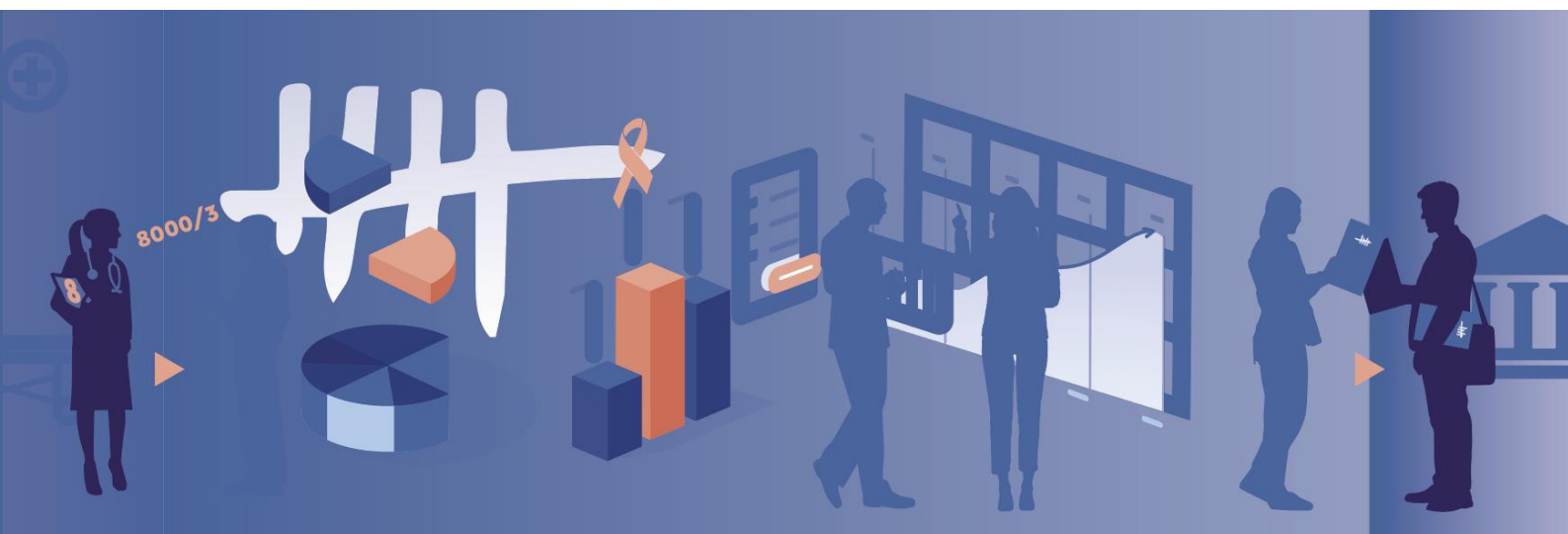


# Evaluation du dépistage du cancer du col de l'utérus à Bruxelles

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



## 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 .....	18
4.	Qualification du médecin qui effectue le prélèvement cervical .....	20
5.	Indicateurs d'évaluation concernant les résultats du dépistage et les diagnostics .....	21
5.1	Résultats des frottis de dépistage et les diagnostics cytologiques .....	21
5.2	Triage par un test HPV .....	24
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 .....	26
6.	Indicateurs d'évaluation concernant le suivi et le traitement .....	30
6.1	Suivi médical dans les 12 mois après un dépistage anormal ou de qualité insuffisante .....	30
6.2	Résultats des diagnostics histologiques .....	33
7.	Conclusions et mise en perspective des résultats .....	45
8.	Références bibliographiques .....	46

## 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, Bruxelles 2014-2023

Indicateur	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022(\$)	2023(\$)	AAPC	
											%	95% IC
<b>Population cible au dépistage, taux de couverture et surdépistage</b>												
<b>Population cible complète, N</b>	321 959	325 405	329 110	330 303	332 332	335 207	338 177	339 944	340 796	347 319	<b>0,8*</b>	(0,7 ;0,8)
<b>Population cible ayant réalisé un frottis cervical, N</b>	86 434	89 177	85 172	85 111	86 949	85 916	76 866	87 350	85 949	85 573	-1,1	(-2,2 ;0,1)
Population cible avec un échantillon cervical, définitivement exclue	1,0	1,1	1,0	1,0	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	<b>-3,2*</b>	(-5,1 ;-1,2)
Population cible avec un échantillon cervical, temporairement exclue	48,8	45,2	46,7	45,3	43,3	43,5	44,0	39,6	39,8	40,0	<b>-2,1*</b>	(-2,8 ;-1,5)
<b>Population éligible ayant réalisé un frottis cervical, %</b>	50,2	53,7	52,3	53,8	55,8	55,6	55,2	59,6	59,4	59,2	<b>1,8*</b>	(1,1 ;2,5)
<b>Exhaustivité du CHP<sup>1</sup>, %</b>	96,9	97,3	97,7	97,3	96,9	97,3	98,1	98,6	98,7	98,9	<b>0,2*</b>	(0,1 ;0,3)
Frottis de dépistage	97,0	97,6	98,0	97,7	97,3	97,6	98,4	98,8	98,9	99,2	<b>0,2*</b>	(0,1 ;0,3)
Frottis de suivi	96,3	95,3	96,1	95,1	94,6	95,8	96,5	97,1	97,4	97,3	<b>0,2*</b>	(0,0 ;0,3)
<b>Taux de couverture calculée, %</b>	46,1	47,3	48,7	49,5	50,2	51,1	50,5	52,0	53,8	56,0	<b>2,2*</b>	(2,0 ;2,4)
25-29 ans	37,6	38,9	39,6	41,0	42,0	43,0	43,0	45,5	46,3	46,6	<b>2,5*</b>	(2,2 ;2,7)
30-34 ans	44,4	44,7	46,8	48,1	49,5	50,2	51,1	53,4	56,6	59,0	<b>3,2*</b>	(2,9 ;3,5)
35-39 ans	50,8	52,3	52,6	53,7	54,0	55,0	53,8	56,2	58,7	62,2	<b>2,1*</b>	(1,7 ;2,4)
40-44 ans	53,4	54,0	56,2	57,4	58,0	58,5	58,0	57,9	59,8	61,7	<b>1,6*</b>	(1,5 ;1,8)
45-49 ans	53,3	55,1	56,2	57,0	57,2	58,5	56,2	58,0	59,6	62,0	<b>1,2*</b>	(0,8 ;1,7)
50-54 ans	49,3	50,7	52,7	53,2	53,2	54,5	53,8	54,3	55,8	57,9	<b>1,8*</b>	(1,6 ;2,0)
55-59 ans	41,7	43,2	44,7	45,0	45,7	46,7	45,7	46,9	47,7	45,3	<b>1,0*</b>	(0,3 ;1,7)
60-64 ans	38,1	39,3	41,0	40,4	40,3	41,5	40,6	40,5	42,0	44,7	<b>1,7*</b>	(1,3 ;2,2)
<b>Taux de couverture estimée, %</b>	47,6	48,5	49,8	50,9	51,8	52,6	51,5	52,7	54,5	56,6	<b>1,9*</b>	(1,7 ;2,2)
25-29 ans	38,8	39,9	40,6	42,1	43,3	44,2	43,8	46,1	46,9	47,2	<b>2,2*</b>	(1,8 ;2,7)
30-34 ans	45,8	45,9	47,9	49,4	51,0	51,6	52,1	54,1	57,4	59,7	<b>3,1*</b>	(2,7 ;3,3)

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

Résultat statistiquement significatif\*

<sup>1</sup> CHP : Registre cyto-histopathologique

Indicateur	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022(\$)	2023(\$)	AAPC	
											%	95% IC
35-39 ans	52,4	53,7	53,8	55,2	55,7	56,5	54,8	57,0	59,5	62,9	1,9*	(1,4 ;2,2)
40-44 ans	55,1	55,5	57,6	58,9	59,9	60,1	59,1	58,7	60,6	62,4	1,5*	(1,3 ;1,6)
45-49 ans	55,0	56,6	57,5	58,5	59,0	60,2	57,2	58,8	60,4	62,7	1,0*	(0,4 ;1,7)
50-54 ans	50,8	52,1	54,0	54,6	54,9	56,0	54,8	55,1	56,5	58,5	1,6*	(1,3 ;1,8)
55-59 ans	43,1	44,4	45,8	46,2	47,1	48,0	46,5	47,5	48,4	45,8	0,8*	(0,3 ;1,3)
60-64 ans	39,3	40,3	42,0	41,5	41,6	42,6	41,4	41,1	42,6	45,2	1,5*	(1,2 ;1,9)
<b>Femmes avec un frottis triennal, %</b>	50,2	53,7	52,3	53,8	55,8	55,6	55,2	59,6	59,4	59,2	1,8*	(1,1 ;2,5)
<b>Femmes non-éligibles au dépistage pour raison médicale = suivi médical, %</b>	8,3	7,9	9,2	9,2	8,7	9,7	10,7	9,6	10,6	9,8	2,7*	(0,7 ;4,8)
<b>Femmes temporairement non-éligibles au dépistage = surdépistage, %</b>	41,4	38,4	38,5	37,0	35,5	34,7	34,1	30,8	30,0	30,9	-3,4*	(-4,0 ;-2,8)
25-29 ans	34,2	30,2	30,1	28,0	26,6	24,6	24,0	21,8	20,7	20,3	-5,6*	(-6,4 ;-4,8)
30-34 ans	39,5	35,3	34,4	32,9	32,3	31,1	28,5	27,0	25,9	26,3	-4,4*	(-5,3 ;-3,5)
35-39 ans	43,6	38,9	38,8	36,8	35,5	34,9	33,5	29,9	28,5	28,5	-4,5*	(-5,6 ;-3,3)
40-44 ans	44,0	42,4	40,6	40,2	38,9	37,9	37,9	33,4	32,3	33,8	-3,3*	(-4,0 ;-2,5)
45-49 ans	43,9	42,7	43,4	41,4	39,5	38,9	39,9	35,6	35,4	38,0	-2,2*	(-3,4 ;-1,1)
50-54 ans	44,6	42,4	43,9	42,9	40,6	40,8	40,9	36,2	35,4	37,5	-2,4*	(-3,4 ;-1,3)
55-59 ans	42,8	40,4	43,5	41,2	38,4	39,0	39,3	35,9	35,1	36,2	-2,1*	(-3,6 ;-0,7)
60-64 ans	42,2	39,1	41,1	39,6	36,6	36,5	36,6	32,6	33,2	33,1	-2,8*	(-3,9 ;-1,7)
<b>Qualification du médecin demandeur du prélèvement cervical, %</b>												
<b>Gynécologue</b>	88,6	88,4	88,6	88,2	89,0	89,7	88,2	88,2	88,6	89,9	0,1	(-0,2 ;0,3)
Frottis de dépistage	87,1	87,2	87,2	88,0	88,6	88,6	87,7	86,7	86,5	88,3	0,0	(-0,3 ;0,4)
Frottis non remboursés	90,6	90,5	90,4	87,6	89,5	91,3	88,8	90,7	91,3	91,2	0,0	(-0,2 ;0,3)
Frottis de suivi	90,3	90,3	91,1	91,2	90,8	91,5	88,9	91,4	92,5	93,5	0,3*	(0,0 ;0,6)
<b>Médecin généraliste</b>	7,3	7,3	7,3	7,5	7,2	6,9	6,2	7,7	7,7	7,1	-0,1	(-1,8 ;1,6)
Frottis de dépistage	8,9	8,6	9,1	9,2	8,4	8,3	7,2	9,0	9,3	8,7	-0,3	(-2,4 ;1,8)
Frottis non remboursés	5,1	5,0	5,5	5,5	5,4	4,8	5,0	5,5	5,4	5,6	0,5	(-0,9 ;2,0)
Frottis de suivi	5,4	5,1	5,1	4,7	4,5	4,2	4,1	5,3	4,6	4,3	-1,9	(-4,3 ;0,4)
<b>Inconnu</b>	2,3	2,5	2,0	1,5	1,5	1,5	4,3	2,6	2,2	1,5	0,1	(-12,5 ;13,9)

Indicateur	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022(\$)	2023(\$)	AAPC	
											%	95% IC
<b>Indicateurs d'évaluation concernant les résultats du dépistage et les diagnostics</b>												
<b>Diagnostics cytologiques, %</b>												
Diagnostics normaux	90,3	91,4	90,8	91,0	91,6	92,0	89,3	89,2	90,5	89,8	-0,2	(-0,5 ; 0,2)
NILM	90,2	91,3	90,7	91,0	91,5	91,9	89,2	89,2	90,5	89,8	-0,1	(-0,5 ; 0,2)
NODIAGN	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	-20,6*	(-35,5 ; -2,3)
Diagnostics anormaux	7,6	8,3	8,9	8,7	8,4	8,0	8,1	8,2	7,9	8,6	1,0*	(0,4 ; 1,6)
INSU	0,6	1,1	1,0	1,1	1,0	0,8	0,8	0,8	0,9	1,3	1,2	(-7,8 ; 11,1)
ATYP	2,1	0,3	0,4	0,3	0,0	0,0	2,6	2,5	1,6	1,7	13,3	(-22,6 ; 71,1)
ASCU	3,7	4,0	4,4	4,7	4,5	4,2	4,2	4,5	4,3	4,5	2,1*	(1,5 ; 2,7)
ASCH	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	-1,0	(-6,5 ; 4,5)
LSIL	2,0	2,0	2,1	2,0	2,0	2,1	2,1	2,1	1,9	2,0	-0,1	(-1,4 ; 1,2)
HSIL	0,5	0,5	0,6	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,2	-9,0*	(-12,6 ; -4,4)
AGLC	0,3	0,3	0,3	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	-4,2	(-8,8 ; 1,1)
Autres	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	NA <sup>2</sup>	NA
<b>Triage HPV, %</b>												
Test HPV recommandé – aucun test effectué	20,3	23,1	21,7	19,3	15,5	12,2	2,9	4,6	3,8	6,1	-20,2*	(-29,2 ; -9,9)
Test HPV recommandé – test effectué	79,7	76,9	78,3	80,7	84,5	87,8	97,1	95,4	96,2	93,9	2,1*	(1,3 ; 2,8)
Test HPV non recommandé – aucun test effectué	95,5	95,3	95,1	94,9	94,8	94,6	93,6	93,8	93,4	92,4	-0,3*	(-0,4 ; -0,3)
Test HPV non recommandé – test effectué	4,5	4,7	4,9	5,1	5,2	5,4	6,4	6,2	6,6	7,6	5,6*	(3,9 ; 7,3)
<b>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)<sup>3</sup></b>												
<b>Cancers dépistés, %<sup>4</sup></b>	37,0	39,0	33,3	38,5	33,3	30,8	35,6	55,9	40,4	NA	2,3	(-3,4 ; 8,3)
Stade inconnu	17,6	12,5	6,3	0	13,3	8,3	6,3	5,3	5,3	NA	NA <sup>2</sup>	NA
Stade I	52,9	68,8	56,3	80,0	53,3	75,0	68,8	52,6	52,6	NA	-0,8	(-7,1 ; 5,9)
Stade II	5,9	6,3	18,8	6,7	0	0	6,3	21,1	15,8	NA	NA	NA

<sup>2</sup> 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

<sup>3</sup> la base de données de l'enregistrement du cancer n'est complète que jusqu'à l'année d'incidence 2022

<sup>4</sup> stades connus et stades inconnus compris

Indicateur	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022(\$)	2023(\$)	AAPC	
											%	95% IC
Stade III	23,5	12,5	18,8	6,7	20,0	16,7	18,8	15,8	21,1	NA	2,0	(-10,0 ;15,6)
Stade IV	0	0	0	6,7	13,3	0	0	5,3	5,3	NA	NA <sup>2</sup>	NA
<b>Cancers d'intervalle, %</b>	19,6	14,6	27,1	23,1	28,9	28,2	40,0	26,5	21,3	NA	2,6	(-3,2 ;9,7)
Stade inconnu	11,1	33,3	7,7	11,1	0	0	5,6	22,2	20,0	NA	NA	NA
Stade I	66,7	16,7	46,2	33,3	61,5	36,4	44,4	44,4	50,0	NA	3,0	(-8,5 ;16,1)
Stade II	0,0	16,7	15,4	33,3	15,4	18,2	5,6	0	10,0	NA	NA	NA
Stade III	22,2	33,3	23,1	11,1	15,4	45,5	33,3	22,2	20,0	NA	0,8	(-17,8 ;23,6)
Stade IV	0	0	7,7	11,1	7,7	0	11,1	11,1	0	NA	NA <sup>2</sup>	NA
<b>Cancers chez les femmes non dépistées, %</b>	43,5	46,3	39,6	38,5	37,8	41,0	24,4	17,6	38,3	NA	-6,9*	(-13,0 ;-0,1)
Stade inconnu	5,0	5,3	5,3	13,3	5,9	12,5	9,1	0	0	NA	NA <sup>2</sup>	NA
Stade I	45,0	42,1	36,8	26,7	41,2	18,8	9,1	33,3	33,3	NA	-3,8	(-15,4 ;5,8)
Stade II	10,0	15,8	36,8	20,0	11,8	6,3	27,3	16,7	33,3	NA	5,5	(-14,5 ;30,1)
Stade III	30,0	31,6	21,1	33,3	23,5	37,5	9,1	50,0	16,7	NA	-4,1	(-18,0 ;12,4)
Stade IV	10,0	5,3	0	6,7	17,6	25,0	45,5	0	16,7	NA	NA <sup>2</sup>	NA
<b>Indicateurs d'évaluation concernant le suivi et le traitement (2014-2022)<sup>5</sup></b>												
<b>Suivi dans les 12 mois, %</b>												
HSIL HPV+	90,0	100,0	100,0	100,0	91,7	93,1	85,7	91,7	95,2	NA	0,5	(-1,1 ;2,2)
HSIL HPV inconnu ou pas de test	92,4	88,1	91,6	90,7	91,0	91,3	93,5	88,2	86,7	NA	-0,6	(-1,3 ;0,3)
HSIL HPV-	33,3	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	83,3	NA	NA <sup>2</sup>	NA
ASCH HPV+	89,0	92,6	89,9	94,0	90,9	93,3	90,7	89,4	92,5	NA	0,1	(-1,0 ;1,2)
ASCH HPV inconnu ou pas de test	86,7	84,4	85,0	72,5	80,8	92,3	83,3	92,3	87,5	NA	0,8	(-1,4 ;3,2)
ASCH HPV-	77,8	79,6	62,5	76,0	75,4	74,5	76,0	80,0	88,9	NA	0,7	(-2,2 ;4,8)
AGLC HPV+	100,0	81,8	96,7	81,5	92,1	88,4	72,7	93,3	87,8	NA	-1,0	(-3,7 ;1,8)
AGLC HPV inconnu ou pas de test	30,8	22,9	33,3	84,0	76,7	86,4	72,7	65,2	92,3	NA	16,4	(-1,6 ;37,6)
AGLC HPV-	57,7	51,6	66,7	53,8	64,7	65,1	65,6	59,2	64,6	NA	1,7	(-1,0 ;4,5)
ASCU HPV+	83,4	84,1	81,7	83,4	84,1	81,0	84,9	84,7	83,6	NA	0,1	(-0,3 ;0,6)

<sup>5</sup> 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	61,6	63,7	60,3	71,4	70,5	71,0	76,1	72,8	72,6	NA	2,6*	(0,9 ;4,2)
LSIL HPV+	73,9	84,9	81,8	80,8	79,6	83,1	84,3	84,4	88,8	NA	1,4	(-0,1 ;2,8)
LSIL HPV inconnu ou pas de test	75,5	75,3	72,9	77,3	76,0	74,0	79,0	77,5	78,0	NA	0,6	(-0,1 ;1,3)
LSIL HPV-	48,6	50,0	61,4	60,0	54,7	48,7	65,2	70,1	58,5	NA	2,8	(-4,7 ;10,9)
NODIAGN HPV+	80,0	50,0	66,7	100,0	96,0	88,9	100,0	66,7	0,0	NA	NA <sup>2</sup>	NA
INSU	28,1	29,7	32,5	45,6	50,4	50,3	54,9	51,3	56,7	NA	9,8*	(5,6 ;14,1)
Total (INSU inclus)	69,8	67,9	67,9	74,2	74,4	74,7	78,7	77,2	77,3	NA	1,8*	(0,4 ;3,2)
Total (INSU exclus)	75,1	75,3	73,9	79,2	78,7	77,8	81,5	80,5	80,7	NA	1,1*	(0,5 ;1,8)
<b>Diagnosics histologiques par type de prélèvement, %</b>												
Biopsie												
ABST	38,2	37,8	37,7	40,2	39,7	40,8	45,3	46,0	48,1	46,4	3,0*	(1,3 ;4,6)
NODIAGN	3,7	2,7	2,1	1,4	1,0	1,0	1,3	1,7	1,3	2,7	-6,4*	(-10,2 ;-2,3)
ATYP	4,1	4,2	4,6	1,5	1,2	1,4	1,2	0,6	1,1	0,8	-18,8*	(-30,3 ;-5,7)
LSIL	24,9	27,5	28,8	30,0	31,1	29,9	28,3	27,2	26,7	28,2	0,7	(-1,2 ;2,5)
CGIN	1,9	2,5	2,2	2,4	2,6	1,7	0,1	0,2	0,2	0,0	NA <sup>2</sup>	NA
HSIL	26,0	24,2	23,0	23,9	23,4	24,2	22,9	23,2	21,1	21,2	-1,7*	(-3,0 ;-0,5)
ADIS	0,3	0,1	0,1	0,0	0,3	0,4	0,2	0,6	0,4	0,3	16,2	(-9,5 ;49,4)
SQCA	0,5	0,7	0,7	0,4	0,4	0,4	0,6	0,3	0,8	0,1	-7,9	(-18,2 ;3,2)
ADCA	0,1	0,1	0,1	0,0	0,3	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1	4,2	(-9,5 ;21,3)
Autre	0,3	0,3	0,8	0,0	0	0	0,1	0,0	0,1	0,1	NA <sup>2</sup>	NA
Conisation												
ABST	7,5	10,5	9,9	11,5	12,4	9,0	12,5	12,5	14,2	11,0	4,1*	(0,7 ;7,7)
NODIAGN	0,8	0,8	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	NA <sup>2</sup>	NA
ATYP	1,3	0,8	0,8	0,4	0,5	0,5	0,2	0,2	0,0	0,0	NA <sup>2</sup>	NA
LSIL	11,8	9,6	8,4	9,7	10,1	8,5	9,9	9,9	13,4	13,8	3,1	(-0,7 ;6,6)
CGIN	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	NA <sup>2</sup>	NA
HSIL	75,3	74,8	77,2	74,6	73,0	77,7	72,6	72,6	67,8	70,8	-0,9*	(-1,7 ;-0,2)
ADIS	0,6	0,4	0,4	1,1	1,8	2,3	2,9	2,9	1,3	2,6	19,9*	(9,1 ;33,0)

