, cela signifie qu'une tendance claire et cohérente (à la hausse ou à la baisse) est présente dans les données. Dans ces cas, des graphiques spécifiques sont présentés. Ces graphiques incluent :

- les courbes de tendance, qui illustrent l'évolution des indicateurs au fil des années,
- les points d'inflexion, dans le cas où sur la période étudiée la tendance n'est pas linéaire. Chaque point correspond à l'année où un changement significatif dans la tendance a été observé,
- les APC (Annual Percent Change), qui détaillent les variations annuelles sur des sous-périodes spécifiques définies par les points d'inflexion.

Pour l'interprétation des résultats, voici quelques précisions :

1. Interprétation des graphiques

Les courbes de tendance montrent les variations des indicateurs année par année. Elles permettent d'observer visuellement les évolutions globales, ainsi que les éventuels changements.

Les points d'inflexion mettent en lumière les années charnières, où une rupture significative dans la tendance a été identifiée. Ces points peuvent coïncider avec des changements dans les politiques de dépistage, l'introduction de nouvelles méthodes ou l'influence de facteurs externes.

2. Signification de l'AAPC et de l'APC

Un AAPC positif et significatif traduit une augmentation moyenne constante de l'indicateur étudié sur la période analysée, tandis qu'un AAPC négatif indique une diminution moyenne constante.

Les intervalles de confiance associés aux AAPC sont également fournis. Ils permettent d'évaluer la robustesse des estimations et d'identifier les indicateurs pour lesquels les résultats doivent être interprétés avec prudence.

En complément, les APC permettent d'identifier les périodes spécifiques où la tendance s'est accélérée, ralentie, ou inversée. Cela permet de replacer les variations dans leur contexte et d'explorer les facteurs potentiels qui ont influencé ces évolutions.

3. Mise en perspective des résultats

Les tendances observées ne doivent pas être analysées de manière isolée : elles s'intègrent dans une dynamique globale et peuvent être influencées par des facteurs tels que l'adhésion des populations ciblées, la disponibilité des infrastructures ou encore l'impact de la pandémie de COVID-19.

L'objectif de cette annexe est donc double :

- Offrir une analyse descriptive et détaillée des tendances au cours du temps des indicateurs afin de mettre en lumière les dynamiques majeures de la période étudiée.
- Fournir les outils nécessaires pour interpréter les résultats de manière éclairée, en tenant compte des spécificités de chaque indicateur et de son contexte sous-jacent.

2. Aperçu des indicateurs les plus importants et des tendances 2014-2023

Tableau 1 : Aperçu des indicateurs d'évaluation du dépistage du cancer du col de l'utérus et des tendances, Wallonie 2014-2023

Indicateur	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022(\$)	2023(\$)	AAPC	
											%	95% IC
Population cible au dépistage, taux de couverture et surdépistage												
Population cible complète, N	946 767	948 564	950 621	953 054	954 157	954 024	953 181	952 225	952 891	955 767	0,1*	(0,1 ;0,1)
Population cible ayant réalisé un frottis cervical, N	234 849	254 750	235 131	237 951	252 070	245 653	220 681	254 406	245 610	245 898	0,1	(-1,3 ;1,5)
Population cible avec un échantillon cervical, définitivement exclue	1,4	1,4	1,5	1,5	1,6	1,6	1,5	1,5	1,5	1,5	1,1*	(0,7 ;1,5)
Population cible avec un échantillon cervical, temporairement exclue	43,7	41,0	44,4	42,7	40,4	41,3	42,4	38,1	38,6	39,1	-1,3*	(-2,5 ;-0,2)
Population éligible ayant réalisé un frottis cervical, %	54,9	57,6	54,1	55,7	58,1	57,1	56,0	60,4	59,9	59,4	0,9*	(0,0 ;1,8)
Exhaustivité du CHP ¹ , %	93,9	95,7	95,1	95,8	97,8	98,4	98,6	99,0	99,2	99,3	0,6*	(0,5 ;0,8)
Frottis de dépistage	94,0	95,9	95,4	96,0	98,0	98,6	98,7	99,1	99,4	99,3	0,6*	(0,5 ;0,7)
Frottis de suivi	93,4	94,5	94,0	94,5	96,3	97,2	97,9	98,4	98,4	98,9	0,7*	(0,5 ;0,9)
Taux de couverture calculée, %	52,9	55,9	58,3	58,7	59,2	60,5	59,4	59,8	60,2	61,9	1,6*	(1,1 ;2,1)
25-29 ans	62,0	64,2	65,5	64,7	63,8	64,0	62,8	63,0	62,5	63,1	0,1	(-0,1 ;0,4)
30-34 ans	63,4	66,0	69,0	69,9	71,1	71,7	70,8	70,7	70,3	70,1	1,1*	(1,0 ;1,2)
35-39 ans	60,0	64,6	67,3	67,9	68,1	69,8	68,2	69,2	69,6	71,5	1,7*	(1,4 ;2,0)
40-44 ans	57,0	60,1	62,4	63,2	64,4	67,0	66,6	66,9	67,3	68,6	2,0*	(1,6 ;2,3)
45-49 ans	53,3	57,3	60,3	61,3	61,6	62,7	61,3	61,6	62,3	64,9	1,9*	(1,4 ;2,5)
50-54 ans	50,1	53,0	55,0	55,3	55,8	57,2	56,8	57,8	58,7	60,6	2,1*	(1,8 ;2,3)
55-59 ans	42,2	44,8	47,7	48,0	48,4	50,0	48,8	48,6	49,3	52,2	2,1*	(1,5 ;2,5)
60-64 ans	36,3	38,8	40,7	41,0	41,9	43,3	41,9	42,5	43,1	46,0	2,3*	(1,1 ;3,2)
Taux de couverture estimée, %	56,3	58,4	61,3	61,3	60,5	61,5	60,2	60,4	60,6	62,3	1,1*	(0,8 ;1,4)
25-29 ans	66,0	67,1	68,9	67,6	65,3	65,0	63,7	63,6	63,0	63,5	-0,4*	(-0,6 ;-0,3)

(\$) les données de l'Agence Inter mutualiste (AIM) ne sont pas encore complètes pour les années 2022 et 2023

Résultat statistiquement significatif*

¹ CHP : Registre cyto-histopathologique

Indicateur	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022(\$)	2023(\$)	AAPC	
											%	95% IC
30-34 ans	67,6	69,0	72,5	73,0	72,7	72,9	71,8	71,4	70,9	70,6	0,5*	(0,3 ; 0,6)
35-39 ans	63,9	67,5	70,8	70,9	69,6	70,9	69,2	69,9	70,1	72,0	1,3*	(1,0 ; 1,6)
40-44 ans	60,8	62,8	65,6	66,0	65,9	68,0	67,5	67,6	67,8	69,1	1,4*	(1,1 ; 1,7)
45-49 ans	56,8	59,9	63,4	64,0	63,0	63,7	62,1	62,2	62,8	65,4	1,5*	(1,1 ; 1,9)
50-54 ans	53,3	55,4	57,8	57,8	57,0	58,2	57,6	58,3	59,2	61,0	1,5*	(1,2 ; 1,7)
55-59 ans	44,9	46,8	50,1	50,1	49,5	50,8	49,5	49,1	49,6	52,6	1,7*	(1,3 ; 2,1)
60-64 ans	38,7	40,5	42,8	42,8	42,8	44,0	42,5	43,0	43,5	46,4	1,9*	(1,5 ; 2,3)
Femmes avec un frottis triennal, %	54,9	57,6	54,1	55,7	58,1	57,1	56,0	60,3	59,9	59,4	0,9*	(0,0 ; 1,8)
Femmes non-éligibles au dépistage pour raison médicale = suivi médical, %	9,9	8,7	10,7	10,7	10,2	10,8	11,7	11,0	11,9	11,4	2,4*	(0,6 ; 4,3)
Femmes temporairement non-éligibles au dépistage = surdépistage, %	36,3	33,6	35,1	33,6	31,7	32,0	32,2	28,6	28,3	29,2	-2,6*	(-3,6 ; -1,5)
25-29 ans	33,6	30,0	30,0	29,3	27,6	32,0	32,2	28,6	28,3	29,2	-0,9	(-2,5 ; 0,7)
30-34 ans	35,8	32,2	33,2	32,0	30,8	30,0	30,1	27,0	25,6	25,8	-3,4*	(-4,2 ; -2,7)
35-39 ans	37,4	34,4	35,5	34,5	32,3	32,8	32,1	28,4	28,8	29,4	-2,8*	(-3,6 ; -2,0)
40-44 ans	37,4	35,0	37,2	35,7	33,8	34,0	34,3	30,1	30,3	31,6	-2,2*	(-3,6 ; -0,9)
45-49 ans	37,2	35,4	36,4	35,1	33,5	33,9	34,7	31,2	30,5	32,7	-1,8*	(-3,1 ; -0,5)
50-54 ans	37,5	34,8	37,2	35,2	33,0	34,4	34,1	30,6	30,8	31,9	-2,0*	(-3,3 ; -0,7)
55-59 ans	36,3	34,1	36,8	34,4	32,4	33,1	34,0	29,7	29,3	30,6	-2,2*	(-3,9 ; -0,6)
60-64 ans	34,7	32,4	35,1	32,2	29,9	31,3	31,8	27,7	27,6	28,2	-2,5*	(-4,2 ; -0,8)
Qualification du médecin demandeur du prélèvement cervical, %												
Gynécologue	90,0	92,6	93,1	93,3	93,9	93,1	93,6	94,0	93,6	94,6	0,5*	(0,2 ; 0,6)
Frottis de dépistage	90,0	92,5	93,5	94,4	94,6	93,7	93,5	94,3	93,5	94,5	0,4*	(0,1 ; 0,8)
Frottis non remboursés	89,9	92,3	91,5	90,2	91,4	89,9	93,1	92,7	93,1	94,3	0,4*	(0,0 ; 0,7)
Frottis de suivi	90,6	93,7	94,7	94,1	94,2	94,6	95,0	94,6	95,0	96,1	0,5*	(0,2 ; 0,7)
Médecin généraliste	2,4	2,1	2,2	2,1	1,9	1,8	2,4	2,0	2,4	2,1	0,0	(-3,6 ; 3,7)
Frottis de dépistage	2,6	2,2	2,4	2,2	2,0	2,0	2,5	2,1	2,5	2,3	-0,2	(-4,3 ; 3,8)
Frottis non remboursés	2,0	2,0	1,9	2,0	1,8	1,6	2,4	2,1	2,4	2,1	1,8	(-1,0 ; 4,7)
Frottis de suivi	1,9	1,5	1,5	1,5	1,3	1,2	1,7	1,5	1,7	1,3	-1,5	(-6,2 ; 3,4)
Inconnu	6,7	4,4	3,5	3,0	2,9	3,7	3,1	3,1	3,1	2,6	-8,8*	(-11,1 ; -5,1)

Indicateur	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022(\$)	2023(\$)	AAPC	
											%	95% IC
Indicateurs d'évaluation concernant les résultats du dépistage et les diagnostics												
Diagnostics cytologiques, %												
Diagnostics normaux	82,3	89,0	88,9	91,1	91,0	86,9	86,6	86,7	86,6	86,7	0,3	(-0,8 ;1,2)
NILM	82,1	88,2	88,6	91,0	91,0	86,9	86,6	86,6	86,6	86,6	0,4	(-0,8 ;1,3)
NODIAGN	0,2	0,8	0,3	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-37,0*	(-49,5 ; -21,5)
Diagnostics anormaux	8,9	8,0	8,7	8,4	8,3	8,8	8,8	8,3	8,8	8,3	-0,0	(-1,2 ;1,2)
INSU	1,1	0,7	1,0	1,0	0,9	0,7	0,9	0,9	0,9	0,9	-0,3	(-3,5 ;2,9)
ATYP	8,8	2,9	2,4	0,6	0,7	4,4	4,6	5,0	4,6	5,0	-6,8	(-16,1 ;1,6)
ASCU	4,3	3,6	3,8	4,0	4,2	4,6	4,6	4,3	4,6	4,3	1,8	(-0,8 ;4,4)
ASCH	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	-1,3	(-4,3 ;1,6)
LSIL	2,4	2,6	2,8	2,4	2,3	2,4	2,3	2,3	2,3	2,3	-1,1	(-2,6 ;0,4)
HSIL	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,3	0,4	0,3	-6,2*	(-8,6 ; -3,7)
AGLC	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	-3,3	(-8,6 ;2,2)
Autres	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-8,4*	(-11,5 ; -5,0)
Triage HPV, %												
Test HPV recommandé – aucun test effectué	29,6	27,2	17,7	14,0	8,2	8,2	6,2	5,4	2,4	3,4	-23,8*	(-27,3 ; -20,2)
Test HPV recommandé – test effectué	70,4	72,8	82,3	86,0	91,8	91,8	93,8	94,6	97,6	96,6	3,7*	(3,3 ;4,2)
Test HPV non recommandé – aucun test effectué	99,1	99,2	99,2	98,1	99,2	99,2	99,2	99,2	99,0	97,9	-0,0	(-0,2 ;0,1)
Test HPV non recommandé – test effectué	0,9	0,8	0,8	1,9	0,8	0,8	0,8	0,8	1,0	2,1	4,0	(-4,7 ;13,2)
Distribution des cancers dépistés, des cancers d'intervalle et des cancers parmi les femmes non dépistées selon le stade au moment du diagnostic (2014-2022) ²												
Cancers dépistés, % ³	43,0	39,3	50,3	46,3	44,2	47,5	49,3	58,5	56,5	NA	3,9*	(0,8 ;7,0)
Stade inconnu	12,8	2,9	12,8	4,1	2,7	6,6	9,5	2,0	9,0	NA	-4,4	(-29,4 ;30,1)
Stade I	61,6	67,6	59,3	55,4	63,0	68,4	47,3	61,0	57,0	NA	-1,4	(-4,5 ;1,9)
Stade II	8,1	7,4	9,3	16,2	11,0	6,6	13,5	13,0	8,0	NA	2,5	(-9,7 ;16,2)
Stade III	12,8	14,7	16,3	17,6	16,4	17,1	18,2	15,0	21,0	NA	3,9*	(0,2 ;7,9)

² la base de données de l'enregistrement du cancer n'est complète que jusqu'à l'année d'incidence 2022

³ stades connus et stades inconnus compris

Indicateur	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022(\$)	2023(\$)	AAPC	
											%	95% IC
Stade IV	4,7	7,4	2,3	6,8	6,8	1,3	10,8	9,0	5,0	NA	4,0	(-14,9 ; 27,3)
Cancers d'intervalle, %	19,0	20,8	21,6	21,3	29,1	25,0	28,7	17,5	24,9	NA	2,2	(-3,0 ; 7,7)
Stade inconnu	18,4	13,9	18,9	8,8	6,3	5,0	9,3	0	13,6	NA	NA ⁴	NA
Stade I	55,3	47,2	45,9	52,9	47,9	45,0	39,5	43,3	34,1	NA	-4,3*	(-8,0 ; -0,5)
Stade II	2,6	16,7	13,5	11,8	14,6	12,5	14,0	3,3	20,5	NA	6,0	(-13,9 ; 31,3)
Stade III	15,8	19,4	10,8	14,7	22,9	25,0	30,2	33,3	25,0	NA	10,6*	(2,9 ; 18,9)
Stade IV	7,9	2,8	10,8	11,8	8,3	15,5	7,0	20,0	6,8	NA	7,8	(-6,3 ; 24,5)
Cancers chez les femmes non dépistées, %	38,0	39,9	28,1	32,5	26,7	27,5	22,0	24,0	18,6	NA	-8,0*	(-13,3 ; -2,4)
Stade inconnu	18,4	8,7	12,5	11,5	9,1	6,8	3,0	2,4	3,0	NA	-21,3*	(-28,1 ; -13,9)
Stade I	22,4	36,2	18,8	21,2	29,6	27,3	18,2	29,3	30,3	NA	1,3	(-5,9 ; 9,2)
Stade II	6,6	15,9	12,5	15,4	18,2	22,7	21,2	17,1	18,2	NA	8,7*	(3,0 ; 15,7)
Stade III	34,2	23,2	22,9	25,0	20,5	27,3	36,4	19,5	27,3	NA	-0,7	(-8,3 ; 7,8)
Stade IV	18,4	15,9	33,3	26,9	22,7	15,9	21,2	31,7	21,2	NA	2,0	(-9,7 ; 15,4)
Indicateurs d'évaluation concernant le suivi et le traitement (2014-2022)⁵												
Suivi dans les 12 mois, %												
HSIL HPV+	94,3	100,0	87,0	93,8	84,0	100,0	100,0	93,1	92,0	NA	0,0	(-3,5 ; 3,8)
HSIL HPV inconnu ou pas de test	93,2	92,7	90,4	90,9	92,7	92,5	93,7	92,1	93,8	NA	0,0	(-0,3 ; 0,5)
HSIL HPV-	90,0	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0	100,0	100,0	100,0	NA	-0,4	(-8,6 ; 8,7)
ASCH HPV+	96,4	92,4	90,8	91,9	92,7	88,0	90,3	92,0	92,9	NA	-0,2	(-1,1 ; 0,5)
ASCH HPV inconnu ou pas de test	86,5	86,3	82,9	86,5	86,0	86,1	92,9	95,0	87,0	NA	0,9	(-0,8 ; 2,6)
ASCH HPV-	70,5	74,7	73,6	79,5	77,1	84,2	86,7	83,7	83,2	NA	2,0*	(1,3 ; 2,9)
AGLC HPV+	87,5	87,5	83,0	85,7	91,8	94,0	96,6	91,0	94,5	NA	1,4*	(0,3 ; 2,4)
AGLC HPV inconnu ou pas de test	35,6	33,0	41,6	77,9	78,8	25,9	31,3	29,9	76,7	NA	1,9	(-17,1 ; 24,7)
AGLC HPV-	54,0	64,7	59,3	60,7	65,5	66,3	67,1	64,3	73,7	NA	2,6*	(0,9 ; 4,4)
ASCU HPV+	83,6	85,6	83,9	84,1	85,8	83,9	84,7	83,6	83,3	NA	-0,1	(-0,4 ; 0,2)

⁴ étant donné qu'il n'y a pas eu de cas pour au-moins une année, l'analyse de tendances n'est pas possible pour cet indicateur

⁵ un suivi pouvant être réalisé dans les 12 mois, nous ne disposons pas encore des données complètes pour évaluer le suivi des prélèvements réalisés en 2023

Indicateur	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022(\$)	2023(\$)	AAPC	
											%	95% IC
ASCU HPV inconnu ou pas de test	70,9	68,1	68,3	73,9	73,1	73,4	76,3	71,2	75,1	NA	1,0	(-0,5 ; 2,4)
LSIL HPV+	82,4	87,3	86,2	90,6	86,0	91,0	86,6	91,1	88,6	NA	0,7	(-0,5 ; 2,0)
LSIL HPV inconnu ou pas de test	76,9	78,9	74,5	74,5	76,0	75,4	77,2	76,3	79,3	NA	0,1	(-0,6 ; 0,9)
LSIL HPV-	80,0	67,4	69,6	74,1	69,6	65,8	80,9	71,9	69,8	NA	-0,3	(-3,3 ; 2,9)
NODIAGN HPV+	84,0	80,4	96,2	76,5	96,7	94,9	95,7	100,0	100,0	NA	2,6*	(0,5 ; 4,9)
INSU	35,3	50,8	48,1	49,3	50,4	53,0	59,4	55,5	54,6	NA	4,3*	(1,5 ; 7,2)
Total (INSU inclus)	70,7	74,2	72,2	74,7	75,9	75,7	77,9	76,0	78,2	NA	1,1*	(0,1 ; 2,0)
Total (INSU exclus)	76,6	77,2	76,2	79,1	80,3	78,2	80,0	78,8	81,9	NA	0,7*	(0,4 ; 1,3)
Diagnostics histologiques par type de prélèvement, %												
Biopsie												
ABST	40,3	44,5	47,3	44,8	46,9	45,2	47,4	48,0	47,0	45,1	1,4*	(0,4 ; 2,3)
NODIAGN	5,5	2,9	2,4	2,3	1,4	1,7	1,8	1,8	3,5	3,8	-3,4	(-8,6 ; 2,5)
ATYP	4,7	3,2	3,0	1,6	2,4	2,2	1,6	1,3	1,3	1,0	-13,6*	(-18,3 ; -8,6)
LSIL	24,9	23,6	23,0	26,5	25,2	26,5	25,6	25,3	24,5	26,1	0,6	(-0,7 ; 2,0)
CGIN	0,5	0,4	0,4	0,3	0,1	0,4	0,7	0,0	0,1	0,1	-22,5*	(-38,3 ; -3,5)
HSIL	22,3	24,0	22,5	23,0	22,7	22,7	21,3	22,6	22,5	22,9	-0,2	(-0,9 ; 0,4)
ADIS	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,5	0,6	0,1	0,2	0,3	1,1	(-11,8 ; 15,4)
SQCA	1,0	0,8	0,7	0,8	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	-6,1*	(-9,1 ; -3,1)
ADCA	0,4	0,2	0,3	0,4	0,4	0,2	0,3	0,3	0,3	0,2	-2,6	(-8,4 ; 3,4)
Autre	0,2	0,3	0,1	0,1	0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	NA ⁴	NA
Conisation												
ABST	13,6	13,2	15,1	10,6	11,1	18,6	13,1	12,7	10,9	12,1	-1,3	(-5,7 ; 3,0)
NODIAGN	2,3	1,6	1,2	1,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,4	0,7	-14,3*	(-25,0 ; -5,0)
ATYP	1,0	1,0	1,3	0,4	0,7	1,7	0,4	0,1	0,6	0,7	-12,1	(-30,4 ; 11,4)
LSIL	17,7	14,8	14,8	16,1	15,4	14,7	14,8	15,5	16,9	16,2	-0,6	(-2,3 ; 1,9)
CGIN	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,1	0,1	0	0	NA ⁴	NA
HSIL	61,3	66,6	64,4	67,8	68,3	61,3	68,1	68,2	67,5	67,5	0,7	(-0,3 ; 1,8)
ADIS	1,1	0,8	1,1	1,6	1,8	1,1	1,5	0,8	0,8	0,9	-1,7	(-11,1 ; 7,9)
SQCA	1,7	1,3	0,8	1,6	1,3	1,1	1,2	1,7	1,9	1,1	1,0	(-7,8 ; 10,8)



Indicateur	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022(\$)	2023(\$)	AAPC	
											%	95% IC
ADCA	0,9	0,4	0,9	0,4	0,7	1,1	0,5	0,5	0,9	0,7	1,6	(-13,4 ;18,6)
Autre	0,1	0,1	0,2	0	0	0	0,1	0,2	0	0,1	NA ⁴	NA
Hystérectomie												
ABST	32,6	37,9	32,8	29,8	34,7	32,7	35,2	34,7	38,7	32,6	0,5	(-1,5 ;2,5)
NODIAGN	3,2	1,9	1,9	1,3	0,4	0	0,3	0	0,3	0	NA ⁴	NA
ATYP	0,9	1,8	3,7	0,9	0,7	1,4	1,2	1,0	0,6	0,8	-8,1	(-20,5 ;5,6)
LSIL	7,6	8,6	7,8	13,1	11,4	10,4	12,3	10,7	11,4	10,0	4,5*	(0,0 ;8,5)
CGIN	0,2	0,2	0,4	0	0	0,5	0,6	0	0	0	NA ⁴	NA
HSIL	46,6	42,3	47,4	46,6	45,9	47,8	45,8	46,2	41,9	47,1	-0,0	(-1,2 ;1,1)
ADIS	1,7	1,8	1,0	1,7	1,5	2,5	1,8	2,6	1,2	1,1	-3,5	(-11,0 ;6,7)
SQCA	4,3	3,9	2,5	3,4	3,1	2,9	0,9	3,9	3,8	4,2	1,4	(-9,9 ;11,4)
ADCA	2,2	1,6	2,1	2,6	2,0	1,6	1,2	0,8	2,1	3,1	6,7	(-0,6 ;14,5)
Autre	0,7	0,2	0,4	0,6	0,2	0,2	0,6	0	0	1,1	NA ⁴	NA
Non spécifiées												
ABST	47,4	55,3	58,3	57,5	59,2	57,7	57,3	58,1	56,8	48,3	0,3	(-0,6 ;1,2)
NODIAGN	8,8	6,0	5,8	5,0	2,2	2,5	3,3	3,2	5,2	6,0	-4,2	(-9,0 ;0,5)
ATYP	12,5	2,8	3,6	1,3	2,1	1,8	1,9	1,4	1,4	0,7	-19,0*	(-27,6 ;-10,0)
LSIL	13,9	14,9	14,1	15,8	15,4	18,0	18,7	15,8	16,8	18,8	3,0*	(0,6 ;5,4)
CGIN	0,6	0,2	0,5	0,1	0,1	0,4	0,2	0,1	0,1	0	NA ⁶	NA
HSIL	14,2	16,2	15,0	17,9	18,5	17,5	16,4	19,7	17,0	24,0	3,7*	(0,4 ;7,1)
ADIS	0,2	1,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,6	0,3	-3,1	(-26,6 ;27,6)
SQCA	1,4	1,7	1,6	1,2	1,2	1,1	1,5	0,8	1,2	1,2	-4,0	(-9,5 ;1,9)
ADCA	0,7	1,2	0,5	0,9	1,0	0,5	0,3	0,5	0,8	0,6	-4,9	(-17,4 ;9,2)
Autre	0,1	0,4	0,5	0,2	0,1	0,2	0,2	0,4	0,1	0,2	-7,7	(-29,7 ;21,0)
Total												

⁶ Etant donné qu'il n'y a pas eu de diagnostic histologique « CGIN » à la suite d'un prélèvement non spécifié en 2023, l'analyse de tendances n'est pas possible pour cet indicateur.

