

Evaluation du dépistage du cancer du col de l'utérus en Wallonie - années de dépistage 2021-2024

INDICATEURS D'ÉVALUATION

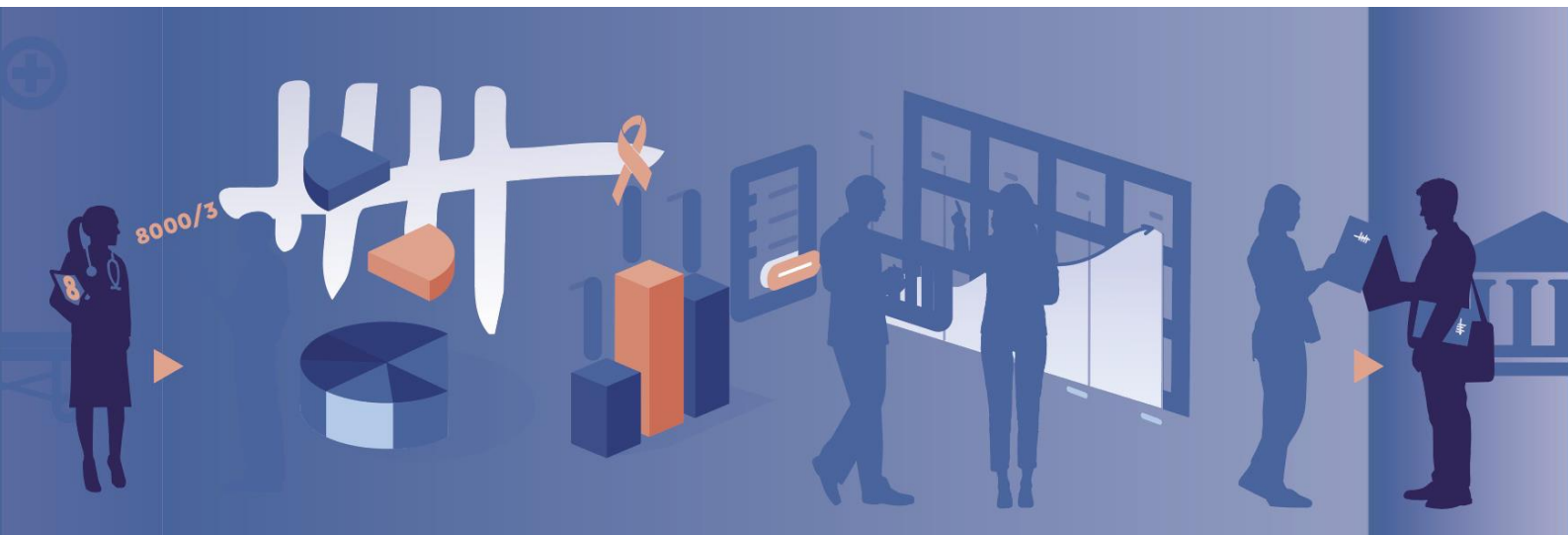


TABLE DES MATIÈRES

1.	Introduction.....	3
2.	Incidence et mortalité du cancer du col de l’utérus.....	4
3.	Population cible au dépistage, taux de couverture et surdépistage.....	8
3.1	Population cible au dépistage et éligibilité	8
3.2	Taux de couverture (NOUVEAUTE).....	9
3.3	Surdépistage.....	12
4.	Qualification du médecin qui effectue le prélèvement cervical.....	13
5.	Indicateurs d’évaluation concernant les résultats du dépistage et les diagnostics	14
5.1	Résultats des frottis de dépistage et les diagnostics cytologiques	14
5.2	Triage par un test HPV.....	15
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.....	16
5.4	Valeur prédictive positive, sensibilité et spécificité du test de dépistage (NOUVEAU)	19
	Tableau 9 : Valeur prédictive positive, sensibilité et spécificité du test de dépistage.....	19
6.	Indicateurs d’évaluation concernant le suivi et le traitement	20
6.1	Suivi médical dans les 12 mois après un dépistage anormal ou de qualité insuffisante	20
6.2	Evolution du suivi sur 36 mois (suivis cumulés) (NOUVEAU)	22
6.3	Résultats des diagnostics histologiques	22
7.	Conclusion et mise en perspective des résultats au regard des recommandations internationales (OMS-EU).....	24
8.	Références bibliographiques	26

1. Introduction

Le Conseil de l'Union Européenne a recommandé aux Etats Membres de mettre en place un programme organisé de dépistage du cancer du col de l'utérus. Il a été démontré qu'un dépistage de masse organisé est efficace pour diminuer l'impact de cette maladie notamment en réduisant la mortalité des suites de ce cancer ainsi que l'incidence des cancers invasifs [1]. L'organisation et l'évaluation du programme sont définis dans les European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening [1].

Il apparaît qu'environ 90 % des cancers cervicaux pourraient être évités grâce à un dépistage régulier et à la vaccination contre le HPV (human papillomavirus) [2]. Le cancer du col de l'utérus est un cancer qui se développe progressivement, à partir de lésions précancéreuses. Le dépistage permet donc de déceler et de traiter précocement les lésions.

Dépistage du cancer du col en Wallonie

En Wallonie, le dépistage du cancer du col de l'utérus était un dépistage opportuniste jusqu'en novembre 2025, c'est-à-dire réalisé à l'initiative du médecin ou de la femme elle-même. Fin 2025, un programme de dépistage organisé a été mis en place en Wallonie. De nouvelles recommandations sont également entrées en vigueur : pour les femmes âgées entre 30 et 64 ans la cytologie tous les 3 ans est remplacée par un test HPV tous les 5 ans pour le dépistage primaire [3], pour les femmes âgées entre 25 et 29 ans la cytologie tous les 3 ans reste le dépistage recommandé [4]. Le Centre de Coordination et de Référence pour le dépistage des cancers (CCRef) est responsable de l'organisation de ce nouveau programme. Il invite par une lettre personnelle toutes les femmes de 25 à 64 ans ayant un numéro de Registre national belge, habitant en Wallonie et ne rencontrant pas de critère d'exclusion pour raison médicale ou n'ayant pas été récemment dépistées.

Le CCRef assurera également un suivi grâce aux données reçues de la part de la Fondation Registre du Cancer (Belgian Cancer Registry – BCR), afin de mettre en place un mécanisme fail-safe. Afin d'organiser le dépistage de manière efficiente, le CCRef et le BCR collaborent et échangent des données. Le BCR est également chargé de l'évaluation du dépistage par le biais de calcul d'indicateurs d'évaluation. Pour réaliser ces missions, toutes les bases de données disponibles au BCR sont utilisées : la base de données de l'enregistrement du cancer (CIB), le registre central cyto-histopathologique (CHP) et les données de remboursement de l'Agence InterMutualiste (AIM), couplées entre elles et aux données du CCRef.

La méthodologie utilisée pour ce rapport est décrite dans un document séparé.

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

En Wallonie, en 2023, 212 nouveaux cas de cancer invasif et 1867 cas de cancer in situ du col de l'utérus ont été enregistrés [5]. En 2022, 32 femmes en sont décédées [6]. Le cancer invasif du col de l'utérus est le 13ème cancer le plus fréquent chez les femmes en Wallonie en 2023 et représente 1,8% des cancers chez les femmes. Environ 63% des cancers invasifs et 94% des cancers in situ du col de l'utérus surviennent entre 25 et 64 ans. L'incidence des cancers invasifs augmente avec l'âge avec un âge médian au moment du diagnostic de 54 ans.

Tableau 1 : Évolution de l'incidence des tumeurs cervicales invasives et in situ et de la mortalité par cancer cervical en Wallonie, pour les années 2004-2023

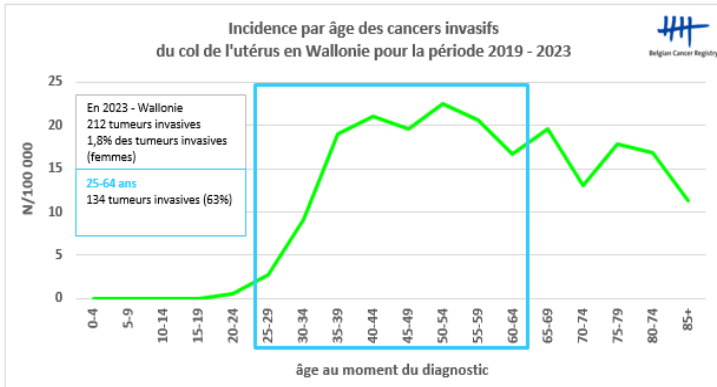
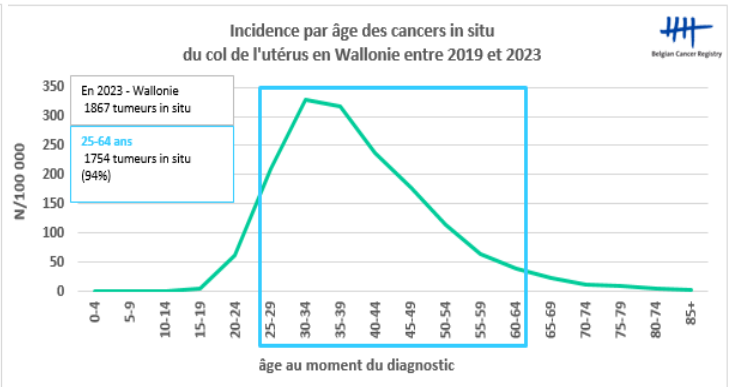
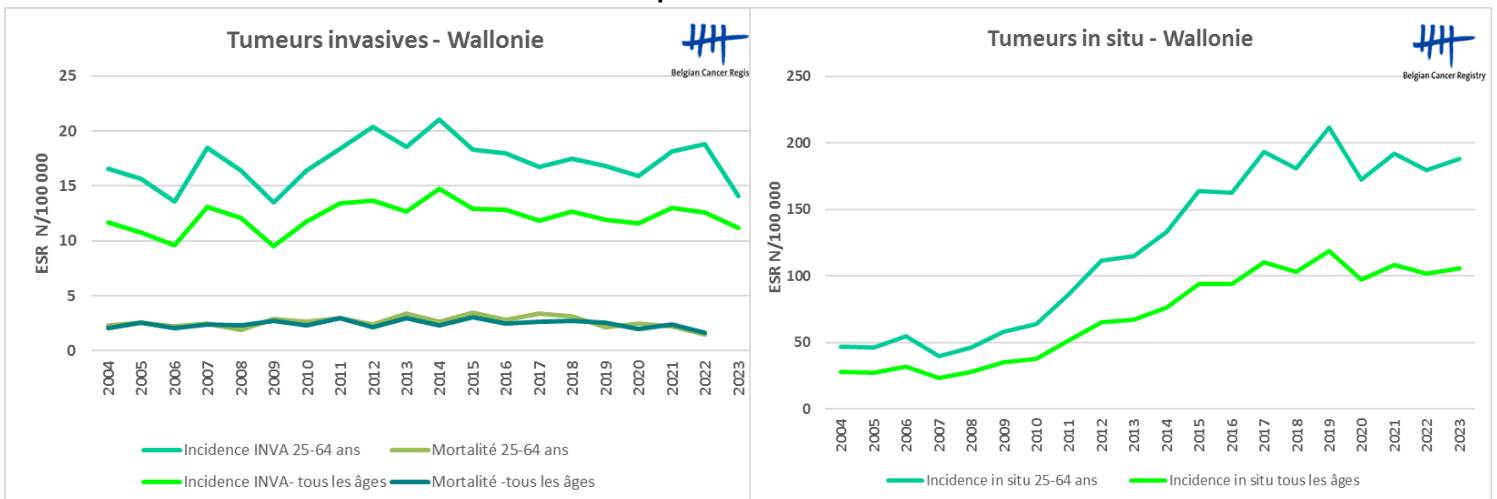
Années	Tumeurs invasives				Tumeurs in situ	
	Incidence		Mortalité (§)		Incidence	
	Tous les âges N (ESR) (*)	25-64 ans N (ESR) (*)	Tous les âges N (ESR) (*)	25-64 ans N (ESR) (*)	Tous les âges N (ESR) (*)	25-64 ans N (ESR) (*)
2004	200 (11,7)	147 (16,5)	38 (2,1)	21,0 (2,3)	485 (27,8)	433 (46,7)
2005	183 (10,7)	140 (15,7)	43 (2,6)	22,0 (2,5)	470 (27,1)	423 (45,9)
2006	167 (9,6)	124 (13,6)	37 (2,1)	20,0 (2,2)	551 (31,7)	503 (54,5)
2007	226 (13,0)	169 (18,4)	41 (2,4)	23,0 (2,5)	404 (23,2)	363 (39,5)
2008	210 (12,1)	152 (16,4)	41 (2,3)	18,0 (1,9)	485 (27,9)	425 (46,2)
2009	168 (9,5)	126 (13,5)	48 (2,7)	27,0 (2,9)	606 (34,9)	534 (58,0)
2010	209 (11,8)	154 (16,4)	41 (2,4)	25,0 (2,6)	656 (37,6)	591 (64,0)
2011	239 (13,4)	174 (18,4)	53 (2,9)	29,0 (3,0)	899 (51,4)	791 (85,7)
2012	246 (13,7)	193 (20,4)	39 (2,1)	23,0 (2,4)	1138 (64,9)	1 029 (111,6)
2013	227 (12,7)	176 (18,5)	54 (2,9)	33,0 (3,4)	1175 (66,9)	1 061 (114,8)
2014	266 (14,7)	200 (21,1)	44 (2,3)	25,0 (2,6)	1336 (76,1)	1 230 (132,9)
2015	231 (13,0)	172 (18,3)	56 (3,1)	34,0 (3,5)	1655 (94,2)	1 519 (164,0)
2016	229 (12,8)	171 (18,0)	46 (2,5)	27,0 (2,8)	1644 (93,6)	1 508 (162,8)
2017	216 (11,9)	159 (16,8)	49 (2,7)	33,0 (3,4)	1929 (110,0)	1 788 (193,0)
2018	233 (12,7)	166 (17,5)	52 (2,7)	31,0 (3,2)	1812 (103,0)	1 683 (180,9)
2019	218 (11,9)	160 (16,8)	50 (2,6)	20,0 (2,1)	2087 (118,7)	1 962 (211,3)
2020	212 (11,6)	150 (15,9)	39 (2,0)	25,0 (2,5)	1708 (97,4)	1 597 (172,3)
2021	238 (13,0)	171 (18,1)	46 (2,4)	22,0 (2,2)	1892 (108,1)	1 773 (191,9)
2022	232 (12,6)	179 (18,8)	32 (1,7)	15,0 (1,5)	1788 (101,7)	1 663 (179,4)
2023	212 (11,2)	134 (14,0)	* *	* *	1867 (105,4)	1 754 (187,7)