Indicateur	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022(\$)	2023(\$)	AAPC	
											%	95% IC
SQCA	1,5	1,9	2,1	2,4	1,8	1,4	0,9	0,9	1,9	1,0	-6,7	(-16,7 ;4,2)
ADCA	1,0	0,4	0,4	0,0	0,2	0,5	1,1	1,1	1,3	0,3	NA <sup>2</sup>	NA
Autre	0,0	0,4	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	NA <sup>2</sup>	NA
Hystérectomie												
ABST	27,4	24,8	20,0	23,8	26,1	27,3	21,7	38,6	32,7	17,8	0,7	(-5,8 ;7,4)
NODIAGN	1,7	0,6	0,8	0,0	0,8	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	NA <sup>2</sup>	NA
ATYP	1,1	0,6	2,4	0,0	0,8	0,0	1,9	0,0	0,0	1,4	NA <sup>2</sup>	NA
LSIL	7,4	12,7	8,8	10,3	11,8	9,4	21,7	8,8	22,4	16,4	8,3	(-1,1 ;18,2)
CGIN	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	NA <sup>2</sup>	NA
HSIL	50,3	52,9	57,6	59,5	47,1	57,6	45,3	46,5	39,3	53,4	-1,9	(-6,2 ;2,5)
ADIS	0,6	1,3	1,6	0,0	2,5	0,7	1,9	1,8	2,8	2,7	NA <sup>2</sup>	NA
SQCA	7,4	3,2	3,2	4,8	6,7	5,0	2,8	1,8	0,9	4,1	-10,8	(-27,1 ;9,2)
ADCA	3,4	3,2	5,6	1,6	4,2	0,0	2,8	1,8	0,9	4,1	NA <sup>2</sup>	NA
Autre	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	0,9	0,0	NA <sup>2</sup>	NA
Non spécifiées												
ABST	46,3	53,7	50,2	50,5	55,0	55,1	55,5	58,7	61,2	54,9	2,2*	(0,6 ;3,7)
NODIAGN	10,4	3,5	4,4	2,7	2,2	1,9	3,0	2,4	2,7	3,7	-9,0*	(-15,8 ;-1,0)
ATYP	5,6	4,7	4,4	2,9	1,8	1,1	2,2	0,9	1,0	0,1	-27,4*	(-35,6 ;-18,2)
LSIL	17,0	18,3	19,5	21,8	22,8	20,8	21,6	19,3	17,0	19,8	0,6	(-1,2 ;2,6)
CGIN	0,1	0,1	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	NA <sup>2</sup>	NA
HSIL	18,7	17,9	19,3	20,0	16,6	18,2	15,2	16,2	16,1	19,8	-0,3	(-4,1 ;2,5)
ADIS	0,2	0,3	0,3	0,0	0,0	0,2	0,0	0,4	0,5	0,2	NA <sup>2</sup>	NA
SQCA	0,8	0,6	1,3	1,4	0,8	1,5	1,6	0,8	0,7	0,7	-3,4	(-12,7 ;7,5)
ADCA	0,6	0,6	0,2	0,7	0,3	0,7	0,2	1,0	0,6	0,7	2,8	(-8,7 ;15,9)
Autre	0,4	0,3	0,2	0,1	0,2	0,6	0,8	0,4	0,1	0,1	-2,7	(-24,3 ;24,7)
Total												
ABST	36,0	39,0	37,8	39,4	40,6	40,6	43,4	45,3	48,1	45,3	2,9*	(1,9 ;3,9)
NODIAGN	5,2	2,6	2,5	1,6	1,2	1,1	1,5	1,6	1,5	2,7	-7,9*	(-12,0 ;-3,6)

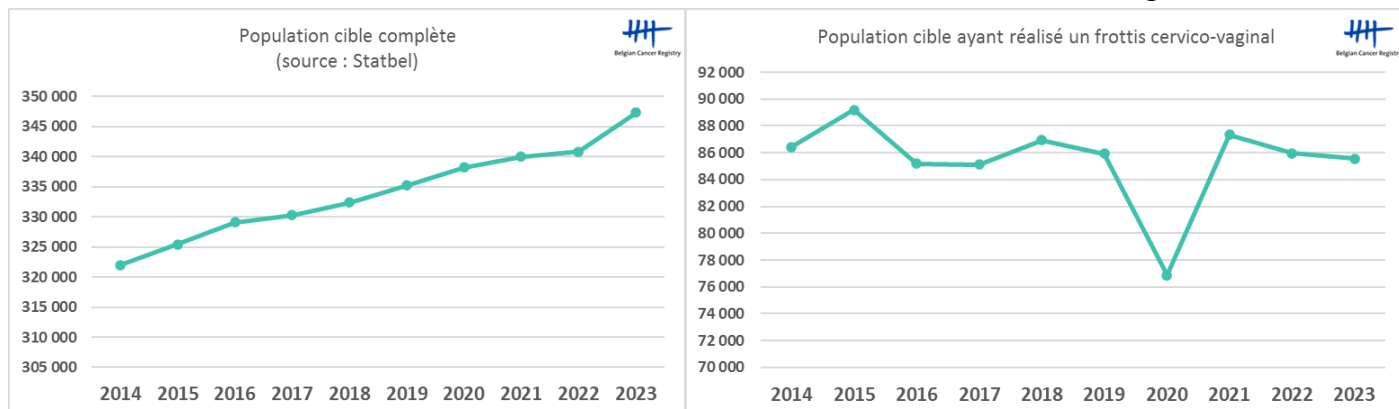
Indicateur	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022(\$)	2023(\$)	AAPC	
											%	95% IC
ATYP	4,1	3,8	4,0	1,8	1,3	1,2	1,4	0,6	1,0	0,5	-20,8*	(-28,7 ; -12,2)
LSIL	20,0	21,8	22,8	24,5	25,6	24,3	24,6	22,4	22,4	23,6	1,1*	(0,0 ; 2,2)
CGIN	1,1	1,4	1,3	1,3	1,5	1,0	0,0	0,2	0,2	0,0	NA <sup>2</sup>	NA
HSIL	31,5	29,6	29,4	29,8	28,0	29,8	27,1	27,8	24,8	26,3	-2,0*	(-3,0 ; -1,0)
ADIS	0,3	0,3	0,3	0,2	0,5	0,6	0,2	0,8	0,6	0,6	12,1	(-2,2 ; 27,9)
SQCA	1,0	0,9	1,1	1,1	0,9	1,0	1,1	0,5	0,9	0,5	-6,4	(-13,7 ; 1,5)
ADCA	0,5	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,6	0,4	0,4	-0,1	(-4,9 ; 4,6)
Autre	0,3	0,3	0,5	0,1	0,0	0,2	0,3	0,1	0,1	0,1	NA <sup>2</sup>	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 321 959 à 347 319. Annuellement, environ 25% de ces femmes ont réalisé au-moins un frottis cervico-vaginal. Nous observons une légère diminution progressive et non significative, au cours de la période étudiée (AAPC = -1,1).

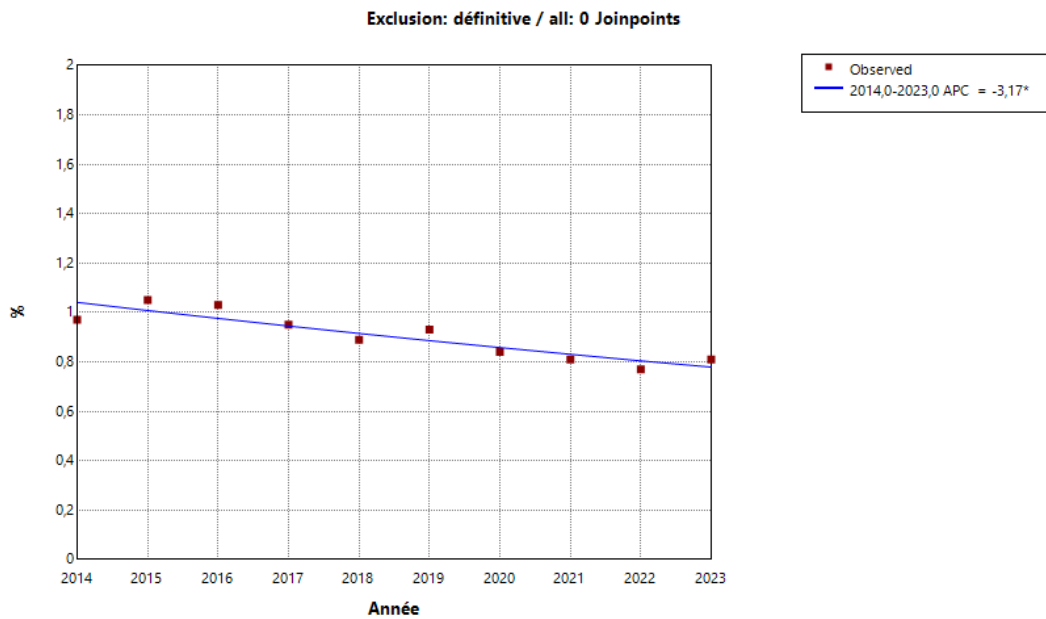
**Eligibilité au dépistage** : évolution de la proportion des femmes non éligibles au dépistage.

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) diminue de manière significative sur l'ensemble de la période 2014-2023 (AAPC = -3,2\*)(graphique 3A).

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 également de manière significative et homogène au cours de la période 2014-2023 (AAPC = -2,2\*). 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 à Bruxelles – 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).

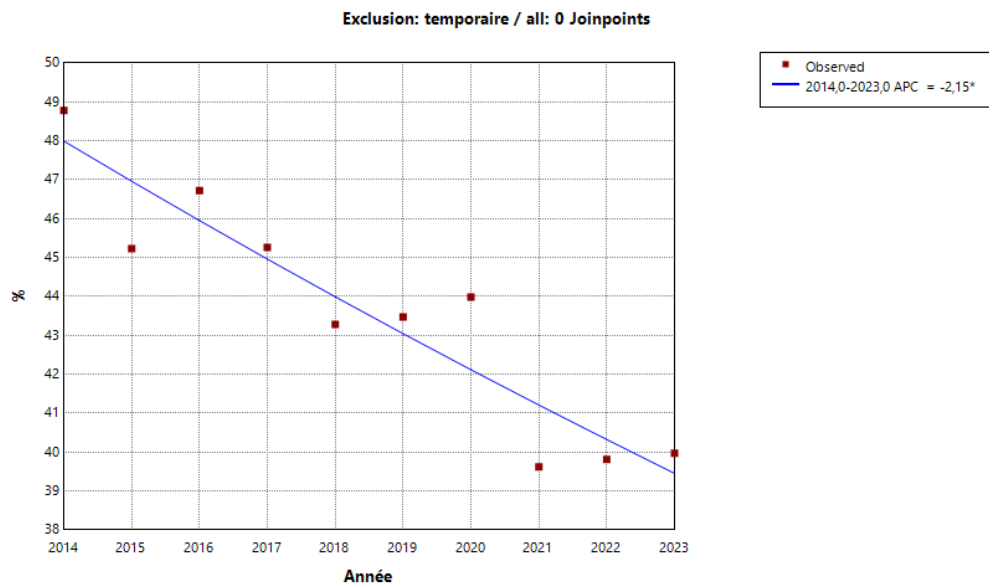
La population éligible ayant réalisé un frottis cervical (population cible ayant réalisé un frottis cervical – exclusions) augmente de manière significative sur l'ensemble de la période (AAPC = 1,8\*) (graphique 4).

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



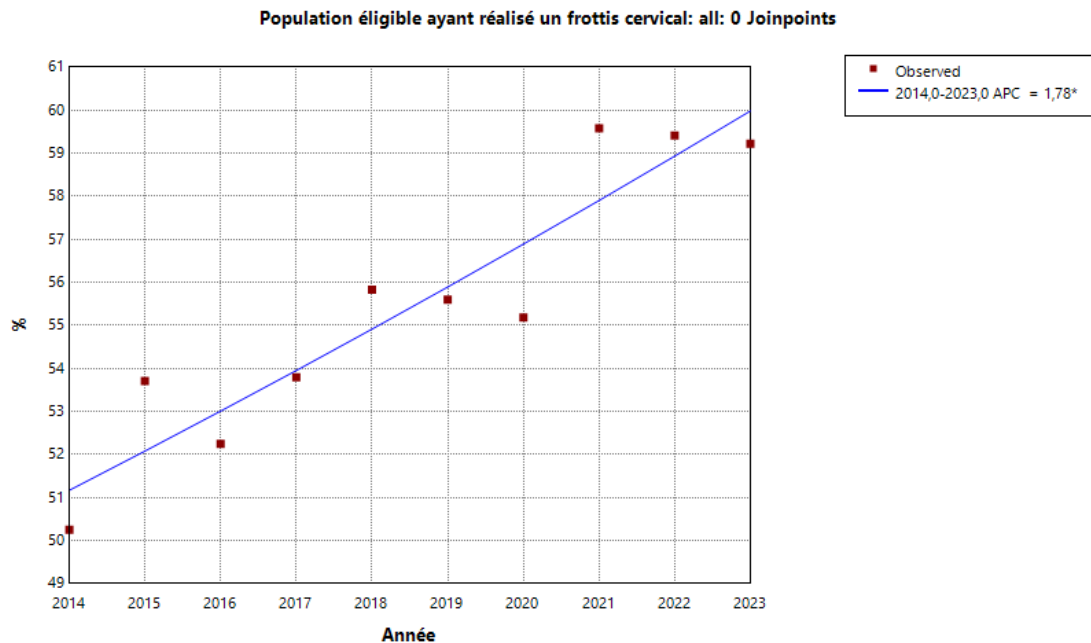
\* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.  
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

**Graphique 3B :** évolution du % de femmes ayant réalisé un frottis cervical et ayant un critère d'exclusion temporaire 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 4 : évolution du % de femmes éligibles ayant réalisé un frottis cervical 2014-2023

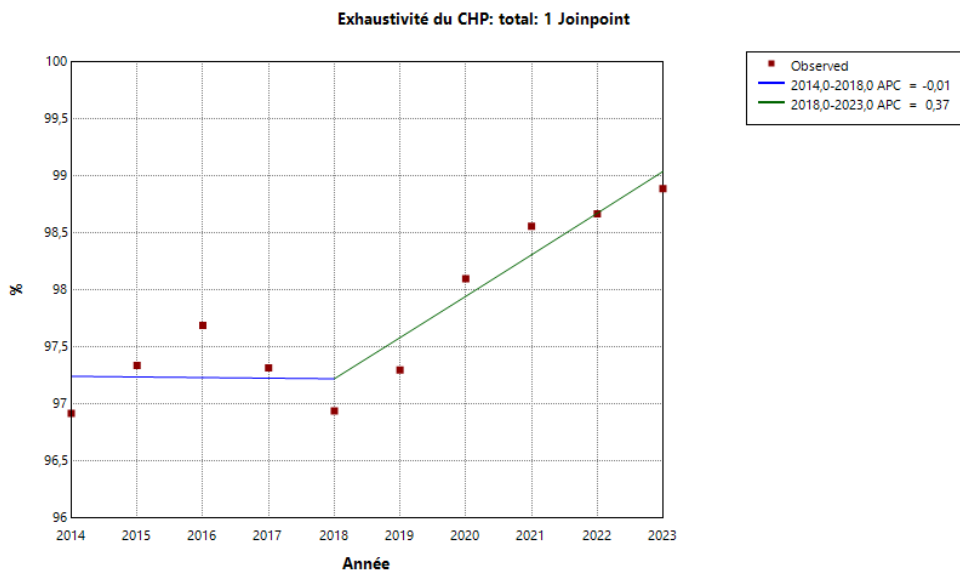


### 3.2 Taux de couverture

#### Exhaustivité des données fournies par les laboratoires

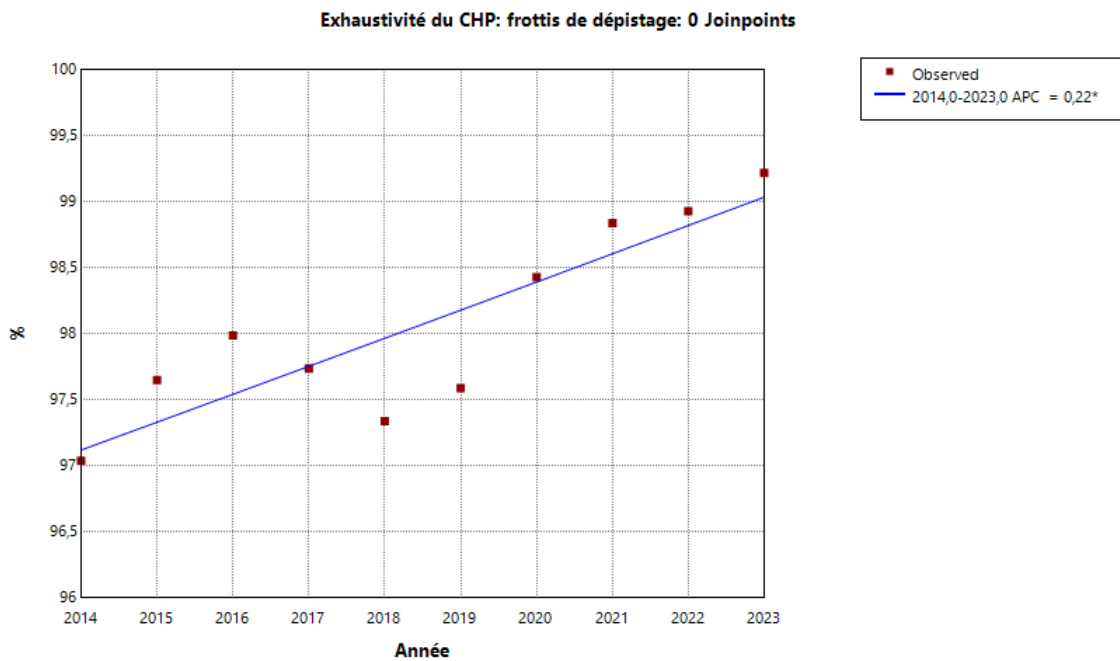
L'exhaustivité des données fournies par les laboratoires et donc du registre cyto-histopathologique augmente de manière significative (AAPC = 0,2\*). Cette augmentation est surtout marquée au cours de la période 2018-2023 (APC = 0,4). L'exhaustivité des données concernant les frottis de dépistage suit une tendance plus linéaire (AAPC = 0,2\*), sans point d'inflexion (graphique 5B). L'augmentation de l'exhaustivité pour les données des frottis de suivi est également significative (AAPC = 0.2\*) et un point d'inflexion existe en 2018 (2014-2018 APC = -0,3 et 2018-2023 APC = 0,6\*)(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



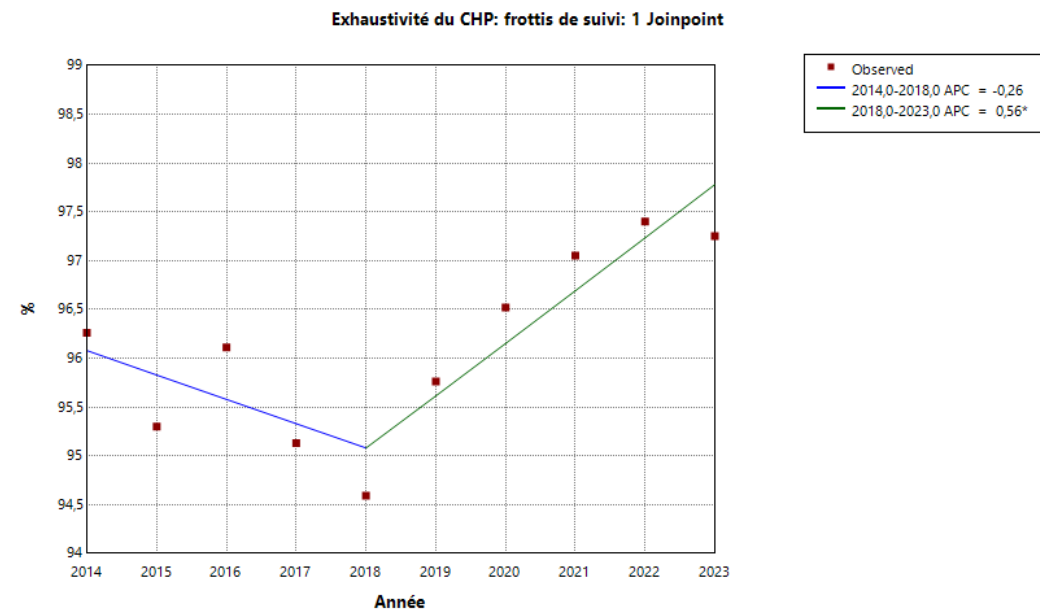
\* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.  
Final Selected Model: 1 Joinpoint.