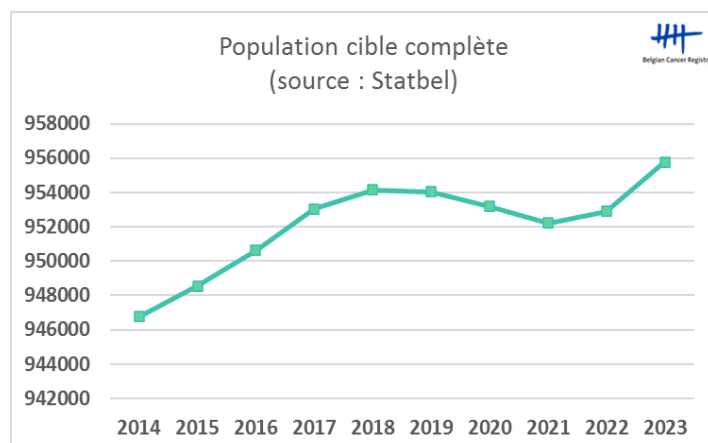


Indicateur	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022(\$)	2023(\$)	AAPC	
											%	95% IC
ABST	36,7	40,6	42,9	40,7	42,6	41,9	43,2	43,4	42,1	40,5	1,3*	(0,3 ; 2,3)
NODIAGN	5,5	3,2	2,9	2,6	1,3	1,5	1,8	1,7	3,1	3,8	-3,2	(-8,0 ; 1,6)
ATYP	5,6	2,6	2,9	1,3	2,0	2,0	1,5	1,1	1,2	0,9	-15,0*	(-20,9 ; -8,7)
LSIL	20,0	19,3	19,0	22,0	21,0	22,1	22,1	21,4	21,4	22,1	1,4	(-0,0 ; 2,8)
CGIN	0,4	0,3	0,4	0,2	0,1	0,4	0,5	0,0	0,1	0,0	-23,4*	(-36,7 ; -8,1)
HSIL	29,0	31,4	29,8	30,9	30,8	30,2	28,9	30,7	30,1	30,8	0,1	(-0,6 ; 0,8)
ADIS	0,5	0,6	0,4	0,6	0,6	0,6	0,7	0,3	0,4	0,4	-2,8	(-10,4 ; 5,2)
SQCA	1,4	1,3	1,0	1,1	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	0,9	-3,9*	(-5,9 ; -2,1)
ADCA	0,7	0,5	0,5	0,6	0,7	0,5	0,3	0,4	0,5	0,5	-3,8	(-9,3 ; 1,8)
Autre	0,2	0,3	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	NA ⁴	NA

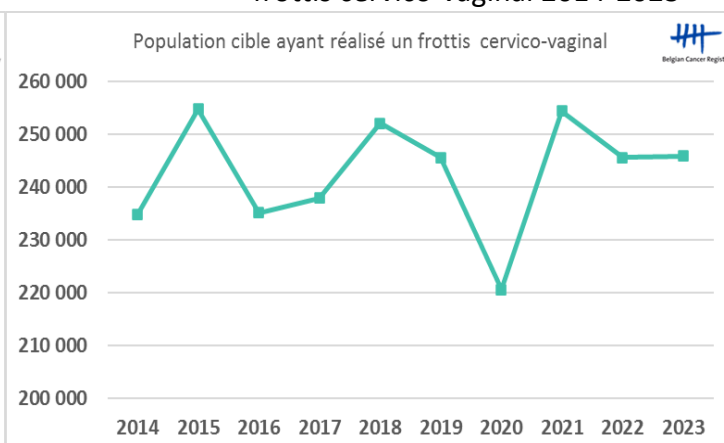
3. Population cible au dépistage, taux de couverture et surdépistage

3.1 Population cible au dépistage et éligibilité

Graphique 1 : population cible complète 2014-2023



Graphique 2 : population cible ayant réalisé un frottis cervico-vaginal 2014-2023



Entre 2014 et 2023, le nombre de femmes appartenant à la **population cible** pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (femmes âgées de 25-64 ans) est passé de 946 767 à 955 767. Annuellement, environ 25% de ces femmes ont réalisé au-moins un frottis cervico-vaginal. Bien qu'une chute du nombre de frottis parmi la population cible soit constatée en 2020, probablement dans le cadre de la pandémie de COVID-19 qui a entraîné un report des soins non urgents, celle-ci n'entraîne pas une tendance significative pour l'ensemble de la période 2014-2023 (AAPC = 0,1*).

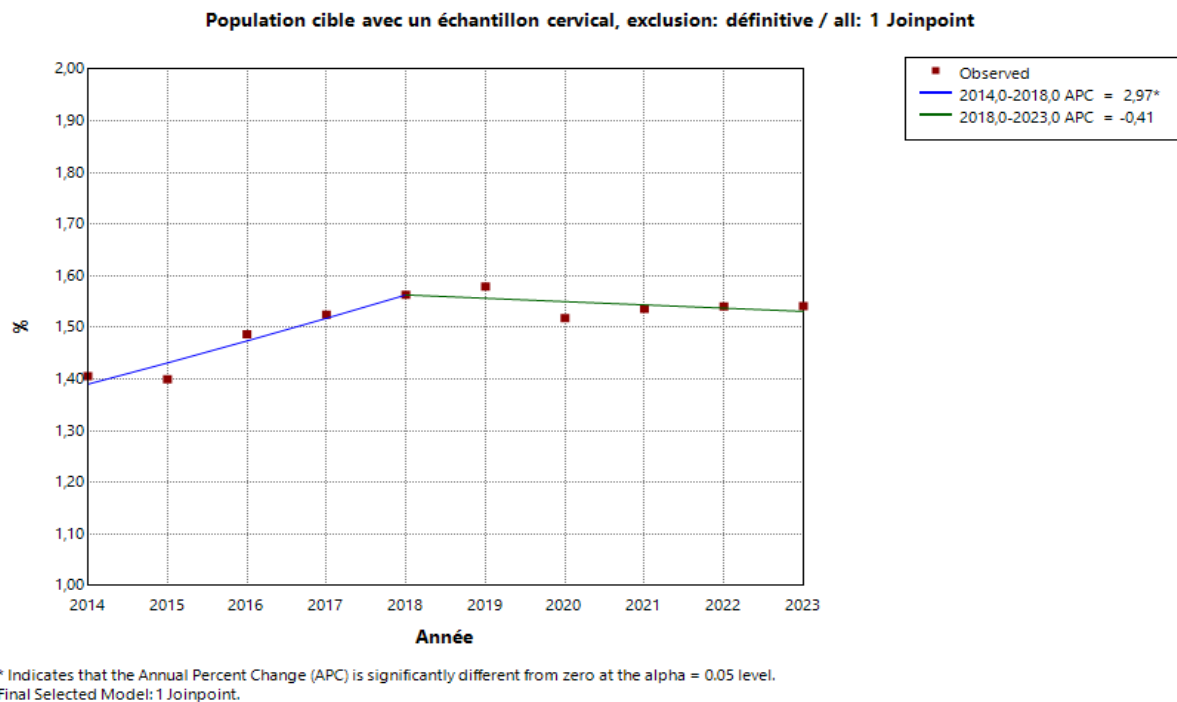
Éligibilité au dépistage : évolution de la proportion des femmes non éligibles au dépistage.

Le % de femmes ayant réalisé un frottis cervico-vaginal alors qu'elles rencontraient un critère d'exclusion définitive (hystérectomie, ablation du col de l'utérus, cancer invasif du col de l'utérus ou de l'utérus) augmente de manière significative sur l'ensemble de la période (2014-2023 AAPC = 1,1*). L'augmentation est en réalité significative entre 2014 et 2018 (APC = 3,0*) avant de stagner voire de légèrement diminuer entre 2018 et 2023 (APC = -0,4) (graphique 3A).

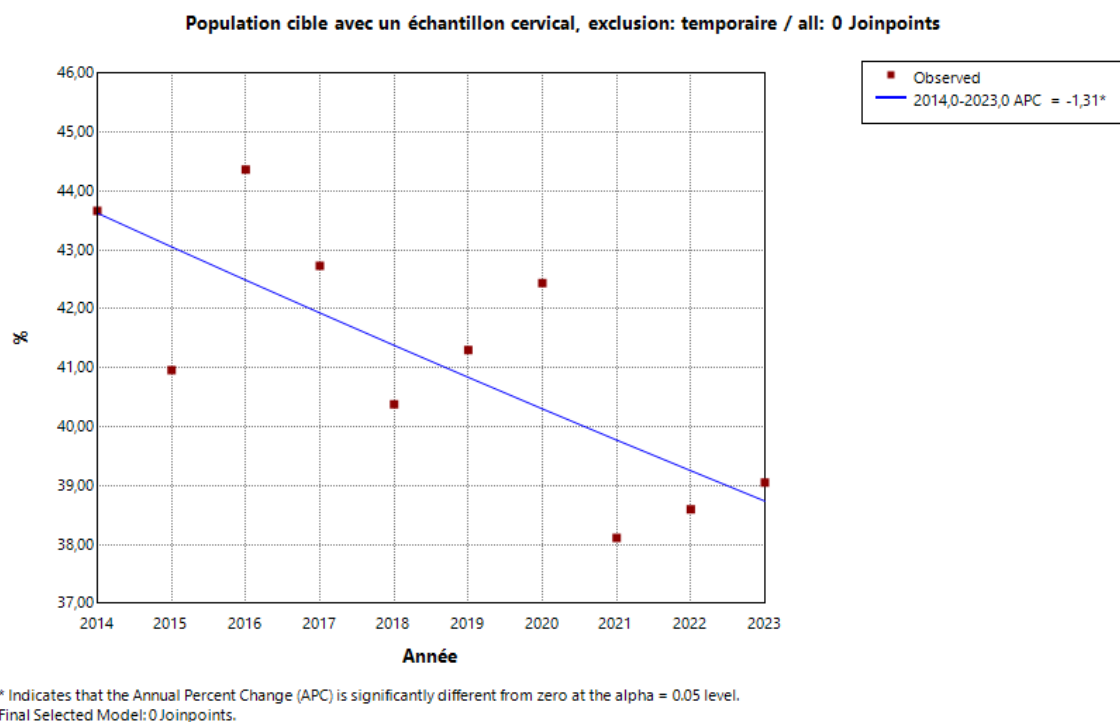
À l'inverse, le nombre de femmes dans la population cible ayant réalisé un frottis cervical et rencontrant un critère d'exclusion provisoire de 3 ans (cancer in situ ou prélèvement cervical) diminue de manière significative et homogène au cours de la période 2014-2023 (AAPC = -1,3*). L'incidence des cancers in situ étant en augmentation au cours de la période (voir tableau 1 et figure 2 du rapport d'évaluation du dépistage du cancer du col de l'utérus en Wallonie – années de dépistage 2020-2023), cette diminution pourrait être plutôt attribuée à une diminution du surdépistage (voir point 3.3 du présent rapport) (graphique 3B).

La population éligible ayant réalisé un frottis cervical (population cible ayant réalisé un frottis cervical – exclusions) augmente de manière significative sur l'ensemble de la période (AAPC = 0,9*) (graphique 4).

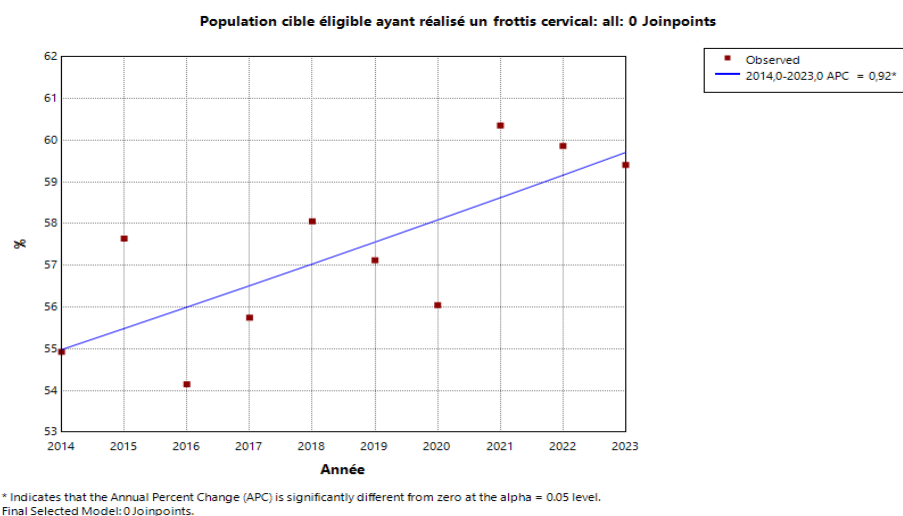
Graphique 3A : évolution du % de femmes ayant réalisé un frottis cervical et ayant un critère d'exclusion définitive 2014-2023



Graphique 3B : évolution du % de femmes ayant réalisé un frottis cervical et ayant un critère d'exclusion temporaire 2014-2023



Graphique 4 : évolution du % de femmes éligibles ayant réalisé un frottis cervical 2014-2023

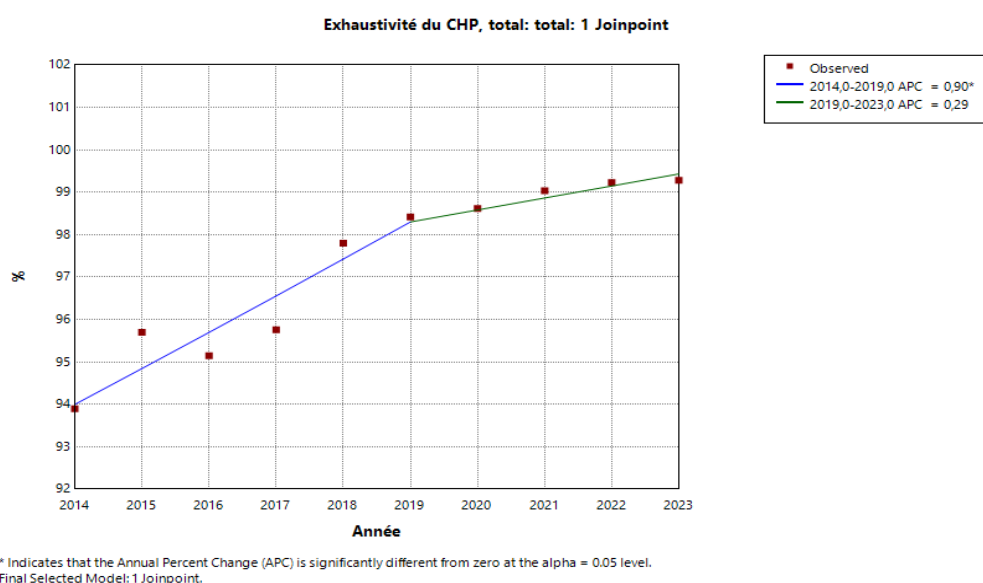


3.2 Taux de couverture

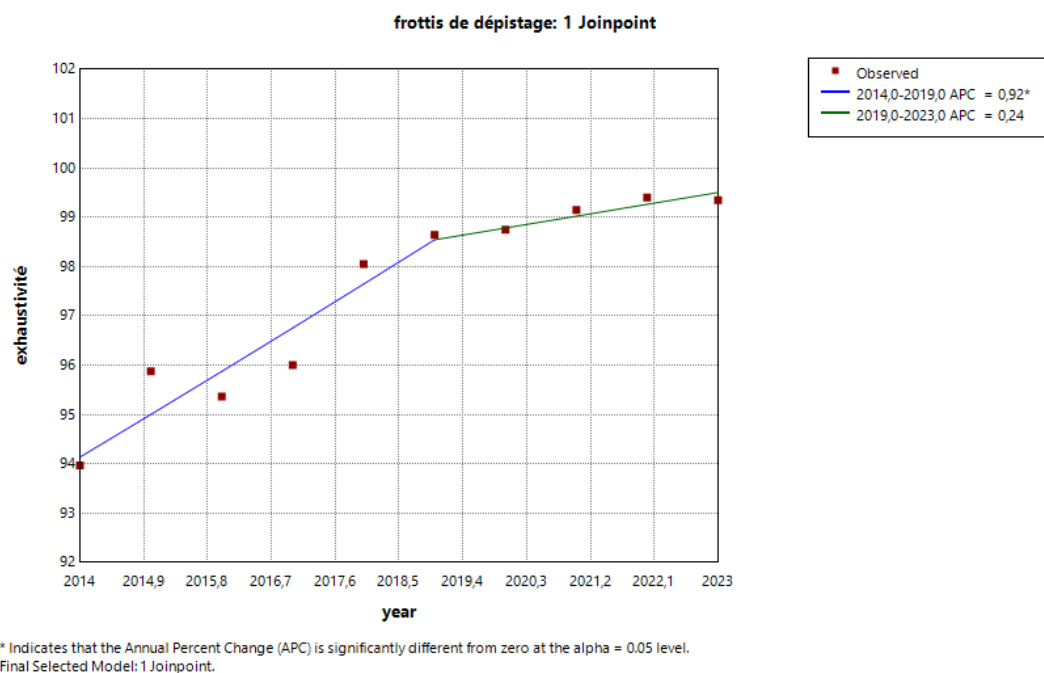
Exhaustivité des données fournies par les laboratoires

L'exhaustivité des données fournies par les laboratoires et donc du registre cyto-histopathologique augmente de manière significative (AAPC = 0,6*). Cette augmentation est surtout marquée au cours de la période 2014-2019 (APC = 0,9*). L'exhaustivité des données concernant les frottis de dépistage suit cette même tendance (AAPC = 0,6* avec un APC = 0,9* entre 2014 et 2019) (graphique 5B) alors que l'augmentation de l'exhaustivité pour les données des frottis de suivi est plus linéaire sur l'ensemble de la période (AAPC = 0,7*) (graphique 5C). Cette augmentation nous a permis d'obtenir un meilleur calcul du taux de couverture au fil des ans (voir point suivant : évolution de la couverture calculée et de la couverture estimée) et également d'affiner notre connaissance de la répartition des différents diagnostics. Les échanges mis en place entre le BCR et les laboratoires d'anatomie-pathologique semblent donc porter leurs fruits.

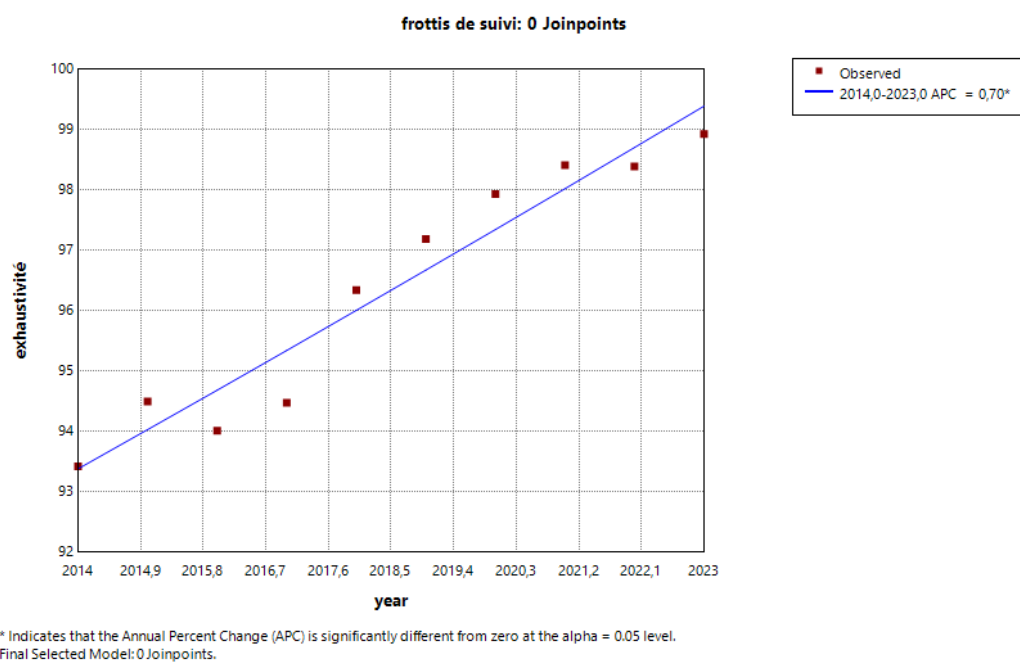
Graphique 5A : évolution du % d'exhaustivité du CHP (total des frottis) 2014-2023



Graphique 5B : évolution du % d'exhaustivité du CHP (frottis de dépistage) 2014-2023

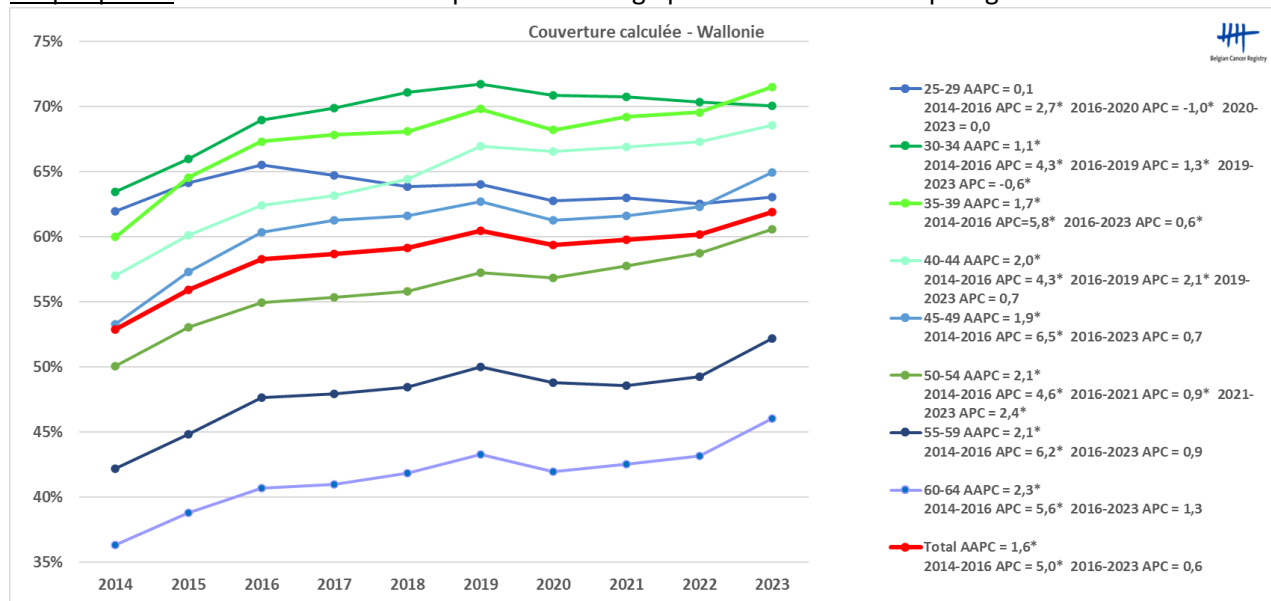


Graphique 5C : évolution du % d'exhaustivité du CHP (frottis de suivi) 2014-2023

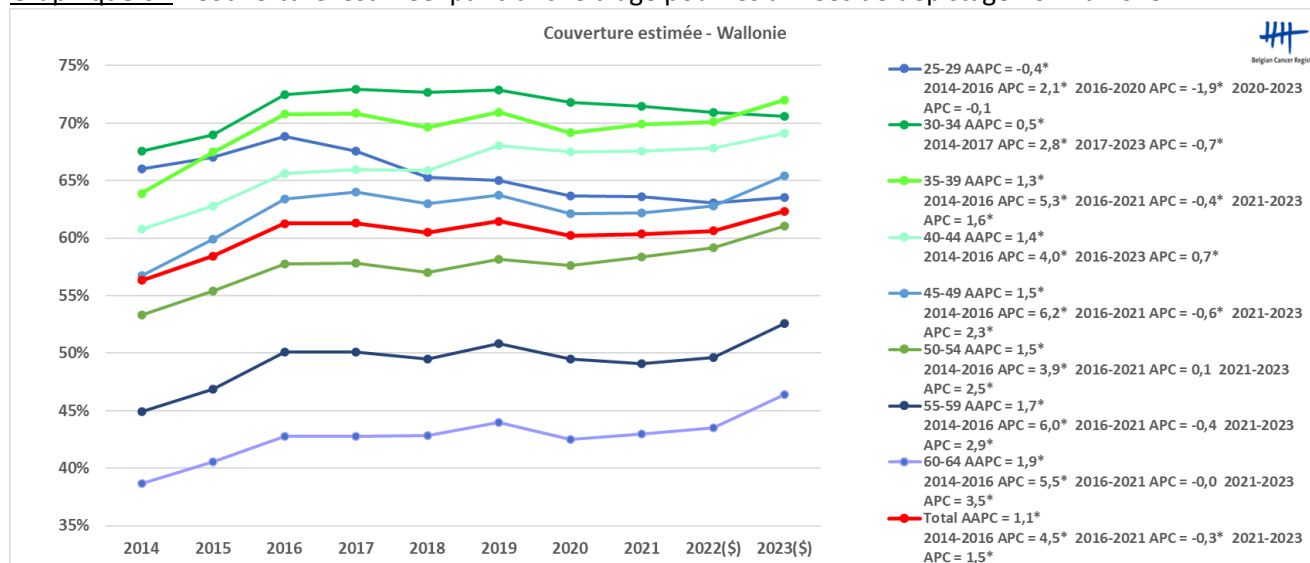


Taux de couverture : proportion de personnes couvertes par le dépistage du cancer du col de l'utérus dans la population cible complète (femmes de 25 à 64 ans).

Graphique 6A : Couverture 'calculée' par tranche d'âge pour les années de dépistage 2014 à 2023



Graphique 6B : Couverture 'estimée' par tranche d'âge pour les années de dépistage 2014 à 2023



(§) Les chiffres concernant la couverture estimée pour 2022 et 2023 sont provisoires et sont une sous-estimation.