(*) N : Nombre

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

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

* données pas encore disponibles au moment des analyses de ce rapport

Figures 1 : Incidence par âge des cancers du col de l'utérus en Wallonie pour la période 2019-2023
A) Invasifs

B) In situ

Figures 2 : Évolution de l'incidence des tumeurs cervicales invasives, in situ et de la mortalité par cancer invasif du col de l'utérus en Wallonie pour les années 2004-2023


Au cours des années 2004 jusqu'à 2023, le nombre de nouveaux diagnostics de tumeurs invasives par an fluctue entre 167 (en 2006) et 266 (en 2014) pour les femmes tous âges confondus et entre 124 (en 2006) et 200 (en 2014) pour la tranche d'âge 25-64 ans. Ces petits nombres peuvent entraîner de manière aléatoire de la variabilité dans l'évolution de l'incidence au cours du temps. Il n'y a pas de tendance significative observée pour la période de 2004 à 2023 (Average Annual Percentage Change (AAPC)) AAPC = 0,5 (-1,0 ; 2,0) pour tous les âges confondus. Toutefois, entre 2004 et 2014, une augmentation significative était constatée APC = 2,3*¹ avant de montrer une diminution non-significative entre 2014 et 2023 APC = -1,5. Pour la tranche d'âge 25-64 ans AAPC = 0,3 (-1,2 ; 1,9) ; une tendance identique est visible entre 2004-2014 APC = 2,5* et entre 2014 et 2023 APC = -2,1.

En mai 2018, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a lancé un appel à l'action pour éliminer le cancer du col de l'utérus, tous les pays doivent atteindre et maintenir un taux d'incidence inférieur à 4 nouveaux cas pour

¹ Indique que l'(A)APC est statistiquement significatif

100 000 personnes-années [7]. Afin de pouvoir situer la Wallonie par rapport à cette norme, l'incidence standardisée pour la population mondiale (WSR) des tumeurs invasives du col de l'utérus en Wallonie en 2023 a été calculée, elle est de 7,2 pour 100.000 personnes-année. Cette norme de l'OMS n'est pas encore atteinte en Wallonie.

La mortalité par cancer invasif du col de l'utérus pour les femmes tous âges confondus (en moyenne 44,7 décès/an) connaît une diminution significative depuis 2018 (APC 2018-2022 = -10,3* après avoir été en augmentation significative entre 2004 et 2018 (APC = 1,5*). Pour les femmes de 25 à 64 ans, le même constat est réalisé avec des tendances encore plus marquées : APC 2004-2017 = 3,1 * et APC 2017-2022 = -12,0*).

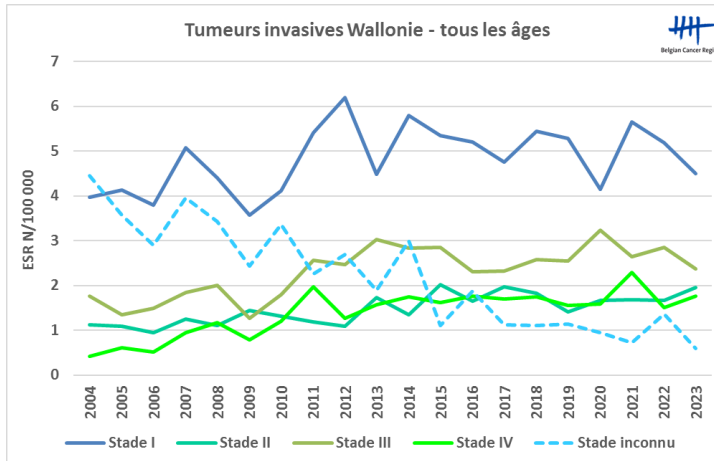
Concernant les tumeurs in situ, une importante augmentation significative de l'incidence parmi les femmes de tous les âges confondus est observée entre 2004 et 2023 AAPC = 7,1*(5,9 ;8,2). Cette évolution n'est pas linéaire : entre 2004 et 2007 nous observons une légère diminution (APC = -5,4) avant une très forte augmentation entre 2007 et 2015 (APC = 18,7*) et une augmentation plus légère entre 2015 et 2023 (APC = 1,3). Parmi les femmes de 25-64 ans, la même tendance est observée pour 2004-2023 : AAPC = 7,6*(6,4 ;8,8) (2004-2008 APC = -0,6 ; 2008-2015 APC = 20,7* et 2015-2023 APC = 1,3). Nous observons une diminution du nombre de tumeurs in situ en 2020, possible conséquence de la pandémie COVID et de l'impact sur l'accès aux services de santé. La forte augmentation des tumeurs in situ peut s'expliquer, en partie, par une amélioration de la détection précoce, à un surdiagnostic ou à une augmentation réelle de l'incidence. L'augmentation peut également être attribuée, en partie, à un meilleur enregistrement et à des modifications des directives de l'OMS concernant l'enregistrement des lésions intra-épithéliales avec dysplasie modérée et sévère [8-9].

Le risque de développer un cancer du col de l'utérus augmente avec l'âge. Il augmente de manière importante à partir de 30 ans et est le plus élevé entre 40 et 59 ans. Pour les tumeurs in situ, il augmente plus tôt que pour les tumeurs invasives (figures 1), notamment à partir de l'âge de 20 ans et atteint un plafond entre 30-39 ans (jusqu'à 328,9/100 000 personnes).

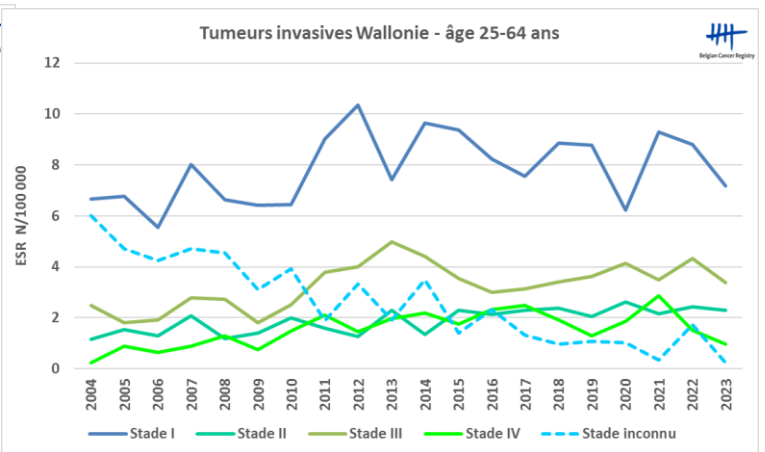
Une incidence de tumeurs invasives qui reste stable combinée à une incidence de tumeurs in situ qui augmente pourrait traduire un effet du dépistage [10-11].

Figures 3 : Évolution de l'incidence des cancers du col de l'utérus (invasifs) en Wallonie, par stade, femmes de tout âge (A) et femmes de 25-64 ans (B), période 2004-2023

A) Tous les âges



B) 25-64 ans



Le nombre de cas par stade étant petit, les variations doivent donc être analysées avec prudence. L'évolution de l'incidence des **stades I** sur toute la période montre une augmentation non significative tant pour les femmes de tous les âges confondus AAPC = 1,2 (-0,2 ;2,6) que pour les femmes de 25-64 ans AAPC = 1,3(-0,3 ;2,9). Les tumeurs de **stade II** augmentent significativement au cours du temps AAPC = 3,1*(1,7 ;4,6) pour tous les âges et AAPC = 3,5*(1,4 ;5,6) chez les femmes de 25 à 64 ans. Les **stades III** augmentent également, avec respectivement AAPC = 3,5*(0,9 ;6,2) pour tous les âges et AAPC = 3,4(-1,0 ;7,9) pour les 25-64 ans. L'augmentation des stades III n'est pas régulière : pour tous les âges 2004-2013 APC = 7,3* et 2013-2023 APC = 0,3. Pour les femmes de 25 à 64 ans : 2004-2013 APC = 8,2* et 2013-2023 APC = -0,7. L'incidence des **stades IV** augmente également AAPC = 7,6*(5,6 ;9,7) pour tous les âges mais avec une augmentation beaucoup plus marquée entre 2004 et 2011 APC = 19,6* qu'entre 2011 et 2023 APC = 1,1. Cette même tendance est observée pour les femmes de 25 à 64 ans AAPC = 6,6*(1,8 ;11,4) avec une augmentation importante entre 2004 et 2013 APC = 20,4* et une diminution non significative entre 2013 et 2023 APC = -4,4. Au fil des ans, le nombre de tumeurs invasives de **stade inconnu** diminue AAPC = -8,9*(-11,2 ;-6,6) pour tous les âges et AAPC = -12,2*(-15,4 ;-9,0) pour les femmes de 25 à 64 ans. Ces tumeurs étant donc reportées dans les différents stades identifiés.