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

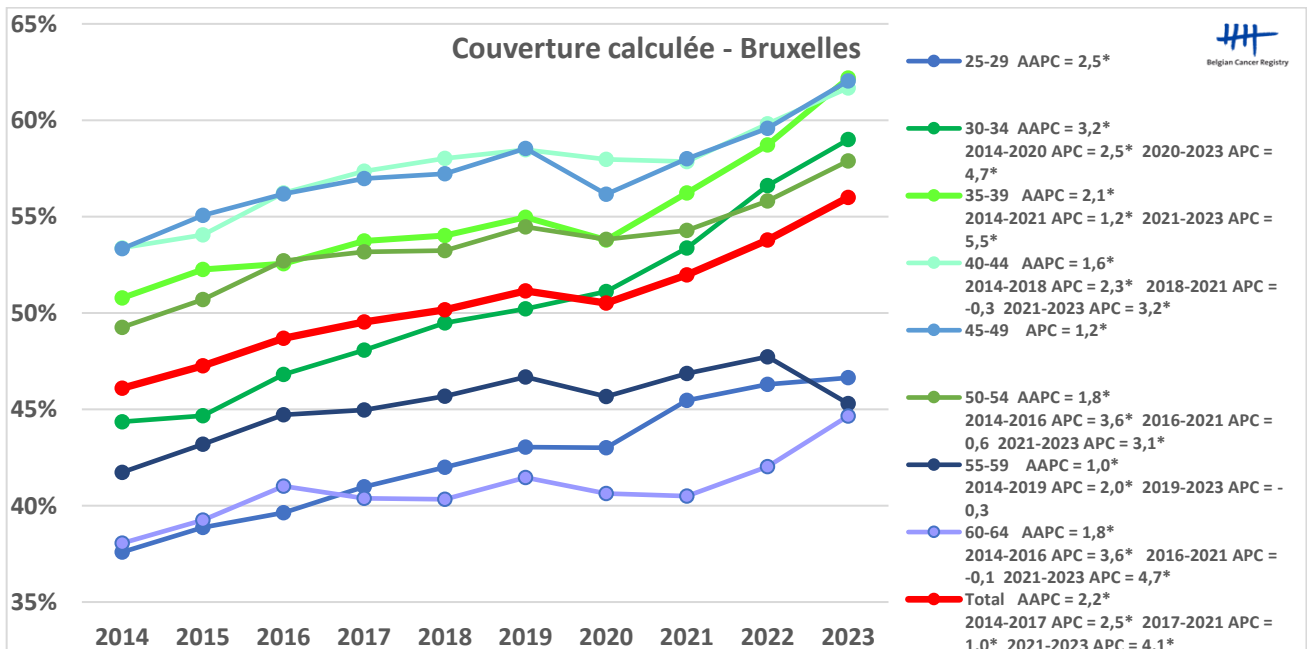
Graphique 5C : évolution du % d'exhaustivité du CHP (frottis de suivi) 2014-2023



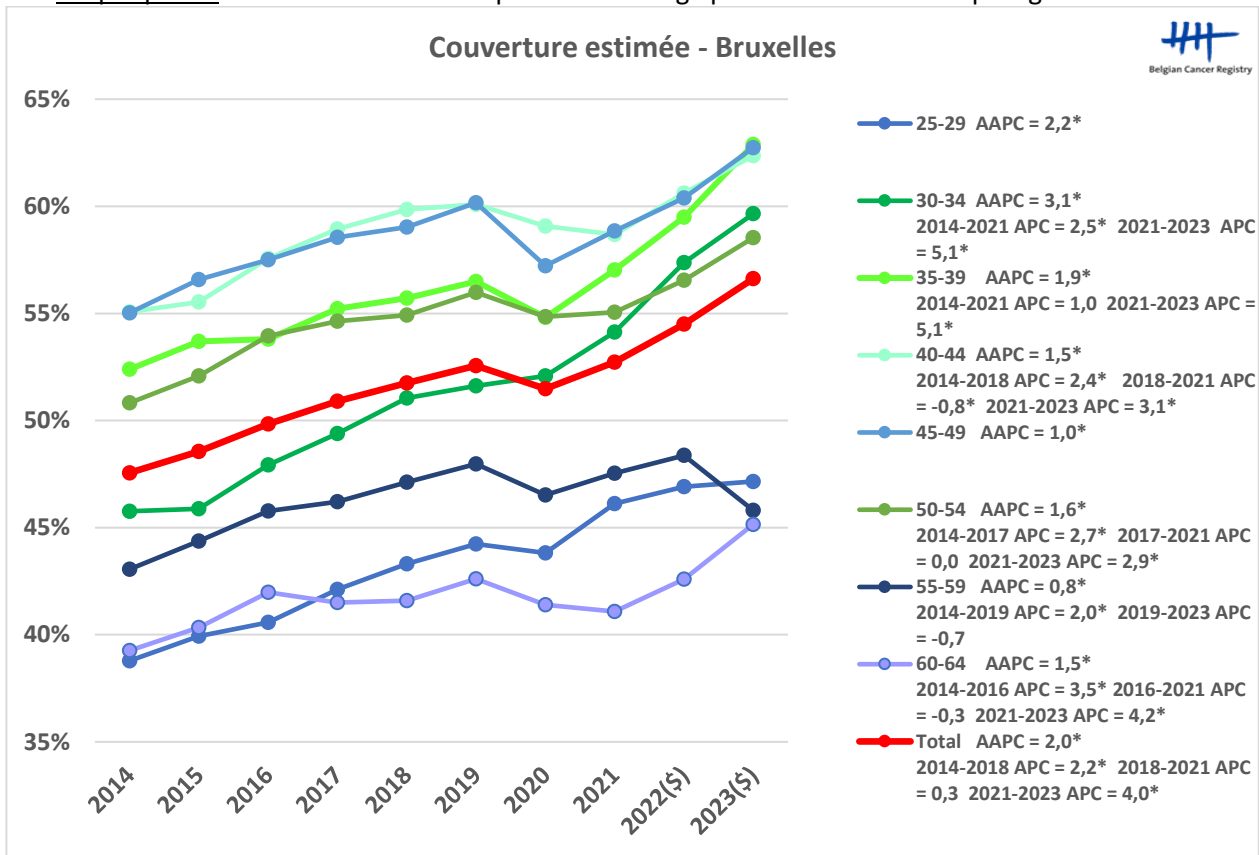
\* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.  
Final Selected Model: 1 Joinpoint.

**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

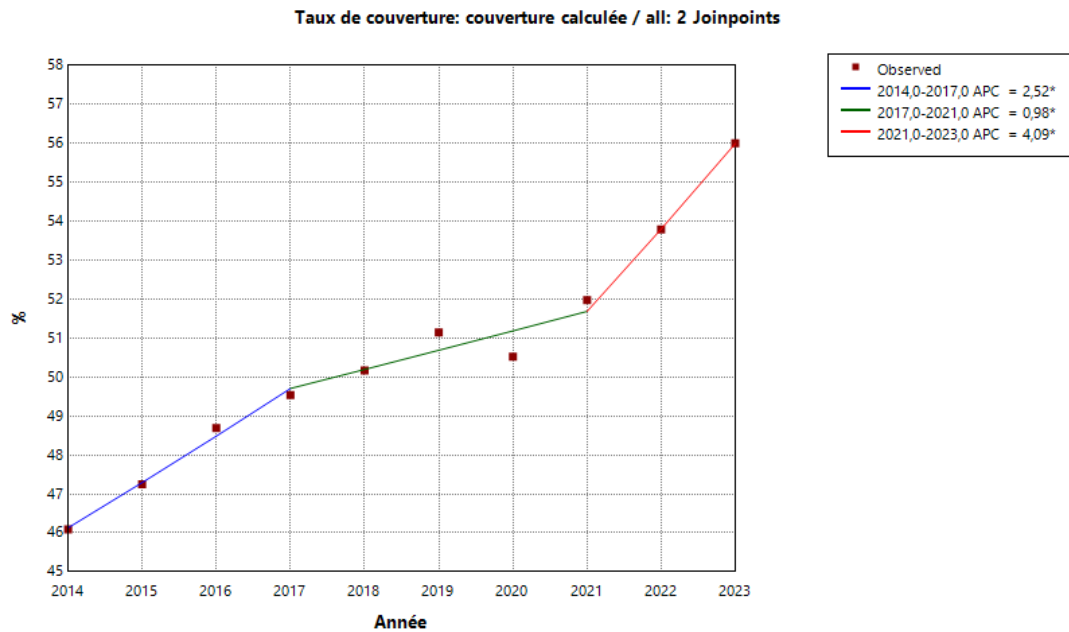


(§) Les chiffres concernant la couverture estimée pour 2022 et 2023 sont provisoires et sont une sous-estimation.

La couverture totale est en augmentation (respectivement AAPC = 2,2\* pour la couverture calculée et pour la couverture estimée AAPC = 2,0\*). L'évolution est forte entre 2014 et 2017 (APC = 2,5\*) pour la couverture calculée et entre 2014 et 2018 (APC = 2,2\*) pour la couverture estimée ; entre 2017 et 2021, la progression est plus lente (APC respectivement de 1,0\* et 0,3 entre 2018 et 2021 pour les couvertures calculée et estimée) avant de retrouver une augmentation très marquée entre 2021 et 2023 (APC = 4,1\* pour la couverture calculée et APC = 4,0\* pour la couverture estimée). 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.

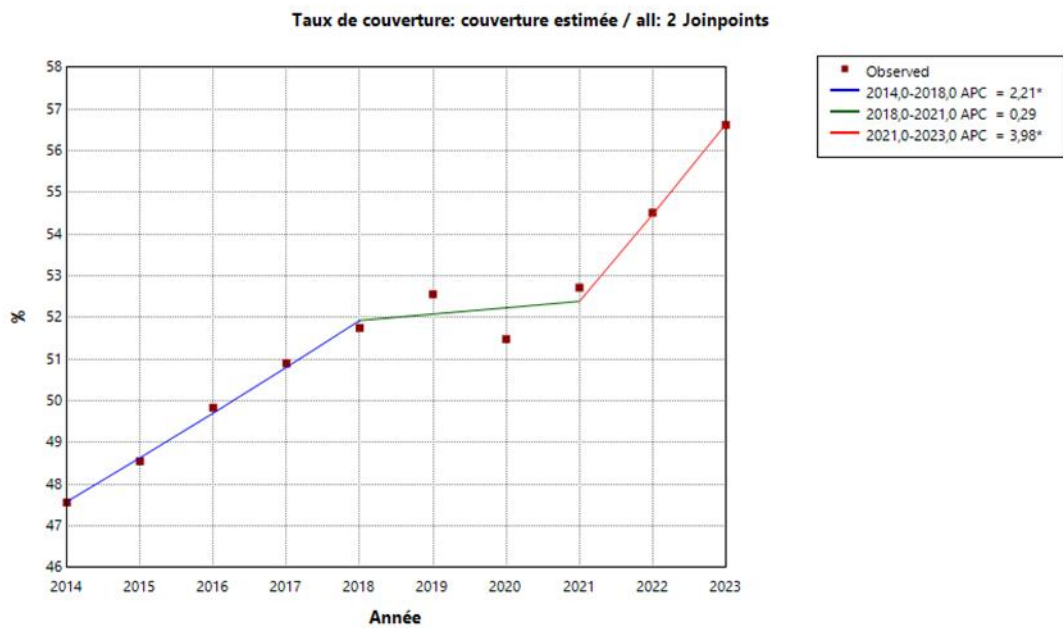
Toutes les catégories d'âge sont concernées par cette augmentation significative de la couverture mais c'est parmi les catégories d'âge les plus jeunes (25-39 ans) que la progression est la plus marquée. Pour les femmes âgées de 30-34 ans, l'augmentation est très marquée au cours des dernières années (couverture calculée 2014-2020 APC = 2,5\* et 2020-2023 APC = 4,7\*) ; cette même tendance est observée chez les femmes de 35-39 ans (2014-2021 APC = 1,2\* et 2021-2023 APC = 5,5\*).

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: 2 Joinpoints.

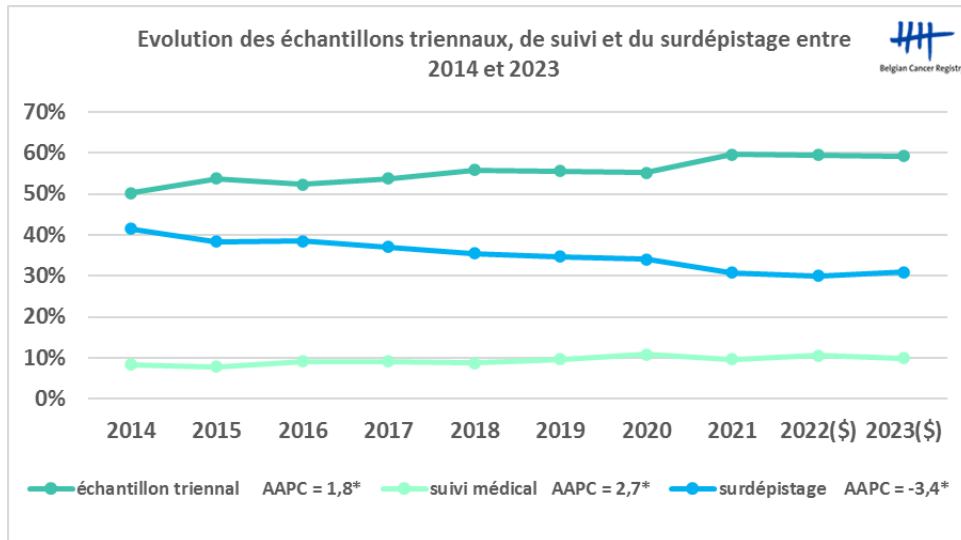
Graphique 7B : évolution du % de la couverture estimée 2014-2023



\* 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 Surdépistage

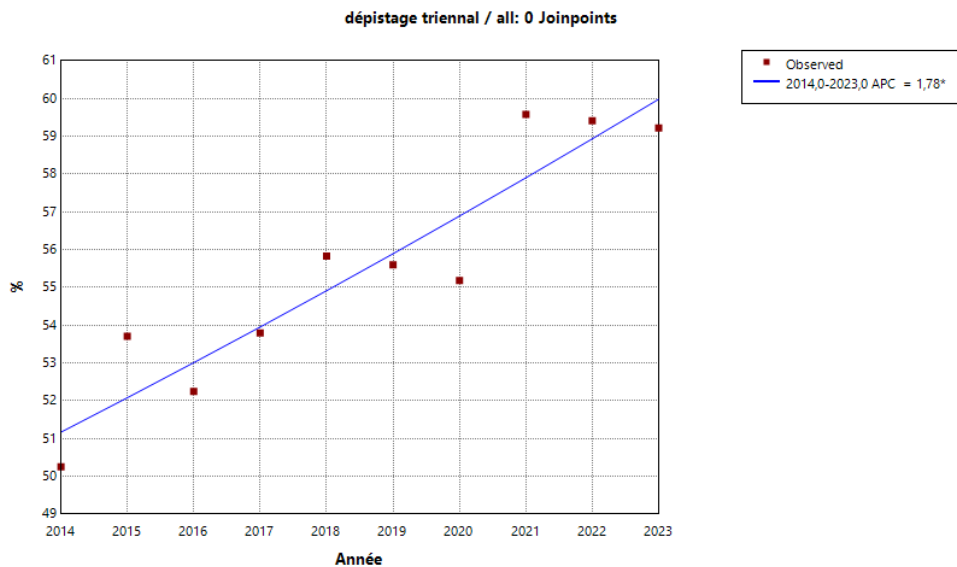
**Graphique 8** : Evolution de la répartition des femmes selon l'éligibilité et la légitimité des échantillons (triennal, de suivi, surdépistage) 2014 à 2023



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

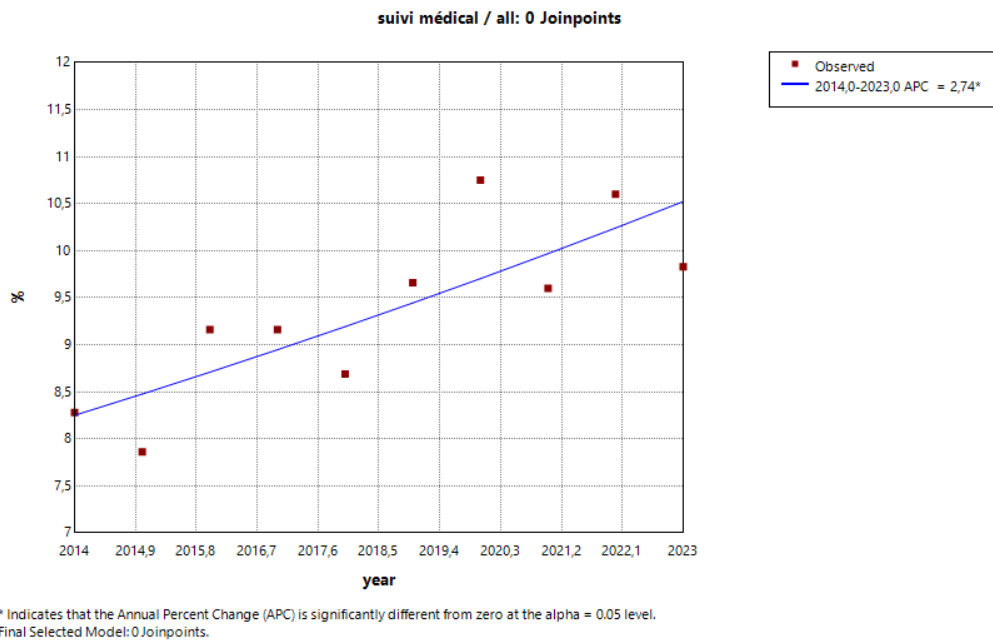
Le surdépistage diminue de manière significative à travers toutes les tranches d'âge ; pour l'ensemble de la période (AAPC = -3,4\*).

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

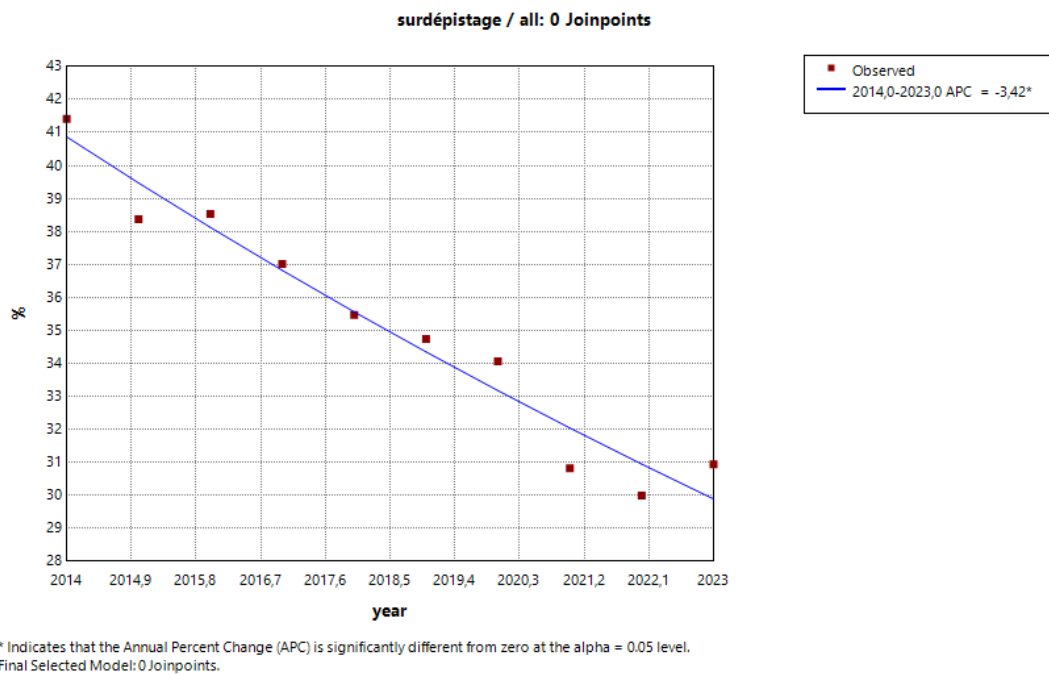


\* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level. Final Selected Model: 0 Joinpoints.