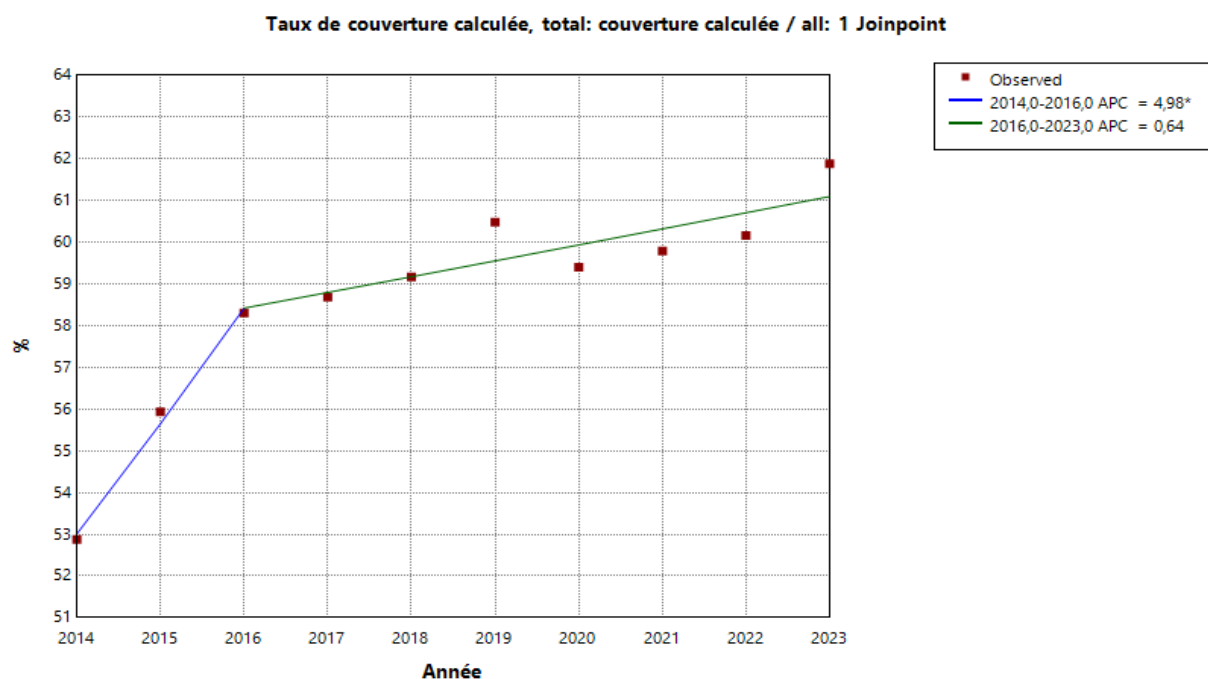
La couverture totale est en augmentation (respectivement AAPC = 1,6* pour la couverture calculée et pour la couverture estimée AAPC = 1,1*). L'évolution a été très marquée entre 2014 et 2016 (APC = 5,0*) pour la couverture calculée et (APC = 4,5*) pour la couverture estimée. L'évolution de la couverture calculée est ensuite plus progressive entre 2016 et 2023 tandis que la couverture estimée montre une diminution entre 2016 et 2021 (APC = -0,3*) avant de remonter de façon significative entre 2021 et 2023 (APC = 1,5*). Comme mentionné dans le paragraphe concernant l'exhaustivité du CHP, cette évolution différente de la couverture estimée est liée à l'amélioration de l'exhaustivité des données. L'écart entre la couverture calculée et la

couverture estimée diminue au fil des ans grâce à l'amélioration de l'exhaustivité des données reçues de la part des laboratoires.

Toutes les catégories d'âge sont concernées par cette augmentation significative de la couverture sauf les 25-29 ans pour lesquelles la couverture estimée montre même une diminution significative à partir de 2016 (APC = -1,0*). La diminution de la couverture de la part des femmes entrant dans la cohorte sera à surveiller.

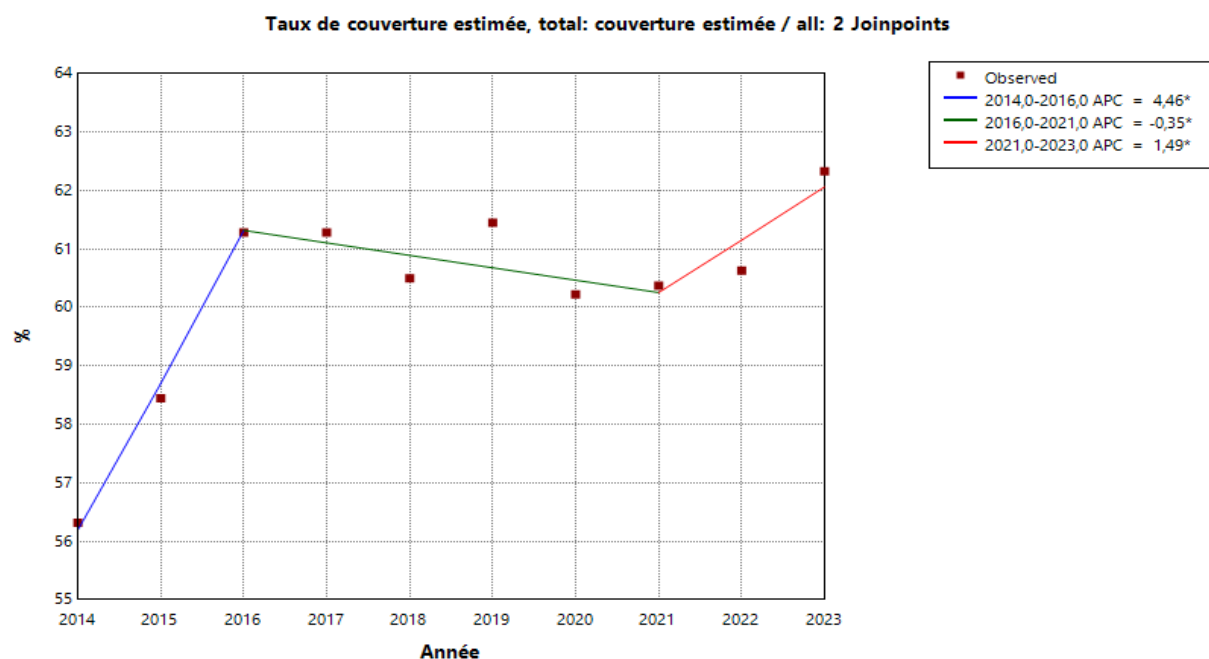
L'augmentation de la couverture au cours de la période 2014-2023 est un peu plus importante au plus on avance dans les tranches d'âge.

Graphique 7A : évolution du % de la couverture calculée 2014-2023



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 1 Joinpoint.

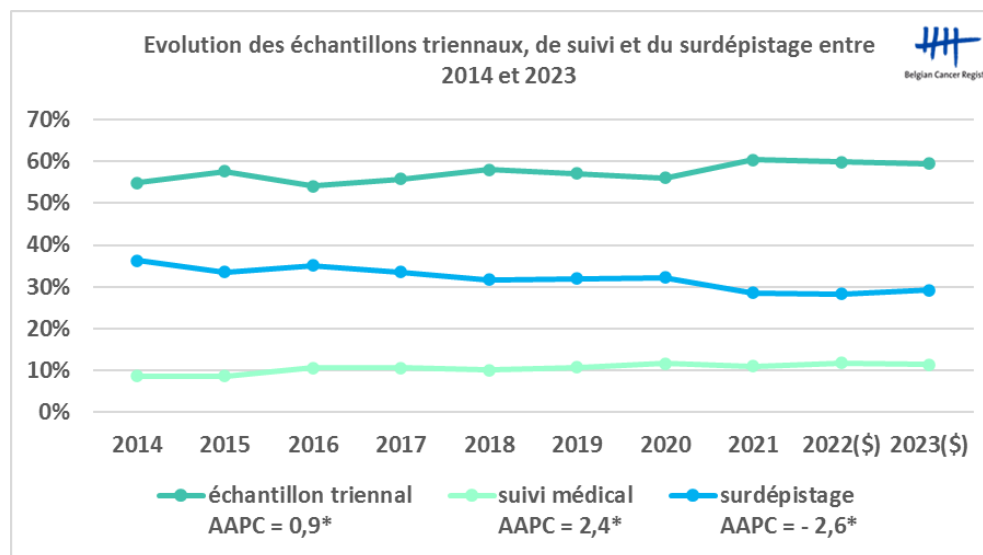
Graphique 7B : évolution du % de la couverture estimée 2014-2023



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 2 Joinpoints.

3.3 Surdepistage

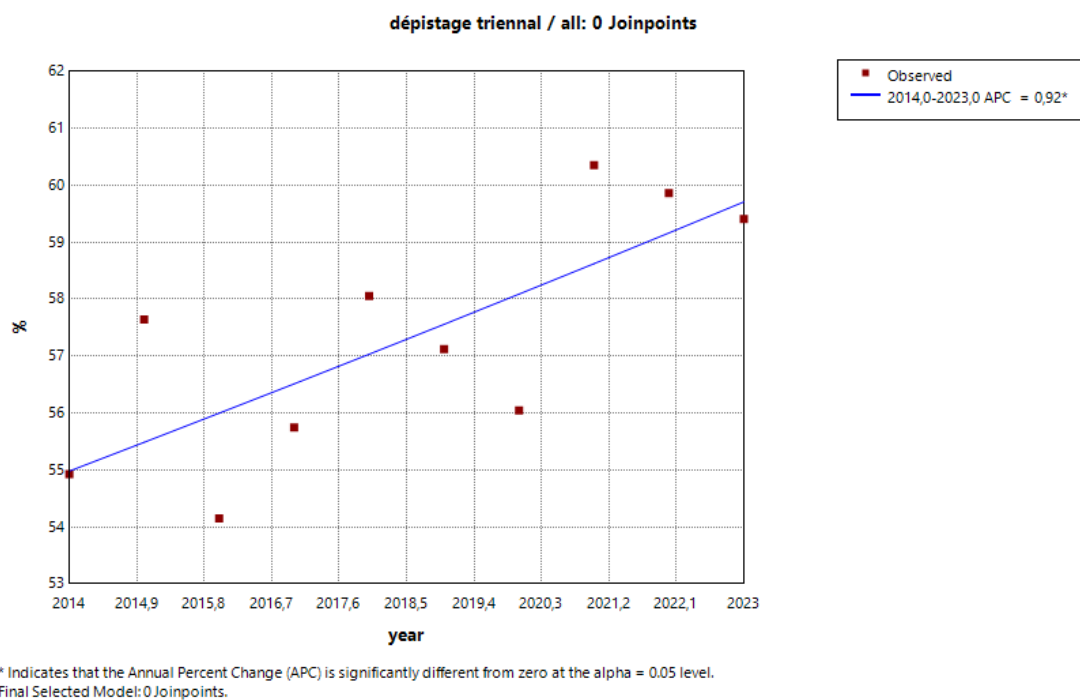
Graphique 8 : Evolution de la répartition des femmes selon l'éligibilité et la légitimité des échantillons (triennal, de suivi, surdepistage) 2014 à 2023



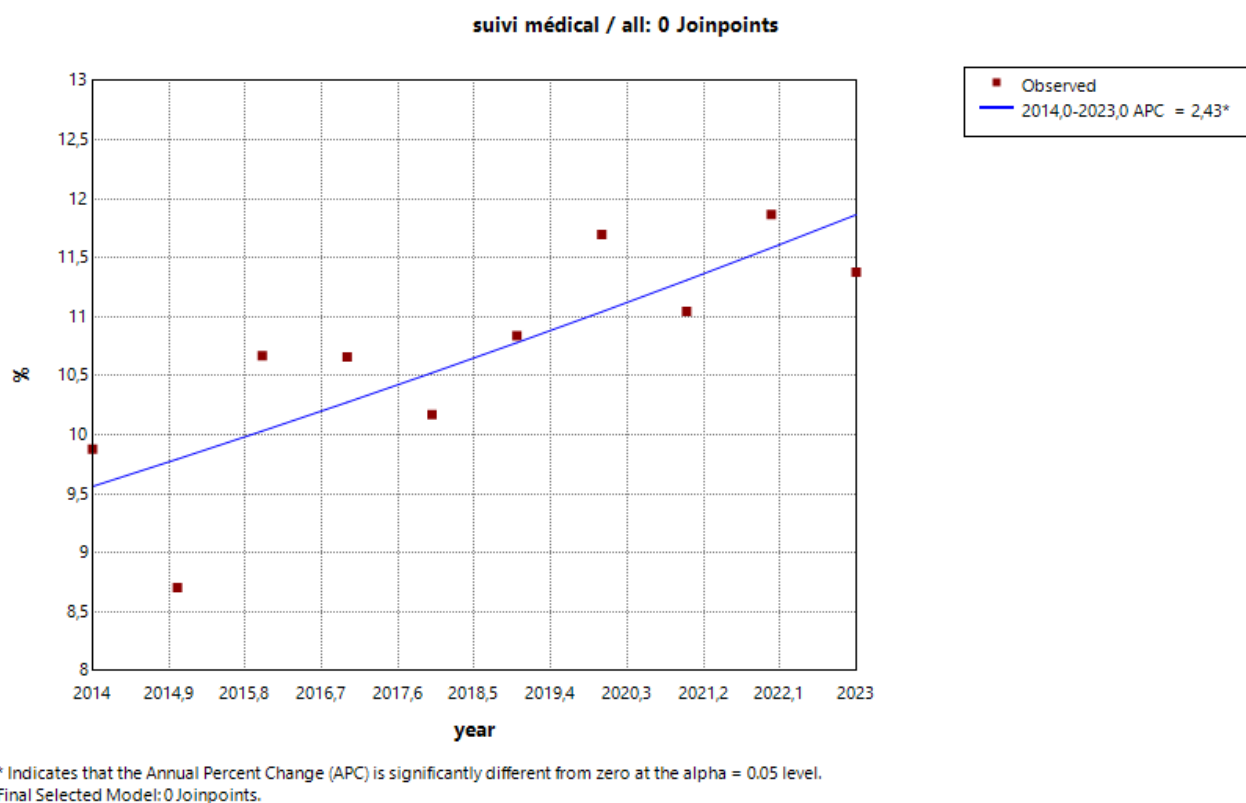
(\$) Les chiffres pour 2022 et 2023 sont provisoires car la base de données AIM est encore incomplète.

Le surdepistage diminue de manière significative à travers toutes les tranches d'âge (sauf pour les 25-29 ans : diminution non statistiquement significative, tableau 1) pour l'ensemble de la période (AAPC = -2,6).

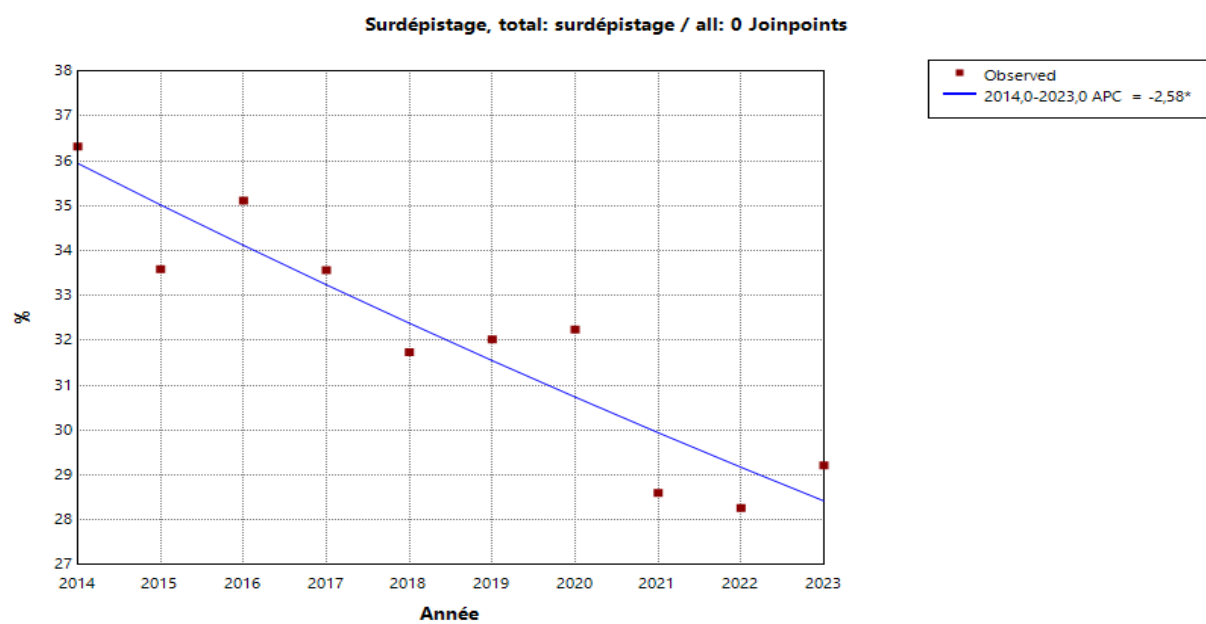
Graphique 9A : évolution du % de femmes avec un échantillon triennal 2014-2023



Graphique 9B : évolution du % de femmes avec un échantillon de suivi 2014-2023



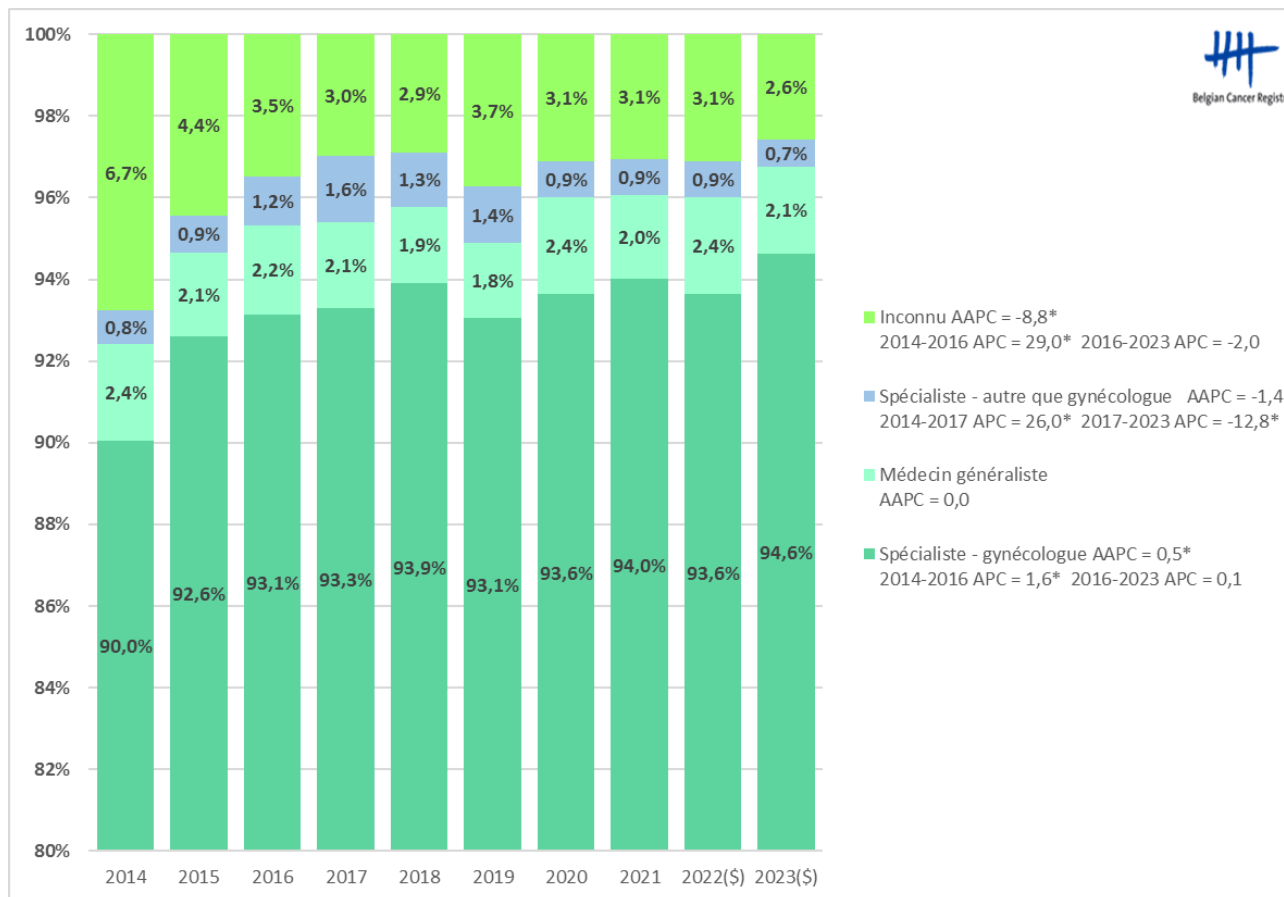
Graphique 9C : évolution du % de femmes avec du surdépistage 2014-2023



4. 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.

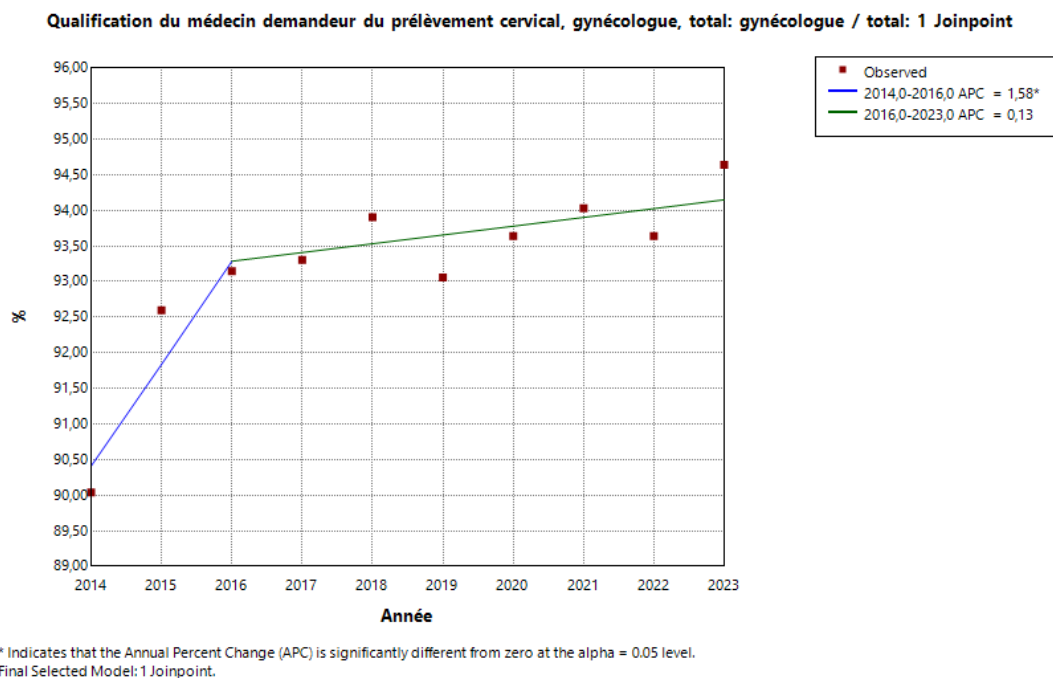
Graphique 10 : frottis prélevés entre 2014 et 2023 parmi les femmes de la population cible avec un échantillon cervical dans le CHP par qualification du médecin qui demande le prélèvement cervical



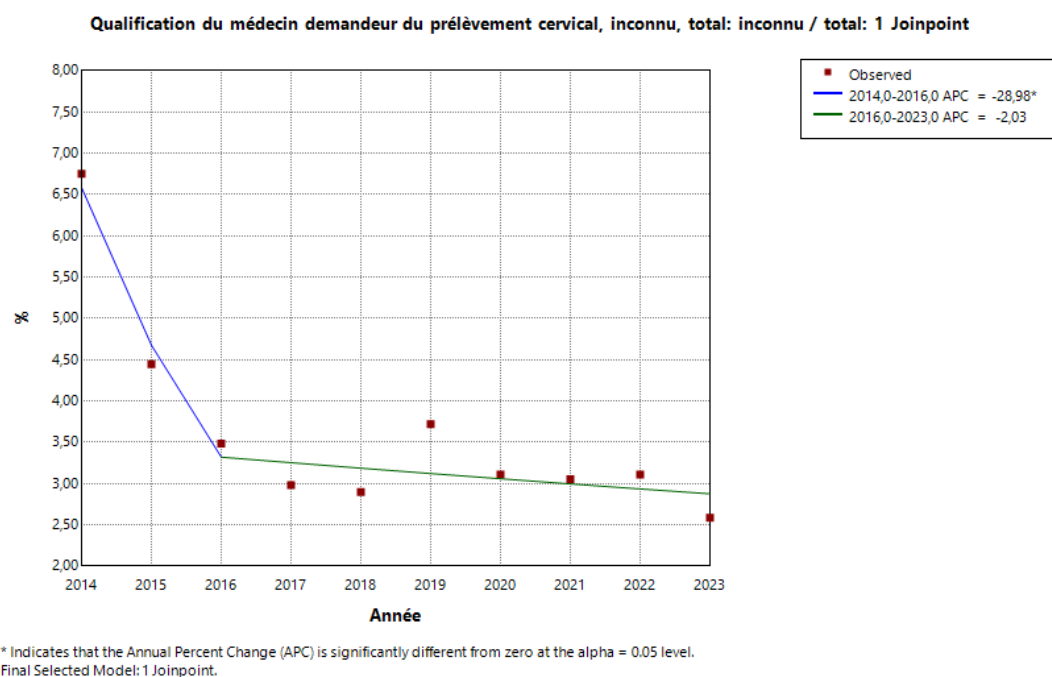
(\$) Les chiffres pour 2022 et 2023 sont provisoires car la base de données AIM est encore incomplète.

La proportion de numéros INAMI inconnus diminue de manière significative au cours des années (AAPC = -8,8*) grâce à un meilleur enregistrement des données AIM. La proportion de prélèvements réalisés par les gynécologues est en augmentation de manière significative (AAPC = 0,5*) quel que soit le type de frottis (dépistage, non-remboursé, suivi). L'augmentation plus marquée durant la période 2014-2016 parallèlement à la diminution des numéros INAMI inconnus (respectivement APC = 1,6* entre 2014 et 2016 pour les frottis attribués à un gynécologue et APC = -29,0* pour les numéros INAMI inconnus durant cette même période). Chez les médecins généralistes, nous ne constatons pas d'évolution significative entre 2014 et 2023.