Pour plus de renseignements épidémiologiques, reportez-vous à notre site internet : https://belgian-cancer-registry.shinyapps.io/data_app/

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

3.1 Population cible au dépistage et éligibilité

- **La population cible complète** est composée de toutes les femmes résidant en Wallonie qui sont âgées de 25 à 64 ans lors de l'année de dépistage concernée.
- **La population cible complète ayant réalisé un frottis cervical** est composée des femmes issues de la population cible complète ayant réalisé un frottis cervical. Il s'agit donc des femmes de 25-64 ans résidant en Wallonie ou, pour les femmes dont le lieu de résidence n'est pas connu, dont l'échantillon cervical a été analysé par un laboratoire wallon.
- **La population cible éligible au dépistage et ayant réalisé un frottis cervical** est composée des femmes qui font partie de la population cible ayant réalisé un frottis cervical et qui n'appartiennent pas aux personnes exclues comme décrit ci-dessous. Il s'agit donc des femmes qui devraient effectuer un dépistage du cancer du col de l'utérus au cours de l'année concernée.
 - Les **personnes exclues** sont les femmes qui ne devraient pas participer au dépistage du cancer du col de l'utérus sur base des critères d'exclusion temporaire ou définitive :
 - Exclusion temporaire (3 ans) :
 - Prélèvement d'un échantillon cervical ou cancer in situ au cours des deux années précédant l'année de dépistage considérée.
 - Exclusion définitive:
 - Ablation du col de l'utérus ou hystérectomie.
 - Cancer invasif de l'utérus et du col de l'utérus.

Tableau 2: Aperçu de la population cible complète (Statbel), de la population cible ayant réalisé un frottis cervical et du nombre de femmes ayant un échantillon cervical réparti en fonction de l'éligibilité au dépistage pour les années de dépistage 2021-2024

	Nombres				% (dénominateur : population cible complète)				% population cible ayant réalisé un frottis cervical			
	2021	2022	2023	2024	2021	2022	2023	2024	2021	2022	2023	2024
Population cible complète	950 897	951 075	953 294	951 849								
Population cible ayant réalisé un frottis cervical	254 238	245 436	247 311	247 025	26,7%	25,8%	25,9%	26,0%				
Population cible ayant réalisé un frottis cervical non-éligible au dépistage	100 764	98 469	100 245	92 457	10,6%	10,4%	10,5%	9,7%				
<i>exclusions définitives*</i>	3 898	3 780	3 845	3 589	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	1,5%	1,5%	1,6%	1,5%
<i>exclusions temporaires**</i>	96 866	94 689	96 400	88 868	10,2%	10,0%	10,1%	9,3%	38,1%	38,6%	39,0%	36,0%
Population éligible ayant réalisé un frottis cervical	153 474	146 967	147 066	154 568	16,1%	15,5%	15,4%	16,2%	60,4%	59,9%	59,5%	62,6%

*Exclusions définitives = ablation du col de l'utérus ou hystérectomie, cancer invasif de l'utérus ou du col de l'utérus

**Exclusions temporaires (3 ans) = prélèvement d'un échantillon cervical ou cancer in situ

La proportion de la population cible éligible au dépistage ayant réalisé un frottis cervical reste stable au cours des années analysées mais semble augmenter en fin de période.

3.2 Taux de couverture

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).

Les tables et figures ci-dessous présentent une couverture estimée en plus de la couverture calculée. Comme la couverture calculée est basée uniquement sur le CHP, cette estimation tient compte de l'exhaustivité du CHP afin de ne pas sous-estimer la couverture.

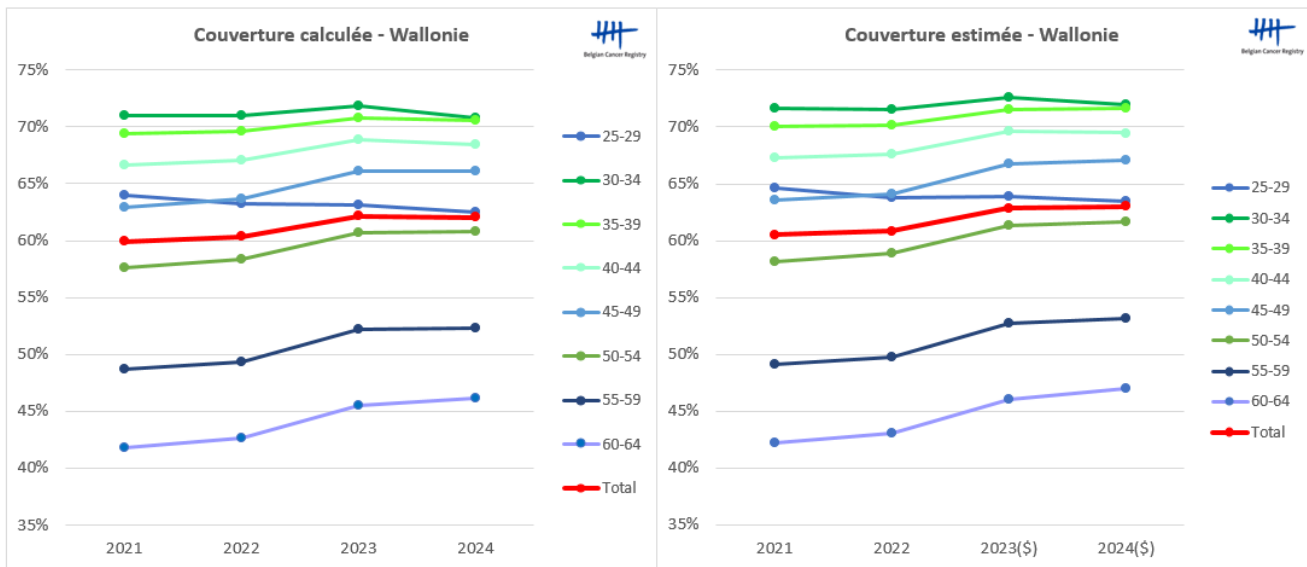
Exhaustivité des données fournies par les laboratoires : proportion de frottis de dépistage et de suivi avec un diagnostic connu (présent dans le CHP) sur l'ensemble des échantillons retrouvés dans les données de l'Agence Intermutualiste (AIM). Pour cette analyse, tous les échantillons cervicaux des femmes âgées de 25 à 64 ans lors de l'année de dépistage concernée ont été pris en compte.

Tableau 3 : Exhaustivité du CHP et taux de couverture calculés et estimés 2021-2024

	2021		2022		2023(*)		2024(*)	
Exhaustivité CHP	99,03%		99,21%		98,91%		98,43%	
<i>Frottis de dépistage</i>	99,14%		99,38%		98,98%		98,54%	
<i>Frottis de suivi</i>	98,41%		98,36%		98,58%		97,90%	
Taux de couverture	Calculée	Estimée	Calculée	Estimée	Calculée	Estimée	Calculée	Estimée
25-29 ans	64,01%	64,64%	63,23%	63,73%	63,18%	63,87%	62,49%	63,46%
30-34 ans	70,99%	71,68%	71,02%	71,59%	71,79%	72,57%	70,82%	71,93%
35-39 ans	69,43%	70,10%	69,61%	70,16%	70,79%	71,56%	70,54%	71,64%
40-44 ans	66,68%	67,33%	67,10%	67,63%	68,84%	69,58%	68,40%	69,47%
45-49 ans	62,93%	63,54%	63,63%	64,14%	66,06%	66,78%	66,06%	67,10%
50-54 ans	57,58%	58,14%	58,38%	58,84%	60,65%	61,31%	60,75%	61,70%
55-59 ans	48,68%	49,16%	49,37%	49,76%	52,19%	52,75%	52,31%	53,13%
60-64 ans	41,78%	42,18%	42,67%	43,01%	45,52%	46,01%	46,20%	46,92%
Total	59,94%	60,53%	60,34%	60,82%	62,16%	62,84%	62,05%	63,02%

(*) Les chiffres pour 2023 et 2024 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.

Figure 4 : Couverture ‘calculée’ et ‘estimée’ par tranche d’âge pour les années de dépistage 2021 à 2024



(§) Les chiffres concernant la couverture estimée pour 2023 et 2024 sont provisoires et sont une sous-estimation.

L'exhaustivité globale du CHP est comprise entre 98,4% et 99,2% pour les années étudiées. Ce résultat est en diminution au cours de la période. Dans les feedbacks individuels envoyés aux laboratoires, 2 laboratoires ont reçu un commentaire et une demande de nouvelle livraison de données suite à une diminution de leur exhaustivité, ce qui influence l'exhaustivité du CHP pour les données de la Wallonie. Lors de l'interprétation de ces chiffres, il faut tenir compte du fait que les chiffres pour 2023 et 2024 sont provisoires. En effet, la base de données AIM n'est pas encore totalement complète pour ces années car les prestations médicales peuvent encore être remboursées par les organismes assureurs jusqu'à deux ans après la date de prestation. Par conséquent, l'exhaustivité calculée pour 2023 et 2024 est très probablement surestimée. De même, le nombre de frottis augmentera encore également et sera réparti en frottis de dépistage et frottis de suivi sur base de la nomenclature. L'objectif étant d'atteindre une exhaustivité la plus proche possible de 100%, il faut continuer à analyser les raisons qui expliqueraient l'obtention d'une exhaustivité inférieure à 100% et la non-correspondance des enregistrements entre l'AIM et le CHP. Celles-ci peuvent être :

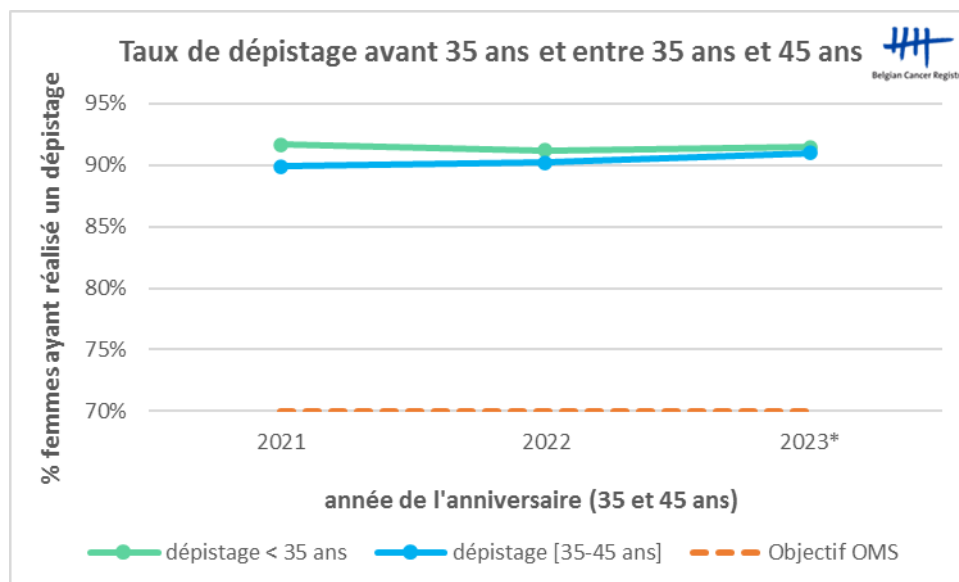
- Un NISS non connu dans le CHP,
- Une date de l'échantillon enregistrée dans le CHP qui diffère de plus de 30 jours avec l'enregistrement de l'AIM pour un même NISS,
- Un échantillon non livré par les laboratoires d'anatomie pathologique,
- Un échantillon non enregistré comme échantillon cervical.