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



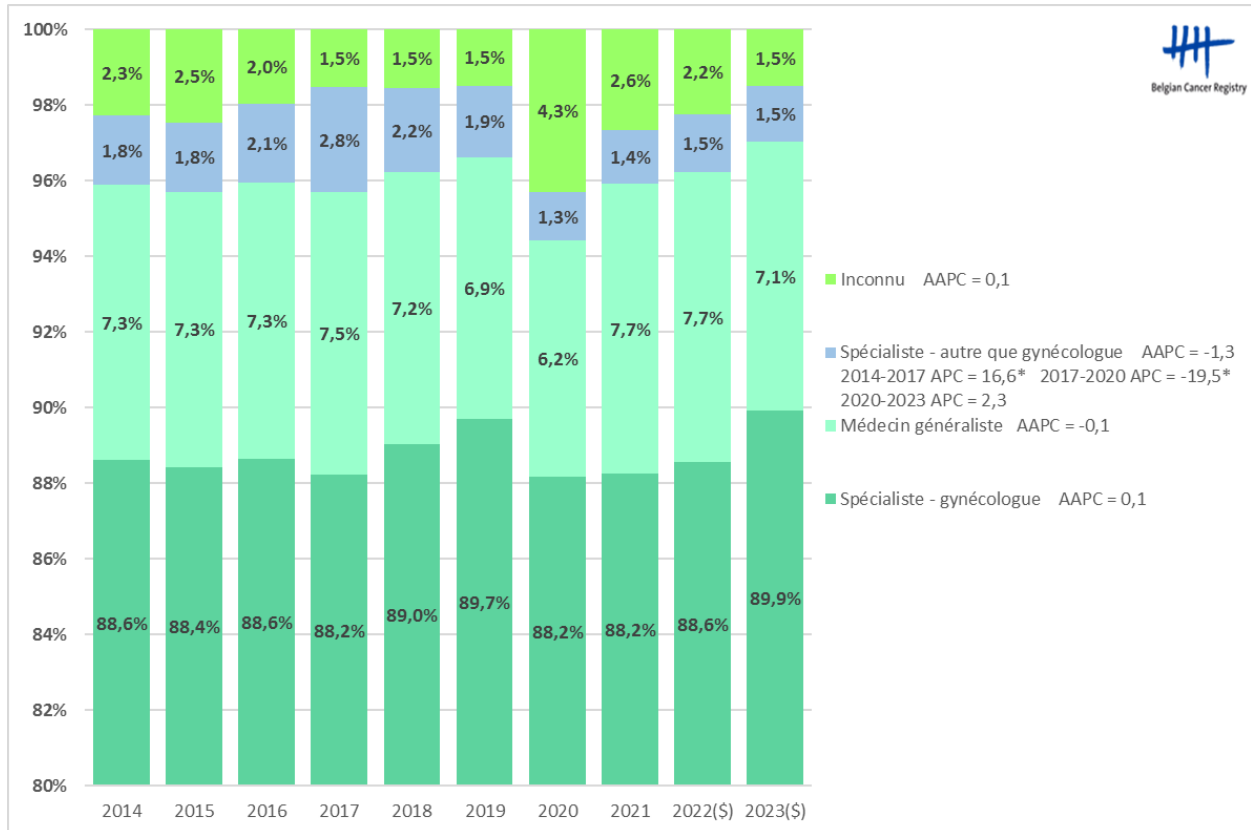
Graphique 9C : évolution du % de femmes avec du surdépistage 2014-2023



#### 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.

Tous types de frottis confondus, nous n'observons pas de tendance significative dans la répartition des médecins ayant réalisé un frottis cervical au cours de la période 2014-2023. Environ 87,5% des frottis sont réalisés par un gynécologue, 8,5% par un médecin généraliste, 1% par un médecin spécialisé autre que gynécologue et environ 2,5% des frottis ont été prélevés par un médecin dont le numéro INAMI était inconnu.

En ce qui concerne les frottis de suivi réalisés par un gynécologue, ceux-ci montrent une augmentation significative au cours de la période (AAPC = 0,3\*) avec une augmentation plus marquée à partir de 2020 (2014-2020 APC = -0,1 ; 2020-2023 APC = 1,1\*). Les frottis ne rencontrant pas les critères de remboursement et étant réalisés par un spécialiste autre qu'un gynécologue sont en diminution significative au cours du temps (AAPC = -4,0\*) ; cette diminution n'est pas homogène sur la période étudiée et le début de période était même marqué par une augmentation significative (2014-2017 APC = 30,3\* ; 2017-2020 APC = -24,9\* et 2020-2023 APC = -9,6).

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

### 5.1 Résultats des frottis de dépistage et les diagnostics cytologiques

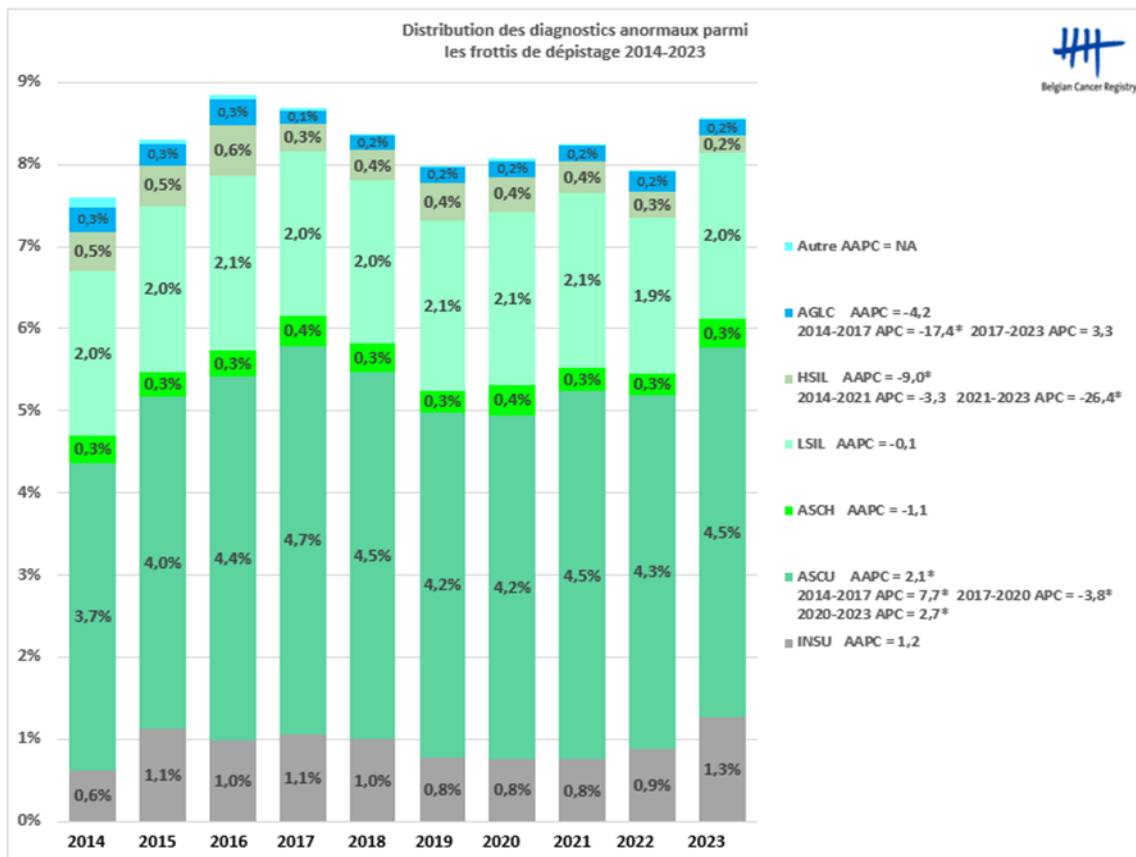
Tableau 2 : Signification des catégories de diagnostics cytologiques et indication du suivi approprié [3]

	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 11 : distribution des diagnostics cytologiques anormaux



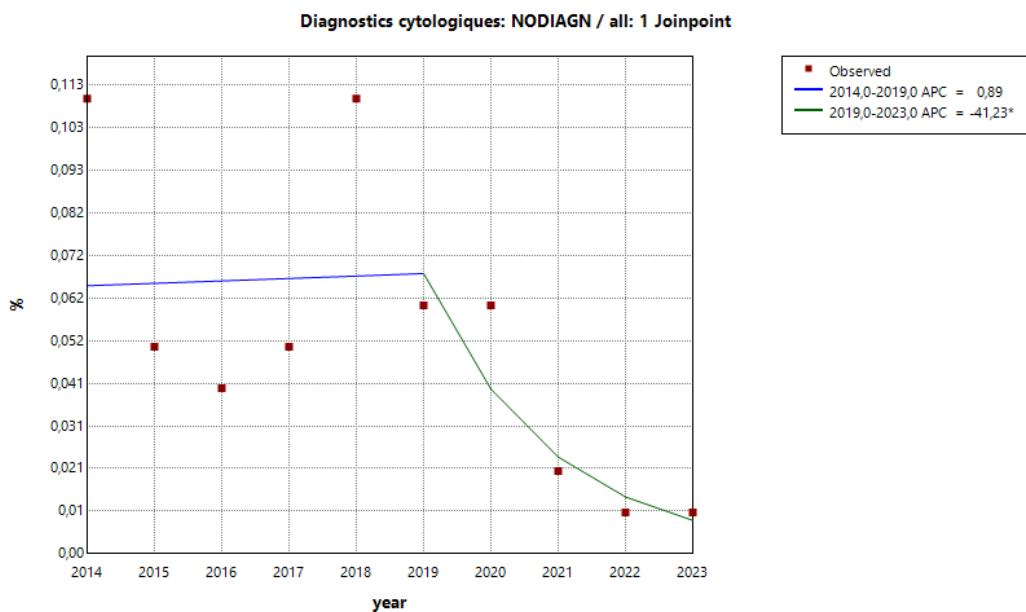
(NA) : étant donné qu'il n'y a pas eu de cas pour au-moins une année, l'analyse de tendances n'est pas possible pour cet indicateur

La répartition des diagnostics cytologiques montre peu de variations au cours de la période 2014-2023. Les diagnostics ASCU, qui sont les lésions les plus fréquentes (un peu plus de 4% des frottis pour un total de frottis anormaux de 8,3% en moyenne au cours de la période) montre une augmentation significative (AAPC = 2,1\*). Cette augmentation n'est pas homogène durant la période (2014-2017 APC = 7,7\*, 2017-2020 APC = -3,8\* et 2020-2023 APC = 2,7\*).

Nous observons par contre une diminution significative des diagnostics HSIL (AAPC = -9,0\*) avec une diminution très nette au cours des années les plus récentes (2014-2021 APC = -3,3, 2021-2023 APC = -26,4\*).

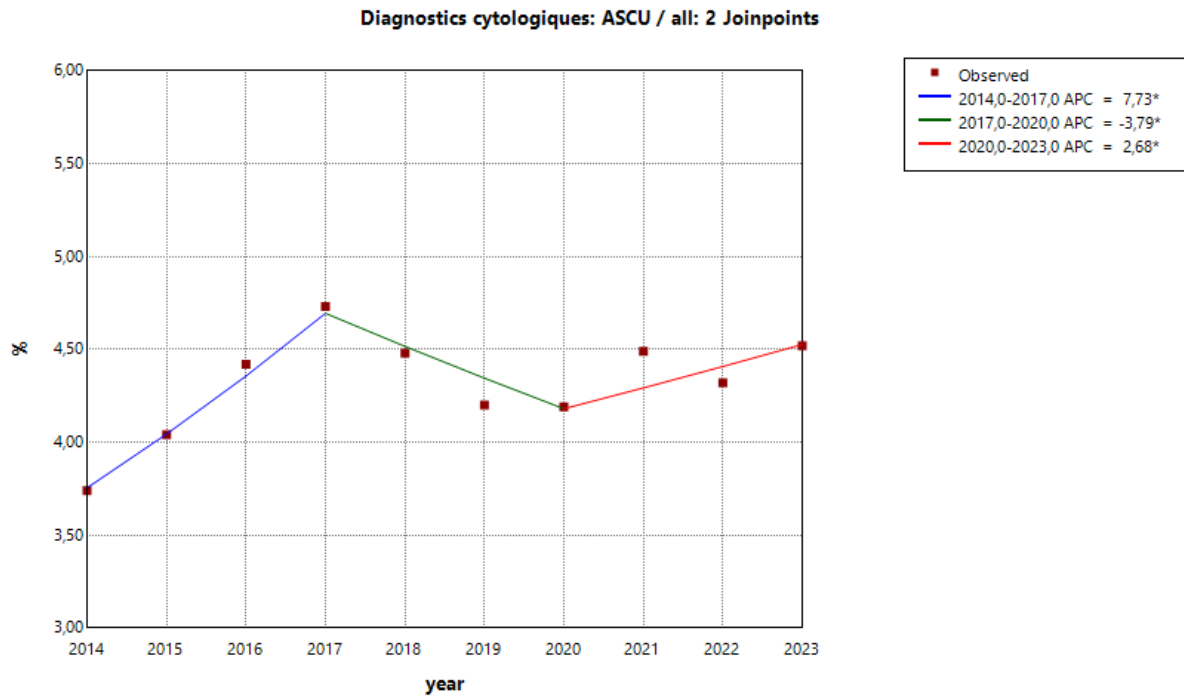
Mentionnons encore la diminution importante et significative des 'NODIAGN' qui sont donc les prélèvements pour lesquels aucun diagnostic n'a pu être établi (AAPC = -20,6\* (2014-2019 APC = 0,9 et 2019-2023 APC = -41,2\*)).

**Graphique 12A : évolution % NODIAGN parmi les frottis de dépistage remboursés 2014-2023**



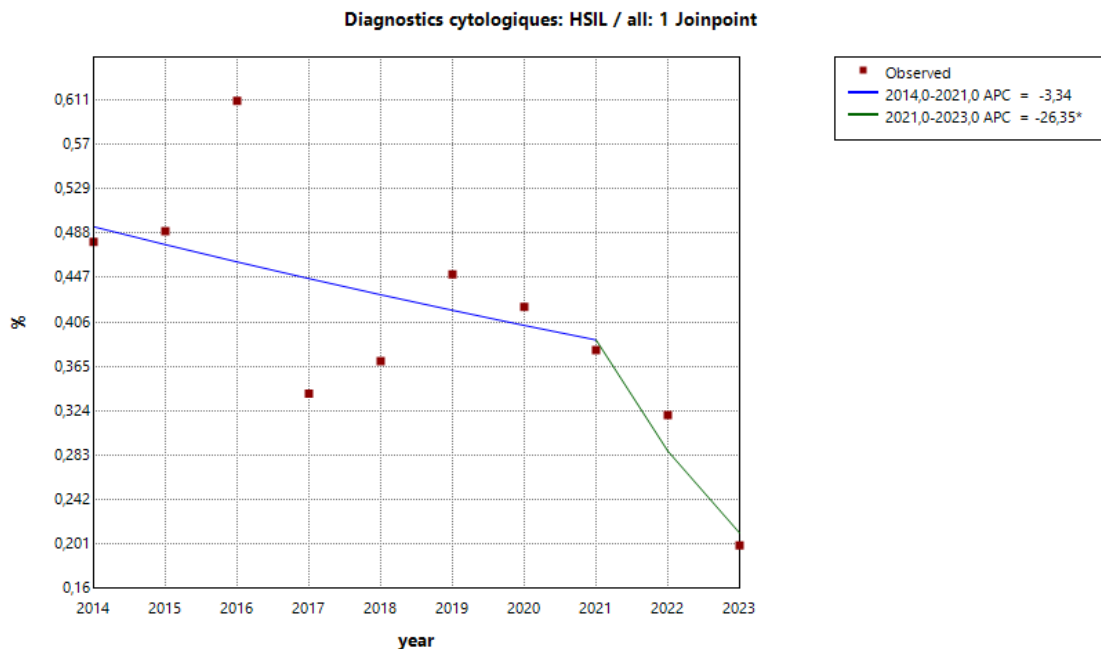
\* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.  
Final Selected Model: 1 Joinpoint.

Graphique 12B : évolution % ASCU 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: 2 Joinpoints.

Graphique 12C : évolution % HSIL parmi les frottis de dépistage remboursés 2014-2023



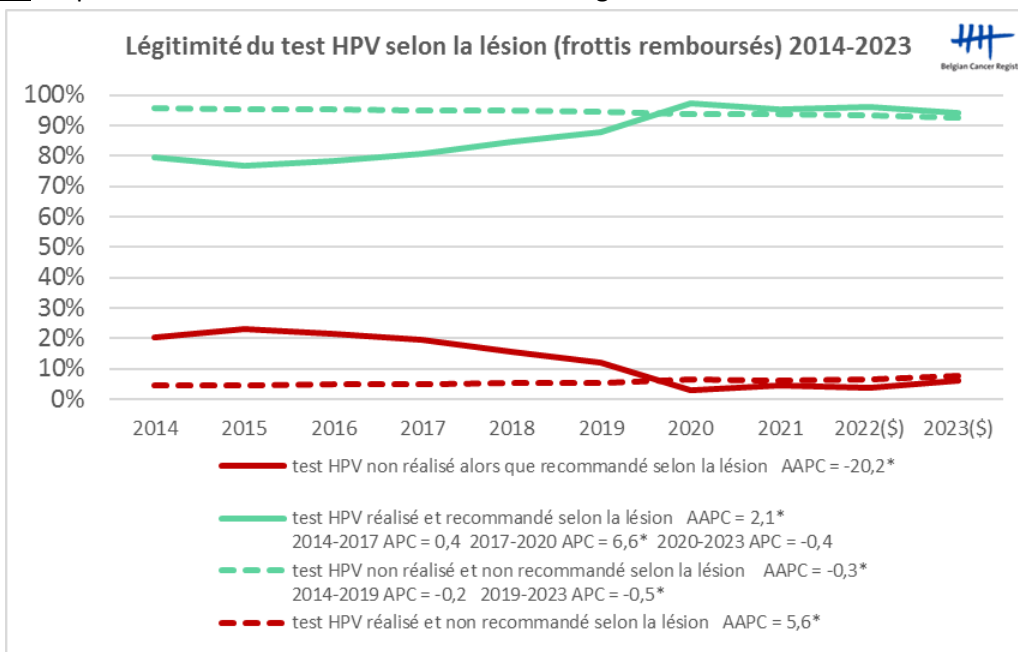
\* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.  
Final Selected Model: 1 Joinpoint.

## 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].

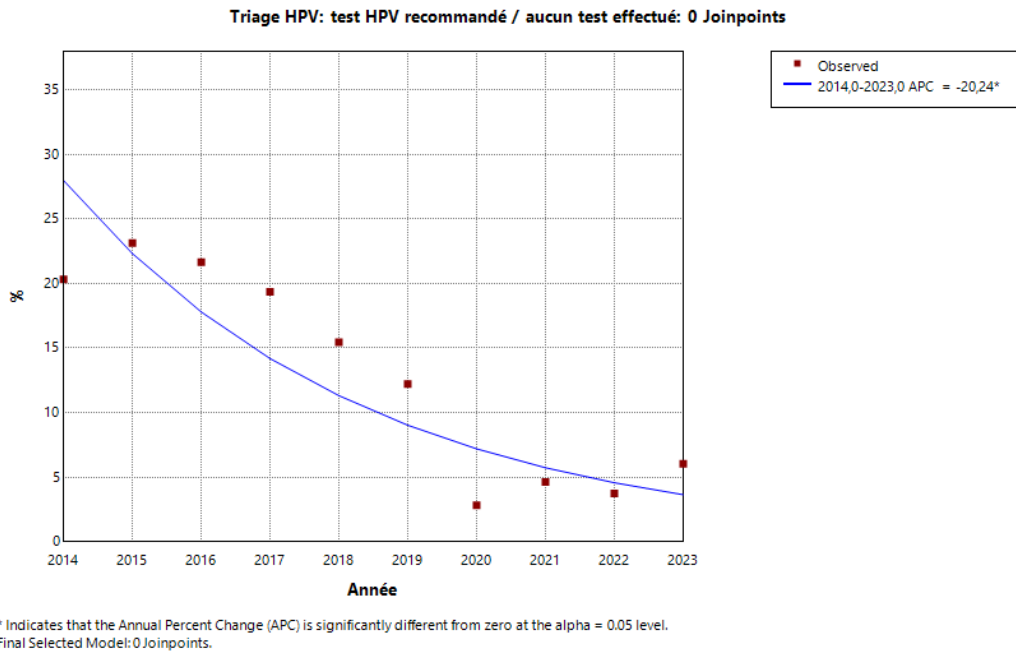
Au cours de la période 2014-2023, nous constatons une diminution significative du nombre de lésions pour lesquelles le test HPV n'a pas été réalisé alors qu'il était recommandé (AAPC = -20,2\*). L'augmentation de l'exécution des tests recommandés pour la lésion (AAPC = 2,1\*) a évolué par paliers (2014-2017 APC = 0,4, 2017-2020 APC = 6,6\* et 2020-2023 APC = -0,4). Nous constatons également une augmentation significative du nombre de tests réalisés alors que celui-ci n'était pas recommandé en fonction de la lésion (AAPC = 5,6\*). Ces tests ne sont pas remboursés et sont donc à charge de la femme.

**Graphique 13** : répartition des tests HPV réalisés selon leur légitimité en fonction de la lésion 2014-2023

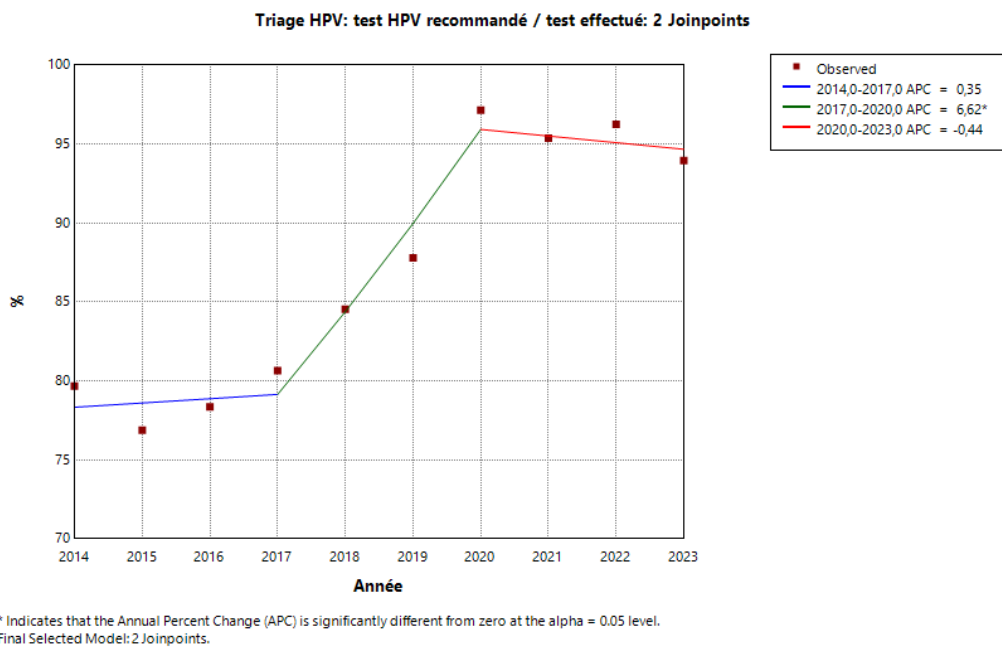


(\$) Les chiffres pour 2021 et 2022 sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années car les prestations médicales peuvent encore être remboursées par les organismes assureurs jusqu'à deux ans après la date de prestation.