Graphique 11A : évolution % de frottis réalisés par un gynécologue 2014-2023



Graphique 11B : évolution % de frottis réalisés par un médecin dont la spécialité est inconnue 2014-2023



5. Indicateurs d'évaluation concernant les résultats du dépistage et les diagnostics

5.1 Résultats des frottis de dépistage et les diagnostics cytologiques

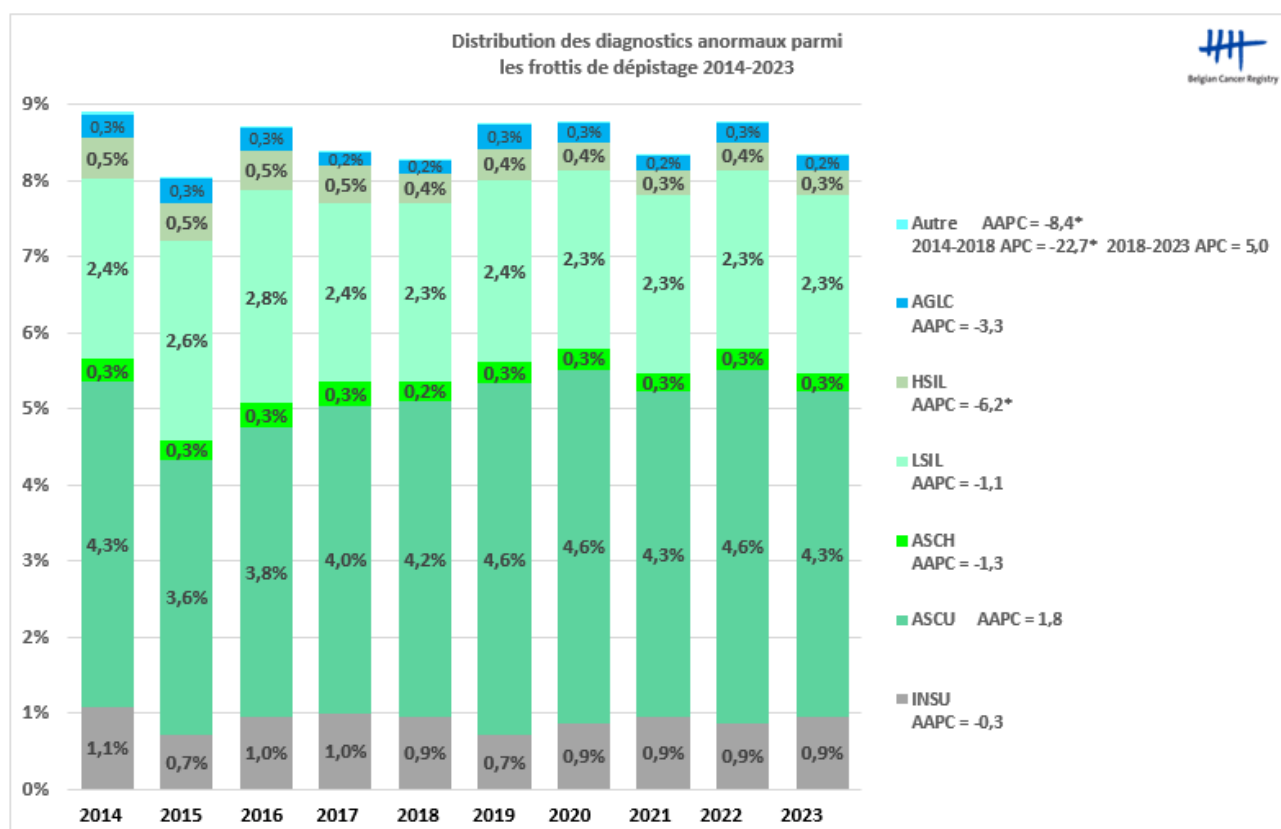
Tableau 2 : Signification des catégories de diagnostics cytologiques et indication du suivi approprié [3]

	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	NODIAGN - 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

Graphique 12 : distribution des diagnostics cytologiques anormaux

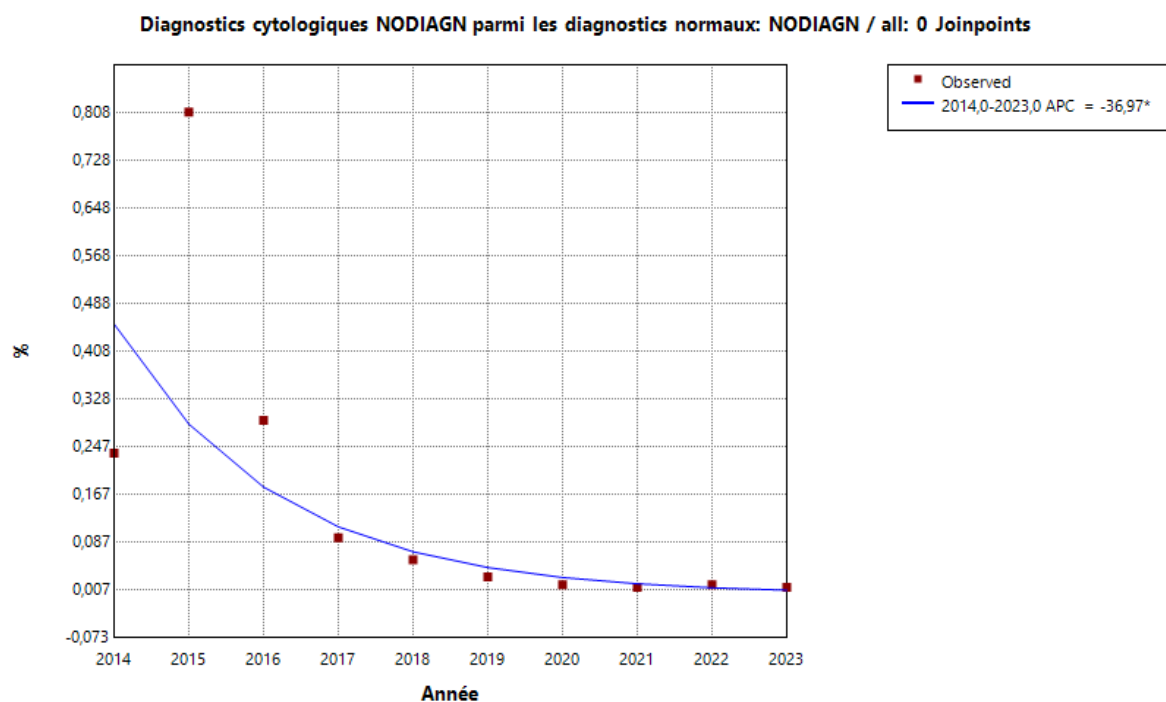


La répartition des diagnostics cytologiques montre peu de variations au cours de la période 2014-2023.

Nous observons une diminution significative des diagnostics HSIL (AAPC = -6,2*). Les lésions « autres » qui correspondent aux tumeurs in situ et invasives (hors HSIL) sont également en diminution significative (AAPC = -8,4*) ; cette diminution pourrait être attribuée à un codage de plus en plus précis. Pour ces diagnostics, la diminution est surtout marquée pour les années 2014 à 2018 (APC = -22,7*) avant d'augmenter très légèrement de manière non-significative entre 2018 et 2023 (APC = 5,0) – la proportion que représente cette catégorie de diagnostics est toutefois très faible.

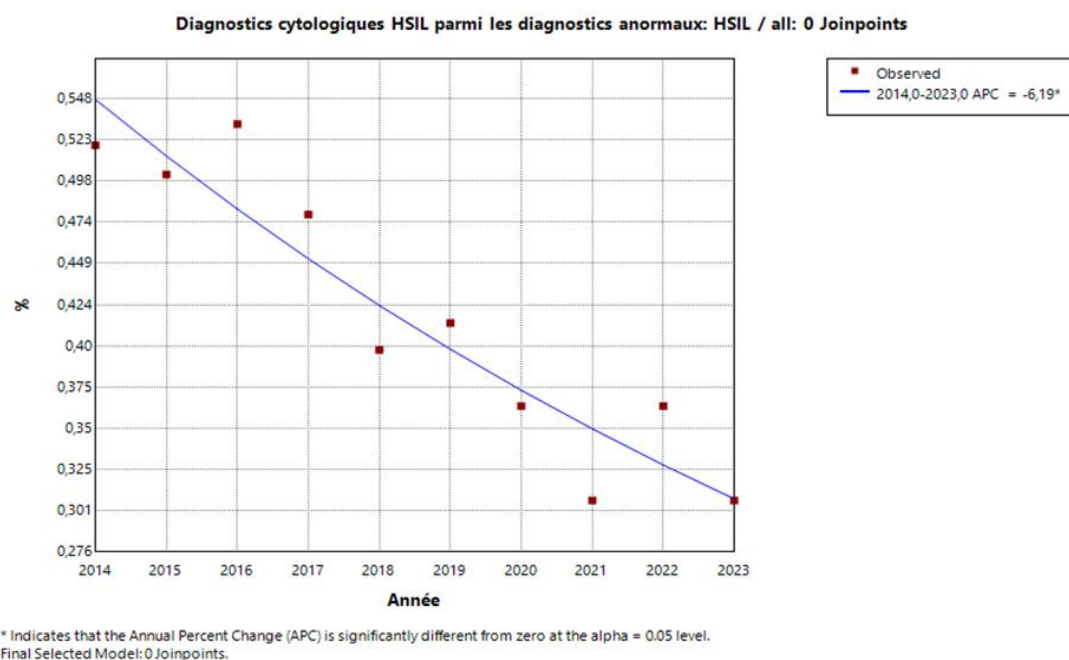
Mentionnons encore la diminution importante et significative des 'NODIAGN' qui sont donc les prélèvements pour lesquels aucun diagnostic n'a pu être établi (AAPC = -37,0*).

Graphique 13A : évolution % NODIAGN parmi les frottis de dépistage remboursés 2014-2023

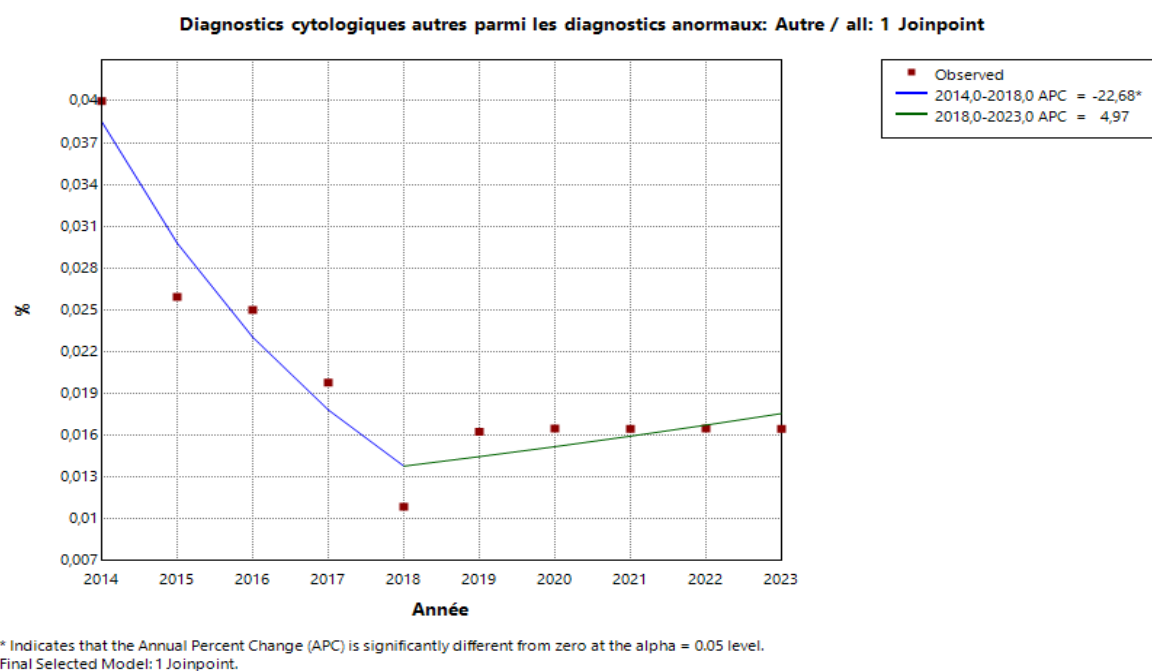


* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
 Final Selected Model: 0 Joinpoints.

Graphique 13B : évolution % HSIL parmi les frottis de dépistage remboursés 2014-2023



Graphique 13C : évolution % 'autres' parmi les frottis de dépistage remboursés 2014-2023

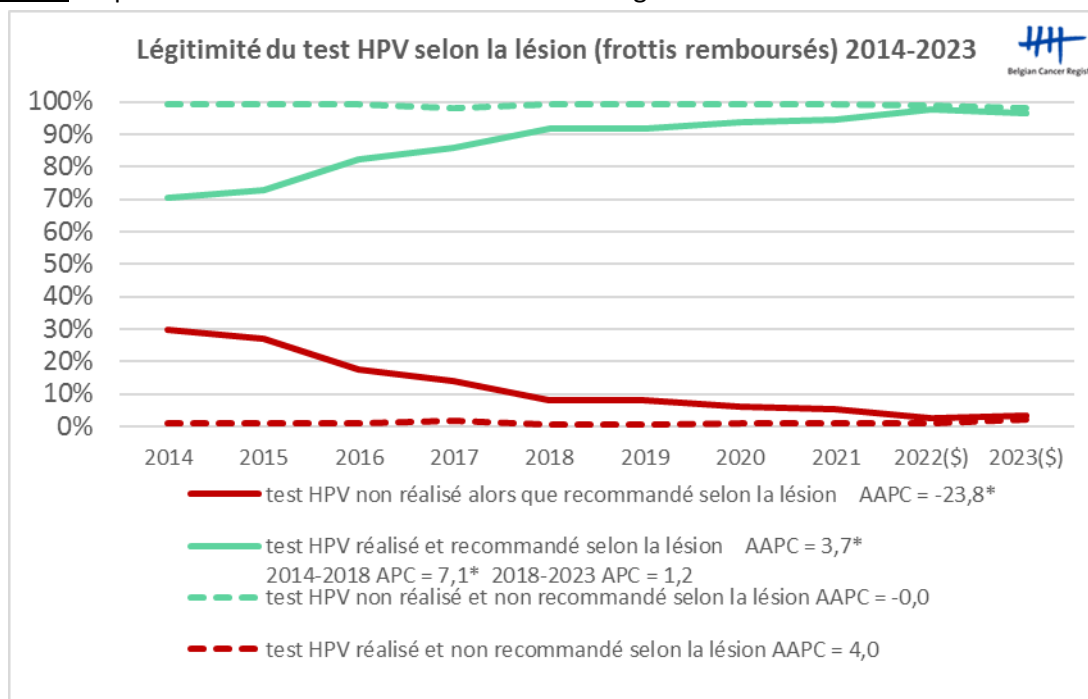


5.2 Triage par un test HPV

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' [3].

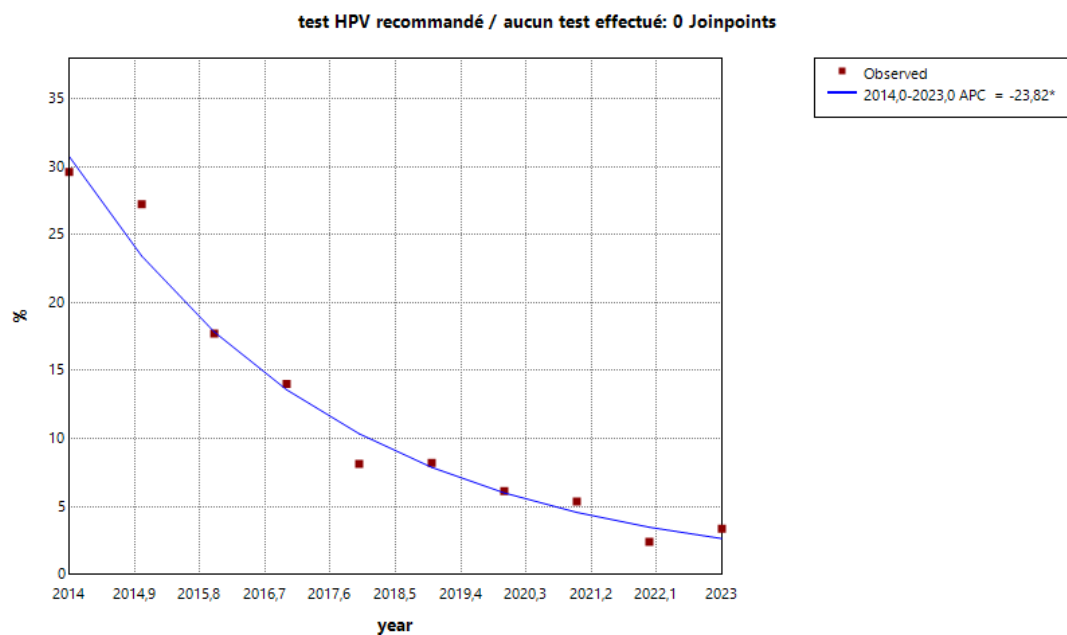
Au cours de la période 2014-2023, nous constatons une diminution significative du nombre de lésions pour lesquelles le test HPV n'a pas été réalisé alors qu'il était recommandé (AAPC = -23,9*). Il ne semble pas s'agir d'une généralisation de l'usage du test HPV toutes lésions confondues (cotesting) car le nombre de tests effectués n'augmente pas de manière significative pour les lésions pour lesquelles le test HPV n'est pas recommandé (AAPC = 4,0).

Graphique 14 : répartition des tests HPV réalisés selon leur légitimité en fonction de la lésion 2014-2023

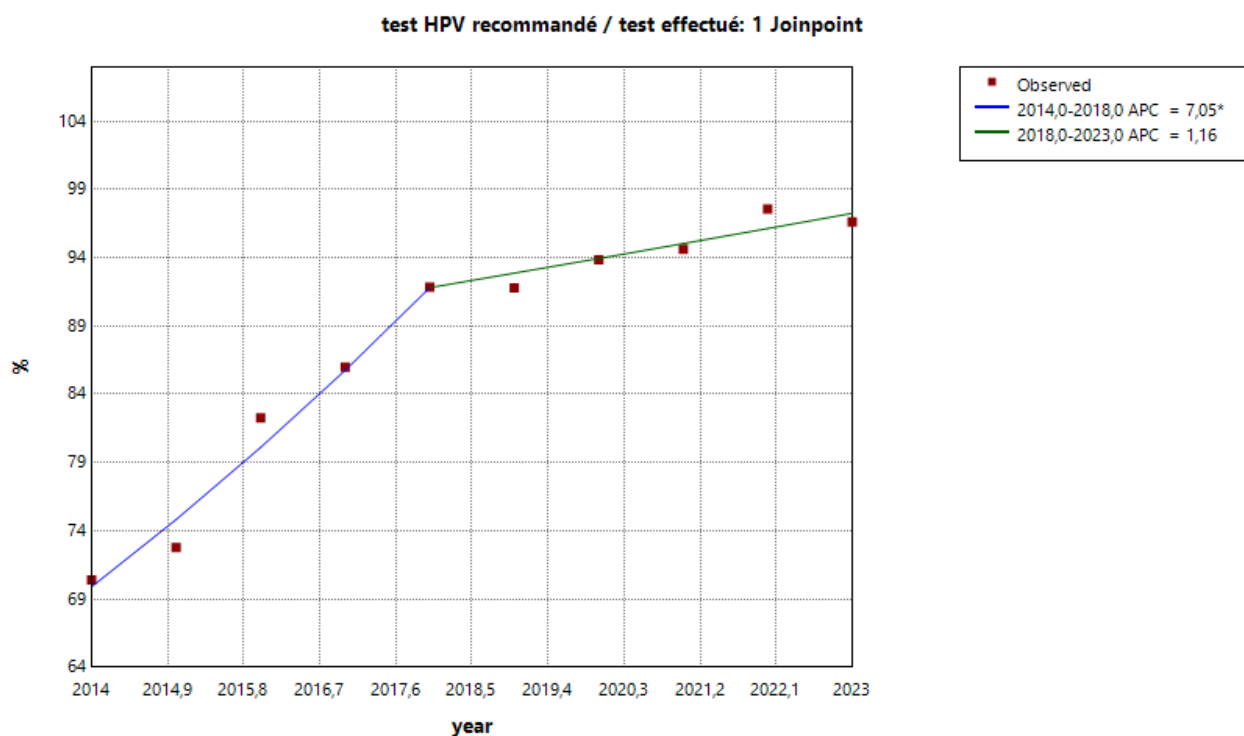


(§) Les chiffres pour 2021 et 2022 sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années car les prestations médicales peuvent encore être remboursées par les organismes assureurs jusqu'à deux ans après la date de prestation.

Graphique 15A : évolution % aucun test HPV réalisé alors que le test était recommandé 2014-2023



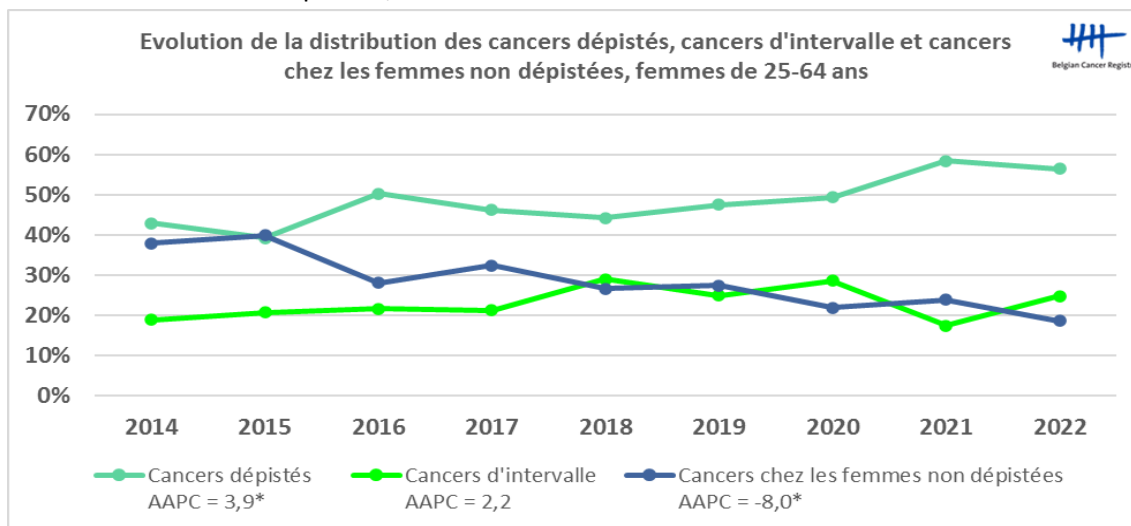
Graphique 15B : évolution % test HPV réalisé quand il était recommandé 2014-2023



5.3 Distribution des cancers dépistés, des cancers d'intervalle et des cancers parmi les femmes non dépistées selon le stade au moment du diagnostic

5.3.1 Répartition des cancers dépistés, cancers d'intervalle et cancers chez les femmes non dépistées

Graphique 16 : Evolution de la distribution des cancers dépistés, cancers d'intervalle et cancers chez les femmes non-dépistées, femmes de 25 à 64 ans

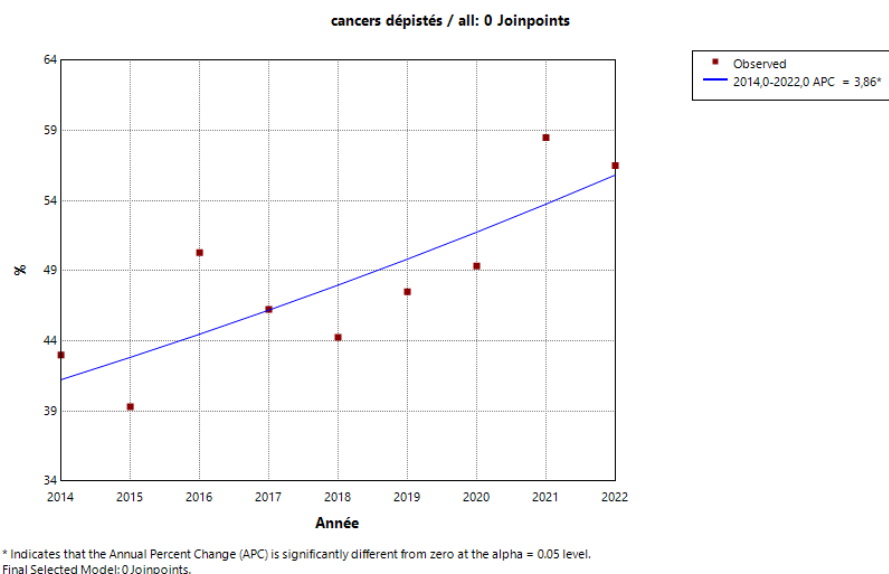


Ces données sont rapportées pour la période 2014-2022. En effet, la base de données de l'enregistrement du cancer n'est actuellement complète que jusqu'à l'année d'incidence 2022.

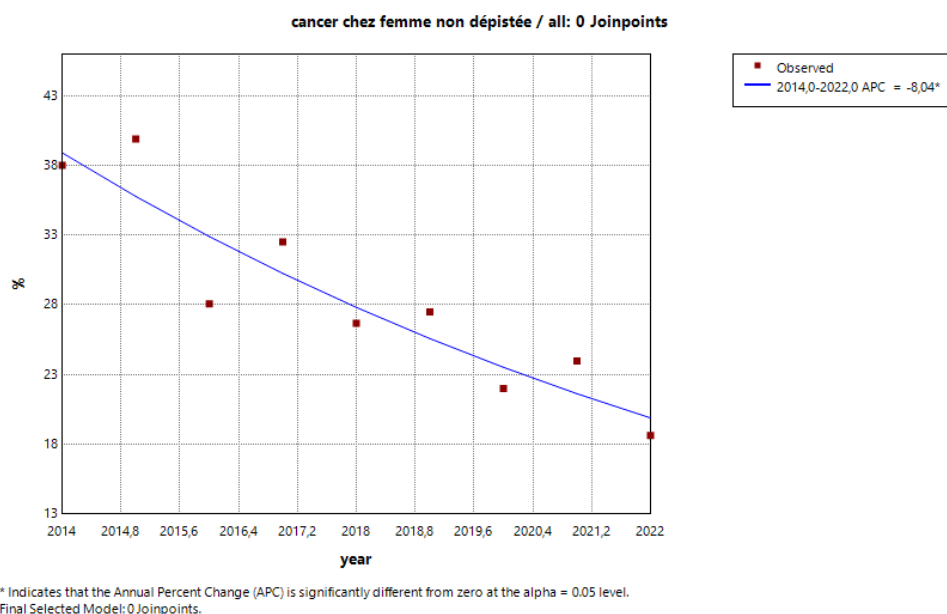
Au cours de cette période, nous constatons une augmentation significative de la proportion de cancers dépistés (AAPC = 3,9*). Cette progression pourrait être en partie attribuée à l'augmentation de la couverture par le dépistage car les cancers chez les femmes non dépistées sont eux en diminution significative (AAPC = -8,0*).