La couverture calculée est légèrement inférieure à 60% pour l'année 2021. En 2022, 2023 et 2024 la couverture passe au-dessus des 60%.

Le taux de couverture estimé est le plus élevé parmi les femmes âgées de 30-34 ans (environ 72%), 35-39 ans (entre 70,1 et 71,6%, en augmentation) et 40-44 ans (entre 67,3% et 69,6%). Celui-ci diminue avec l'âge et se trouve entre 42,2% et 46,9% parmi les femmes âgées de 60-64 ans. Pour la tranche d'âge la plus jeune, 25-29 ans, le taux de couverture est d'environ 63,5% à 64,6%, en diminution entre 2021 et 2024. Ces femmes se font donc un peu moins dépister, mais toutefois plus que les femmes de 50 ans et plus.

En mai 2018, l'OMS a formulé l'objectif d'atteindre 70% de femmes dépistées à l'aide d'un test de haute performance avant l'âge de 35 ans et à nouveau avant 45. Cet objectif est atteint : pour les années 2021 à 2023, 91,5% des femmes âgées de 35 ans avaient déjà réalisé au-moins un test de dépistage et 90% des femmes âgées de 45 ans avaient réalisé au-moins un test de dépistage depuis leur 35^{ème} anniversaire. Les chiffres de 2023 ne sont toutefois pas définitifs.

Figure 5 : Taux de dépistage avant 35 ans et entre 35 ans et 45 ans, 2021-2023 **(NOUVEAU)**



* les données pour 2023 sont encore provisoires car la base de données AIM est encore incomplète pour cette année car les prestations médicales peuvent encore être remboursées par les organismes assureurs jusqu'à deux ans après la date de prestation.

3.3 Surdépistage

Le surdépistage se définit comme un frottis de dépistage réalisé plus d'une fois par période de 3 ans. En effet, un frottis de dépistage n'est remboursé qu'une fois toutes les trois années civiles par les organismes assureurs. Cette fréquence est en accord avec les recommandations européennes [1].

Tableau 4 : Répartition des femmes selon l'éligibilité² au dépistage et la légitimité³ de l'échantillon, 2021 -2024

	2021			2022			2023(*)			2024(*)		
	dépistage triennal(\$)	suivi médical (£)	surdépistage (°)	dépistage triennal(\$)	suivi médical (£)	surdépistage (°)	dépistage triennal(\$)	suivi médical (£)	surdépistage (°)	dépistage triennal(\$)	suivi médical (£)	surdépistage (°)
25-29 ans	64,8%	11,4%	23,8%	65,0%	12,1%	22,9%	65,7%	12,2%	22,1%	68,6%	11,4%	20,0%
30-34 ans	61,4%	11,6%	26,9%	62,2%	12,2%	25,5%	62,5%	12,5%	25,0%	65,9%	11,3%	22,8%
35-39 ans	60,5%	11,1%	28,4%	59,1%	12,0%	28,8%	59,3%	12,2%	28,5%	62,8%	11,0%	26,3%
40-44 ans	58,8%	11,1%	30,1%	57,7%	12,0%	30,2%	57,0%	12,1%	30,9%	59,8%	11,3%	28,9%
45-49 ans	57,4%	11,4%	31,2%	57,4%	12,1%	30,5%	55,6%	12,4%	31,9%	58,8%	11,6%	29,6%
50-54 ans	57,9%	11,4%	30,6%	57,0%	12,2%	30,8%	56,3%	12,6%	31,1%	59,3%	11,9%	28,9%
55-59 ans	60,0%	10,3%	29,7%	59,3%	11,4%	29,3%	58,4%	11,6%	30,0%	61,4%	11,2%	27,3%
60-64 ans	63,2%	9,1%	27,7%	62,2%	10,2%	27,6%	61,9%	10,5%	27,6%	65,2%	9,5%	25,3%
Total	60,4%	11,0%	28,6%	59,9%	11,9%	28,2%	59,5%	12,1%	28,5%	62,6%	11,2%	26,2%

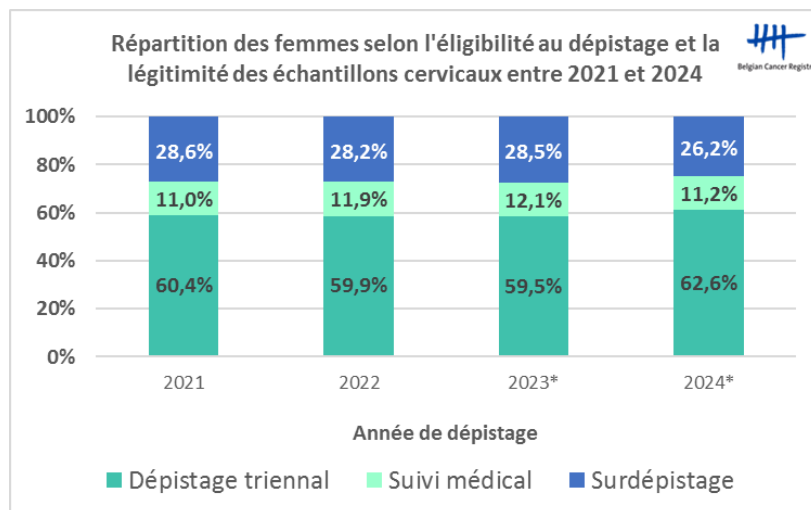
(\$) femmes éligibles au dépistage et ayant réalisé un frottis cervical = dépistage triennal

(£) femmes non-éligibles au dépistage pour raison médicale = suivi médical

(°) femmes temporairement non-éligibles au dépistage ayant réalisé un frottis cervical = surdépistage

(*) Les chiffres pour 2023 et 2024 sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années car les prestations médicales peuvent encore être remboursées par les organismes assureurs jusqu'à deux ans après la date de prestation. Les chiffres pour 2021 et 2022 sont définitifs.

Figure 6 : Répartition des femmes selon l'éligibilité au dépistage et la légitimité des échantillons cervicaux, 2021- 2024



(*) Les chiffres pour 2023 et 2024 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.

² Population cible éligible au dépistage : femmes faisant partie de la population cible et ne rencontrant pas de critère d'exclusion

³ Frottis réalisé à intervalle de 3 ans ou plus

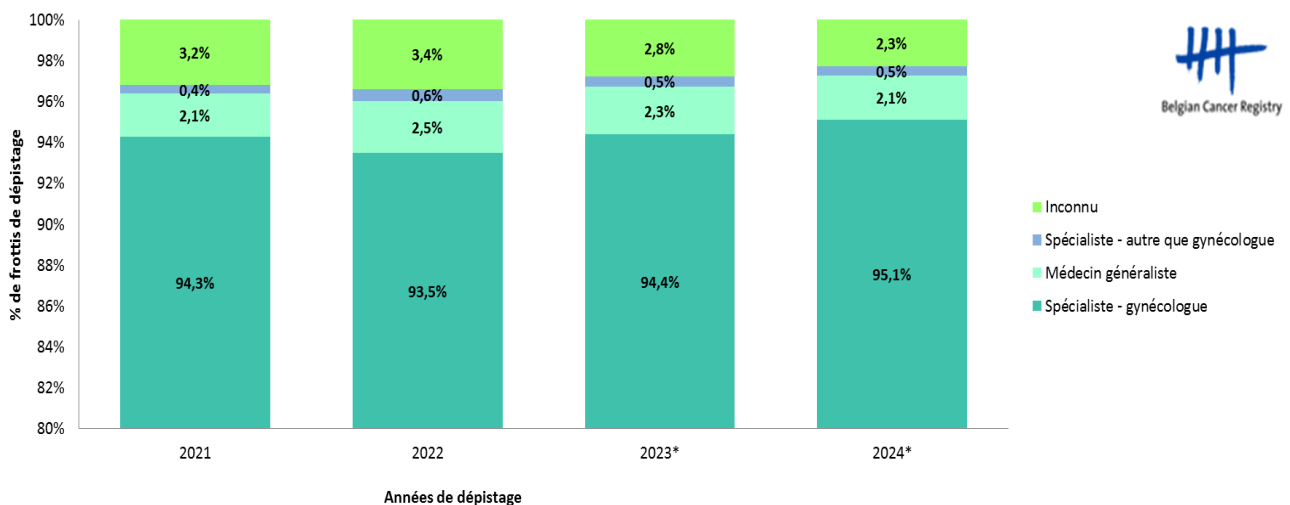
Entre 2021 et 2023, pour environ 60 % des femmes de la population cible ayant réalisé un échantillon cervical, il s’agissait d’un échantillon triennal, ce qui est en accord avec les recommandations concernant la fréquence de dépistage [1] et selon les règles de remboursement de l'INAMI. En 2024, ce pourcentage monte jusqu’à 62,6%. Les chiffres de ces 2 dernières années seront encore amenés à évoluer avec les nouvelles données émanant de l’AIM.

Parmi toutes les femmes de la population cible ayant réalisé un frottis cervical pour les années 2021 à 2023, il semble que le prélèvement n’était pas recommandé (légitime) pour un peu plus de 28% de ces femmes. Ces échantillons peuvent être considérés comme du surdépistage. En 2024, ce pourcentage de surdépistage a diminué à 26,2% ; cette évolution sera toutefois à suivre car les données AIM pour les 2 dernières années sont encore incomplètes, de nouveaux frottis viendront donc encore s’ajouter. La tranche d’âge parmi laquelle le pourcentage de surdépistage est le plus élevé se situe entre 40-54 ans.

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.

Figure 7 : Pourcentage de frottis de dépistage prélevés de 2021 à 2024 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 2023 et 2024 sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années car les prestations médicales peuvent encore être remboursées par les organismes assureurs jusqu’à deux ans après la date de prestation. Les chiffres pour 2021 et 2022 sont définitifs.

Pour les femmes de la population cible ayant réalisé un frottis cervical dont l’échantillon est enregistré dans le CHP, quel que soit le type de frottis (de dépistage, non remboursé, de suivi), environ 94% ont été prélevés par des gynécologues, 2,3% par des médecins généralistes et 0,5% par d’autres spécialistes.

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

5.1 Résultats des frottis de dépistage et les diagnostics cytologiques

Le nombre de frottis de dépistage remboursés chez les femmes de la population cible éligible ayant réalisé un frottis cervical ont été répartis selon le diagnostic. La signification des différentes catégories de diagnostics ainsi que le suivi le plus approprié pour chaque diagnostic sont indiqués dans le Tableau 5.