Graphique 14A : évolution % aucun test HPV réalisé alors que le test était recommandé 2014-2023



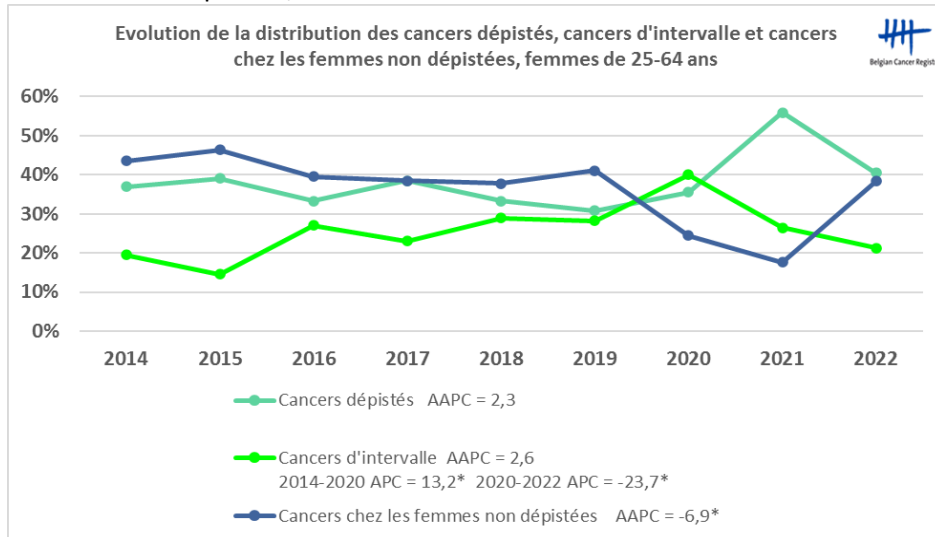
Graphique 14B : évolution % test HPV réalisé quand il était recommandé 2014-2023



### 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

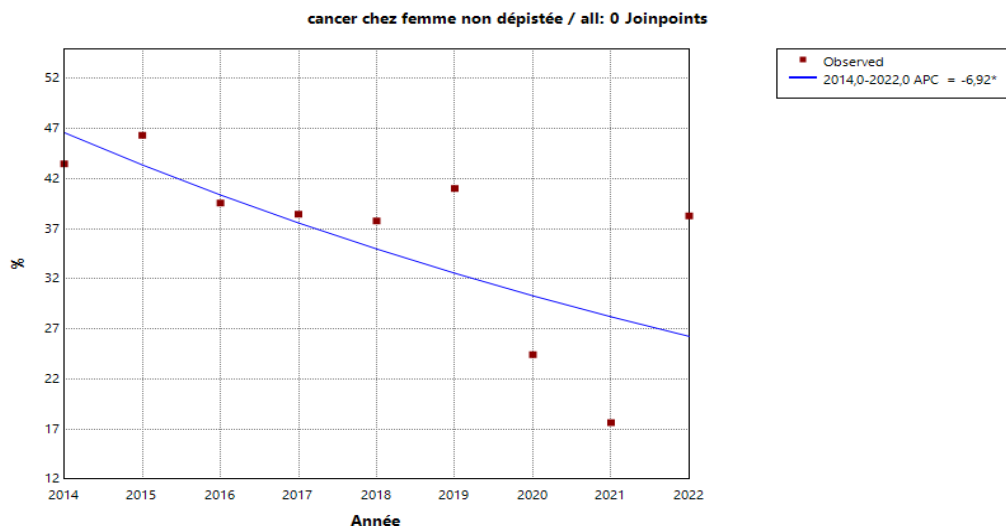
**Graphique 15 :** Evolution de la distribution des cancers dépistés, cancers d'intervalle et cancers chez les femmes non-dépistées, femmes de 25 à 64 ans



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 non significative de la proportion de cancers dépistés (AAPC = 2,3). Les cancers d'intervalle augmentent également de façon non significative (AAPC = 2,6) mais l'évolution n'est pas linéaire : après une augmentation entre 2014 et 2020 (APC = 13,2\*), nous notons une diminution entre 2020 et 2022 (APC -23,7\*). Les cancers chez les femmes non dépistées sont eux en diminution significative (AAPC = -6,9\*).

**Graphique 16 :** évolution % cancers chez les femmes non dépistées 2014-2022

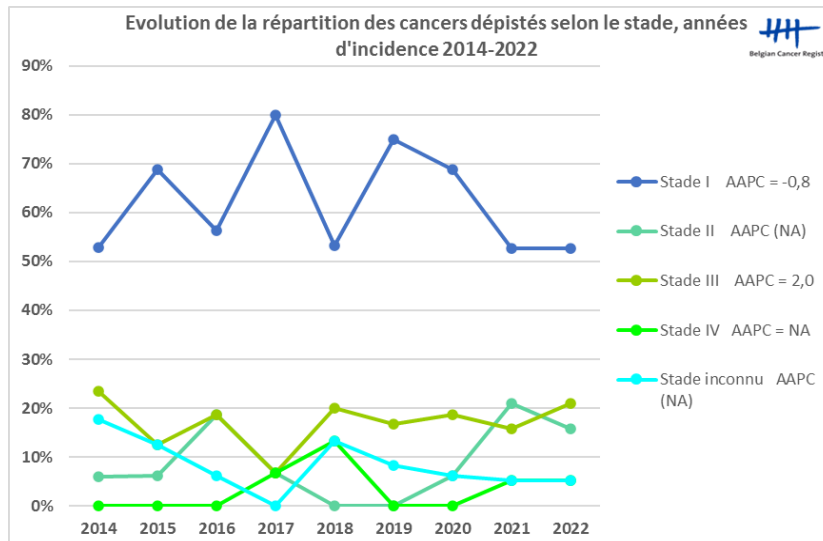


\* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.  
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

### 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.

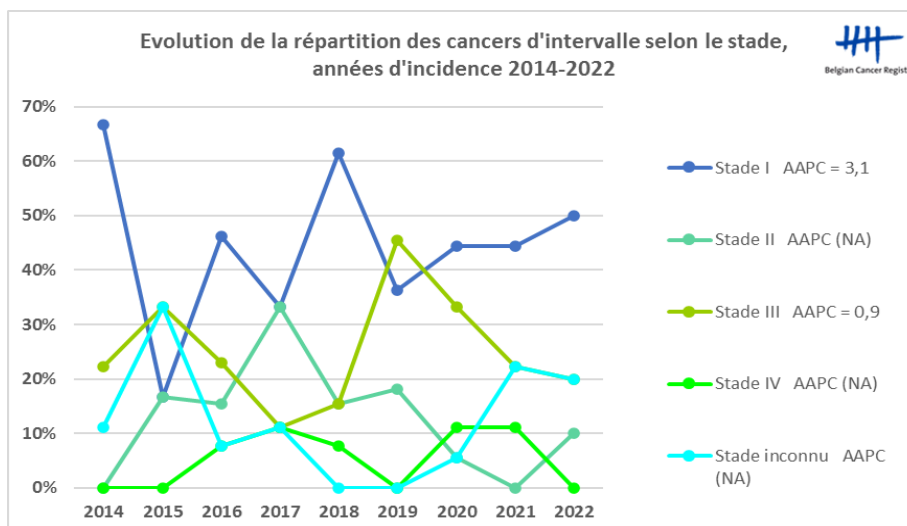
**Graphique 17A :** Evolution de la répartition des cancers dépistés selon le stade pour les années d'incidence 2014-2022



(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

Pour les cancers dépistés, il n'y a pas d'évolution significative selon le stade au cours de la période étudiée. Les cancers dépistés de stade I représentent plus de la moitié des cancers dépistés.

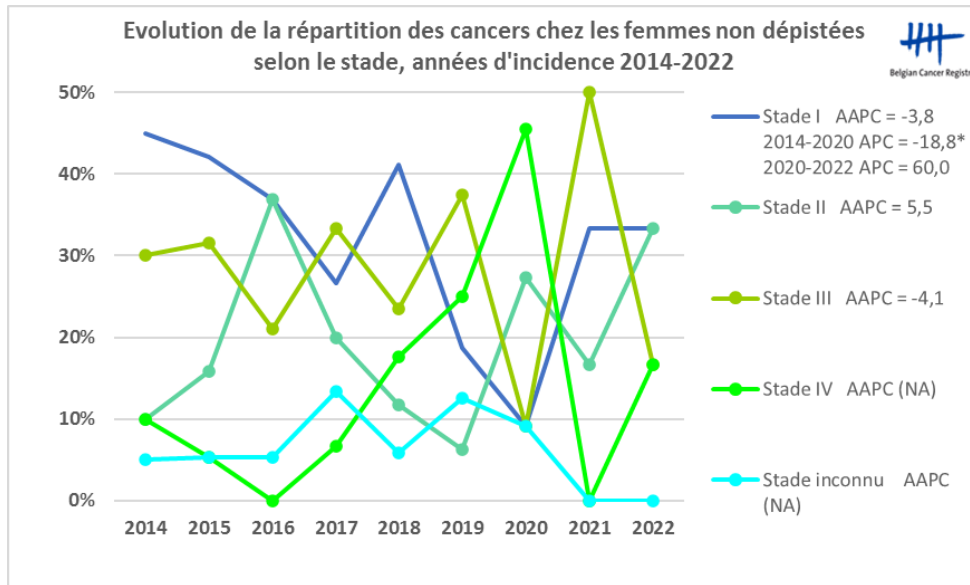
**Graphique 17B :** Evolution de la répartition cancers d'intervalle selon le stade pour les années d'incidence 2014-2022



(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, il n'y a pas non plus d'évolution significative au cours de la période 2014-2022.

Graphique 17C : Evolution de la répartition des cancers chez les femmes non dépistées pour les années d'incidence 2014-2022



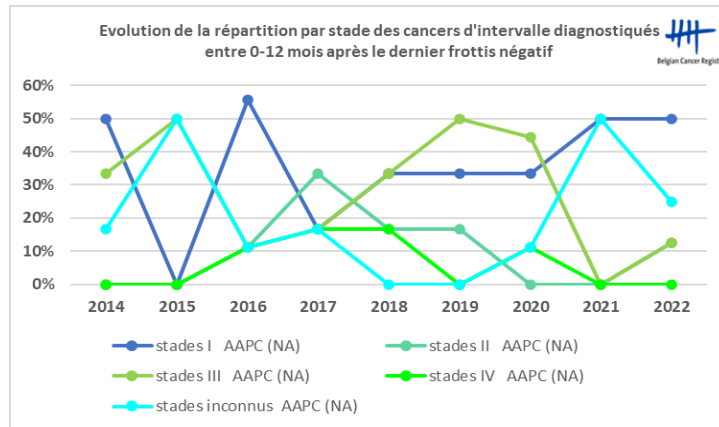
(NA) : étant donné qu'il n'y a pas eu de cas pour au-moins une année, l'analyse de tendances n'est pas possible pour cet indicateur

Parmi les femmes non dépistées, nous n'observons pas non plus d'évolution significative pour l'ensemble de la période. Les cancers de stade I, après une diminution significative entre 2014 et 2020 (APC = -18,8\*) semblent augmenter entre 2020 et 2022 mais de façon non significative (APC = 60,0).

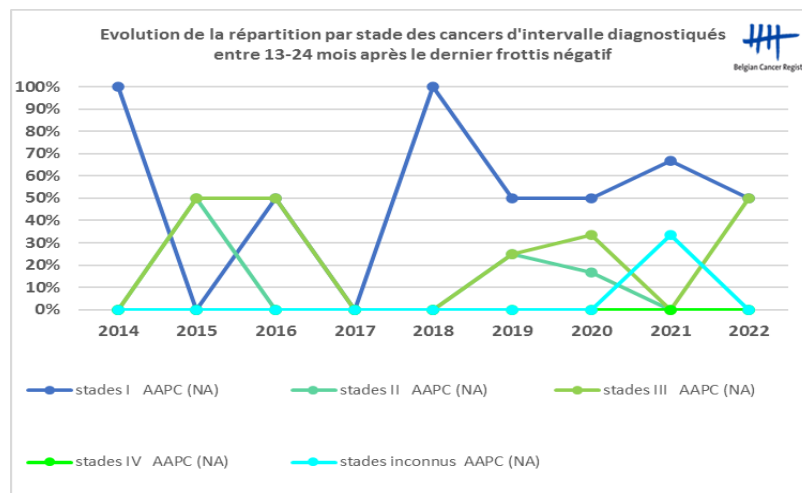
### 5.3.3 Evolution de la répartition par stade des cancers d'intervalle selon le délai entre le dernier frottis négatif et le diagnostic

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 sont très aléatoires et aucune tendance n'a pu être montrée pour la période étudiée. Ces chiffres ne sont par ailleurs pas présentés dans le tableau 1 (synthèse des tendances) car les résultats des AAPC ne peuvent être calculés (NA) étant donné qu'il n'y a pas eu de cas pour au-moins une année.

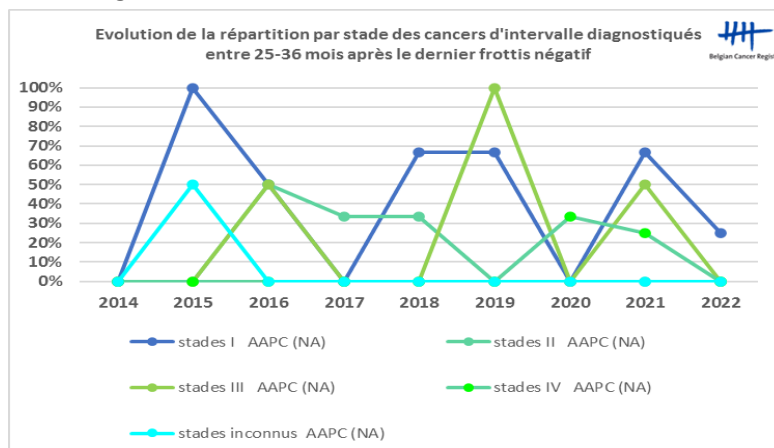
**Graphique 18A :** Evolution de la répartition par stade des cancers d'intervalle diagnostiqués entre 0-12 mois après le dernier frottis négatif, 2014-2022



**Graphique 18B :** Evolution de la répartition par stade des cancers d'intervalle diagnostiqués entre 13-24 mois après le dernier frottis négatif 2014-2022



**Graphique 18C :** Evolution de la répartition par stade des cancers d'intervalle diagnostiqués entre 25-36 mois après le dernier frottis négatif 2014-2022

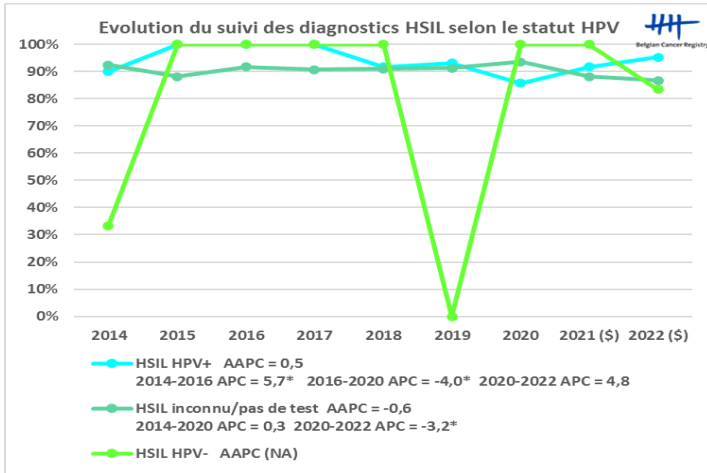


(NA) : étant donné qu'il n'y a pas eu de cas pour au-moins une année, l'analyse de tendances n'est pas possible pour cet indicateur

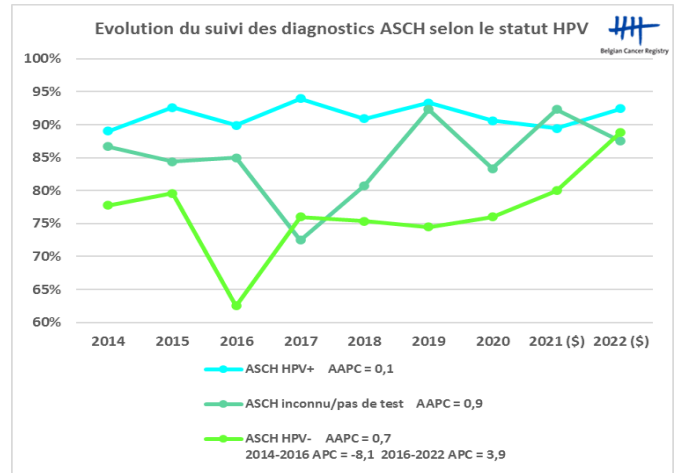
## 6. Indicateurs d'évaluation concernant le suivi et le traitement

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

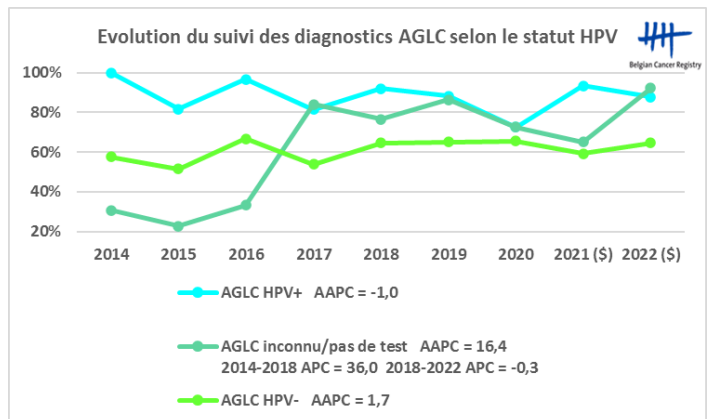
Graphique 19A : évolution du suivi médical - HSIL



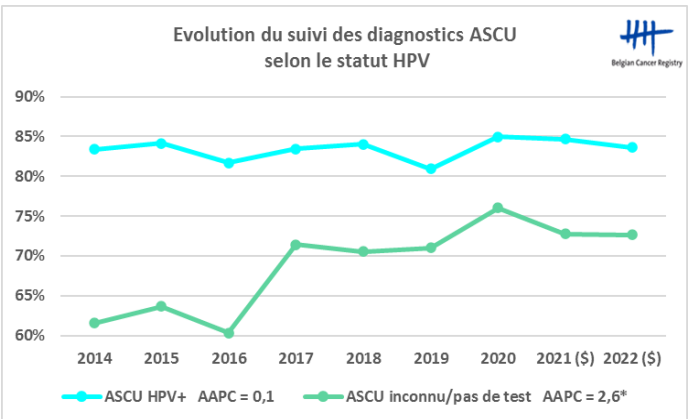
Graphique 19B : évolution du suivi médical - ASCH



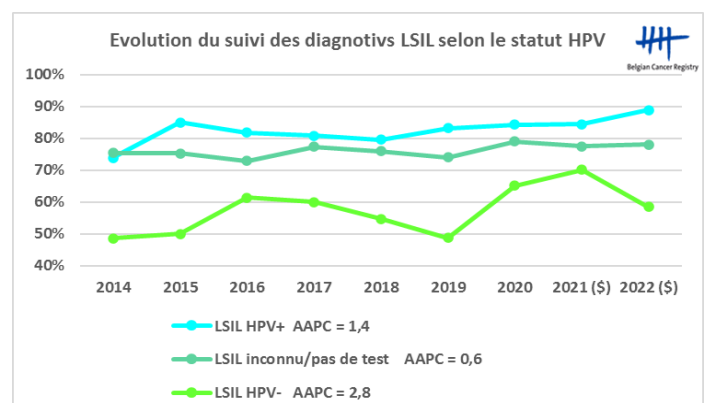
Graphique 19C : évolution du suivi médical – AGLC



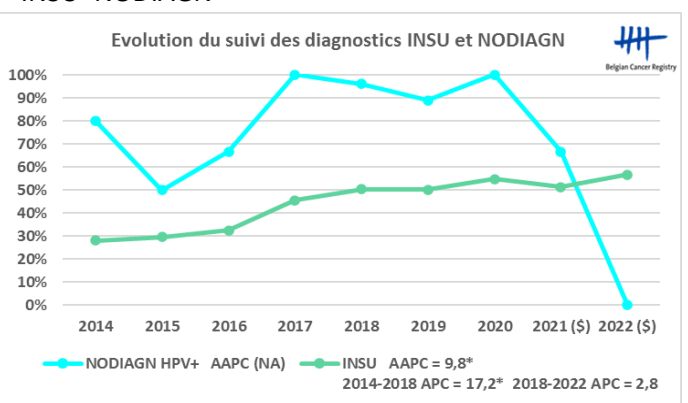
Graphique 19D : évolution du suivi médical - ASCU



Graphique 19E : évolution du suivi médical – LSIL



Graphique 19F : 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 globalement une augmentation statistiquement significative (AAPC = 1,1\* pour le total des lésions INSU exclus).