Les cancers d'intervalle ne montrent quant à eux pas d'évolution significative (AAPC = 2,3).

Graphique 17A : évolution % cancers dépistés 2014-2022



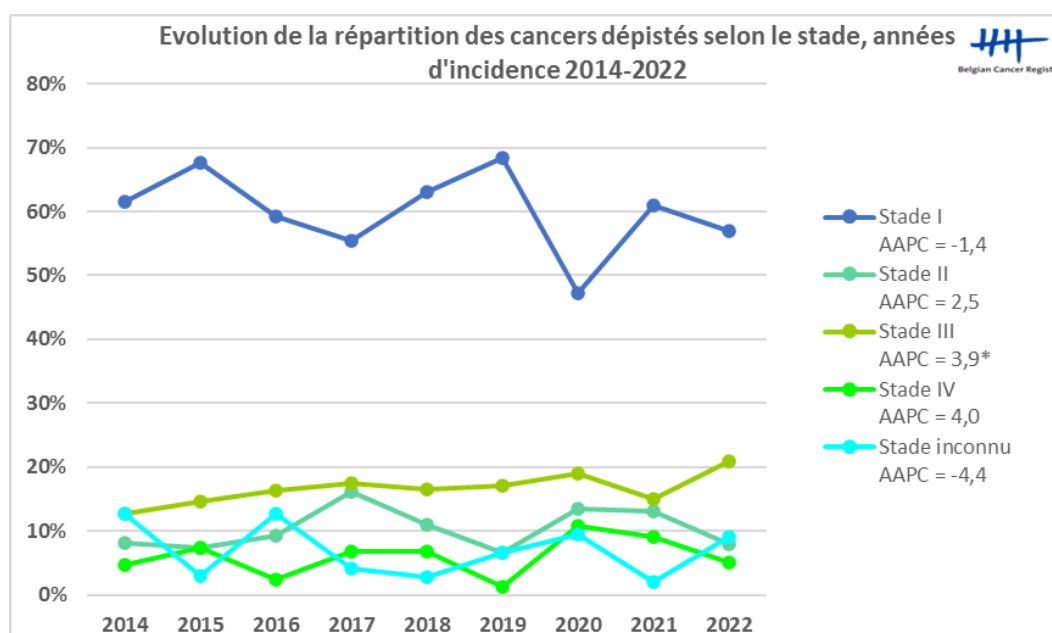
Graphique 17B : évolution % cancers chez les femmes non dépistées 2014-2022



5.3.2 Evolution de la répartition des cancers selon le stade au moment du diagnostic

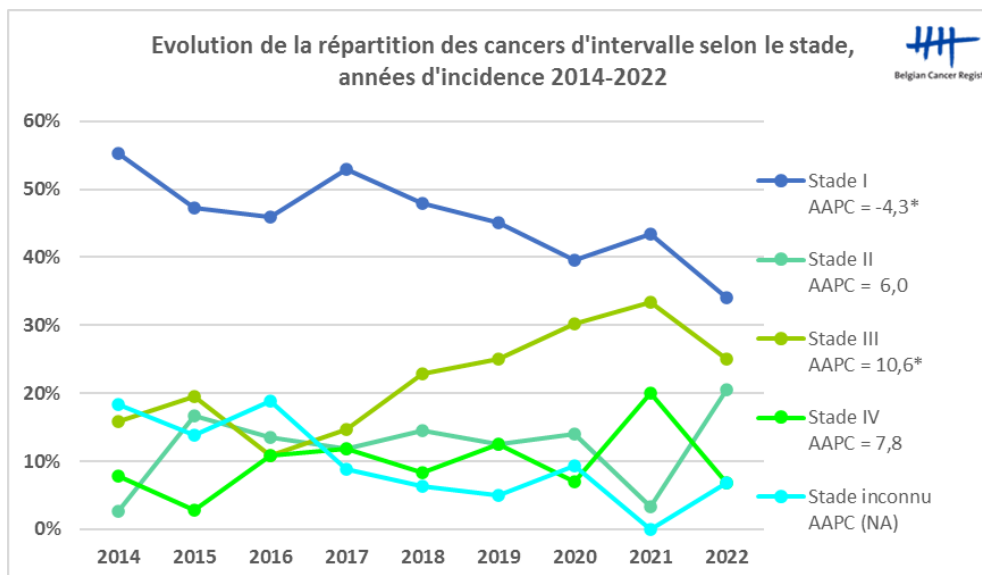
Dans les analyses ci-dessous, nous détaillons l'évolution de la répartition des cancers dépistés, cancers d'intervalle et cancers chez les femmes non-dépistées selon le stade au moment du diagnostic. Les proportions de chaque stade sont calculées sur tous les cancers (stades connus et inconnus confondus). Vu les petits nombres dans les différentes catégories, les résultats doivent être interprétés avec prudence.

Graphique 18A : Evolution de la répartition des cancers dépistés selon le stade pour les années d'incidence 2014-2022



Pour les cancers dépistés, il y a une augmentation significative parmi les stades III (AAPC = 3,9*) ; les autres stades ne montrent pas d'évolution significative au cours de la période étudiée. Les cancers dépistés de stade I représentent plus de la moitié des cancers dépistés.

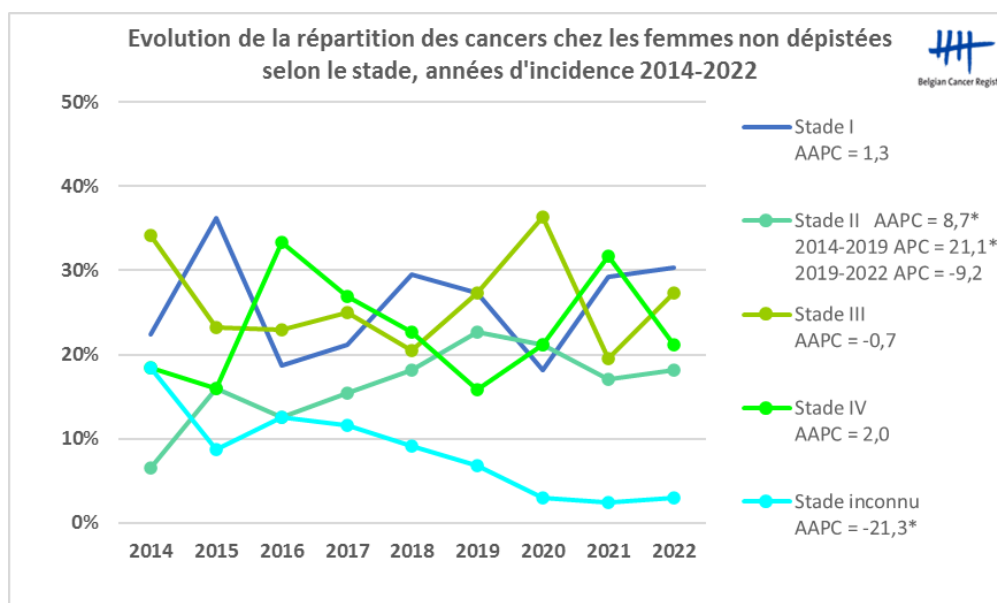
Graphique 18B : Evolution de la répartition cancers d'intervalle selon le stade pour les années d'incidence 2014-2022



(NA) : étant donné qu'il n'y a pas eu de cas pour au-moins une année, l'analyse de tendances n'est pas possible pour cet indicateur

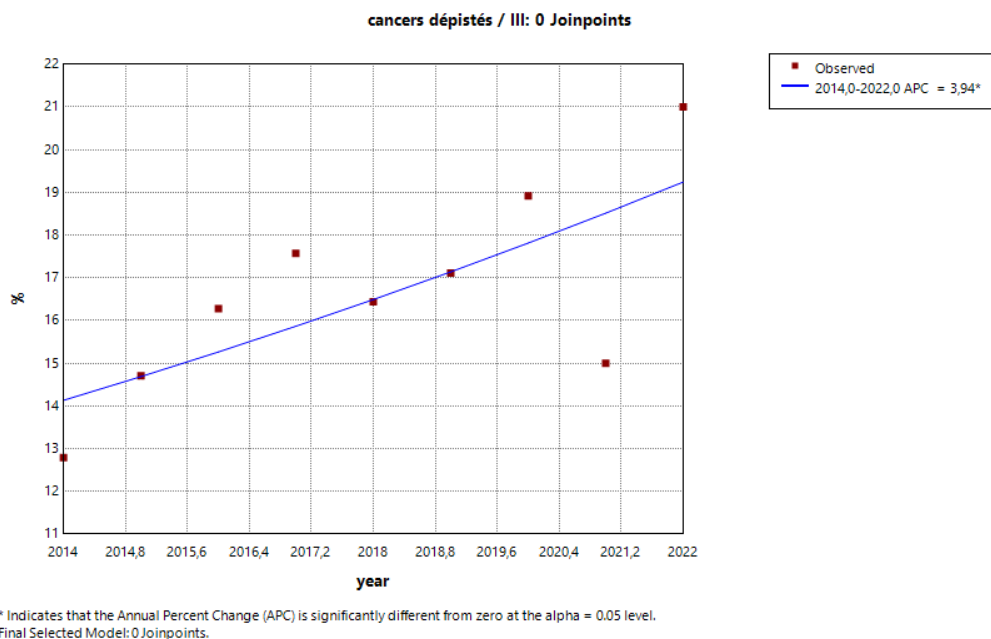
Parmi les cancers d'intervalle, nous constatons une diminution significative des stades I (AAPC = - 4,3*) et une augmentation significative des stades III (AAPC = 10,6*).

Graphique 18C : Evolution de la répartition des cancers chez les femmes non dépistées pour les années d'incidence 2014-2022

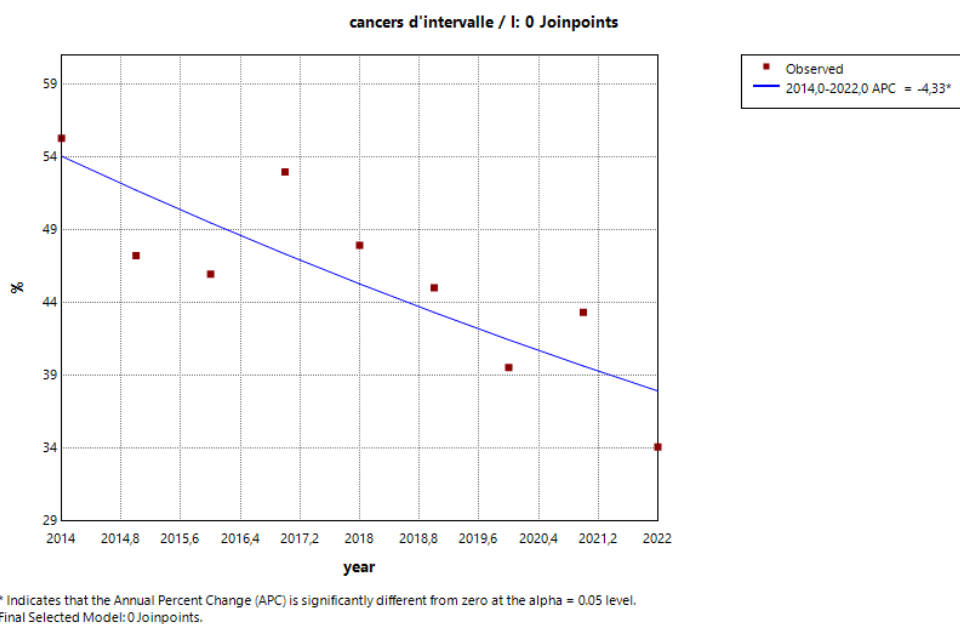


Parmi les femmes non dépistées, la proportion des cancers de stade II augmente de façon significative (AAPC = 8,7*). Cette augmentation est surtout marquée entre 2014 à 2019 (APC = 21,1*) puis la tendance montre une diminution mais non significative (APC = -9,2). La proportion des stades inconnus diminue de manière significative (AAPC = -21,3*) en lien avec une amélioration de l'enregistrement des stades de la part des sources qui fournissent les données au BCR.

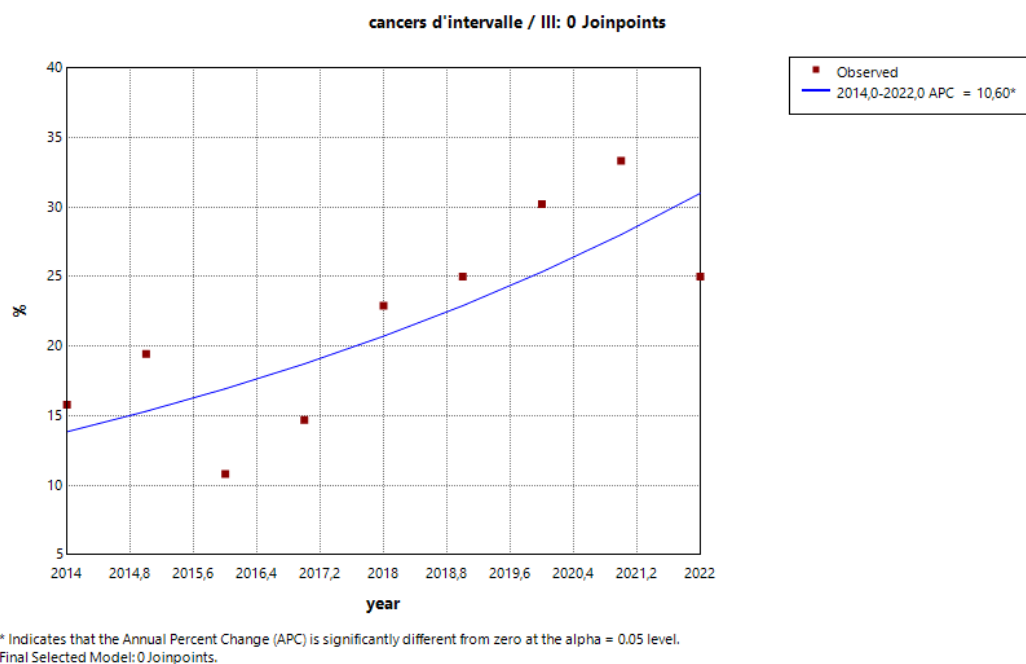
Graphique 19A : évolution % cancers dépistés de stade III 2014-2022



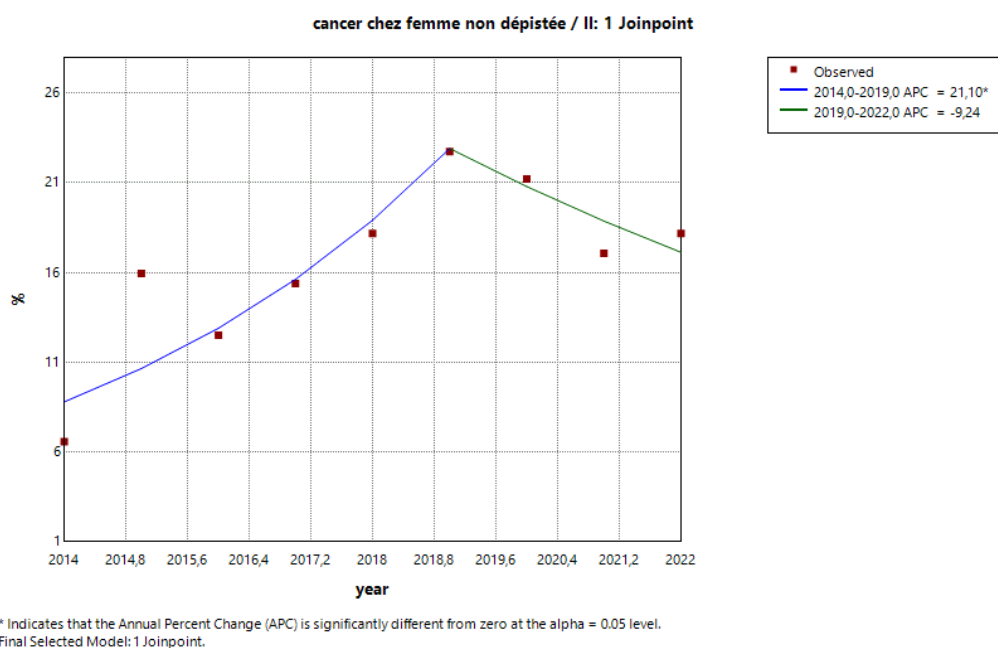
Graphique 19B : évolution % cancers d'intervalle de stade I 2014-2022



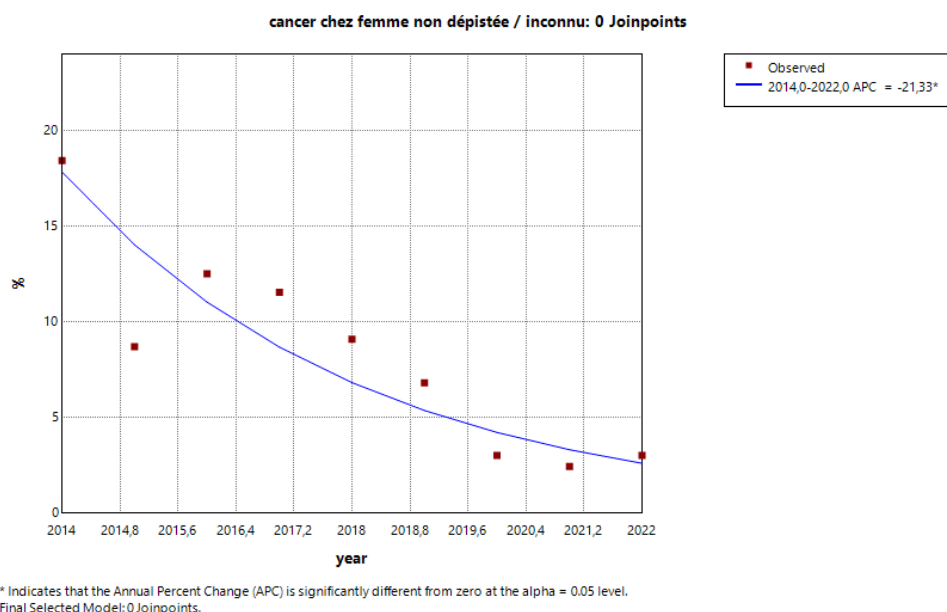
Graphique 19C : évolution % cancers d'intervalle de stade III 2014-2022



Graphique 19D : évolution % cancers chez les femmes non dépistées de stade II 2014-2022



Graphique 19E : évolution % cancers chez les femmes non dépistées de stade inconnu 2014-2022

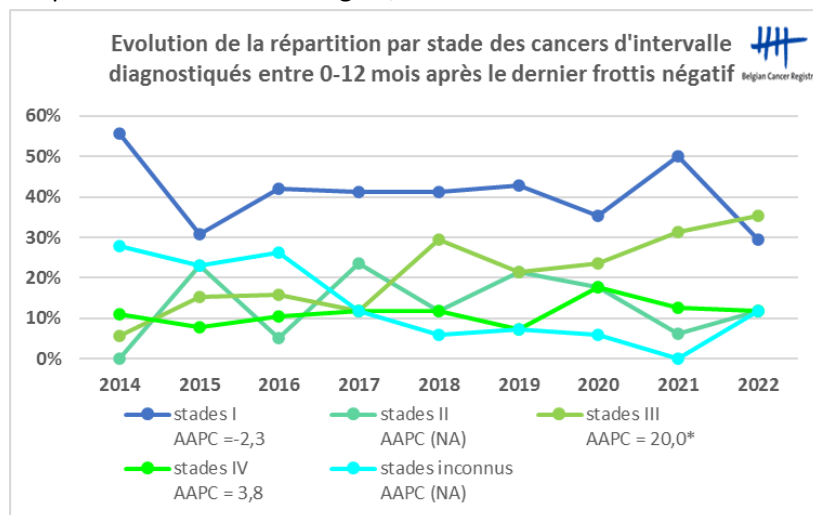


5.3.3 Evolution de la répartition par stade des cancers d'intervalle selon le délai entre le dernier frottis négatif et le diagnostic

Dans les analyses ci-dessous, nous détaillons l'évolution de la répartition cancers d'intervalle selon le stade au moment du diagnostic en fonction du délai depuis le dernier frottis négatif. Vu les petits nombres dans les différentes catégories, les résultats doivent être interprétés avec prudence.

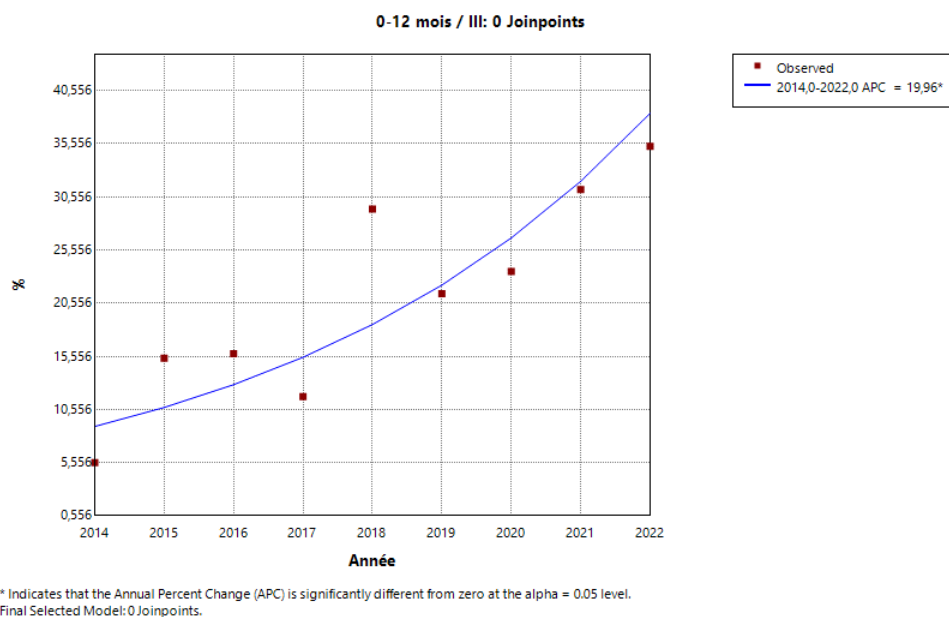
Ces chiffres ne sont pas présentés dans le tableau 1 (synthèse des tendances) car de nombreux résultats ne peuvent être calculés (NA) étant donné qu'il n'y a pas eu de cas pour au-moins une année.

Graphique 20A : Evolution de la répartition par stade des cancers d'intervalle diagnostiqués entre 0-12 mois après le dernier frottis négatif, 2014-2022



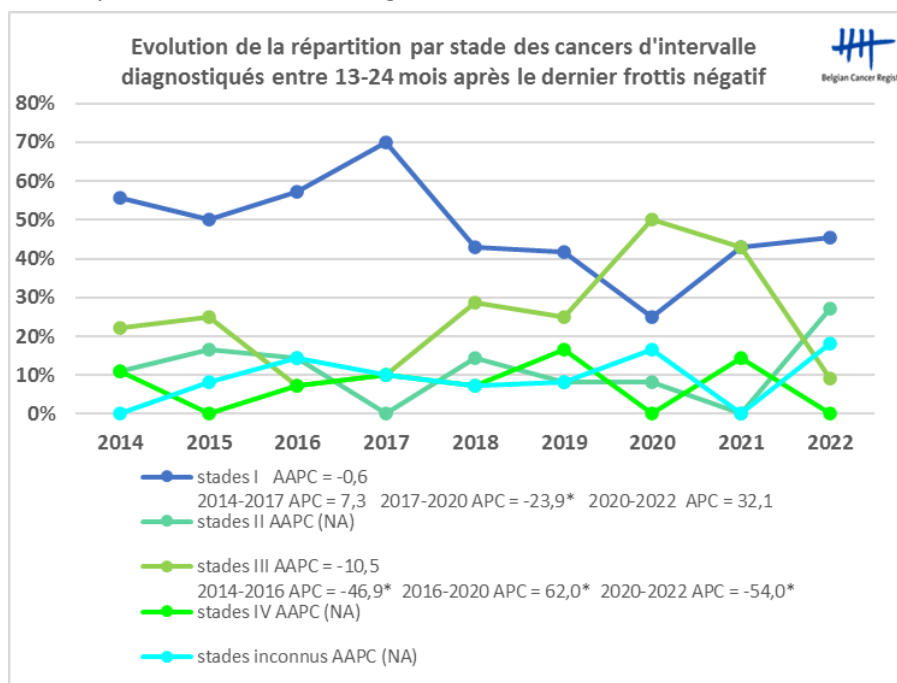
(NA) : étant donné qu'il n'y a pas eu de cas pour au-moins une année, l'analyse de tendances n'est pas possible pour cet indicateur

Graphique 20B : Evolution % cancers d'intervalle de stades III diagnostiqués entre 0 et 12 mois 2014-2022



Il n'y a pas d'évolution significative au cours de la période sauf pour les stades III entre 0 à 12 mois qui augmentent significativement au cours du temps (AAPC = 20,0*).