Tableau 5 : Signification des catégories de diagnostics cytologiques et indication du suivi approprié [12]

	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	Frottis de suivi
	LSIL	Lésion squameuse intra-épithéliale de bas grade	
	HSIL	Lésion squameuse intra-épithéliale de haut grade, in situ inclus	
	AGLC (*)	Cellules atypiques glandulaires (origine non déterminée)	Autres examens de suivi/traitements (**)
Autre	Tumeurs in situ et invasives, à l'exclusion des lésions squameuses de haut grade (HSIL)		

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

(**) Y compris les tests HPV

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

Tableau 6 : Nombre et pourcentage de frottis de dépistage remboursés en 2021 à 2024 parmi les femmes de la population cible éligible ayant réalisé un frottis de dépistage, répartis selon le diagnostic

	Diagnostics	2021		2022		2023(*)		2024(*)	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Normal	NILM	125 401	86,36%	120 374	86,63%	120 092	86,71%	116 933	86,14%
	NODIAGN	71	0,05%	23	0,02%	36	0,03%	34	0,03%
	Total échantillons normaux	125 472	86,41%	120 397	86,65%	120 128	86,74%	116 967	86,17%
Anormal	ATYP	7 829	5,39%	6 352	4,57%	6 807	4,91%	7 178	5,29%
	INSU	1 080	0,74%	1 201	0,86%	1 340	0,97%	1 881	1,39%
	ASCU	6 342	4,37%	6 454	4,64%	5 920	4,27%	5 504	4,05%
	ASCH	405	0,28%	395	0,28%	359	0,26%	383	0,28%
	LSIL	3 146	2,17%	3 265	2,35%	3 217	2,32%	3 188	2,35%
	HSIL	487	0,34%	504	0,36%	432	0,31%	351	0,26%
	AGLC	420	0,29%	364	0,26%	274	0,20%	282	0,21%
	Autre	20	0,01%	22	0,02%	23	0,02%	10	0,01%
Total échantillons anormaux(*)	11 900	8,20%	12 205	8,78%	11 565	8,35%	11 599	8,54%	
TOTAL	145 201	100,00%	138 954	100,00%	138 500	100,00%	135 744	100,00%	

(*) Exclu les diagnostics 'ATYP'.

(*) Les chiffres pour 2023 et 2024 sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années car les prestations médicales peuvent encore être remboursées par les organismes assureurs jusqu'à deux ans après la date de prestation. Les chiffres pour 2021 et 2022 sont définitifs.

Un peu plus de 86 % des frottis de dépistage effectués en 2021-2024 ont un diagnostic normal et doivent être suivis selon un schéma de dépistage normal, c'est-à-dire avec un frottis de dépistage tous les 3 ans. Environ 8,5 % des frottis de dépistage ont un diagnostic anormal. Le diagnostic 'ASCU' est le diagnostic anormal le plus fréquent en 2021-2024 (4,1 à 4,6%). On constate près de 5% de diagnostics 'ATYP' entre 2021 et 2024. Ceci s'explique surtout par le codage de quelques laboratoires wallons qui ont un pourcentage de 'ATYP' nettement plus élevé que la moyenne. Ces laboratoires codent en effet certains frottis à la fois comme 'NILM' et 'ATYP' alors que notre système informatique prend en compte le diagnostic le plus sévère par échantillon ('ATYP' ici). Ceci a déjà été discuté avec ces laboratoires dans le cadre des feedbacks aux laboratoires. Les résultats 'ATYP' sont donc comptés séparément afin de ne pas influencer les résultats. L'utilisation du code ATYP par les laboratoires est suivie attentivement.

5.2 Triage par un test HPV

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

Pour tous les frottis de dépistage remboursés prélevés durant les années 2021 à 2024 sur des femmes faisant partie de la population cible éligible ayant réalisé un frottis de dépistage, il a été vérifié si un triage par un test HPV avait eu lieu. Les résultats sont répartis par diagnostic cytologique. La signification des différents codes lésion (= diagnostic cytologique) est indiquée dans le Tableau 5.

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' [12]. Bien que le triage par un test HPV ne soit remboursé qu'en présence de cellules atypiques, le test HPV est également effectué sur d'autres diagnostics 'NILM', 'NODIAGN', 'INSU', 'ATYP', 'LSIL', 'HSIL', 'Autre'. Le Tableau 7 présente le nombre de triage par un test HPV effectué de manière appropriée ou non (sur base du diagnostic) sur les frottis de dépistage remboursés prélevés en 2021, 2022, 2023 et 2024 parmi les femmes faisant partie de la population cible éligible ayant réalisé un test de dépistage. La catégorie 'Test HPV effectué' inclut les test HPV+, HPV-, les tests non interprétables et les tests pour lesquels le résultat n'est pas connu dans le CHP mais l'AIM indique qu'un test HPV a été facturé.

Tableau 7 : Triage par un test HPV sur les frottis de dépistage remboursés prélevés en 2021 à 2024 parmi les femmes faisant partie de la population cible éligible ayant réalisé un frottis de dépistage

N lésions pour lesquelles	2021		2022		2023(*)		2024(*)	
	Aucun test HPV	Test HPV effectué	Aucun test HPV	Test HPV effectué	Aucun test HPV effectué	Test HPV effectué	Aucun test HPV	Test HPV effectué
Test HPV recommandé (§)	5,4%	94,6%	2,4%	97,6%	2,3%	97,7%	3,8%	96,2%
Test HPV non recommandé (§)	99,1%	0,9%	99,0%	1,0%	97,1%	2,9%	88,0%	12,0%
Total	94,5%	5,5%	94,0%	6,0%	92,6%	7,4%	84,2%	15,8%

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

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

(*) Les chiffres pour 2023 et 2024 sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années car les prestations médicales peuvent encore être remboursées par les organismes assureurs jusqu'à deux ans après la date de prestation. Les chiffres pour 2021 et 2022 sont définitifs.

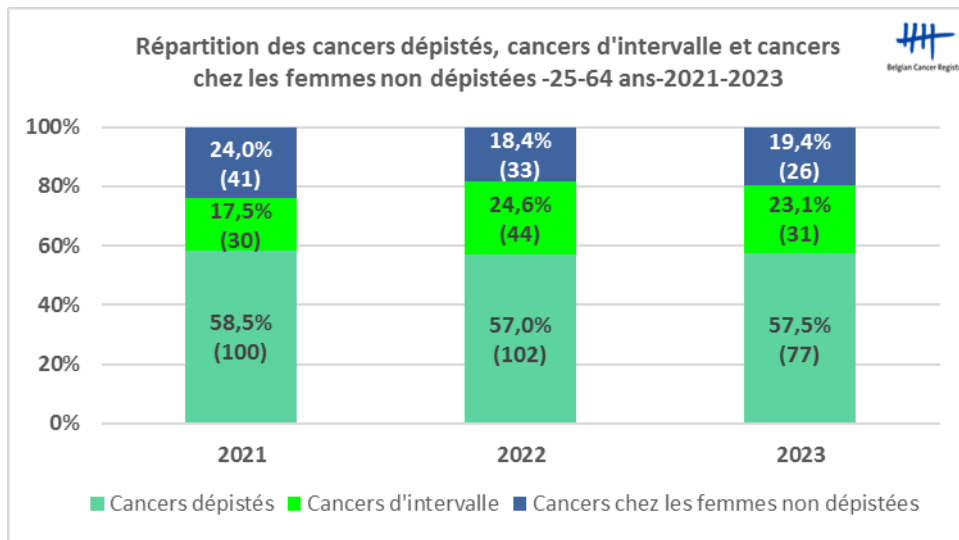
Parmi tous les frottis de dépistage pour lesquels un test HPV est indiqué comme un suivi recommandé, celui-ci a bien été effectué pour 94,6% des échantillons en 2021. Ce pourcentage augmente lors des années suivantes et atteint 97,7% en 2023 pour ensuite diminuer légèrement en 2024 (96,2%). Un triage par un test HPV n'a donc pas été effectué pour 5,4% des frottis de dépistage en 2021 alors que le test HPV était indiqué comme un suivi approprié. La situation s'est améliorée au cours des années, en 2023 ces cas ne représentent plus que 2,3% et en 2024, 3,8%. De plus, ces chiffres pour 2023 et 2024 pourraient être surestimés car la base de données AIM est encore incomplète au moment des analyses de ce rapport. En 2021 et 2022, un triage HPV est effectué pour environ 1% des frottis de dépistage pour lesquels aucune cellule atypique n'est retrouvée et pour lequel aucun triage par un test HPV n'est indiqué. Ce chiffre augmente fortement, surtout en 2024 pour atteindre 12% de frottis non recommandés. Cette augmentation soudaine pourrait être due aux nouvelles recommandations pour un dépistage par test HPV, des co-tests ayant dès lors été réalisés sans que cela soit la recommandation. Notons que ce chiffre se rapproche du pourcentage constaté en Flandre depuis de nombreuses années. Les tests réalisés en dehors des recommandations sont à charge de la patiente.

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

Définitions :

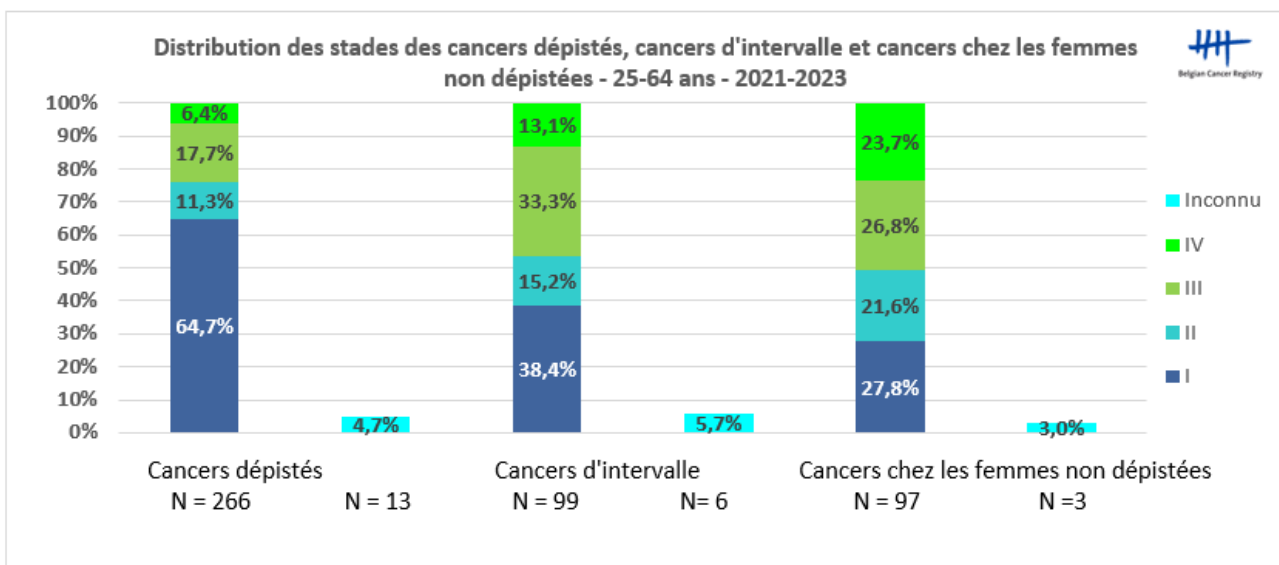
- **Cancer dépisté** : cancer dont le diagnostic a été établi dans le cadre d'un examen de dépistage.
- **Cancer d'intervalle** : cancer qui est diagnostiqué après un test de dépistage négatif et avant le dépistage suivant, c'est-à-dire dans l'intervalle recommandé entre deux dépistages (dans ce cas-ci 3 ans). Ces cancers peuvent être soit des cancers manqués au moment du dépistage, soit des cancers qui se sont développés après le test de dépistage négatif. Pour chaque cancer diagnostiqué, il a été vérifié si un dépistage négatif avait été enregistré dans les 3 années antérieures (intervalle de dépistage recommandé).
- **Cancer parmi les femmes non dépistées** : cancer du col de l'utérus diagnostiqué chez les femmes pour qui aucune analyse cytologique n'est retrouvée dans les données avant la date d'incidence du cancer (données disponibles depuis 2008).