Il en est de même pour la lésion suivante :

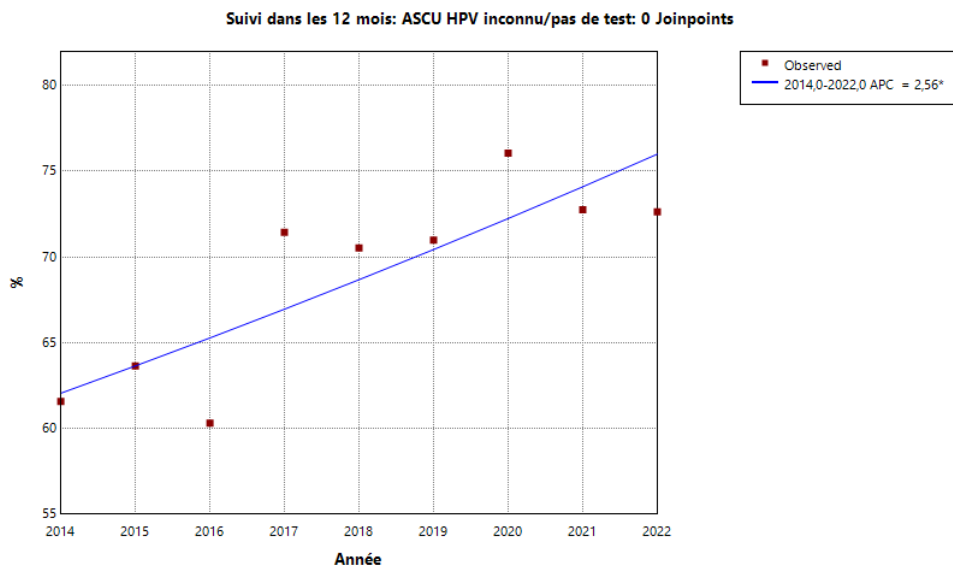
- ASCU HPV inconnu/pas de test : augmentation significative et homogène au cours de la période étudiée (AAPC = 2,6\*).

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. Ce diagnostic présente une progression significative (AAPC = 9,8\*), l'augmentation est très importante entre 2014 et 2018 (APC = 17,2\*) et continue à progresser ensuite mais plus lentement et de manière non significative (APC = 2,8).

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

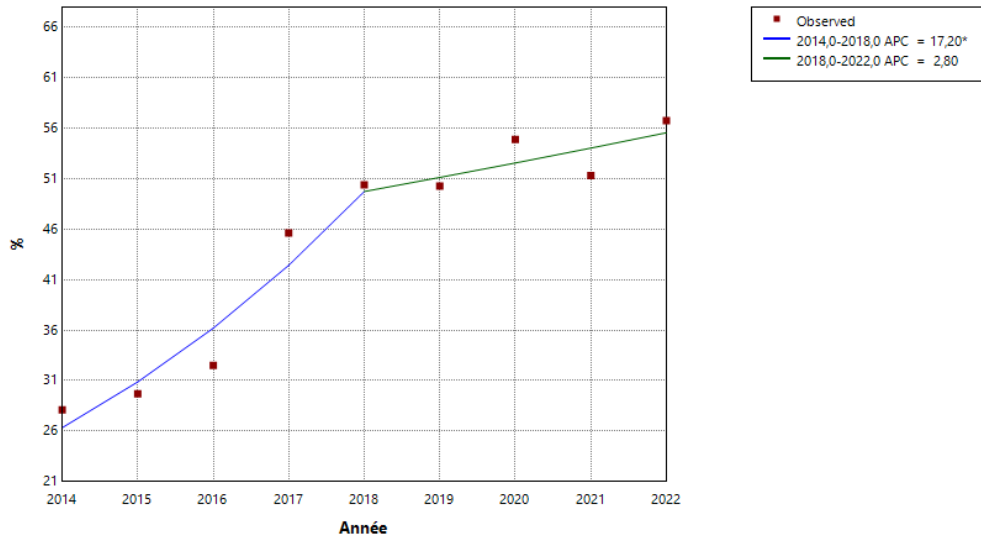
**Graphique 20A** : évolution de % suivi à 12 mois des ASCU HPV inconnu/pas de test HPV



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

**Graphique 20B : évolution de % suivi à 12 mois des INSU**

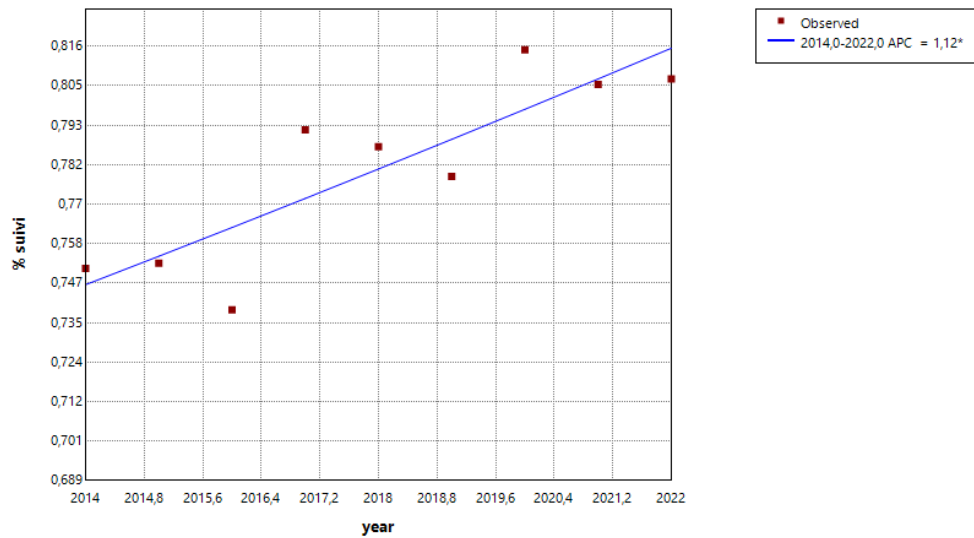
Suivi dans les 12 mois: INSU (NA): 1 Joinpoint



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

**Graphique 20C : évolution de % suivi total (INSU exclus) à 12 mois**

Total (INSU exclus): 0 Joinpoints



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

## 6.2 Résultats des diagnostics histologiques

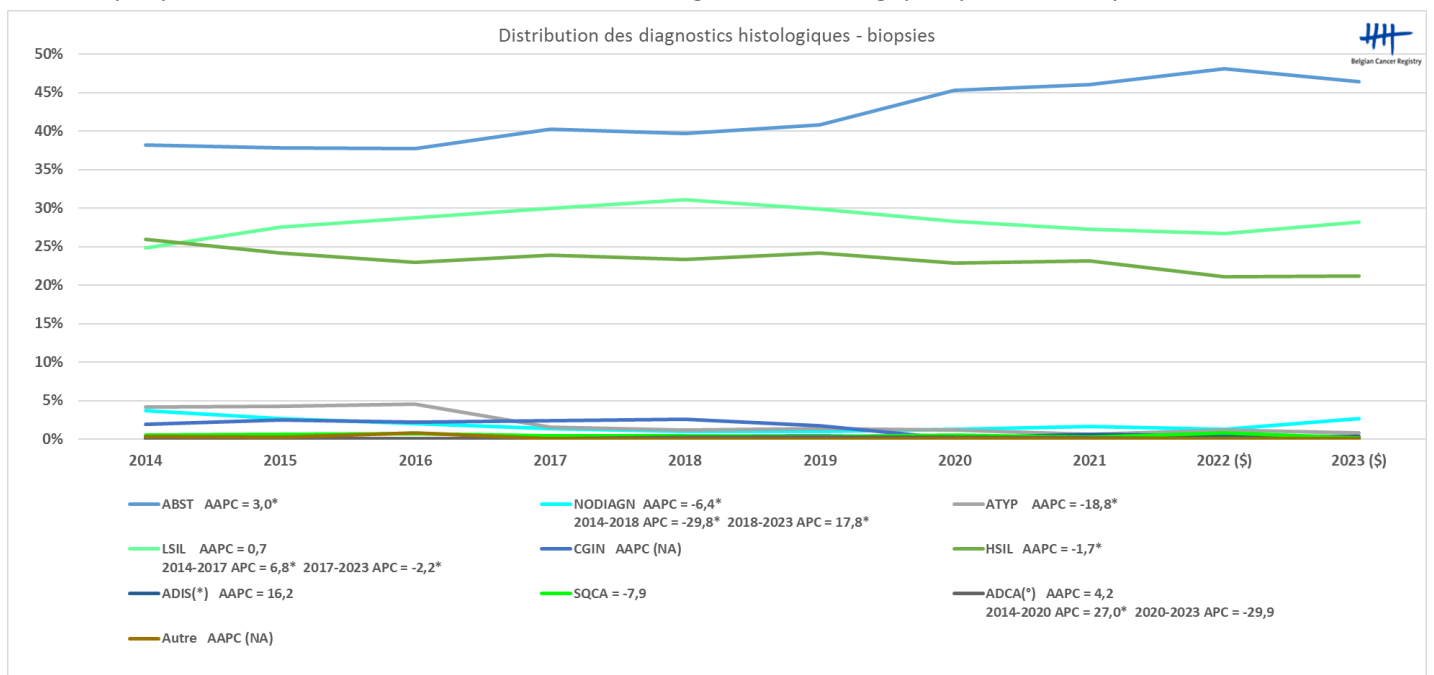
**Tableau 3 : Signification des catégories de diagnostics histologiques pour les échantillons cervicaux [5]**

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 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.

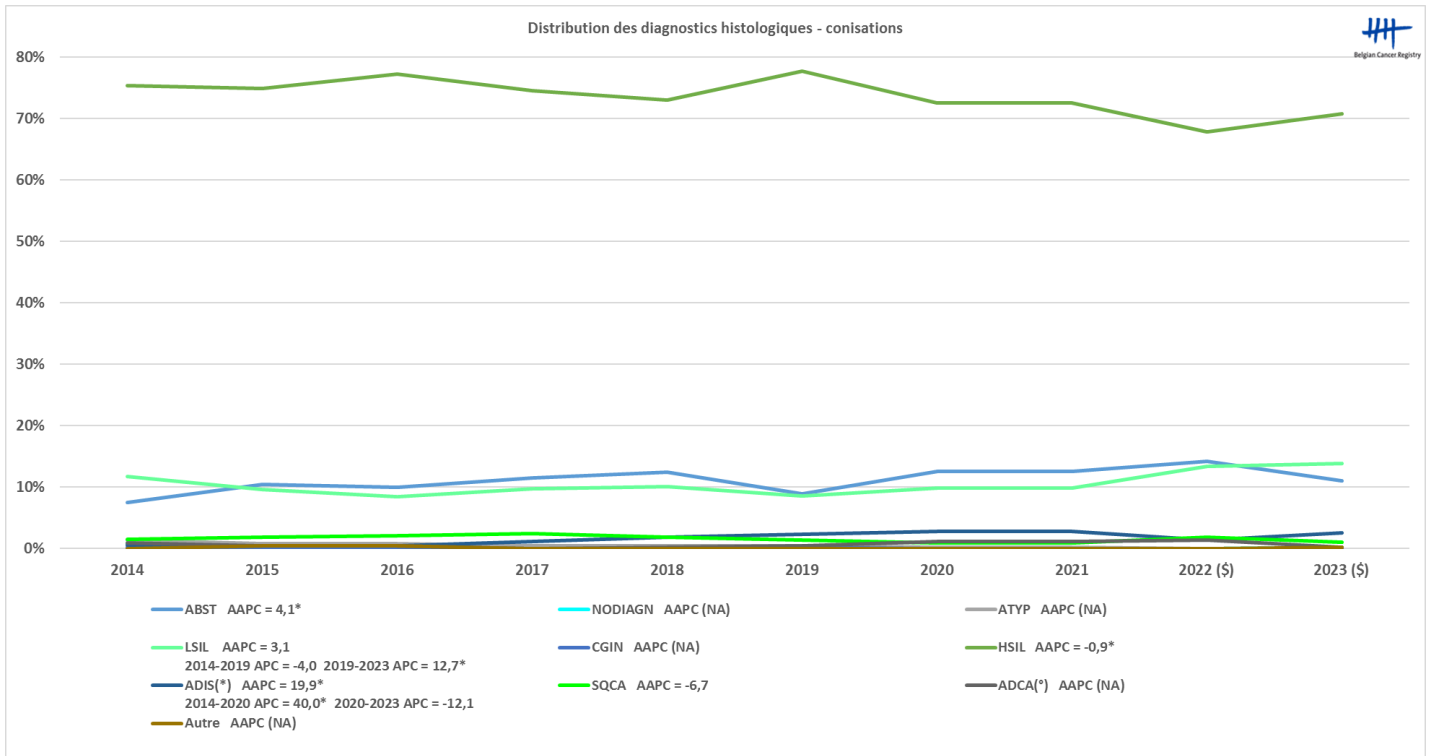
(\*) Pas nécessairement une tumeur du col de l'utérus primaire : provient éventuellement de l'utérus, d'autres organes du pelvis ou annexes.

**Graphique 21 A : évolution de la distribution des diagnostics histologiques parmi les biopsies**



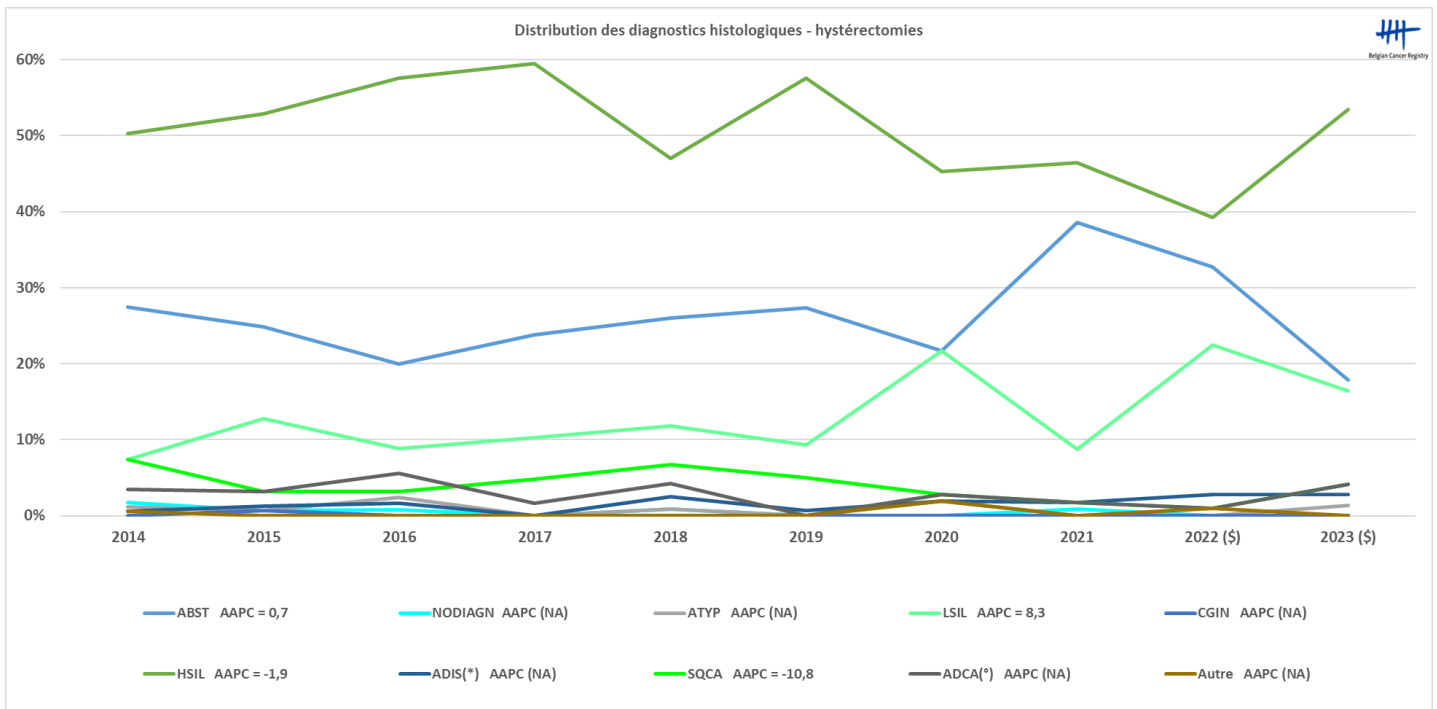
(NA) : étant donné qu'il n'y a pas eu de cas pour au-moins une année, l'analyse de tendances n'est pas possible pour cet indicateur

Graphique 21 B : évolution de la distribution des diagnostics histologiques parmi les conisations



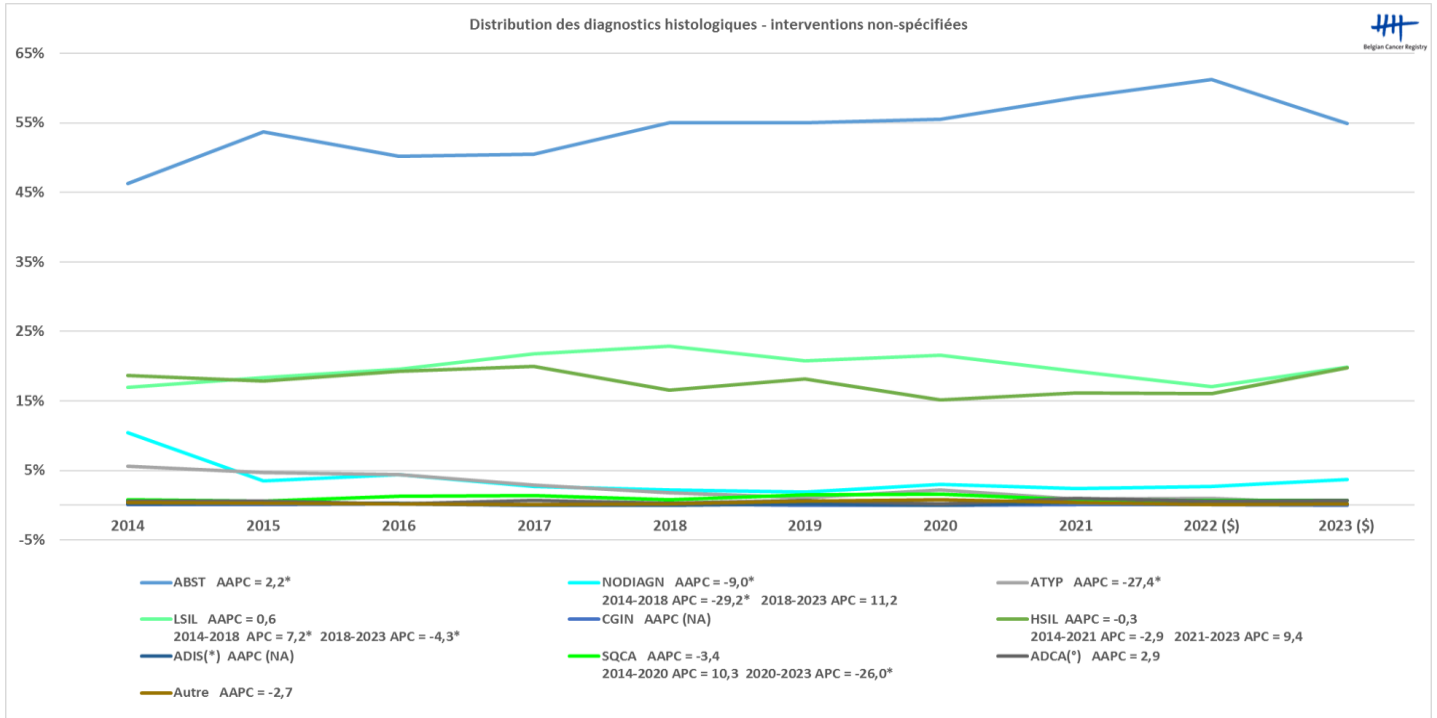
(NA) : étant donné qu'il n'y a pas eu de cas pour au-moins une année, l'analyse de tendances n'est pas possible pour cet indicateur

Graphique 21 C : évolution de la distribution des diagnostics histologiques parmi les hystérectomies



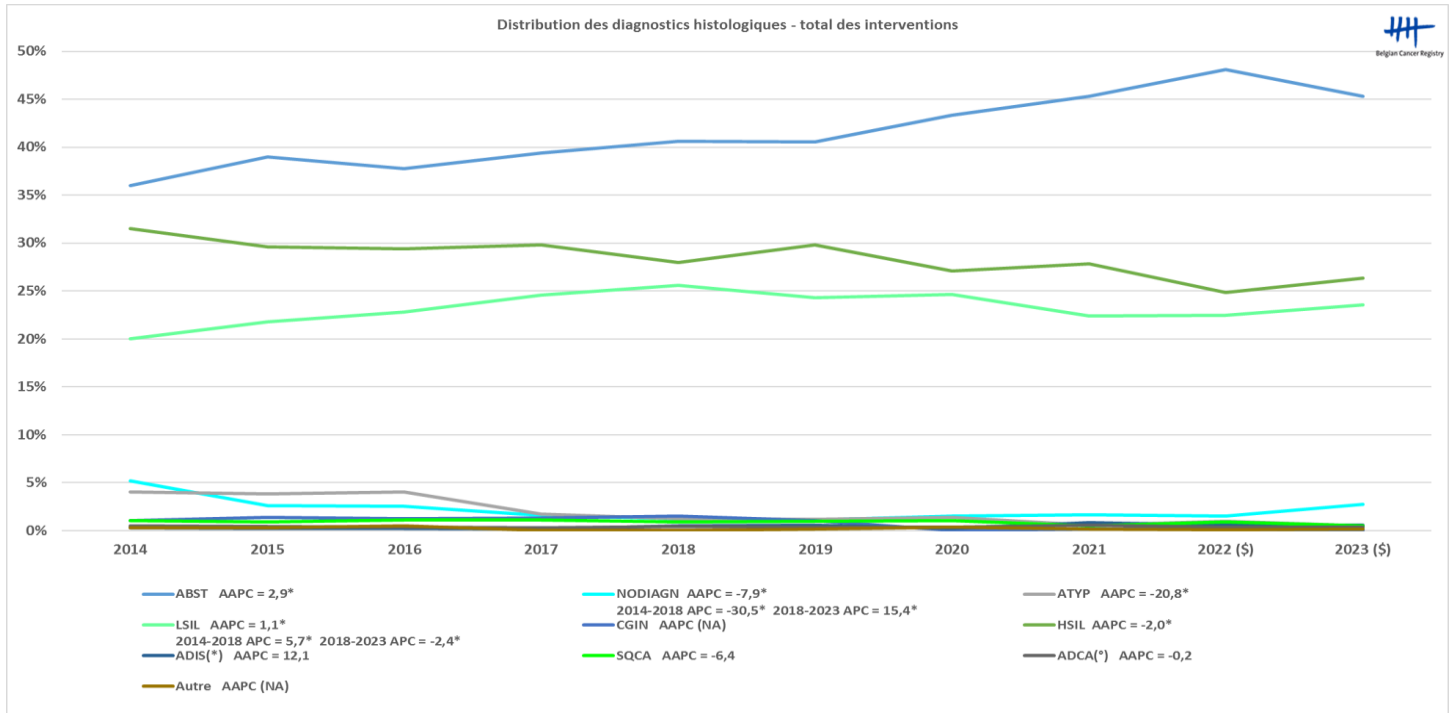
(NA) : étant donné qu'il n'y a pas eu de cas pour au-moins une année, l'analyse de tendances n'est pas possible pour cet indicateur

Graphique 21 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 21 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 des variations significatives pour les lésions suivantes parmi les biopsies :

- Les diagnostics ABST (c'est-à-dire l'absence de lésion) augmentent de manière significative (AAPC = 3,0\*).
- Les lésions pour lesquelles aucun diagnostic n'a pu être posé (NODIAGN) diminuent de manière significative (AAPC = -6,4\*). Cette diminution est marquée entre 2014 et 2018 (APC = -29,8\*) avant que les NODIAGN augmentent de façon significative entre 2018 et 2023 (APC = 17,8\*).
- Les atypies (ATYP) diminuent de manière significative (AAPC = -18,8\*), probablement au profit de diagnostics plus précis.
- Les lésions intra-épithéliales de haut grade (HSIL) diminuent de manière significative (AAPC = -1,7\*).