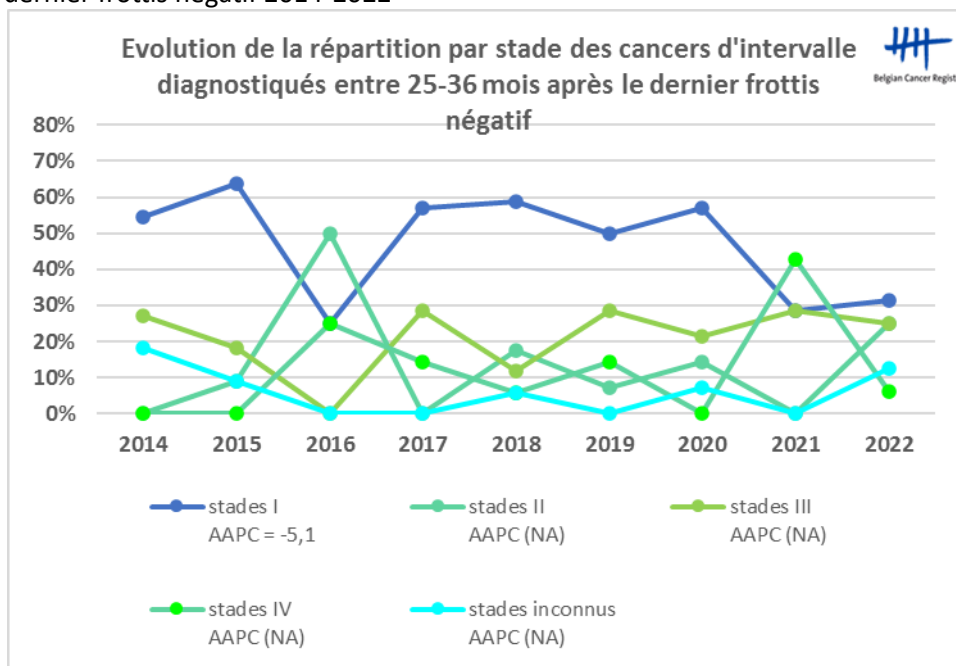
Graphique 20C : Evolution de la répartition par stade des cancers d'intervalle diagnostiqués entre 13-24 mois après le dernier frottis négatif 2014-2022



(NA) : étant donné qu'il n'y a pas eu de cas pour au-moins une année, l'analyse de tendances n'est pas possible pour cet indicateur

Les stades des cancers d'intervalle diagnostiqués entre 13-24 mois ne montrent pas de variation significative.

Graphique 20D : Evolution de la répartition par stade des cancers d'intervalle diagnostiqués entre 25-36 mois après le dernier frottis négatif 2014-2022



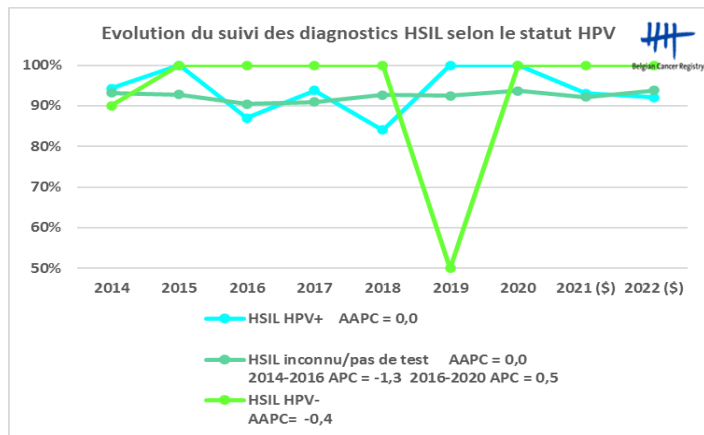
(NA) : étant donné qu'il n'y a pas eu de cas pour au-moins une année, l'analyse de tendances n'est pas possible pour cet indicateur

Les stades des cancers d'intervalle diagnostiqués entre 25-36 mois ne montrent pas de variation significative.

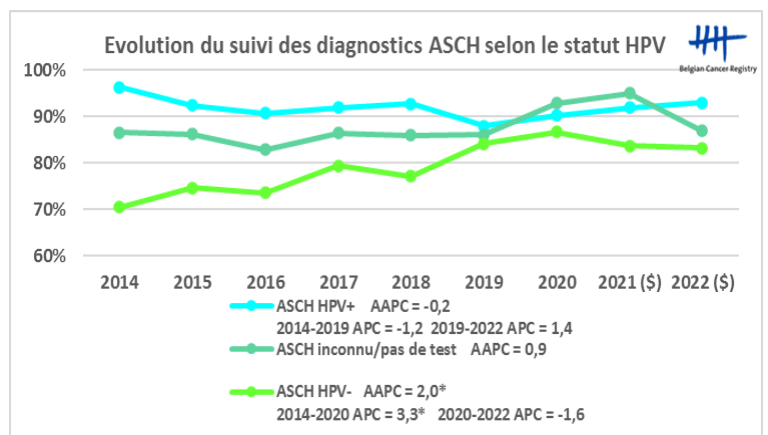
6. Indicateurs d'évaluation concernant le suivi et le traitement

6.1 Suivi médical dans les 12 mois après un dépistage anormal ou de qualité insuffisante

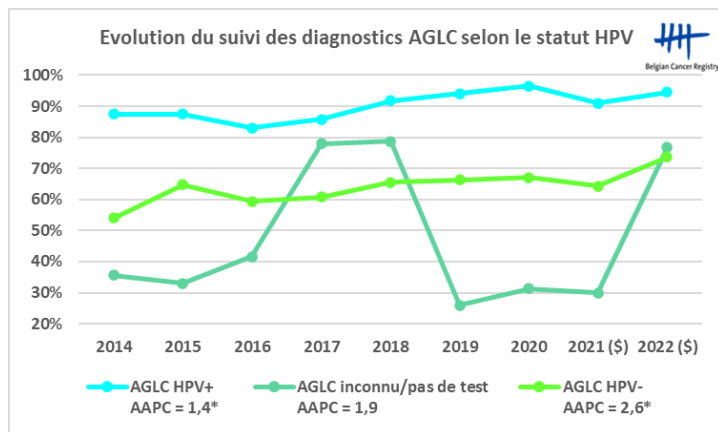
Graphique 21A : évolution du suivi médical - HSIL



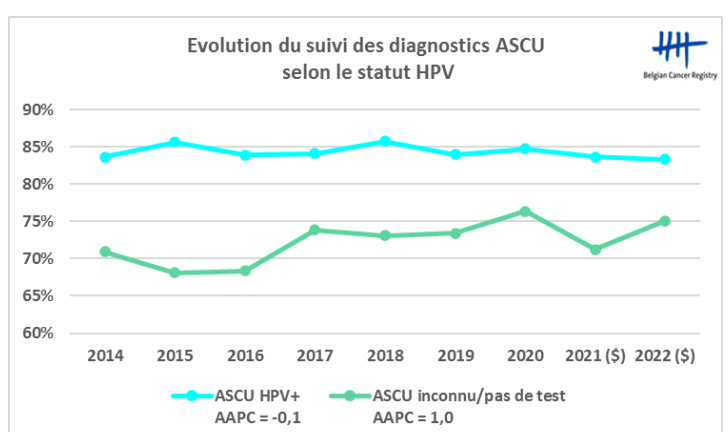
Graphique 21B : évolution du suivi médical - ASCH



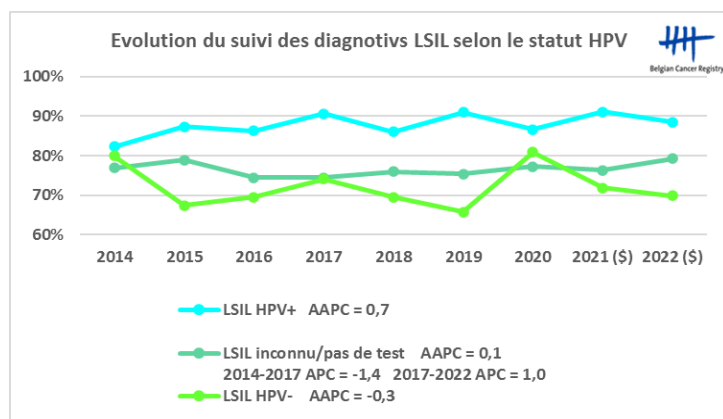
Graphique 21C : évolution du suivi médical – AGLC



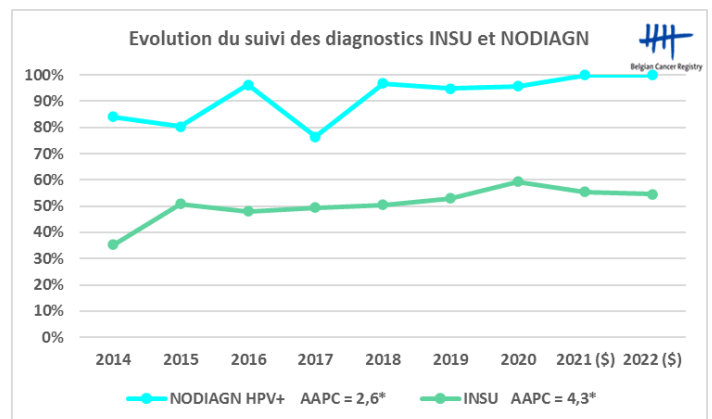
Graphique 21D : évolution du suivi médical - ASCU



Graphique 21E: évolution du suivi médical – LSIL



Graphique 21F: évolution du suivi médical – INSU+NODIAGN



(§) 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.

La norme recommandée par l'OMS indique qu'il devrait y avoir un taux de suivi de 90 % si des anomalies sont trouvées [4]. Les résultats ne peuvent être présentés que jusqu'en 2022 puisque nous regardons le suivi à 12 mois et que les données de l'AIM ne sont pas complètes pour les années 2022 et 2023.

Les % de suivis à 12 mois montrent une augmentation globalement statistiquement significative (AAPC = 0,7* pour le total des lésions INSU exclus).

Il en est de même pour les lésions suivantes :

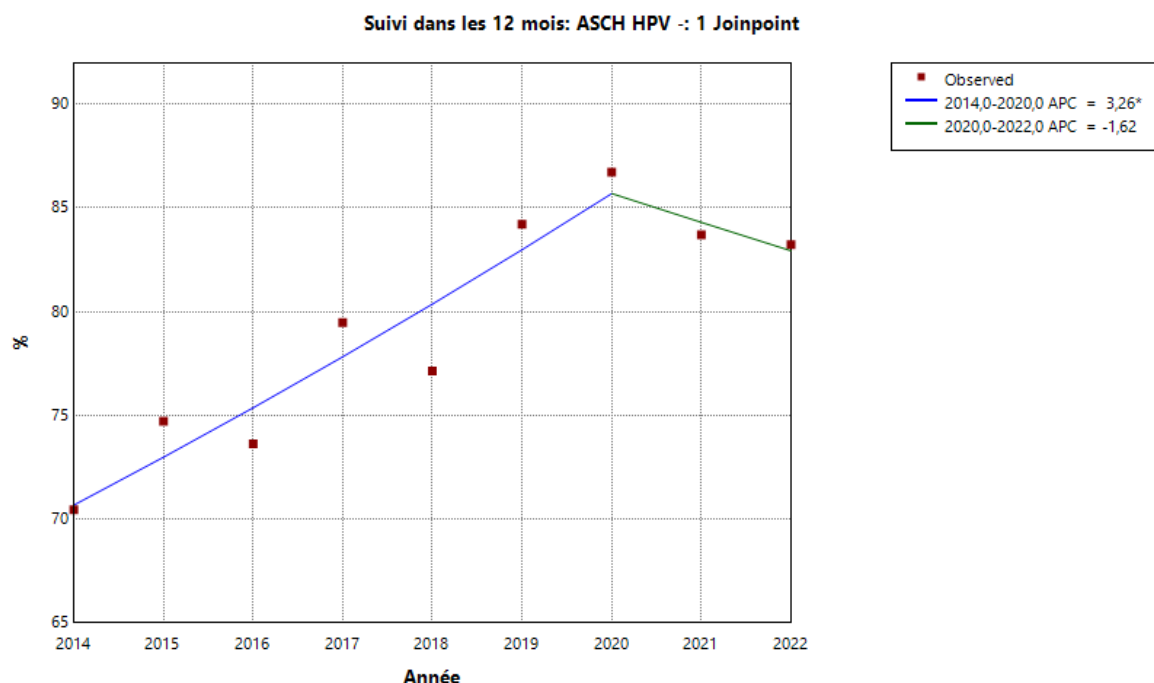
- ASCH HPV – AAPC = 2,0* qui montre une augmentation significative des suivis entre 2014 et 2020 APC = 3,3* avant une légère inflexion de la tendance entre 2020 et 2022 APC = -1,6
- AGLC HPV+ AAPC = 1,4*
- AGLC HPV- AAPC = 2,6*

Les diagnostics suivants ne sont pas considérés comme un dépistage anormal mais nécessitent un suivi :

- 'NODIAGN HPV+' = pas de diagnostic connu mais HPV + et donc suivi nécessaire pour la présence du HPV.
- 'INSU' = échantillon de qualité insuffisante et ne permettant pas d'établir un diagnostic → un nouvel échantillon doit être prélevé.
- NODIAGN HPV+ AAPC = 2,6*
- INSU AAPC = 4,3*

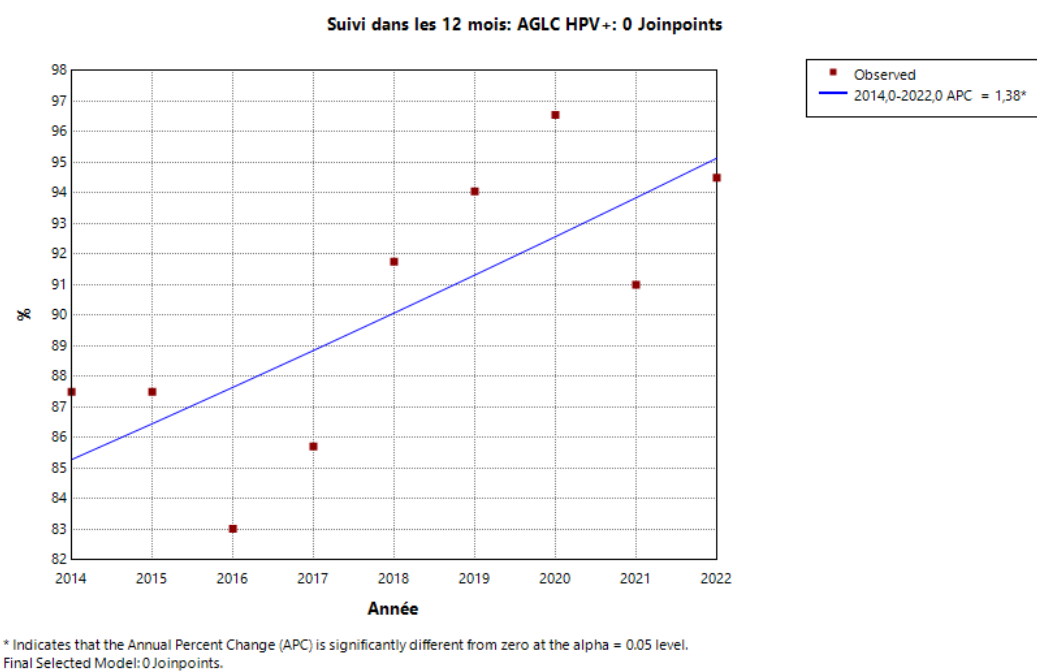
La recommandation de prélever un nouvel échantillon est donc de mieux en mieux suivie pour les femmes dont le 1^{er} frottis était de qualité insuffisante.

Graphique 22A : évolution % de suivi à 12 mois des lésions ASCH HPV-

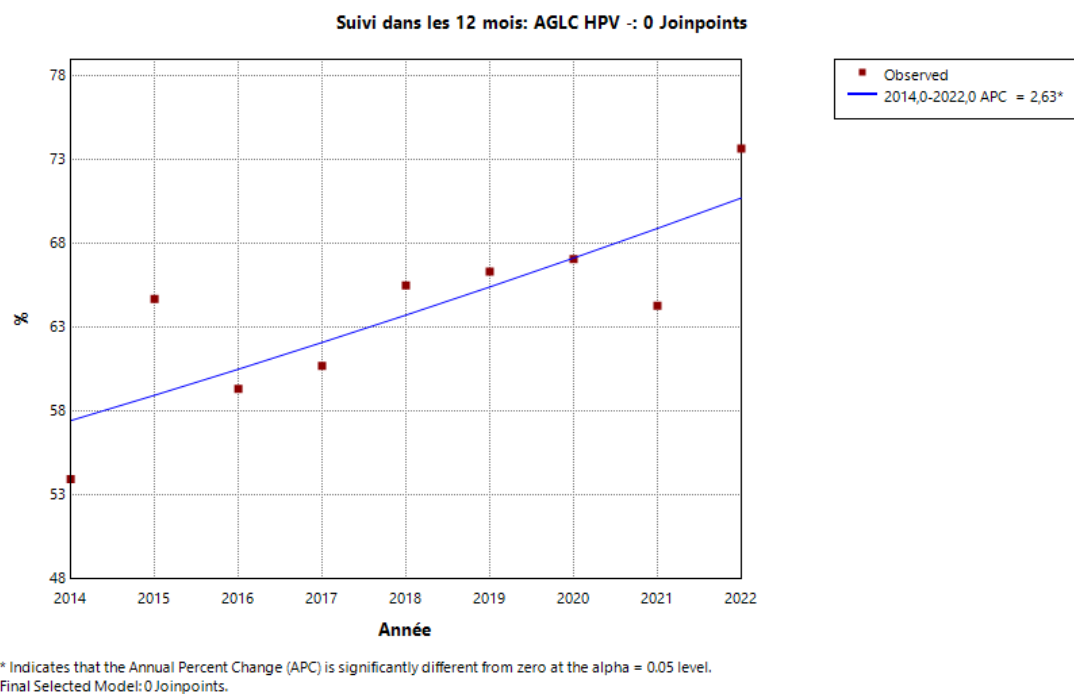


* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 1 Joinpoint.

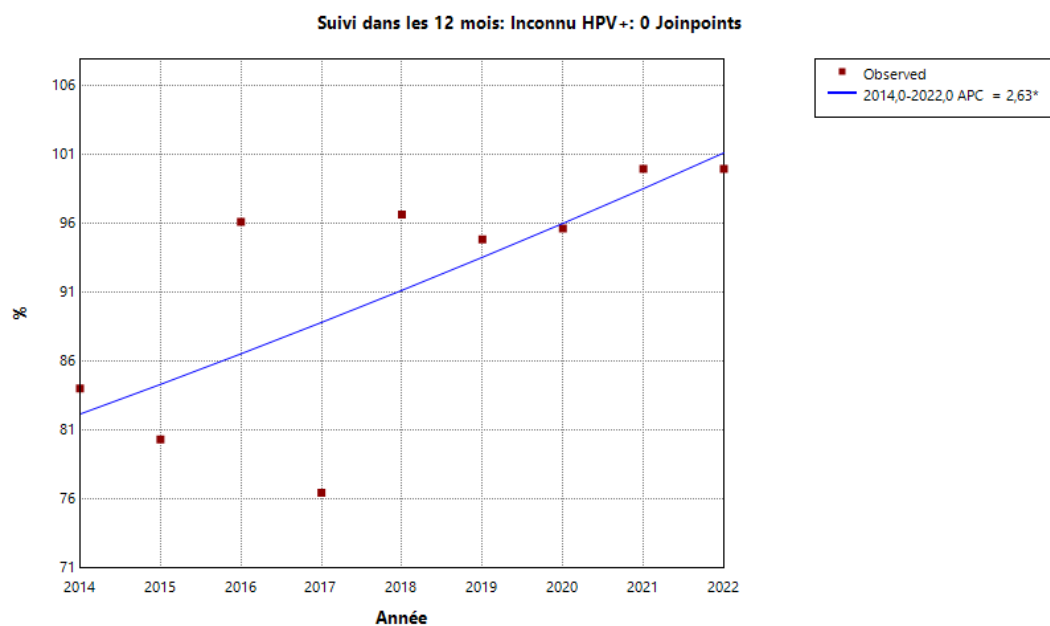
Graphique 22B : évolution % de suivi à 12 mois des lésions AGLC HPV+



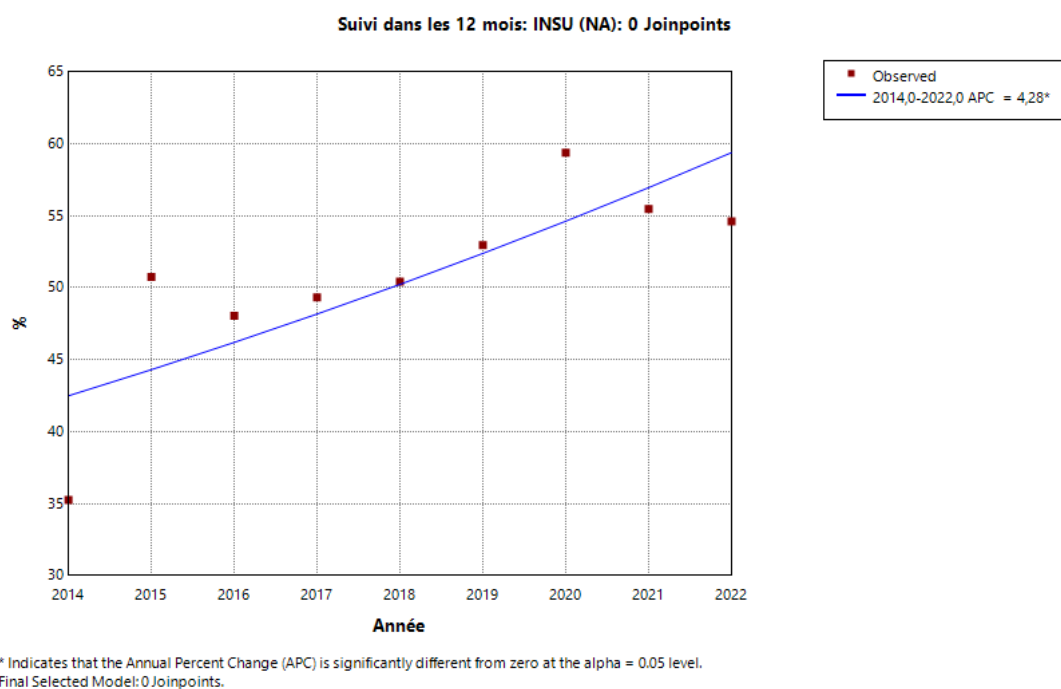
Graphique 22C : évolution de % suivi à 12 mois des lésions AGLC HPV-



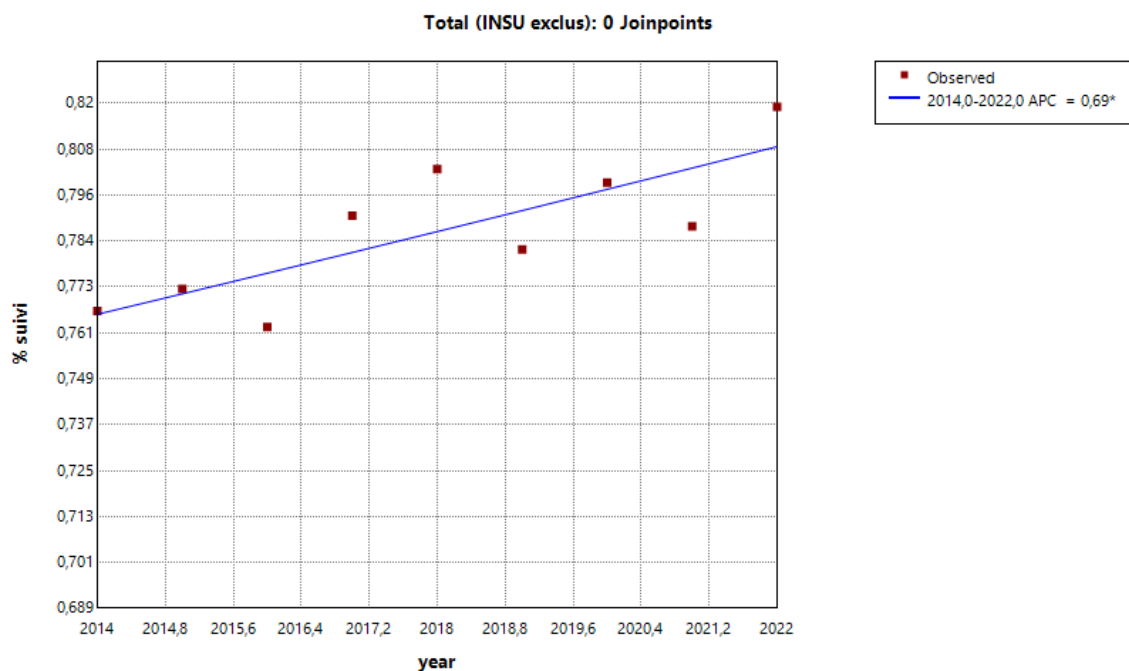
Graphique 22D : évolution % de suivi à 12 mois des NODIAGN HPV+



Graphique 22E : évolution de % suivi à 12 mois des INSU



Graphique 22F : évolution de % suivi total (INSU exclus) à 12 mois



6.2 Résultats des diagnostics histologiques

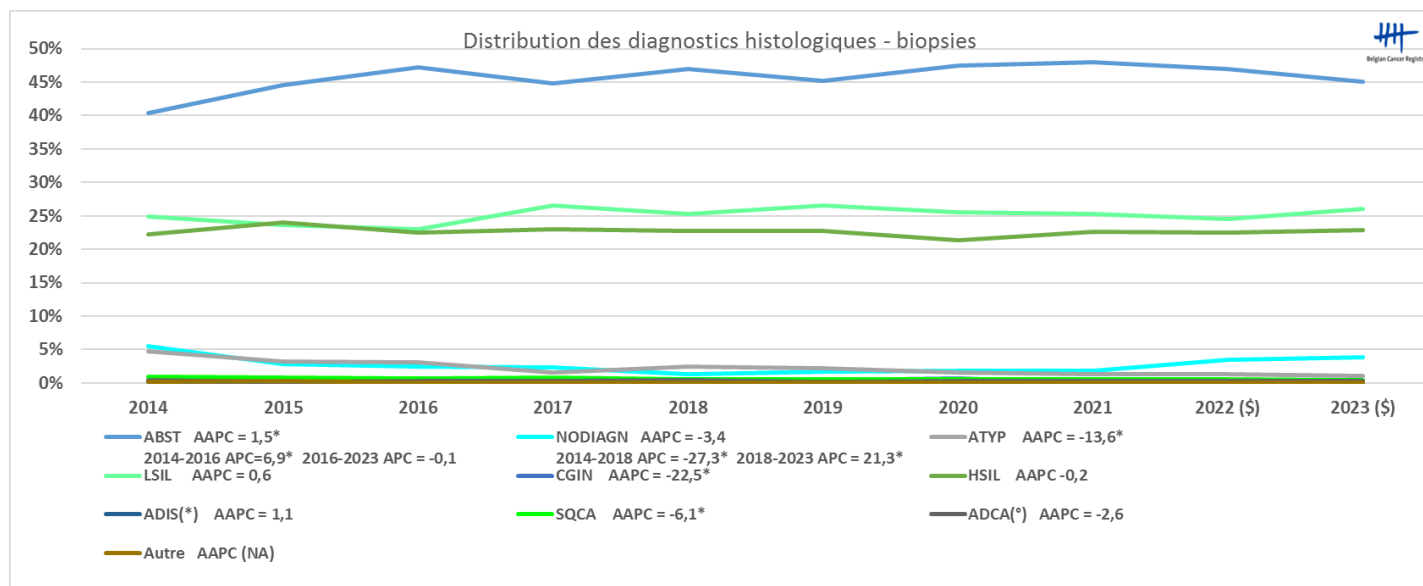
Tableau 3 : Signification des catégories de diagnostics histologiques pour les échantillons cervicaux [5]

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 adénosquameux in situ
SQCA	Carcinome squameux invasif
ADCA	Adénocarcinome invasif
ADSQCA	Carcinome adénosquameux invasif
AUTRE	Autres tumeurs invasives, y compris métastase ou invasion locale dans le col de l'utérus (*)

(§) Dysplasie sévère est une tumeur in situ.