Figure 8 : Distribution des cancers dépistés, des cancers d'intervalle, des cancers chez les femmes non dépistées par année d'incidence 2021-2023, en Wallonie, femmes de 25-64 ans



Pour la période 2021-2023, entre 57% et 58,5% des cancers sont diagnostiqués dans le cadre du dépistage ; 18,4% à 24% le sont auprès des femmes non dépistées et entre 17,5% et 24,6% sont des cancers d'intervalle. L'interprétation des résultats doit être faite prudemment vu les petits nombres considérés.

Figure 9 : Répartition des stades pour les cancers dépistés, cancers d'intervalle et cancers chez les femmes non dépistées en Wallonie, femmes de 25-64 ans, pour les années d'incidence 2021-2023

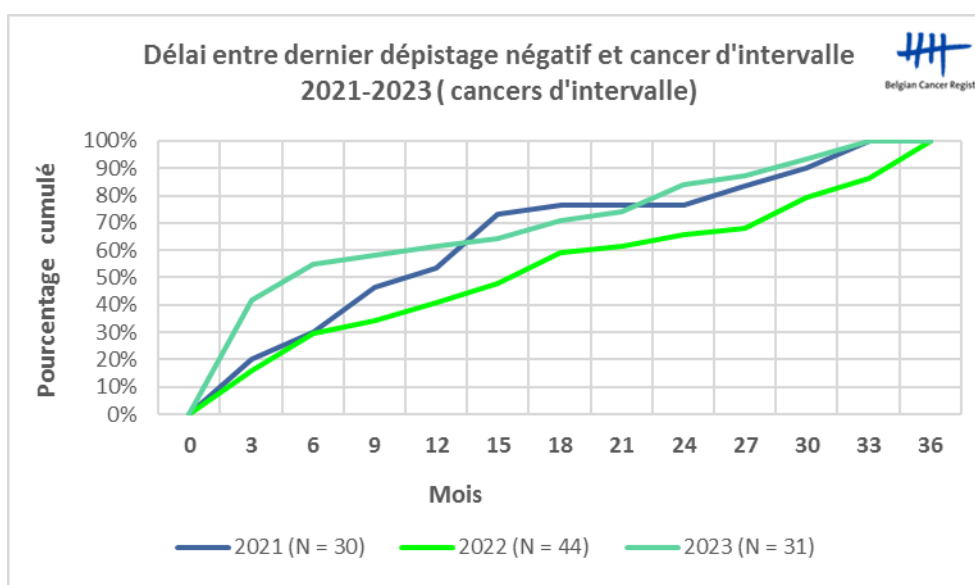


Parmi les tumeurs dont le stade est connu, les cancers dépistés sont détectés dans près de 65% des cas à un stade I et dans 76% des cas à un stade I ou II, offrant un meilleur pronostic. Les stades I et II ne représentent que 49% des cas chez les femmes non dépistées alors que les stades IV représentent à eux seuls près de 24% des cancers chez les femmes n'étant pas dépistées.

Les cancers d'intervalle sont diagnostiqués à des stades plus élevés que les cancers dépistés mais la proportion de stades I est de 38% contre 28% chez les femmes non dépistées. Les stades IV pour les cancers d'intervalle représentent 13% contre 23,7% chez les femmes non dépistées.

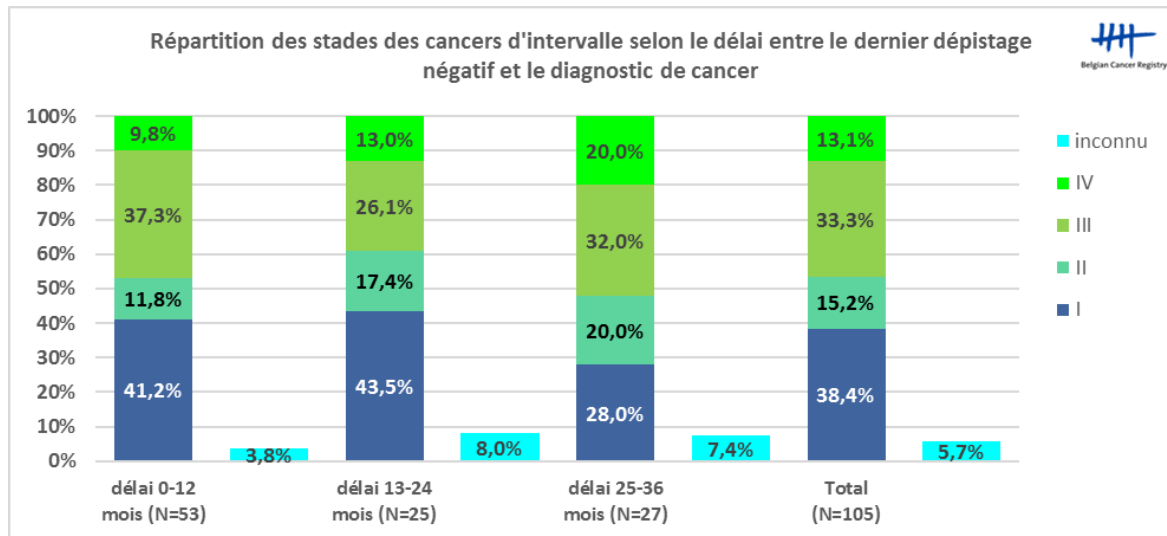
Tableau 8 et figure 10 : Répartition cumulative des cancers d'intervalle selon l'intervalle entre la date du dernier dépistage négatif et la date du diagnostic, par année de dépistage 2021-2023

Intervalle (mois)	2021 N = 30			2022 N = 44			2023 N = 31		
	N	%	% cumulé	N	%	% cumulé	N	%	% cumulé
0-3	6	20,0%	20,0%	7	15,9%	15,9%	13	41,9%	41,9%
4-6	3	10,0%	30,0%	6	13,6%	29,5%	4	12,9%	54,8%
7-9	5	16,7%	46,7%	2	4,5%	34,1%	1	3,2%	58,1%
10-12	2	6,7%	53,3%	3	6,8%	40,9%	1	3,2%	61,3%
13-15	6	20,0%	73,3%	3	6,8%	47,7%	1	3,2%	64,5%
16-18	1	3,3%	76,7%	5	11,4%	59,1%	2	6,5%	71,0%
19-21	0	0,0%	76,7%	1	2,3%	61,4%	1	3,2%	74,2%
22-24	0	0,0%	76,7%	2	4,5%	65,9%	3	9,7%	83,9%
25-27	2	6,7%	83,3%	1	2,3%	68,2%	1	3,2%	87,1%
28-30	2	6,7%	90,0%	5	11,4%	79,5%	2	6,5%	93,5%
31-33	3	10,0%	100,0%	3	6,8%	86,4%	2	6,5%	100,0%
34-36	0	0,0%	100,0%	6	13,6%	100,0%	0	0,0%	100,0%



En moyenne, sur les 3 années considérées, 52% des cancers d'intervalle sont diagnostiqués dans les 12 mois après le dernier dépistage négatif et 75% des dans les 2 ans après le dernier dépistage négatif.

Figure 11 : Répartition des stades des cancers d'intervalle selon le délai entre le dernier dépistage négatif et le diagnostic de cancer – années 2021-2023



Nous observons des différences dans la répartition des stades des cancers d'intervalle en fonction du délai entre le dernier dépistage négatif et le diagnostic. La proportion de stades IV est nettement inférieure en début de période (0-12 mois) par rapport aux périodes 13-24 mois et surtout 25-36 mois. A l'inverse, les cancers de stades I sont nettement plus nombreux en début de période par rapport à la fin de cet intervalle de 36 mois. Les cancers d'intervalle diagnostiqués entre 0 et 12 mois pourraient être liés à des examens complémentaires suite à des plaintes malgré un frottis initialement négatif. Et les cancers diagnostiqués entre 25 et 36 mois pourraient en réalité être des cancers dépistés suite à un examen cytologique réalisé avant le délai recommandé de 3 ans.

5.4 Valeur prédictive positive, sensibilité et spécificité du test de dépistage **(NOUVEAU)**

Tableau 9 : Valeur prédictive positive, sensibilité et spécificité du test de dépistage – 2021-2023

	2021	2022	2023(*)
VPP frottis 'HSIL' pour détection lésion de haut grade	78,8%	76,5%	73,4%
Sensibilité pour le dépistage des cancers invasifs	76,9%	69,9%	71,3%
Spécificité frottis (normal ou lésion de bas grade)	96,8%	96,5%	96,5%

(*) Les chiffres pour 2023 sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour cette année car les prestations médicales peuvent encore être remboursées par les organismes assureurs jusqu'à deux ans après la date de prestation.

La **valeur prédictive positive (VPP)** correspond au pourcentage de personnes dépistées ayant un frottis (cytologie) anormal qui présentent réellement une lésion cervicale (vrais positifs). Elle a été déterminée sur base de la corrélation entre le diagnostic cytologique des frottis de dépistage et le premier diagnostic histologique confirmé dans les 3 mois. La VPP est ici rapportée pour les frottis avec un diagnostic 'HSIL' pour lesquels nous avons vérifié si un diagnostic histologique confirmait une lésion de haut grade. C'est le cas dans 73,4% à 78,8% des frottis (cytologie) avec diagnostic HSIL. La VPP a tendance à diminuer au cours de la période, nous suivrons cette évolution.

La **sensibilité** du test (cytologie) a été analysée pour la détection des cancers invasifs. Elle est comprise entre 70% et 77% pour la période étudiée. Cela signifie que 70% à 77% des cancers invasifs seront diagnostiqués lors

du dépistage – les autres tests sont des faux négatifs. Attention, tous les cancers d'intervalle ne sont pas de faux négatifs, un cancer peut également se développer durant la période comprise entre 2 dépistages.

La **spécificité** du test a été calculée sur base des frottis normaux ou des lésions de bas grade et est d'environ 96,5%. Plus la spécificité est élevée, plus la probabilité qu'une femme sans lésion cervicale ait un frottis négatif est grande (moins de faux positifs).

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

Toutes les femmes avec un frottis de dépistage anormal doivent être suivies au niveau médical [12]. Cette analyse indique si les femmes ayant un résultat de dépistage anormal reçoivent le suivi médical nécessaire endéans les 12 mois. Les femmes pour lesquelles le frottis est d'une qualité insuffisante devraient également effectuer un nouveau frottis. Cet élément est également vérifié dans cette analyse.