En ce qui concerne les conisations, les lésions suivantes présentent des variations significatives :

- Les diagnostics ABST augmentent de manière significative (AAPC = 4,1\*), ce qui est donc le signe d'un comportement invasif en l'absence de lésion.
- Les lésions intra-épithéliales de haut grade (HSIL) diminuent de manière significative (AAPC = -1,0\*).
- Les adénocarcinomes in situ (ADIS) augmentent de manière significative (AAPC = 19,9\*); cette augmentation n'est pas homogène au cours de la période : elle est très marquée entre 2014 et 2020 (APC = 40,0\*) avant de diminuer entre 2020 et 2023 (APC = -12,1).

Parmi les hystérectomies, nous n'observons pas de variation significative.

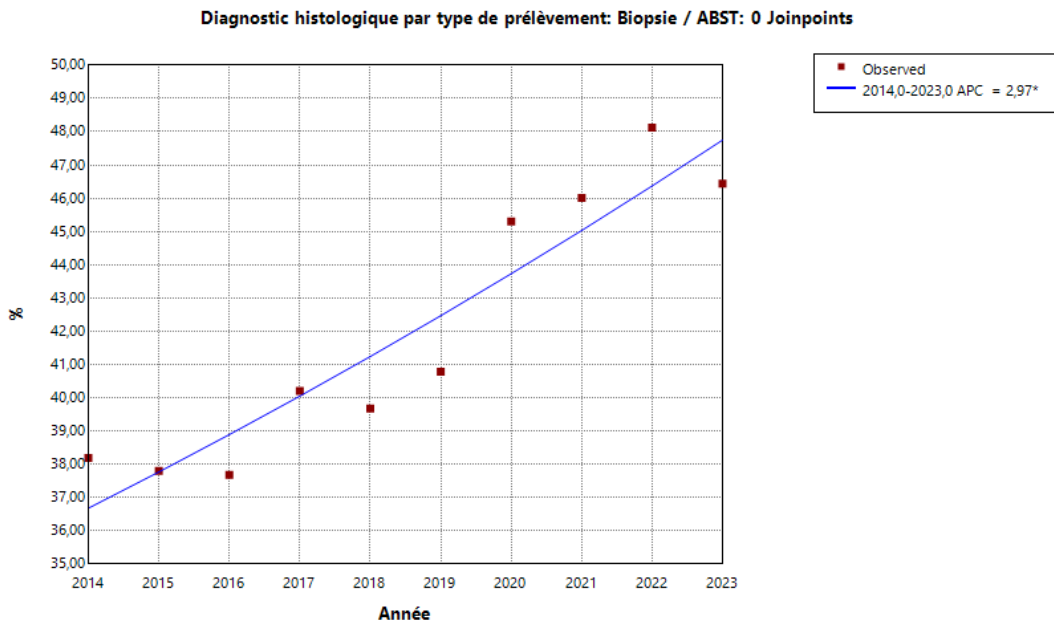
Parmi les interventions non-spécifiées, les diagnostics suivants ont varié de manière significative au cours de la période étudiée :

- Absence de lésion (ABST) a augmenté de manière significative (AAPC = 2,2\*).
- L'absence de diagnostic (NODIAGN) a diminué de manière significative (AAPC = -9,0\*). Cette diminution est surtout intervenue entre 2014 et 2018 (APC = -29,2\*) avant que les NODIAGN n'augmentent à nouveau à partir de 2018 (APC = 11,2).
- Les atypies (ATYP) ont diminué de manière significative (AAPC = -27,4\*), probablement au profit de diagnostics plus précis.

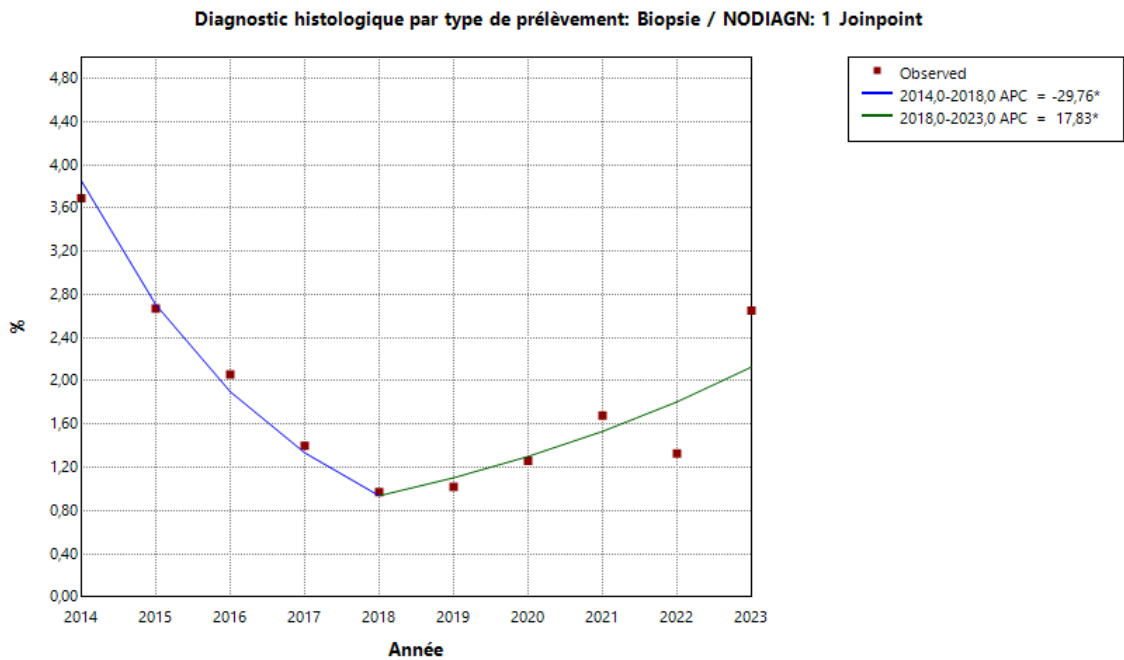
Au total des interventions, nous constatons donc les variations significatives suivantes :

- Les absences de lésion, ABST, augmentent de manière significative (AAPC = 2,9\*).
- Les absences de diagnostic (NODIAGN) diminuent de manière significative (AAPC = -7,9\*), particulièrement entre 2014 et 2018 (APC = -30,5\*) avant d'augmenter entre 2018 et 2023 (APC = 15,4\*).
- Les atypies (ATYP) diminuent de façon significative (AAPC = -20,8\*).
- Les lésions intra-épithéliales de bas grade (LSIL) augmentent de manière significative (AAPC = 1,1\*), cette augmentation est survenue entre 2014 et 2018 (APC = 5,7\*) avant de diminuer entre 2018 et 2023 (APC = -2,4\*).
- Les lésions intra-épithéliales de haut grade (HSIL) diminuent de façon significative (AAPC = -2,0\*).

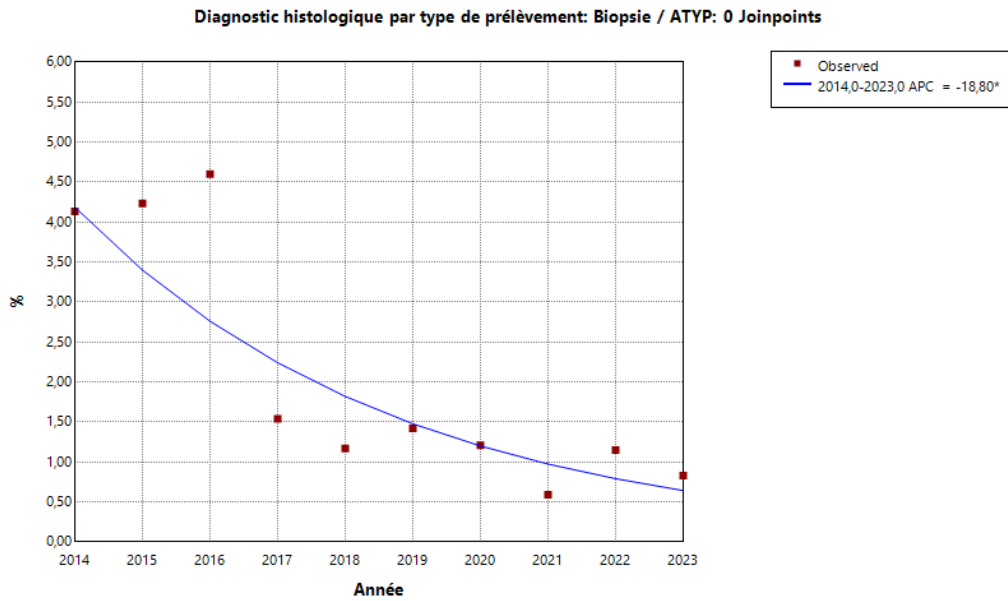
Graphique 22A : évolution % diagnostics ABST parmi les biopsies



Graphique 22B : évolution % diagnostics NODIAGN parmi les biopsies

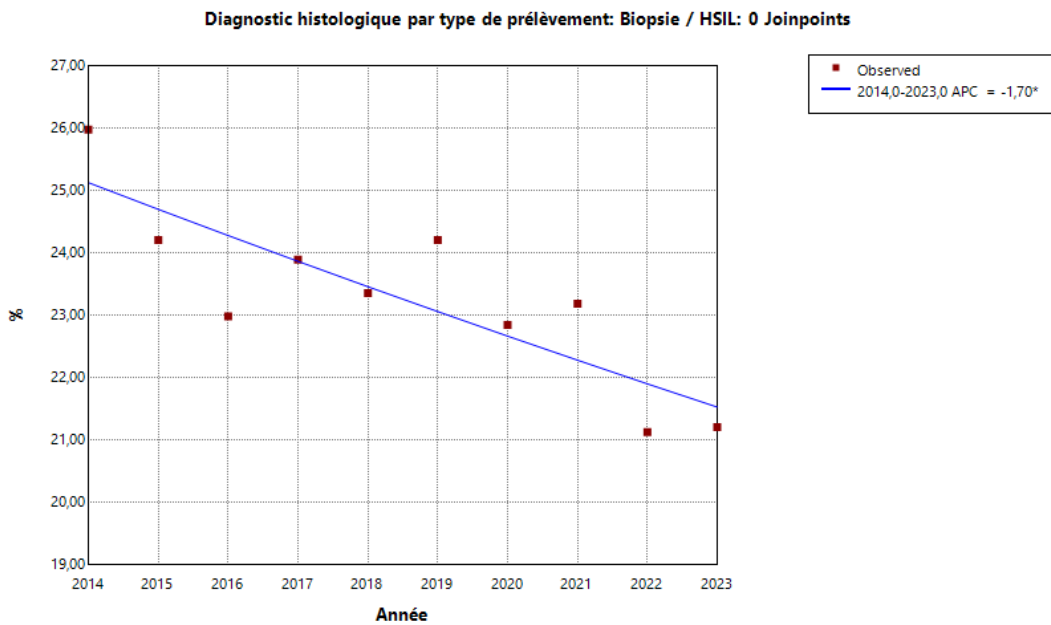


Graphique 22C : évolution % diagnostics ATYP parmi les biopsies



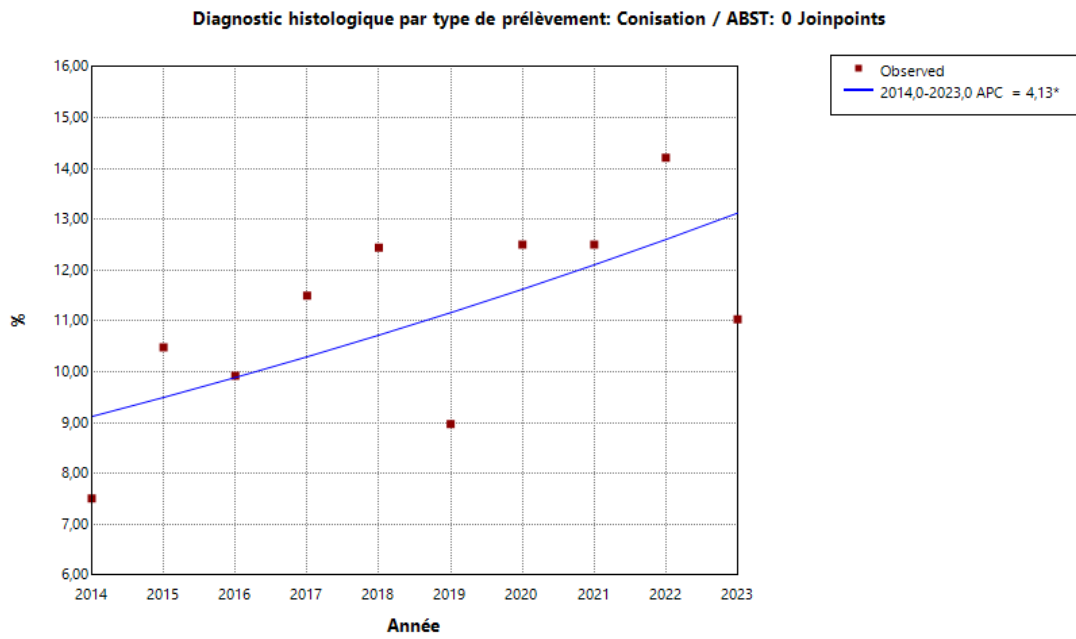
\* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.  
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

Graphique 22D : évolution % diagnostics HSIL parmi les biopsies

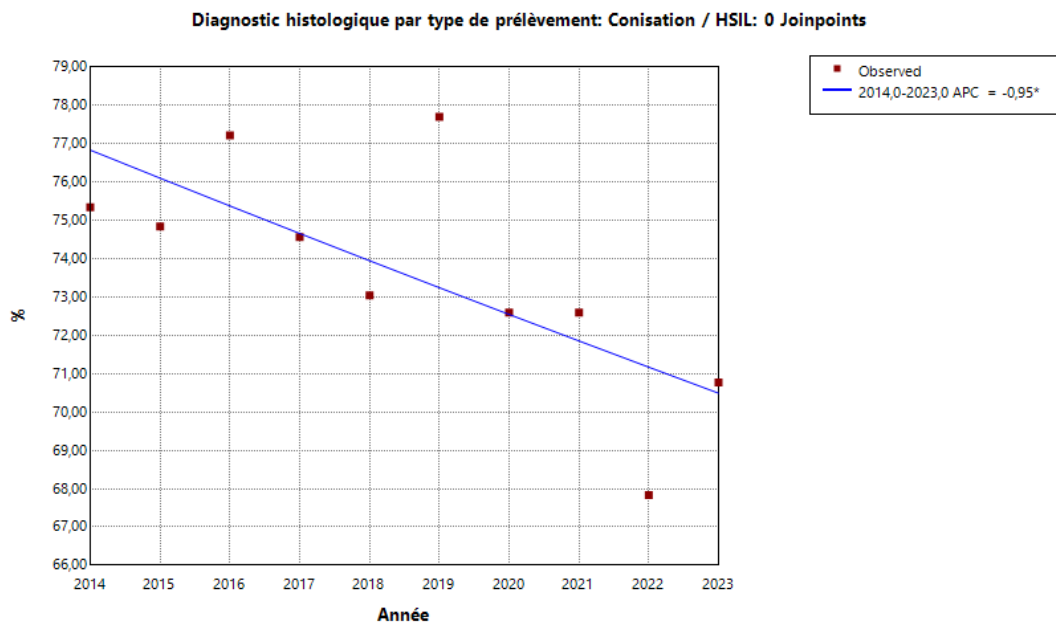


\* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.  
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

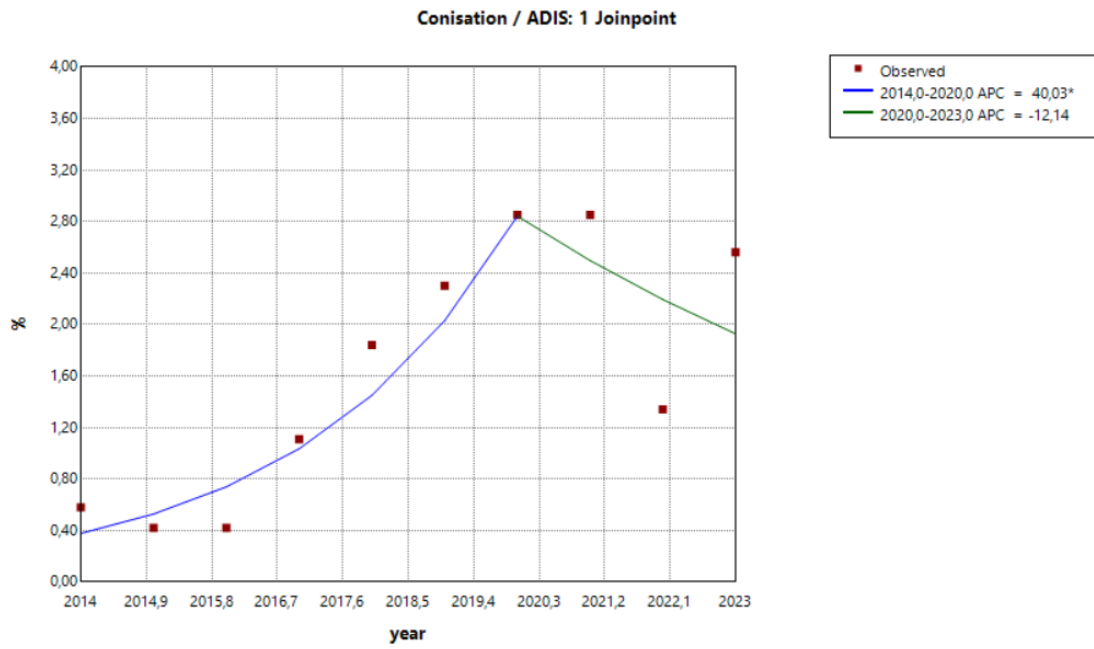
Graphique 22E : évolution % diagnostics ABST parmi les conisations