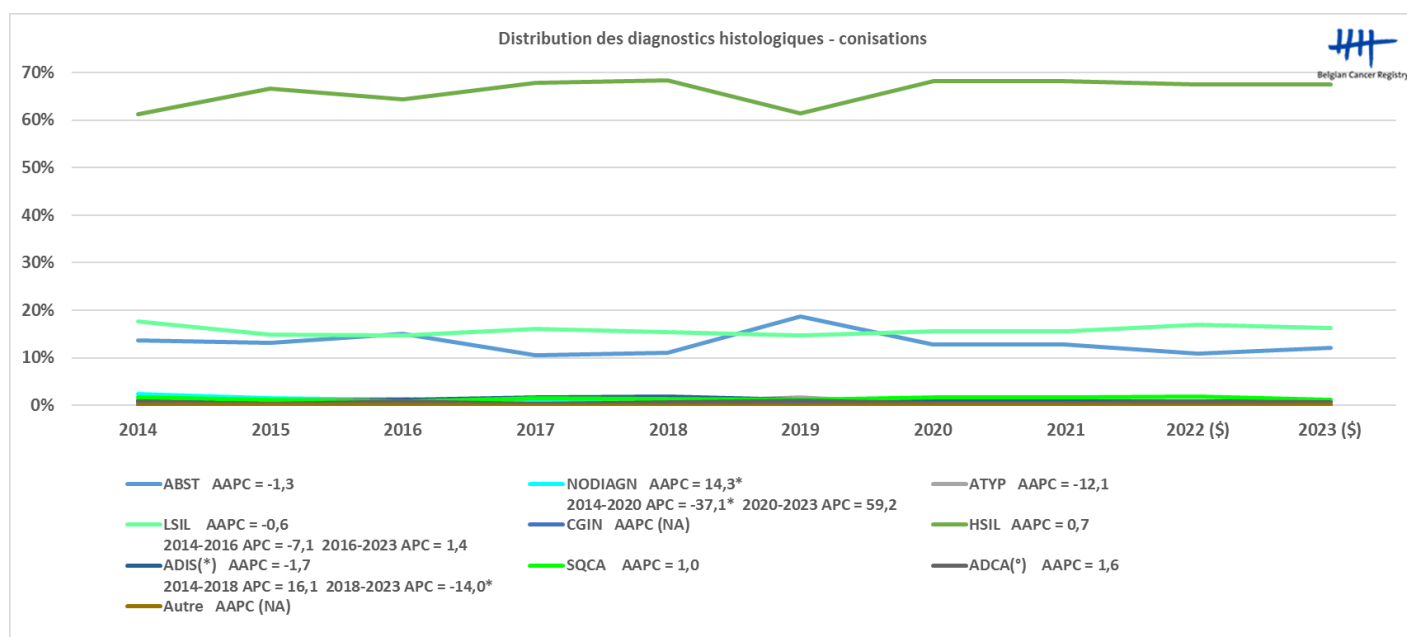
(*) Pas nécessairement une tumeur du col de l'utérus primaire : provient éventuellement de l'utérus, d'autres organes du pelvis ou annexes.

Graphique 23 A : évolution de la distribution des diagnostics histologiques parmi les biopsies



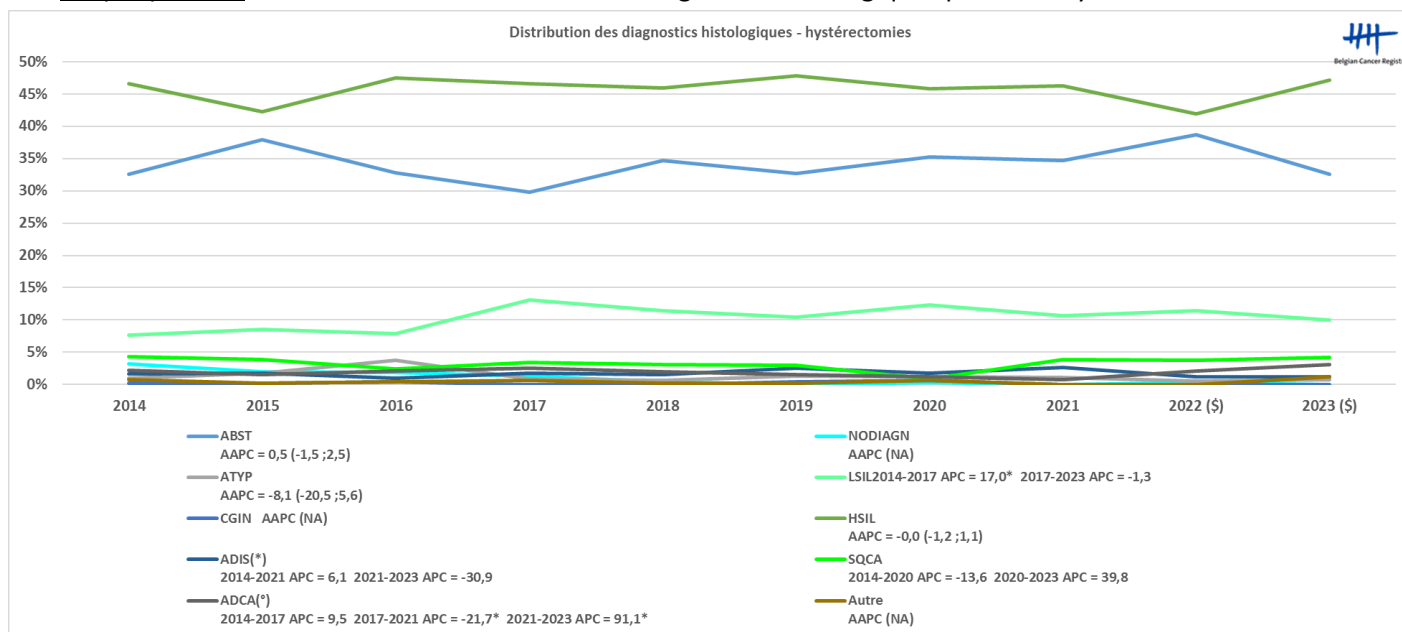
(NA) : étant donné qu'il n'y a pas eu de cas pour au-moins une année, l'analyse de tendances n'est pas possible pour cet indicateur

Graphique 23 B : évolution de la distribution des diagnostics histologiques parmi les conisations



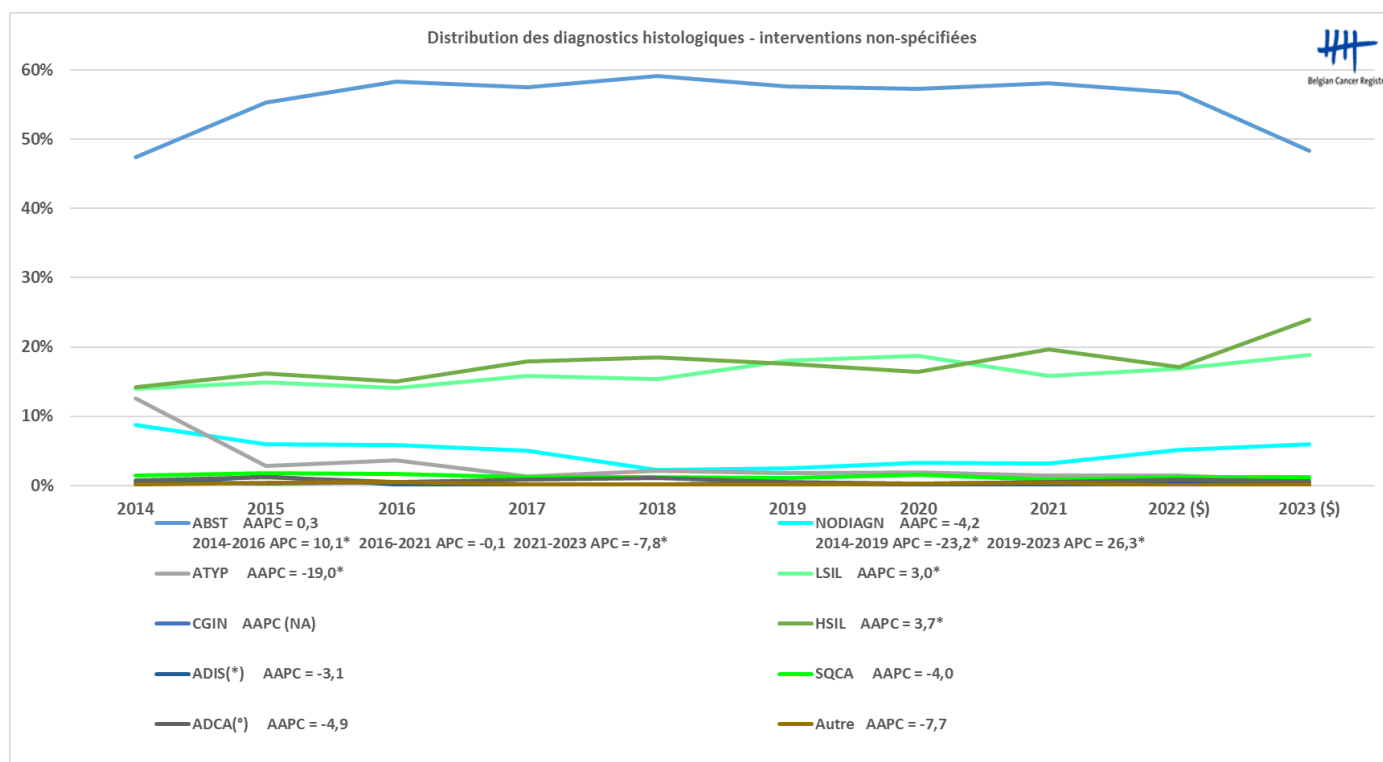
(NA) : étant donné qu'il n'y a pas eu de cas pour au-moins une année, l'analyse de tendances n'est pas possible pour cet indicateur

Graphique 23 C : évolution de la distribution des diagnostics histologiques parmi les hystérectomies



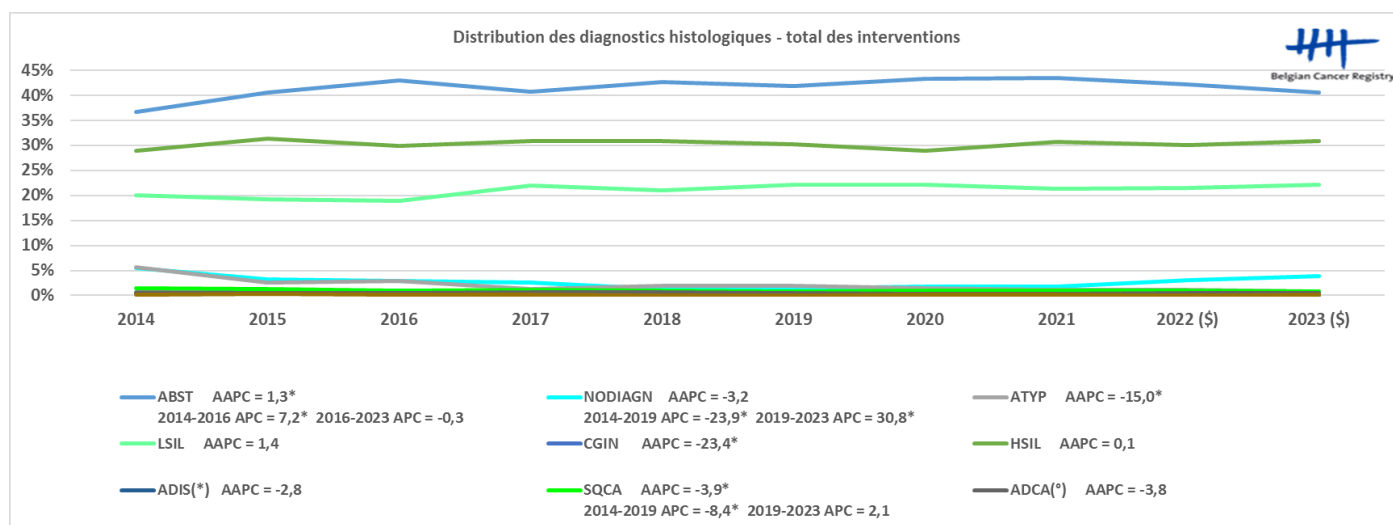
(NA) : étant donné qu'il n'y a pas eu de cas pour au-moins une année, l'analyse de tendances n'est pas possible pour cet indicateur

Graphique 23 D : évolution de la distribution des diagnostics histologiques parmi les interventions non spécifiées



(NA) : étant donné qu'il n'y a pas eu de cas pour au-moins une année, l'analyse de tendances n'est pas possible pour cet indicateur

Graphique 23 E : évolution de la distribution des diagnostics histologiques parmi l'ensemble des interventions



(*) Inklus ADQIS

(°) Inklus ADSQCA

(§) Les chiffres pour 2022 et 2023 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.

(NA) : étant donné qu'il n'y a pas eu de cas pour au-moins une année, l'analyse de tendances n'est pas possible pour cet indicateur

Au cours de la période 2014-2023, parmi les diagnostics histologiques, nous observons une augmentation significative des diagnostics 'ABST' c'est-à-dire une absence de lésion pour laquelle une biopsie a été réalisée (AAPC = 1,5*).

En revanche, les diagnostics 'ATYP' sont en diminution significative (AAPC = -13,6*) en cas de biopsie et pour les interventions non spécifiées (AAPC = -19,0*).

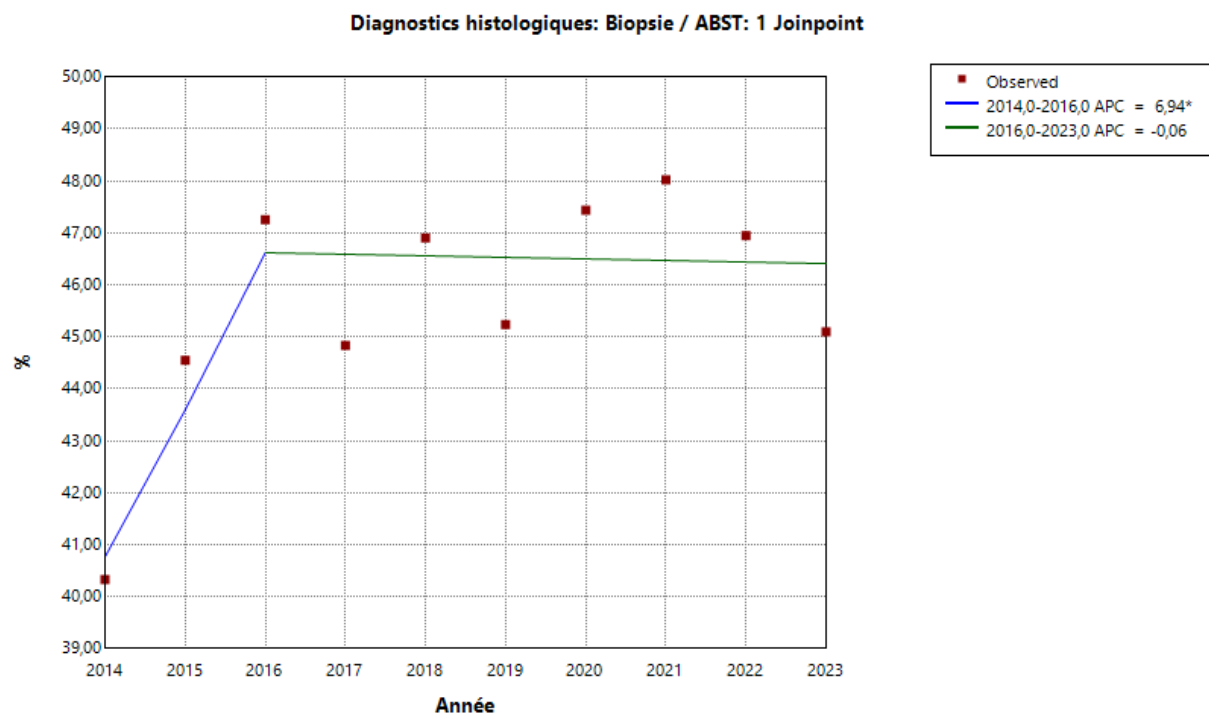
Les diagnostics de dysplasie glandulaire endocervicale (CGIN) (AAPC = -22,5*) de même que les carcinomes squameux invasifs (SQCA) (AAPC = -6,1*) sont en diminution significative pour les biopsies.

Les prélèvements pour lesquels aucun diagnostic n'a pu être établi (NODIAGN) sont en diminution significative pour les conisations (AAPC = -14,3*).

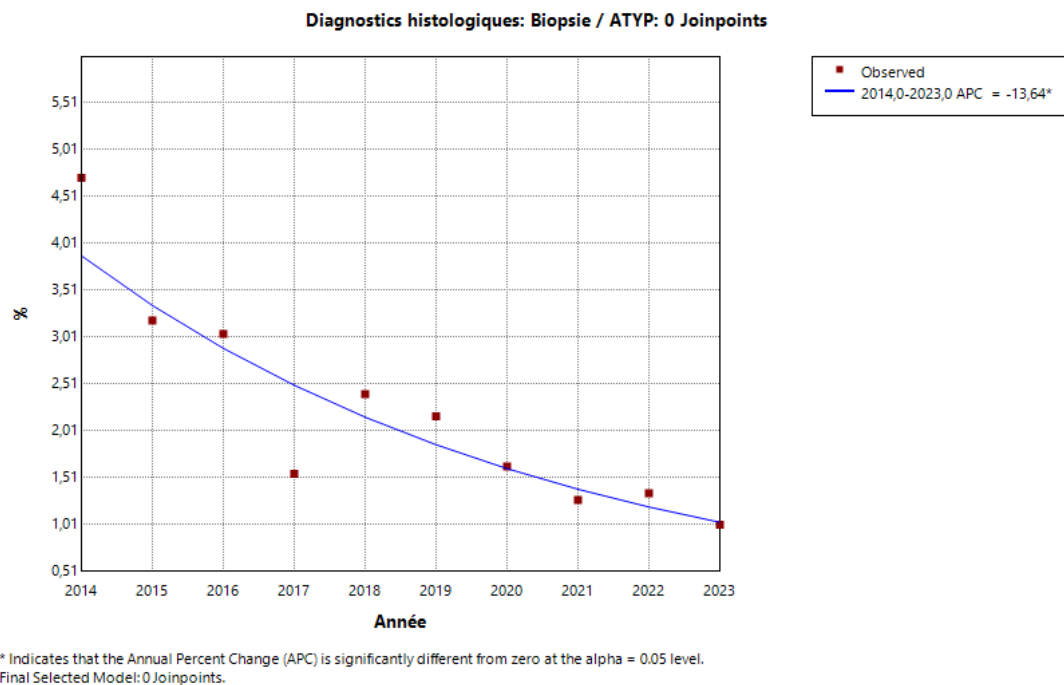
Les diagnostics de lésions intra-épithéliales de bas grade (LSIL) sont en augmentation significative pour les hystérectomies (AAPC = 4,5*) de même que pour les interventions non-spécifiées (AAPC = 3,0*). L'augmentation pour les hystérectomies pourrait démontrer une attitude trop invasive dans le traitement ; ceci est toutefois à considérer avec prudence, une hystérectomie pouvant être réalisée pour d'autres causes que pour un cancer, la découverte du LSIL pourrait donc être fortuite.

Pour les interventions non-spécifiées, les lésions intra-épithéliales de haut grade (HSIL) sont également en augmentation statistiquement significative (AAPC = 3,7*).

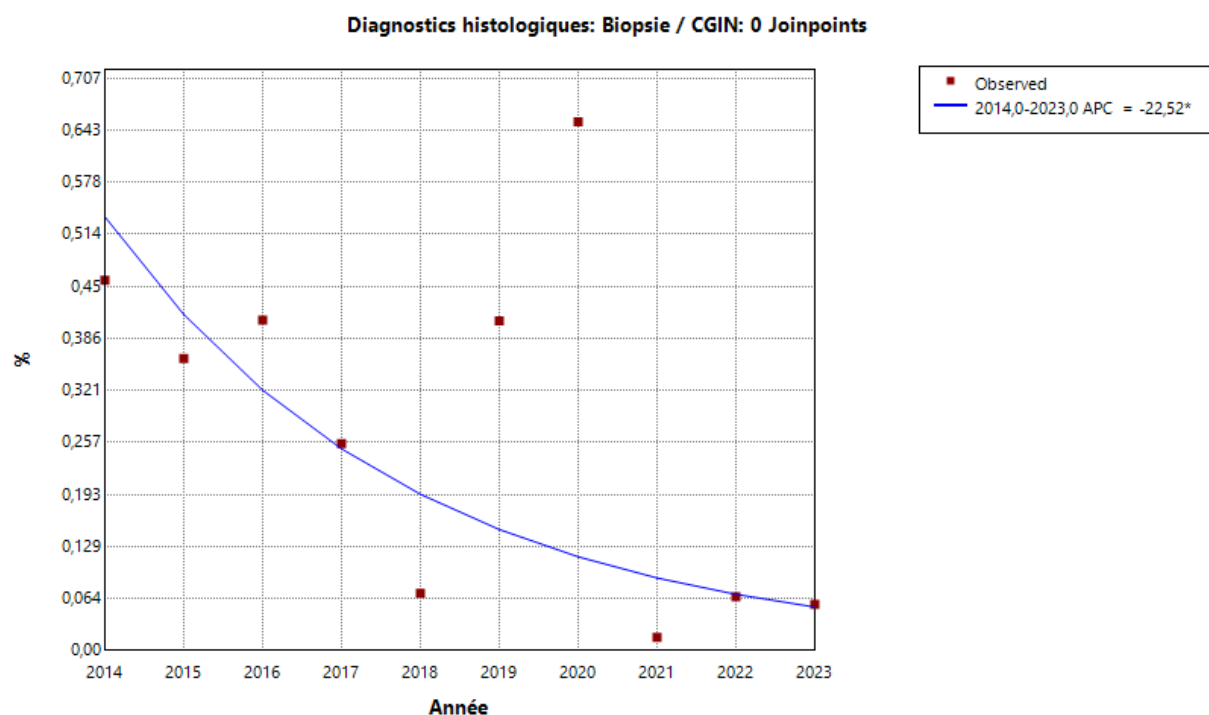
Graphique 24A : évolution % diagnostics ABST parmi les biopsies