Tableau 10 : Nombre de femmes issues de la population cible éligible ayant réalisé un frottis de dépistage, ainsi que celles exclues provisoirement, avec un frottis de dépistage remboursé en 2021- 2023 dans le CHP, par diagnostic, par résultat du test HPV et par suivi ou non dans les 12 mois

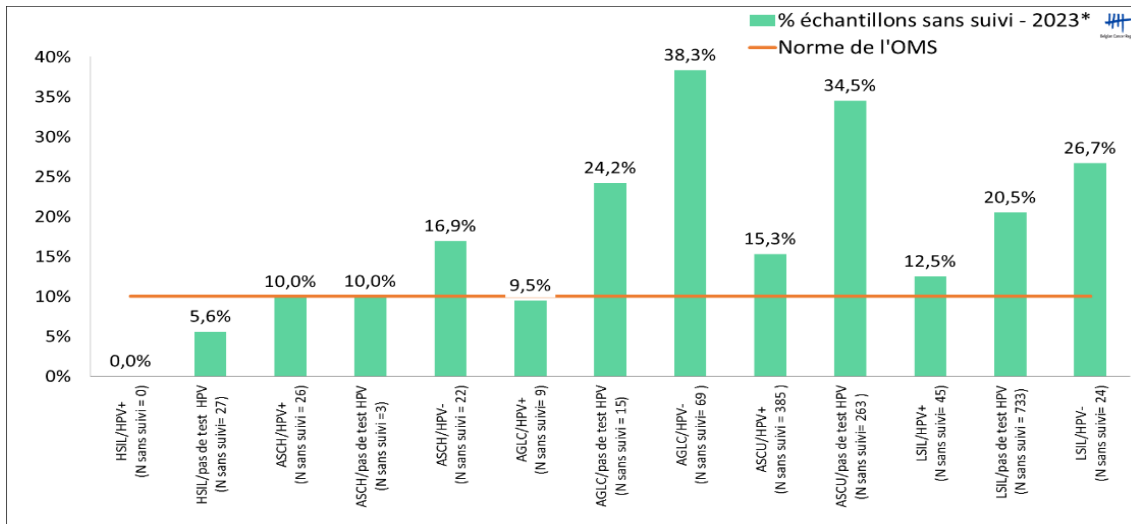
Diagnostic	Résultat du test HPV (**)	2021			2022			2023 (*)		
		Total échantillons	Suivi dans les 12 mois		Total échantillons	Suivi dans les 12 mois		Total échantillons	Suivi dans les 12 mois	
			Nombre	%		Nombre	%		Nombre	%
HSIL	HPV+	30	28	93,3%	27	24	88,9%	20	20	100,0%
HSIL	inconnu ou pas de test	533	490	91,9%	544	510	93,8%	482	455	94,4%
HSIL	HPV-	2	2	100,0%	3	3	100,0%	-	-	-
ASCH	HPV+	322	295	91,6%	288	268	93,1%	261	235	90,0%
ASCH	inconnu ou pas de test	40	38	95,0%	23	20	87,0%	30	27	90,0%
ASCH	HPV-	134	112	83,6%	149	125	83,9%	130	108	83,1%
AGLC	HPV+	98	89	90,8%	110	105	95,5%	95	86	90,5%
AGLC	inconnu ou pas de test	243	72	29,6%	43	33	76,7%	62	47	75,8%
AGLC	HPV-	168	108	64,3%	263	193	73,4%	180	111	61,7%
ASCU	HPV+	2 630	2 199	83,6%	2 515	2 098	83,4%	2 515	2 130	84,7%
ASCU	inconnu ou pas de test	837	598	71,4%	590	442	74,9%	762	499	65,5%
LSIL	HPV+	269	246	91,4%	333	292	87,7%	360	315	87,5%
LSIL	inconnu ou pas de test	3 655	2 788	76,3%	3 630	2 878	79,3%	3 576	2 843	79,5%
LSIL	HPV-	92	65	70,7%	107	75	70,1%	90	66	73,3%
Inconnu	HPV+	19	19	100,0%	10	10	100,0%	18	16	88,9%
INSU (\$)	NA	1 267	703	55,5%	1 360	747	54,9%	1 470	838	57,0%
Total (INSU inclus)		10 339	7 852	75,9%	9 995	7 823	78,3%	10 051	7 796	77,6%
Total (INSU exclus)		9 072	7 149	78,8%	8 635	7 076	81,9%	8 581	6 958	81,1%

*Les chiffres pour 2023 sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour cette année car les prestations médicales peuvent encore être remboursées par les organismes assureurs jusqu'à deux ans après la date de prestation.

**Test HPV sur le frottis de dépistage lui-même. 'Inconnu ou pas de test HPV' : si le test HPV n'est pas effectué ou si le résultat est inconnu. Pour les lésions mentionnées dans le tableau 7 (à l'exclusion des échantillons de qualité insuffisante), l'exhaustivité des résultats HPV pour les années 2021, 2022 et 2023 est de 99,3 %, 99,5 % et 96,7 %, respectivement.

(\$) INSU : échantillon de qualité insuffisante

Figure 12: Pourcentage de frottis de dépistage anormaux sans suivi dans les 12 mois, répartis selon le diagnostic et le résultat HPV pour l'année de dépistage 2023



* la base de données AIM est encore incomplète pour 2023 car les prestations médicales peuvent encore être remboursées par les organismes assureurs jusqu'à deux ans après la date de prestation

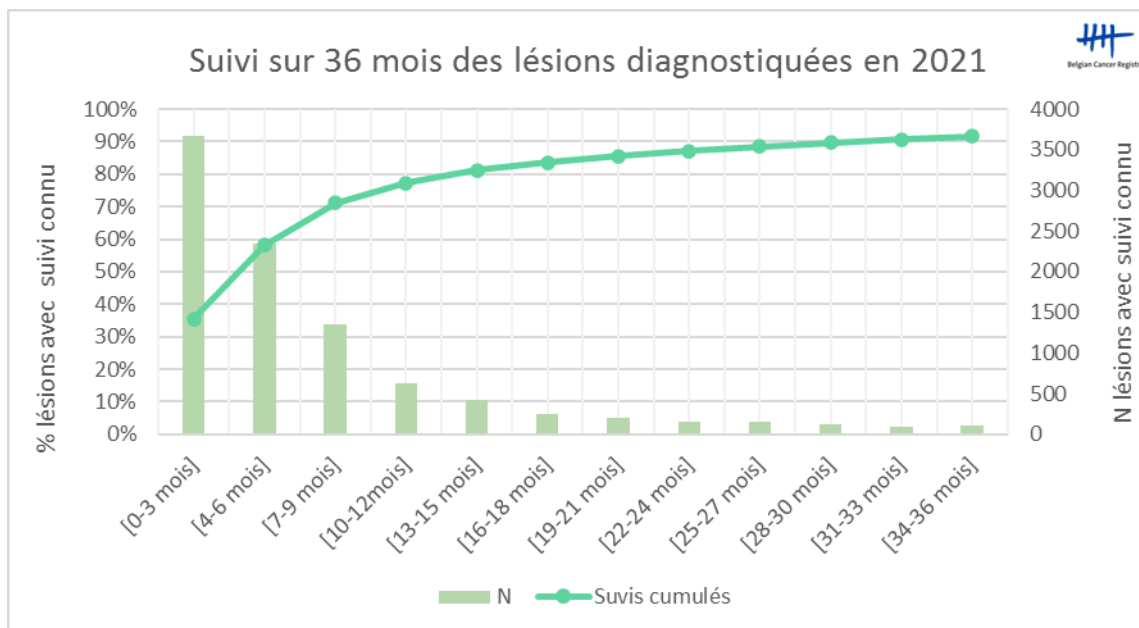
Pour les frottis de dépistage anormaux, sans les frottis de qualité insuffisante, il y a eu un examen de suivi dans les 12 mois dans environ 79% à 82% des cas. Ces pourcentages sont inférieurs à la norme recommandée par l'OMS qui indique qu'il devrait y avoir un taux de suivi de 90 % si des anomalies sont trouvées [7]. Après avoir connu une diminution au cours de la période précédente, le taux de suivi des échantillons de qualité insuffisante ('INSU') semble augmenter au cours de la période étudiée et passe de 55,5% à 57%. Le suivi pour ces échantillons de qualité insuffisante devrait encore pouvoir être amélioré.

Le taux de suivi varie selon le diagnostic et le résultat des tests HPV. Les diagnostics les plus sévères tels que 'HSIL' et 'ASCH' ont un taux de suivi suffisant. Pour ces catégories, la norme de l'OMS est atteinte ou proche de celle-ci. Pour les diagnostics 'AGLC', 'ASCU' et 'LSIL', le % de suivi est (presque) suffisant uniquement si un test HPV a été effectué avec un résultat positif. Nous observons également que la proportion de diagnostics ASCU sans résultat HPV connu a augmenté par rapport aux années précédentes. Ceci est dû principalement à une diminution du triage HPV suite à un diagnostic ASCU de la part de certains laboratoires. Ces laboratoires ont été contactés et ont reçu un commentaire spécifique dans leur feedback.

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

6.2 Evolution du suivi sur 36 mois (suivis cumulés) (NOUVEAU)

Figure 13: Délai entre le test de dépistage positif et le suivi – sur 36 mois, 2021



Après 6 mois, seules 58% des femmes dont le test de dépistage était positif ont bénéficié d'un suivi. Après 1 an, ce pourcentage atteint les 78%. Après 2 ans 87% des femmes ont réalisé un suivi et au bout de 3 ans, 91.5% des femmes ont bénéficié d'un suivi. Le suivi est donc à améliorer.

6.3 Résultats des diagnostics histologiques

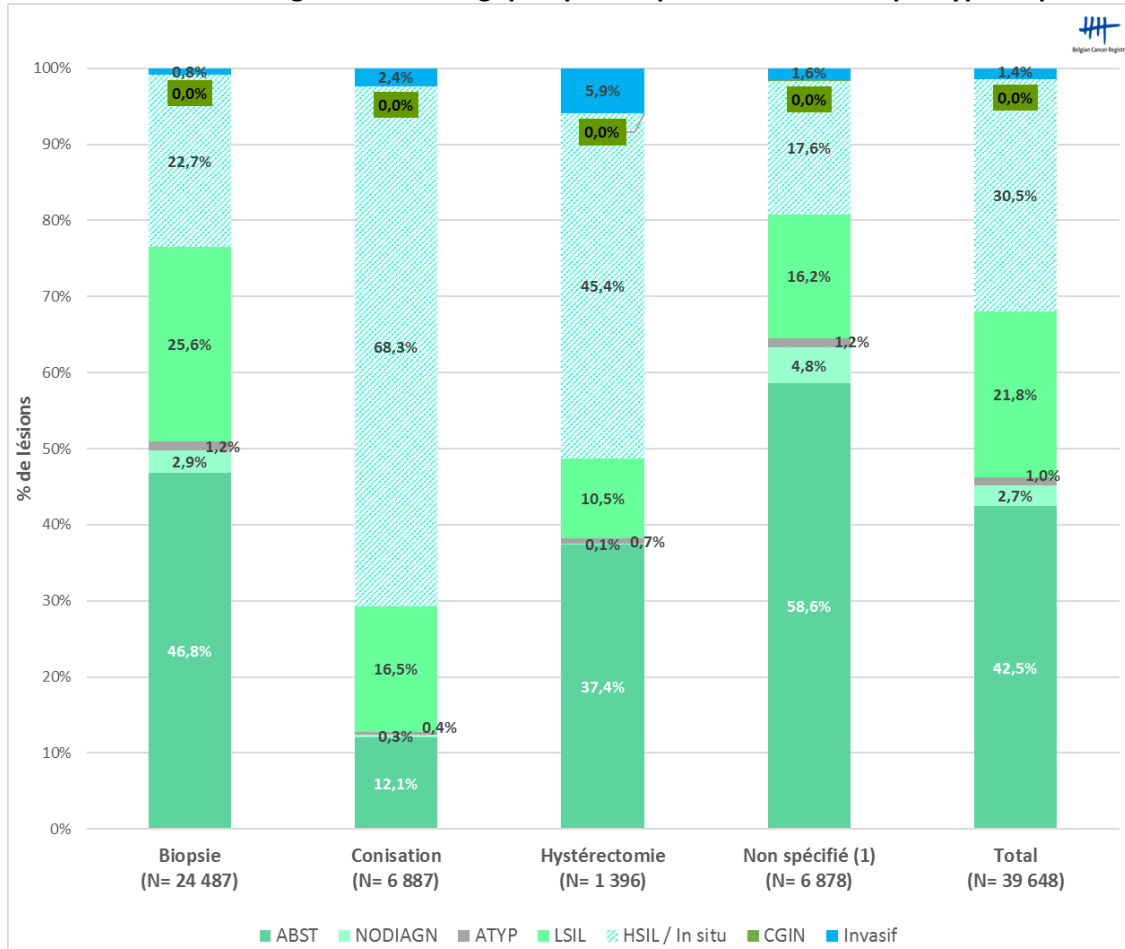
Tableau 11 : Signification des catégories de diagnostics histologiques pour les échantillons cervicaux [13]

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.