Graphique 22F : évolution % diagnostics HSIL parmi les conisations

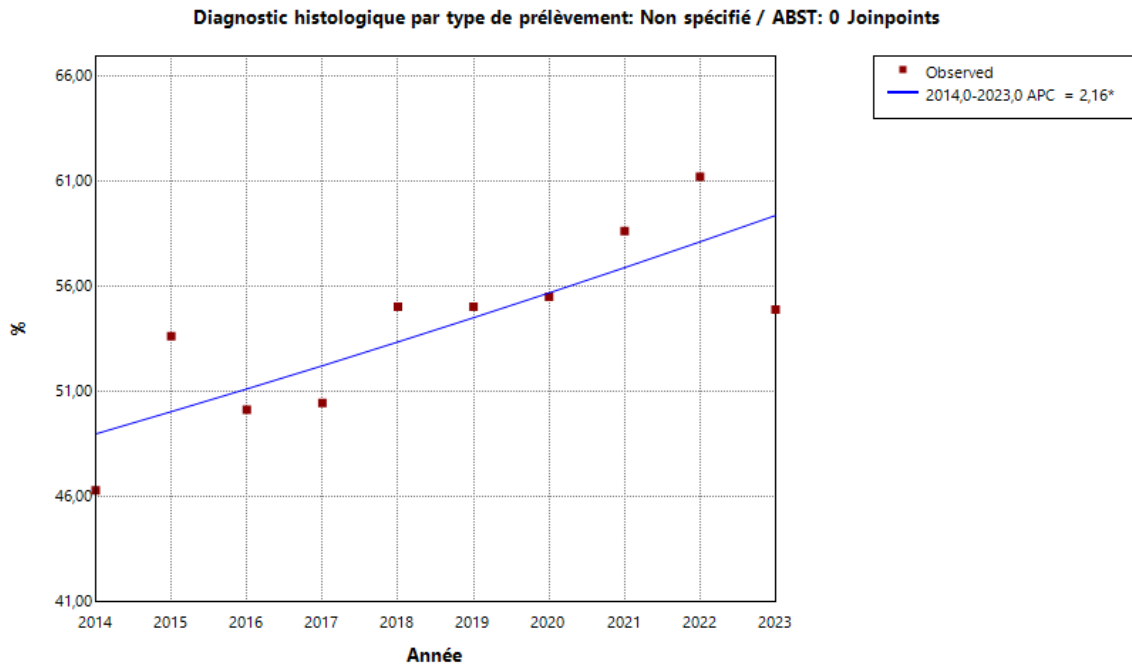


**Graphique 22G : évolution % diagnostics ADIS parmi les conisations**



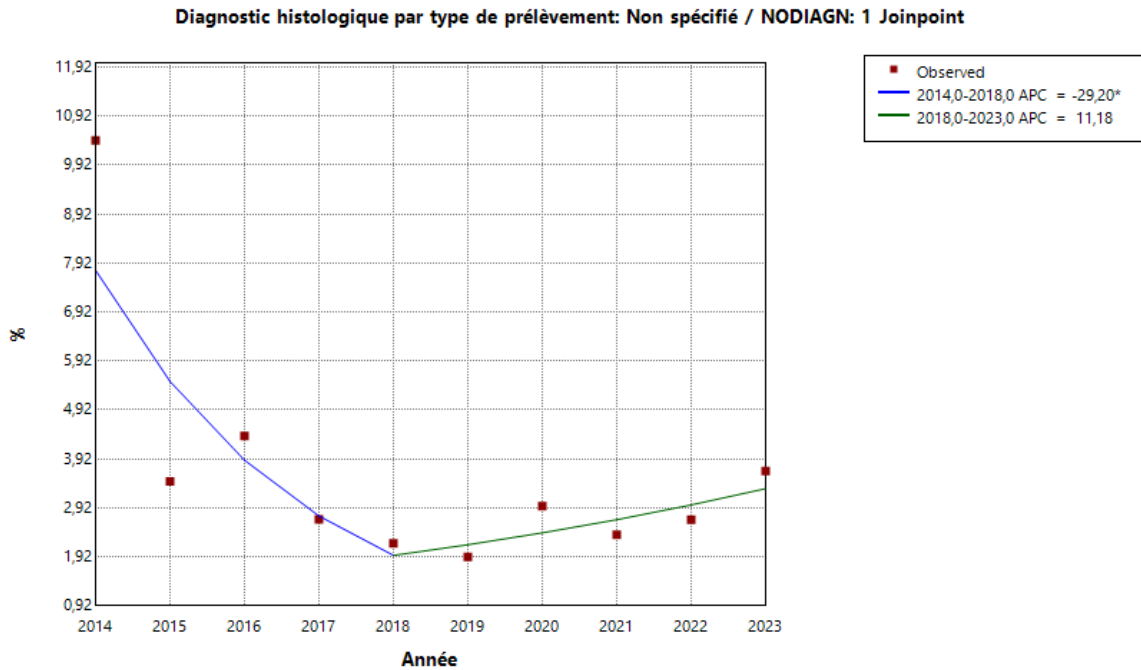
\* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.  
Final Selected Model: 1 Joinpoint.

**Graphique 22H : évolution % diagnostics ABST parmi les interventions non-spécifiées**



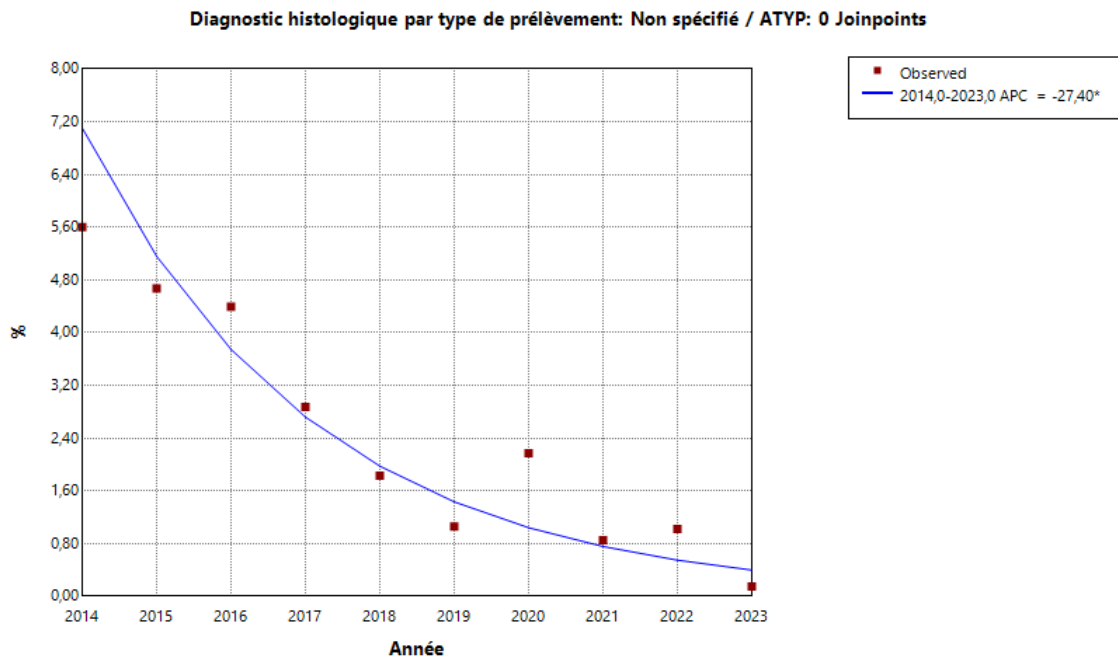
\* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.  
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

Graphique 22I : évolution % diagnostics NODIAGN parmi les interventions non-spécifiées



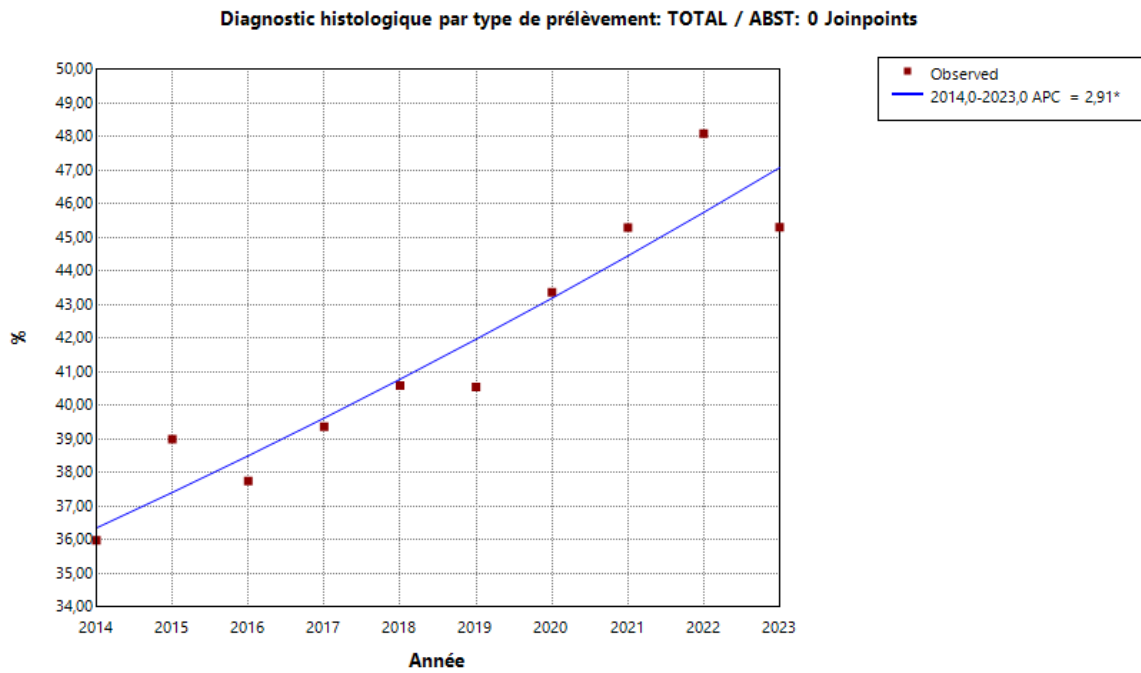
\* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.  
Final Selected Model: 1 Joinpoint.

Graphique 22J : évolution % diagnostics ATYP parmi les interventions non-spécifiées

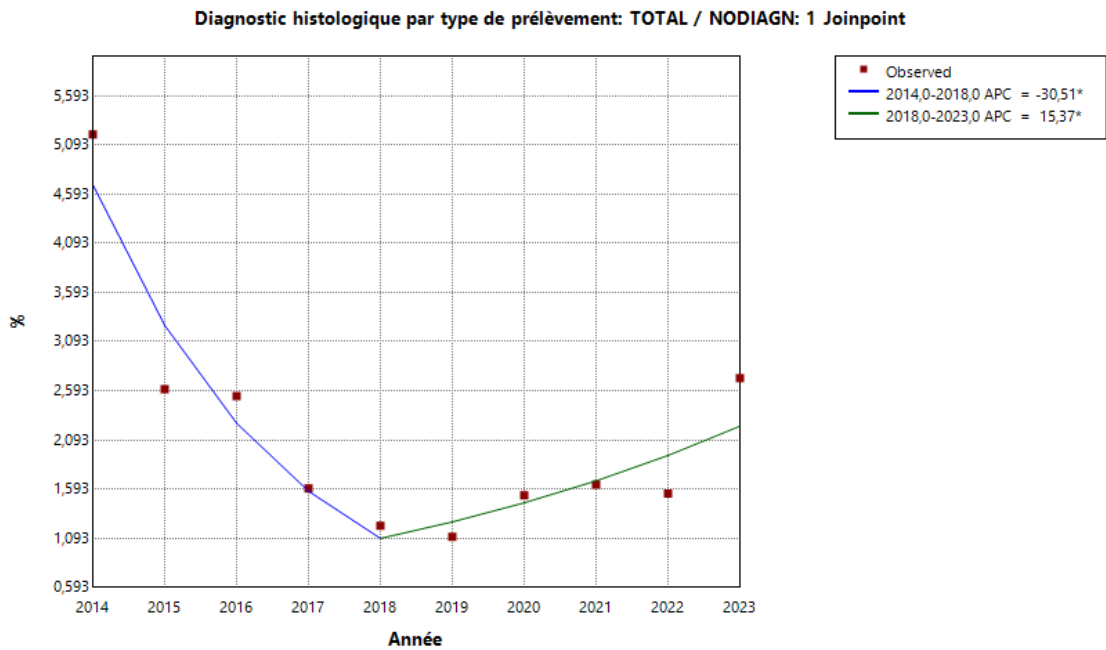


\* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.  
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

Graphique 22K : évolution % diagnostics ABST parmi le total des interventions

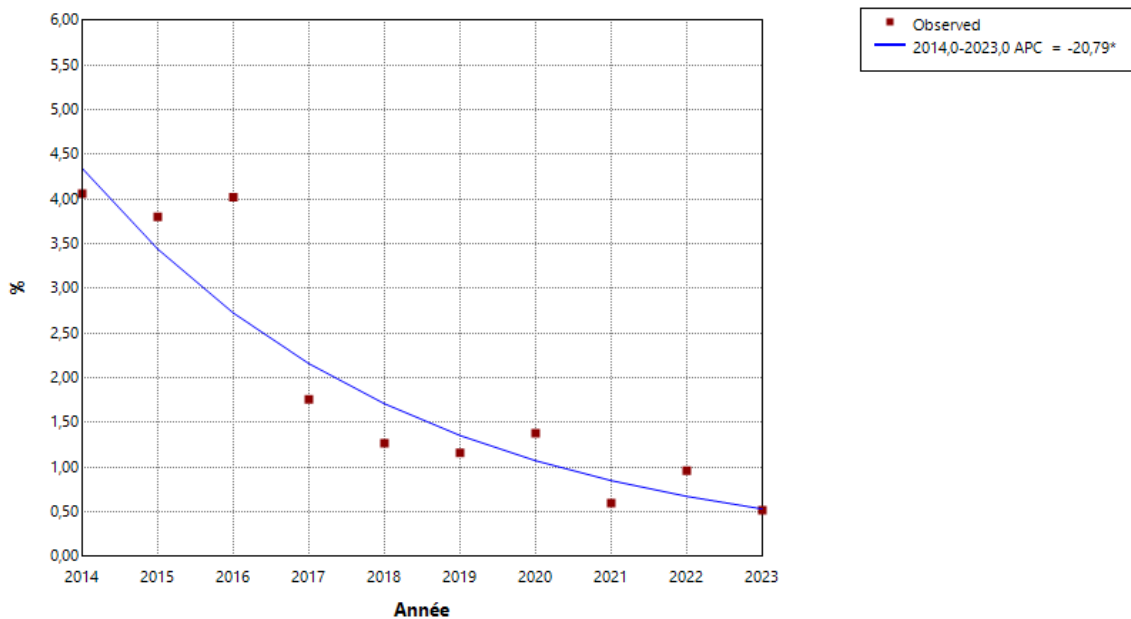


Graphique 22L : évolution % diagnostics NODIAGN parmi le total des interventions



Graphique 22M : évolution % diagnostics ATYP parmi le total des interventions

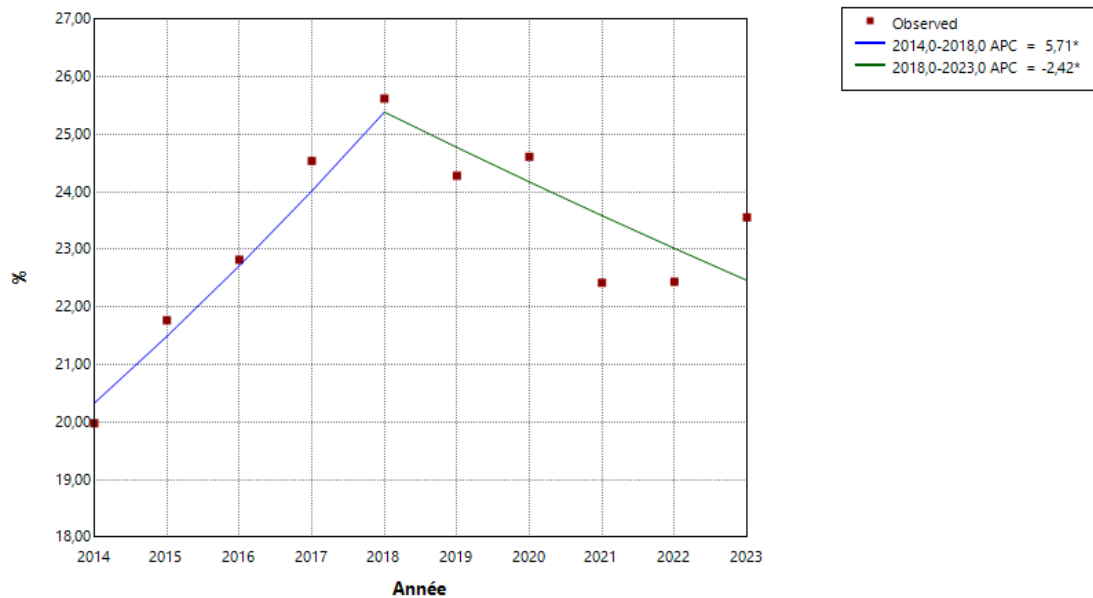
Diagnostic histologique par type de prélèvement: TOTAL / ATYP: 0 Joinpoints



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

Graphique 22N : évolution % diagnostics LSIL parmi le total des interventions

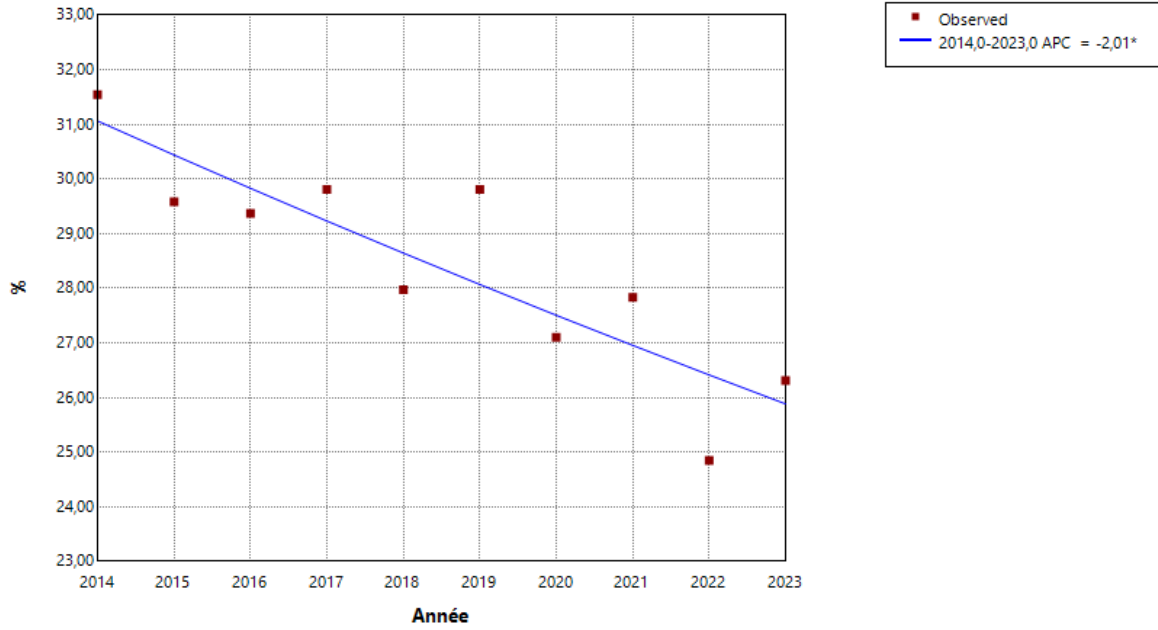
Diagnostic histologique par type de prélèvement: TOTAL / LSIL: 1 Joinpoint



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

Graphique 220 : évolution % diagnostics HSIL parmi le total des interventions

Diagnostic histologique par type de prélèvement: TOTAL / HSIL: 0 Joinpoints



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

## 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 au cours de la période 2014-2023 (47,5% à 56,5%). Pour la tranche d'âge 25-29 ans où la couverture reste faible par rapport aux autres tranches d'âge, il y a une augmentation plus importante (38,8% à 47,2%). Pour les femmes âgées de 55 à 64 ans où la couverture est également plus faible, l'augmentation est moins importante. Au cours des 5 dernières années, la couverture des femmes entre 30 et 34 ans est située entre 51% et 60% et c'est la tranche d'âge où la couverture a le plus augmenté. Pour les femmes entre 40 et 44 ans, la couverture est comprise entre 60% et 62,5% et semble également en augmentation. Ces catégories d'âge représentent le groupe cible pour un test de haute performance selon l'OMS. L'objectif à atteindre étant de 70%, une progression est encore nécessaire.

Le **surdépistage** est en **diminution** significative au cours de la période étudiée (entre 41% et 30%).

Les frottis sont principalement réalisés par un gynécologue (près de 90%). La proportion de frottis prélevés par les différents **médecins** est stable et ne montre pas d'évolution significative.

En ce qui concerne les **résultats du dépistage**, notons la **diminution** significative des '**NODIAGN**' (0,1% 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 **diminution** significative des **lésions HSIL** (0,5% à 0,2%) et l'augmentation significative des **lésions ASCU**.

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** (23% à 6%) mais une augmentation significative de la réalisation d'un test HPV si celui-ci n'est pas recommandé (4,5% à 7,5%).

Les **cancers dépistés** sont en **augmentation** mais de manière non significative (37% à 40%) tandis que les **cancers chez les femmes non dépistées diminuent** significativement (43,5% à 38%) , probable effet, entre autres, de l'augmentation de la couverture par le dépistage. Les **cancers d'intervalle** quant à eux ne montrent **pas de variation significative** (entre 14,5% et 29%).

Il n'y a pas d'évolution significative des différents **stades** au moment du diagnostic au cours de la période étudiée.

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 80% 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. Nous notons

particulièrement une augmentation du suivi (répétition de l'examen) en cas de qualité insuffisante de l'échantillon, ne permettant pas l'analyse (28% à 56,5% en 2022).

Enfin, pour les **diagnostics histologiques**, nous constatons une augmentation significative des diagnostics 'ABST' tant pour les biopsies (38% à 48%) que pour les conisations (7,5% à 14%). Ces résultats constituent donc un point d'attention.

## 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