Graphique 24B : évolution % diagnostics ATYP parmi les biopsies

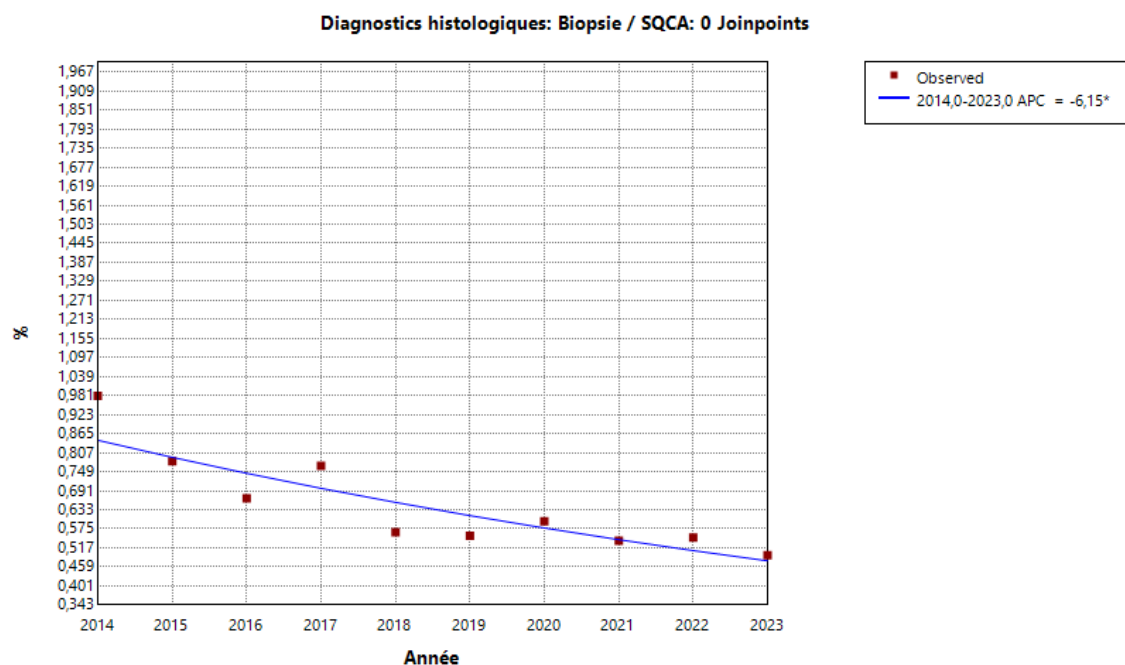


Graphique 24C : évolution % diagnostics CGIN parmi les biopsies



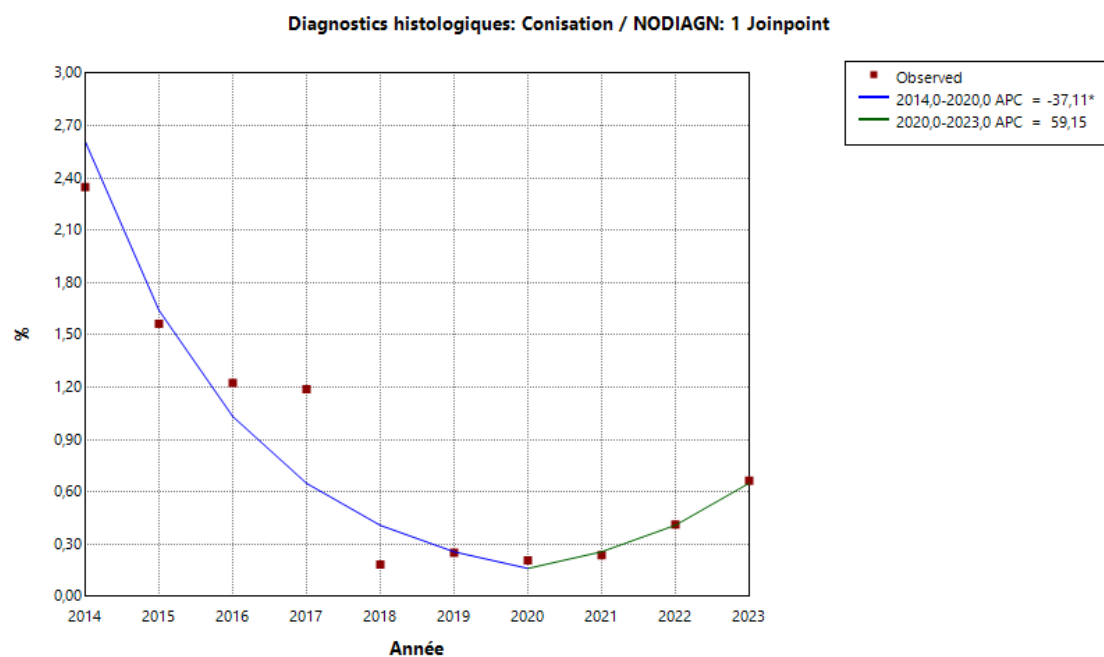
* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

Graphique 24D : évolution % diagnostics SQCA parmi les biopsies

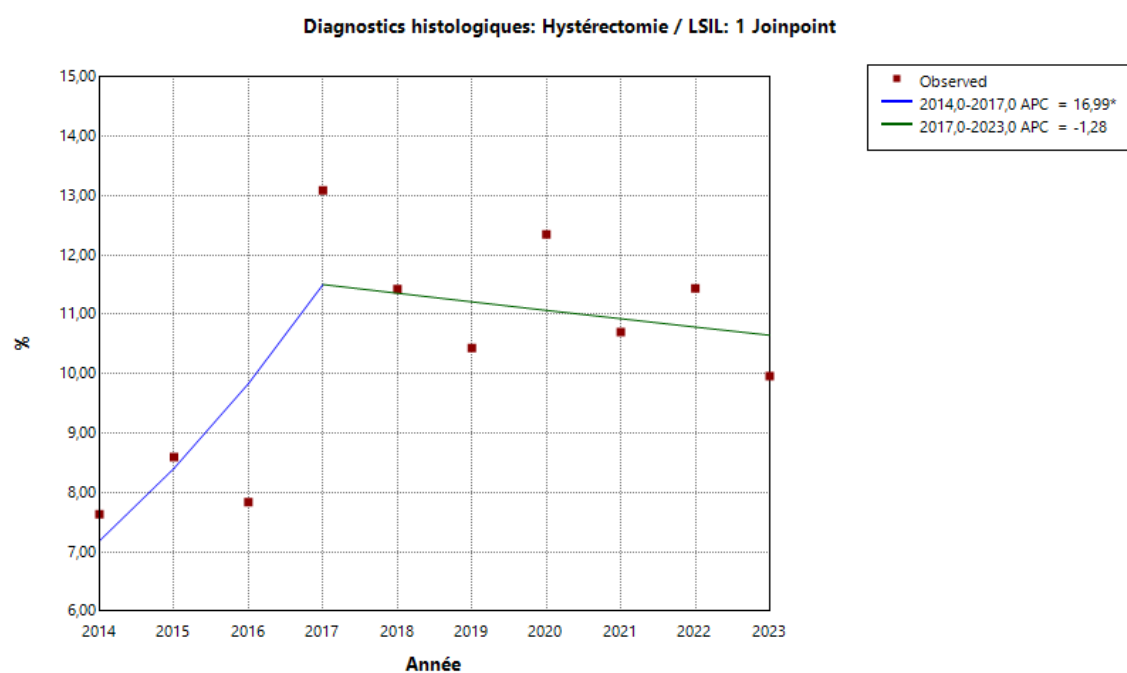


* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

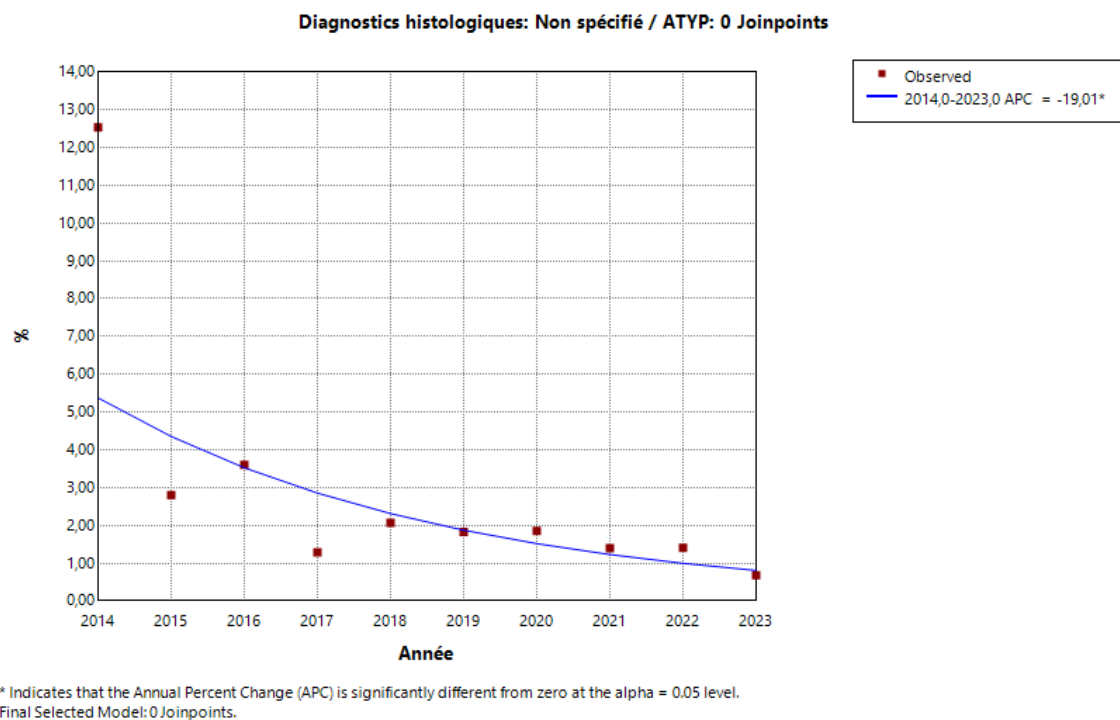
Graphique 24E : évolution % diagnostics NODIAGN parmi les conisations



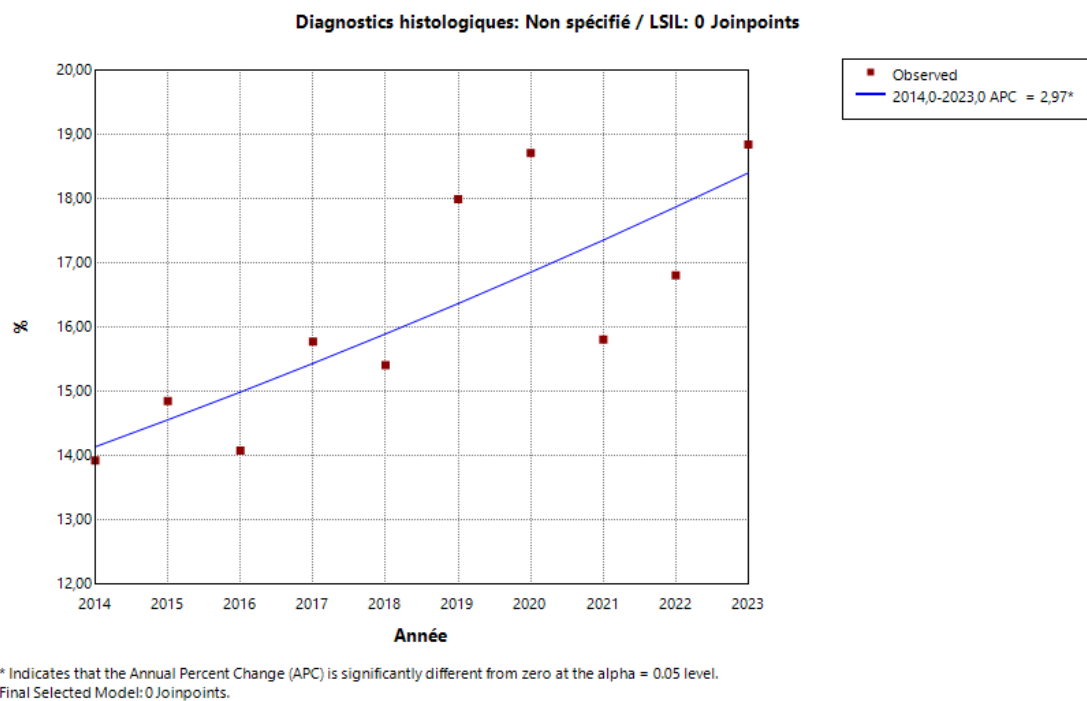
Graphique 24F : évolution % diagnostics LSIL parmi les hystérectomies



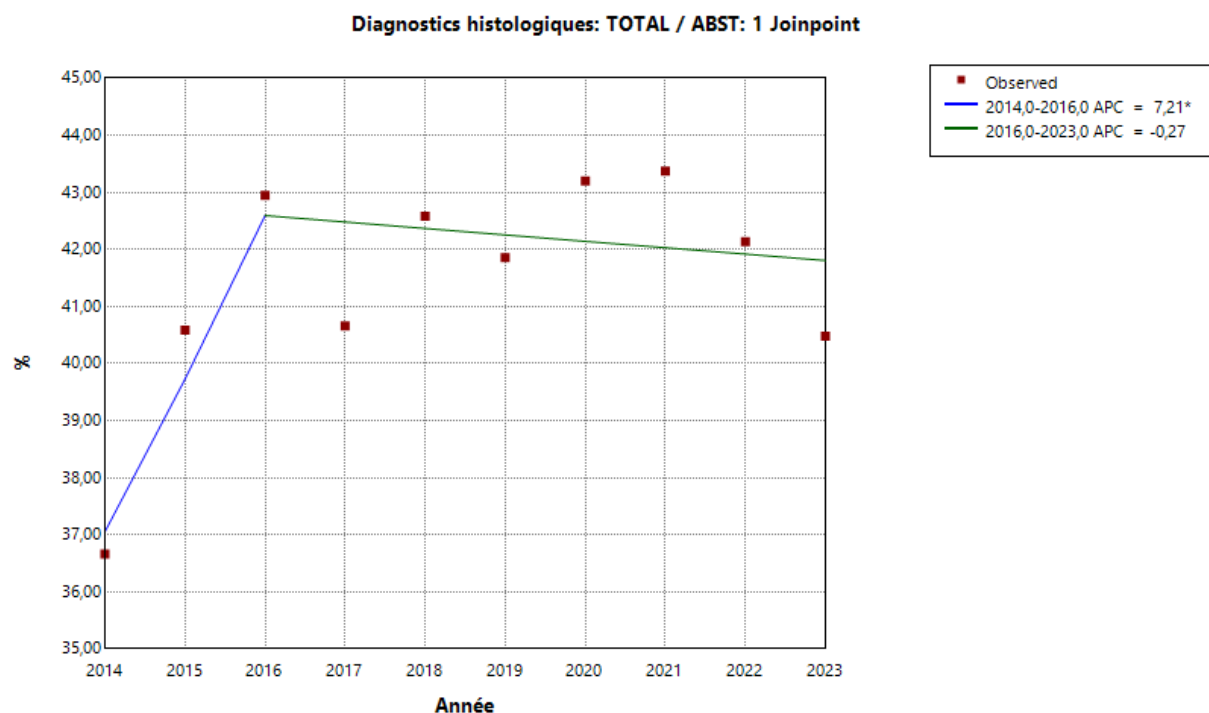
Graphique 24G : évolution % diagnostics ATYP parmi les interventions non-spécifiées



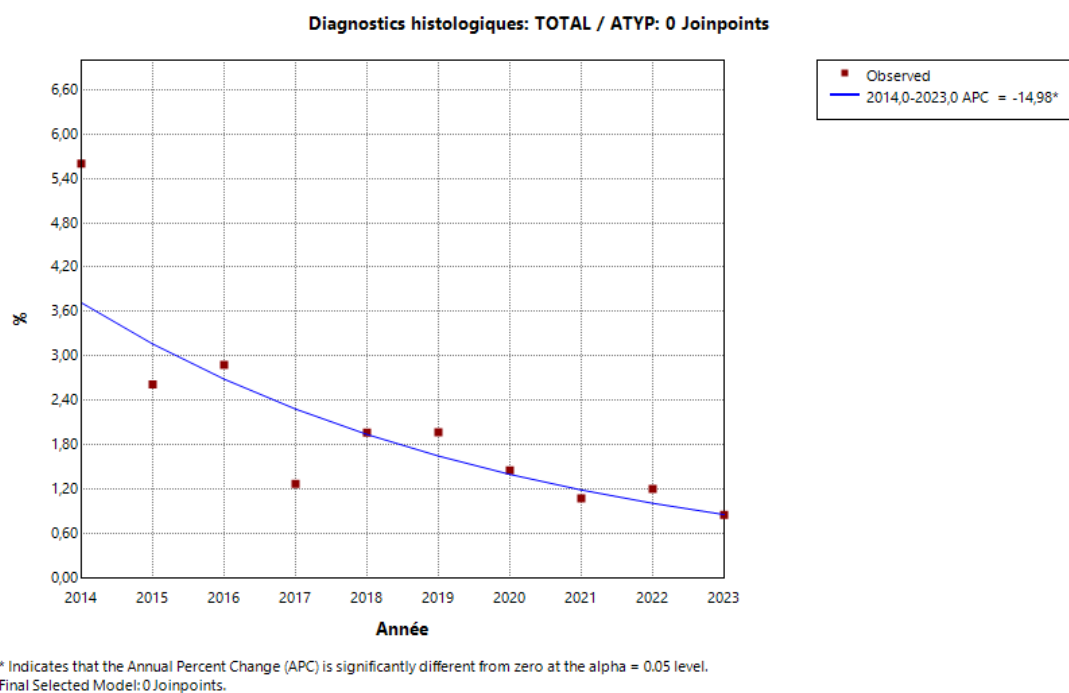
Graphique 24H : évolution % diagnostics LSIL parmi les interventions non-spécifiées



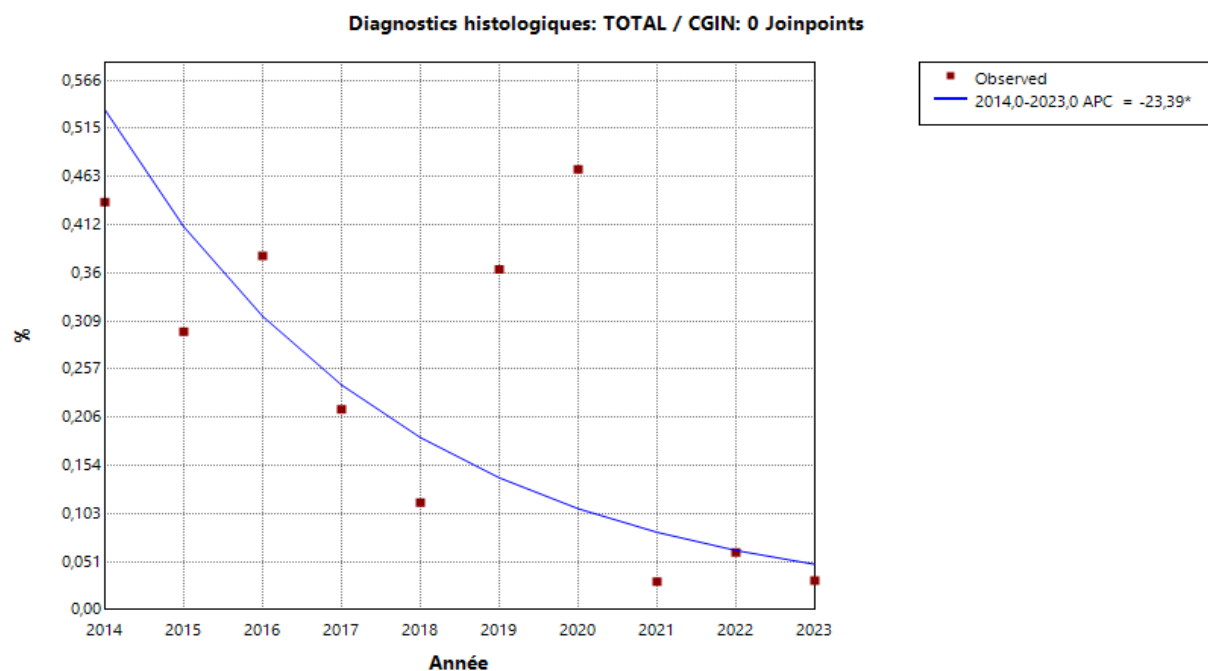
Graphique 24I : évolution % diagnostics ABST parmi le total des interventions



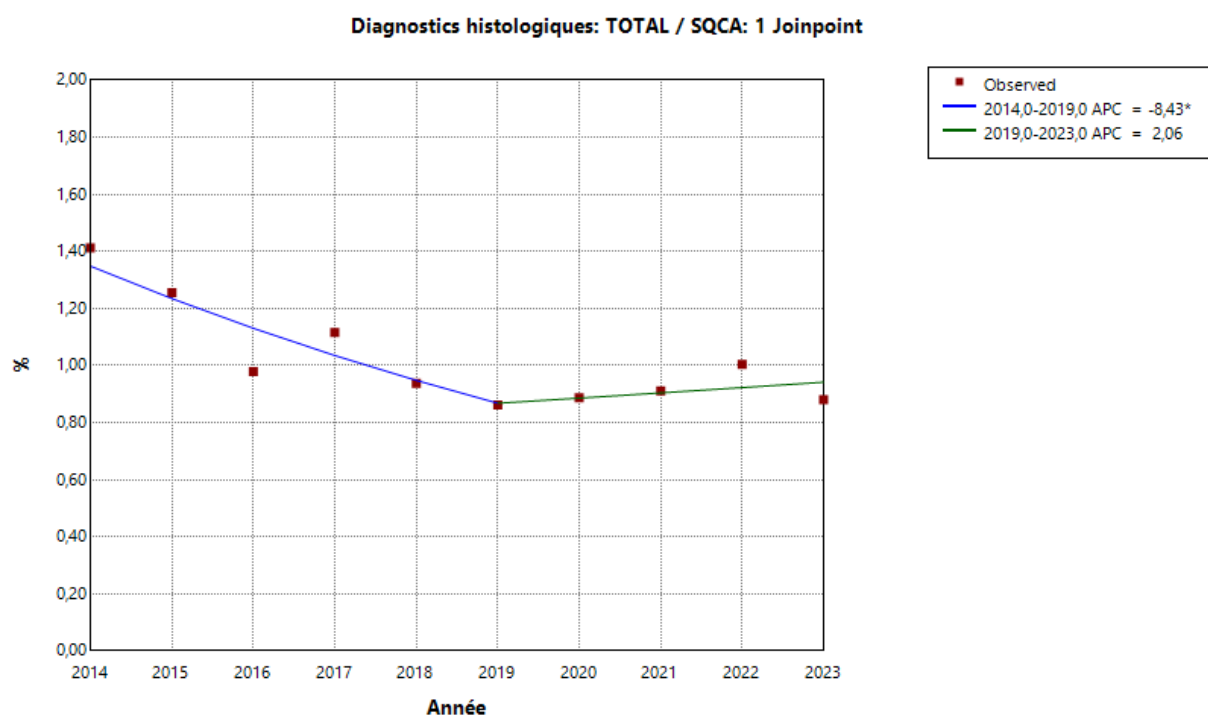
Graphique 24J : évolution % diagnostics ATYP parmi le total des interventions



Graphique 24K : évolution % diagnostics CGIN parmi le total des interventions



Graphique 24L : évolution % diagnostics SQCA parmi le total des interventions



7. Conclusions et mise en perspective des résultats

L'OMS a formulé des objectifs concrets afin d'éradiquer le cancer du col de l'utérus [4]. Outre l'importance de la prévention par la vaccination, l'OMS recommande :

- **70%** de femmes **dépistées** à l'aide d'un test de haute performance avant l'âge de 35 ans et à nouveau avant 45 ans.
- **90%** des femmes **traitées** en cas de maladie cervicale (90% des femmes avec un pré-cancer et 90% des femmes avec un cancer invasif).

Nous observons à travers ce rapport que la **couverture** (estimée) est en **augmentation** significative à travers toutes les tranches d'âge (56% à 62%) au cours de la période 2014-2023 sauf pour les femmes entre 25 et 29 ans pour lesquelles la couverture par le dépistage diminue (66% à 63,5%). Au cours des dernières années, la couverture des femmes entre 30-34 ans et entre 40-44 ans (âge cible pour un test de haute performance selon l'OMS) se situe autour des 70%, l'objectif est donc atteint.

Le **surdépistage** est en **diminution** significative au cours de la période étudiée (entre 63% et 28%).

Les frottis sont principalement réalisés par un gynécologue (plus de 90%). La proportion de frottis prélevés par un **gynécologue augmente** de manière significative (entre 90% et 95%) (les frottis qui étaient précédemment attribués à la catégorie « inconnus » sont notamment désormais mieux identifiés et sont attribués aux gynécologues) alors que ceux prélevés par un **médecin généraliste** sont **stables** (entre 1,8% et 2,4%).

En ce qui concerne les **résultats des frottis de dépistage**, notons la **diminution** significative des '**NODIAGN**' (0,8% à 0,01%), c'est-à-dire les prélèvements pour lesquels aucun diagnostic n'a pu être posé. Ce qui témoigne notamment de l'amélioration de l'encodage par les laboratoires.

Parmi les diagnostics anormaux, mentionnons la petite **diminution** mais significative des **lésions HSIL** (0,5% à 0,3%) et des **autres tumeurs in situ et invasives (hors HSIL)** (0,04% à 0,01%).

Le **triage HPV** est recommandé en cas de lésions 'ASCU', 'ASCH' ou 'AGLC'. Ce type de suivi est examiné avec d'autant plus d'attention que l'algorithme de dépistage a été modifié au 01/01/2025. Il est donc important d'observer si les tests HPV sont réalisés lorsque ceux-ci sont recommandés.

Nous voyons une **diminution** significative de l'**absence de test HPV lorsque celui-ci était recommandé** (29,6% à 3,4%) sans augmentation significative de la réalisation d'un test HPV si celui-ci n'est pas recommandé (0,9% à 2,1%).

Les **cancers dépistés** sont en **augmentation** significative (39% à 58%) tandis que les **cancers chez les femmes non dépistées diminuent** (40% à 19%), probable effet, entre autres, de l'augmentation de la couverture par le dépistage. Les **cancers d'intervalle** quant à eux montrent une petite augmentation mais qui n'est **pas significative** (entre 17% et 29%).

Les cancers diagnostiqués au **stade I** sont en diminution pour les cancers d'intervalle (55% à 34%). Par contre, les cancers diagnostiqués au **stade III** sont en augmentation parmi les cancers d'intervalle: passage (de 16% à 25%), ainsi que parmi les cancers dépistés (de 13% à 21%). Chez les femmes non dépistées, ce sont les cancers diagnostiqués au **stade II** qui sont en augmentation (7% à 18%). Toutefois, la proportion de cancers diagnostiqués à un stade précoce (stade I) reste plus importante chez les femmes dépistées (60%) que les femmes non dépistées (27%). De plus, nous rappelons l'augmentation importante au cours du temps des

cancers in situ, en partie expliquée par l'augmentation de la détection précoce de ces lésions suite à un examen de dépistage.

Enfin, concernant **le suivi**, l'évolution significative est encourageante : en 2022, en cas de dépistage anormal, un examen de suivi a été réalisé dans près de 82% des cas. La norme OMS de 90% n'est donc pas encore atteinte et la fréquence du suivi dépend fortement du type de lésion ainsi que du statut HPV mais la tendance générale est à l'**augmentation** et aucune diminution significative n'est démontrée, quel que soit le diagnostic.

8. Références bibliographiques

1. National Cancer Institute, APC/AAPC/Tau Confidence Intervals, <https://surveillance.cancer.gov/help/joinpoint/setting-parameters/method-and-parameters-tab/apc-aapc-tau-confidence-intervals>
2. Clegg LX, Hankey BF, Tiwari R, Feuer EJ, Edwards BK. Estimating average annual percent change in trend analysis. *Statistics in Medicine* 2009; 28(29): 3670-82
3. Bourgain C et al. Update to the Belgian follow-up guidelines for abnormal cervical screening results. *BJMO practice guidelines*. 2022 ; 16 : 60-69
4. 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)
5. 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