Figure 14 : Distribution des diagnostics histologiques pour la période 2021-2024 par type de prélèvement



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

Les chiffres pour 2023 et 2024 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.

Parmi les biopsies, 47% des échantillons histologiques ont un diagnostic normal ('ABST'), 25,6% ont un diagnostic de bas grade ('LSIL'), 22,7% ont un diagnostic de haut grade ('HSIL' et 'ADIS') et 0,8% un diagnostic de lésion invasive. Parmi les conisations, le pourcentage de diagnostic normal ('ABST') est inférieur mais il s'élève tout de même à 12,1%. Le même constat se fait pour le pourcentage de 'LSIL' qui est de 16,5%. De manière générale, un pourcentage élevé de diagnostics 'ABST' et 'LSIL' parmi les conisations peut indiquer un surtraitement. Les pourcentages de 'HSIL', 'ADIS' et 'Invasif' parmi les conisations sont supérieurs à ceux parmi les biopsies et s'élèvent respectivement à 68,3% et 2,4%. Pour les hystérectomies, le pourcentage de diagnostic 'Invasif' est le plus haut, soit 5,9%. Par contre, le pourcentage de 'ABST' est de 37,4%. Ce pourcentage assez élevé s'explique par le fait qu'une hystérectomie peut être effectuée pour d'autres raisons médicales que pour un cancer.

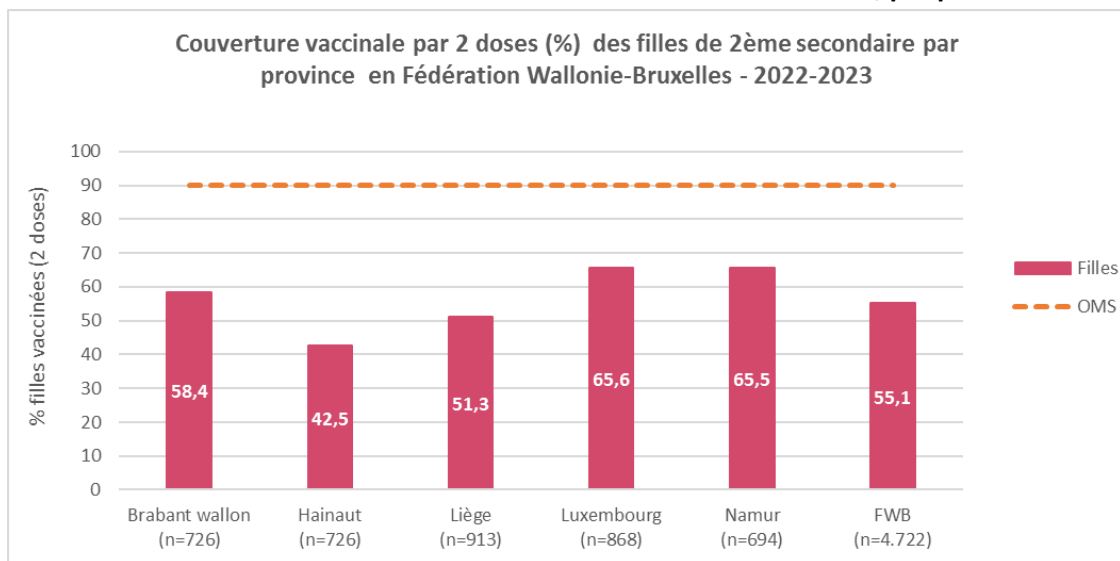
7. Conclusion et mise en perspective des résultats au regard des recommandations internationales (OMS-EU)

En mai 2018, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), a lancé un appel mondial à l'action afin d'éradiquer le cancer du col de l'utérus. Tous les pays doivent atteindre et maintenir un taux d'incidence inférieur à 4 pour 100 000 personnes-années. Le taux d'incidence des cancers invasifs du col de l'utérus en Wallonie est en 2023 de 7,2/100 000 personnes-années tous les âges confondus.

L'OMS a formulé 3 objectifs concrets que chaque pays devrait atteindre d'ici 2030 pour s'engager sur la voie de l'élimination du cancer du col de l'utérus au cours du siècle [7,9]:

1. **La prévention par la vaccination** : 90% de filles vaccinées entièrement contre le HPV à l'âge de 15 ans. La couverture vaccinale anti-HPV est en augmentation en Fédération Wallonie-Bruxelles mais pourrait encore être améliorée. Elle était estimée entre 36% et 50% en 2017 et entre 45,4% et 50,2% en 2020 (vaccination WAL-BXL [14],[15]). Les chiffres publiés par l'Office de la Naissance et de l'Enfance situe le taux de vaccination entre 49,5% et 55,1% pour 2023 [16]. Des variations provinciales sont toutefois observées[17].

Figure 15 : Couverture vaccinale des filles en Fédération Wallonie-Bruxelles, par provinces



Sources :

- Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE). Le Papillomavirus Humain (HPV). Plaquette de la semaine européenne de la vaccination 2023. https://www.ccref.org/e-vax/plaquette_semaine_europeenne_vaccination_2023.pdf
- Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE). Augmentation de la couverture vaccinale contre les papillomavirus humains chez les filles et les garçons. Communiqué de presse 04/03/2024. https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRESENTATION/Presse/communiqu%C3%A9_presse-04-mars-2024.pdf
- Brasseur C., Sarr K. RESUME ENQUÊTE DE COUVERTURE VACCINALE 2022-2023. La vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) chez les élèves de 2ème secondaire dans l'enseignement de la Fédération Wallonie-Bruxelles. https://professionnels.vaccination-info.be/wp-content/uploads/2025/02/ecv_2022-2023_hpv_resume.pdf

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

2. **Le dépistage** : 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.

Cet objectif est atteint : 91,5% des femmes de 35 ans ont déjà été dépistées et 90% des femmes de 45 ans ont réalisé au-moins un dépistage depuis leur 35^{ème} anniversaire.

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

Le taux total de suivi des frottis de dépistage anormaux est de 75,9% en 2021, 78,3% en 2022 et 77,6% en 2023, ce qui est donc globalement insuffisant. Le taux de suivi des échantillons de qualité insuffisante ('INSU') est de 55,5% en 2021, 54,9% en 2022 et 57% en 2023, alors que dans ce cas un nouveau test devrait être réalisé.

La norme de 90% est plus ou moins atteinte pour les lésions les plus sévères ('HSIL', 'ASCH', 'AGLC/HPV+', 'LSIL/HPV+'). Pour les autres diagnostics, le suivi est à améliorer (cf. Tableau 10 et Figure 12).

Ce rapport sera adapté à l'avenir notamment en fonction de la mise en place du programme de dépistage organisé en Wallonie et du passage au test HPV comme test primaire de dépistage pour les femmes à partir de 30 ans (cf. Intro).

8. Références bibliographiques

1. European Commission, Directorate-General for Health and Consumers, European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening, Jordan, J.(editor), Arbyn, M.(editor), Anttila, A.(editor), Publications Office, 2008, <https://data.europa.eu/doi/10.2772/44215>
2. Fondation Contre le Cancer, <https://cancer.be/cancer/cancer-du-col-de-luterus/>
3. <https://www.who.int/news/item/06-07-2021-new-recommendations-for-screening-and-treatment-to-prevent-cervical-cancer>
4. European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety, European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening : second edition : supplements, Segnan, N.(editor), Anttila, A.(editor), Karsa, L.(editor), Ronco, G.(editor), Törnberg, S.(editor), Patnick, J.(editor), De Vuyst, H.(editor), Dillner, J.(editor), Franceschi, S.(editor), Arbyn, M.(editor), Suonio, E.(editor), Dillner, L.(editor), Publications Office, 2015, <https://data.europa.eu/doi/10.2875/93363>
5. Belgium: Females, number of invasive tumours by primary site and age group in 2023, Belgian Cancer Registry: https://belgian-cancer-registry.shinyapps.io/data_app/
6. Statbel (Direction Générale Statistique – Statistics Belgium) (<http://www.statbel.fgov.be>)
7. 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)
8. Thomas, C. Wright Jr., Pathology of HPV infection at the cytologic and histologic levels: Basis for a 2-tiered morphologic classification system: International Journal of Gynecology and Obstetrics (2006) 94 (Supplement 1), S22-S31
9. WHO Classification of Tumours Editorial Board. Female genital tumours [Internet]. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2020 [cited 2021 Oct 21]. (WHO classification of tumours series, 5th ed.; vol. 4). Available from: <https://tumourclassification.iarc.who.int/chapters/34>
10. Rozemeijer K et al. Exploring the trend of increased cervical intraepithelial neoplasia detection rates in the Netherlands. Med Screen. 2015; 22(3): 144–150.
11. Simms K et al. Impact of scaled up human papillomavirus vaccination and cervical screening and the potential for global elimination of cervical cancer in 181 countries, 2020–99: a modelling study. The Lancet Oncology. 2019 ; 20 (3). DOI: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(18\)30836-2](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30836-2)
12. Bourgain C et al. Update to the Belgian follow-up guidelines for abnormal cervical screening results. BJMO practice guidelines. 2022 ; 16 : 60-69
13. 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
14. Thiry N, Gerken S, Cornelis J, Jaspers V, Hanquet G. Analyse coût-efficacité de la vaccination des garçons contre le virus HPV – Synthèse. Health Technology Assessment (HTA). Bruxelles: Centre Fédéral d’Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 308Bs. D/2019/10.273/12.
15. Office de la Naissance et de l’Enfance (ONE). Le Papillomavirus Humain (HPV). Plaquette de la semaine européenne de la vaccination 2023. https://www.ccref.org/e-vax/plaquette_semaine_europeenne_vaccination_2023.pdf
16. Office de la Naissance et de l’Enfance (ONE). Augmentation de la couverture vaccinale contre les papillomavirus humains chez les filles et les garçons. Communiqué de presse 04/03/2024. https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRESENTATION/Presse/communiqu%C3%A9%20de%20presse%2004-03-2024.pdf
17. Brasseur C., Sarr K. RESUME ENQUÊTE DE COUVERTURE VACCINALE 2022-2023. La vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) chez les élèves de 2ème secondaire dans l’enseignement de la Fédération Wallonie-Bruxelles. https://professionnels.vaccination-info.be/wp-content/uploads/2025/02/ecv_2022-2023_hpv_resume.pdf