

Evaluation du dépistage du cancer du col de l'utérus à Bruxelles - années de dépistage 2021-2024

INDICATEURS D'ÉVALUATION

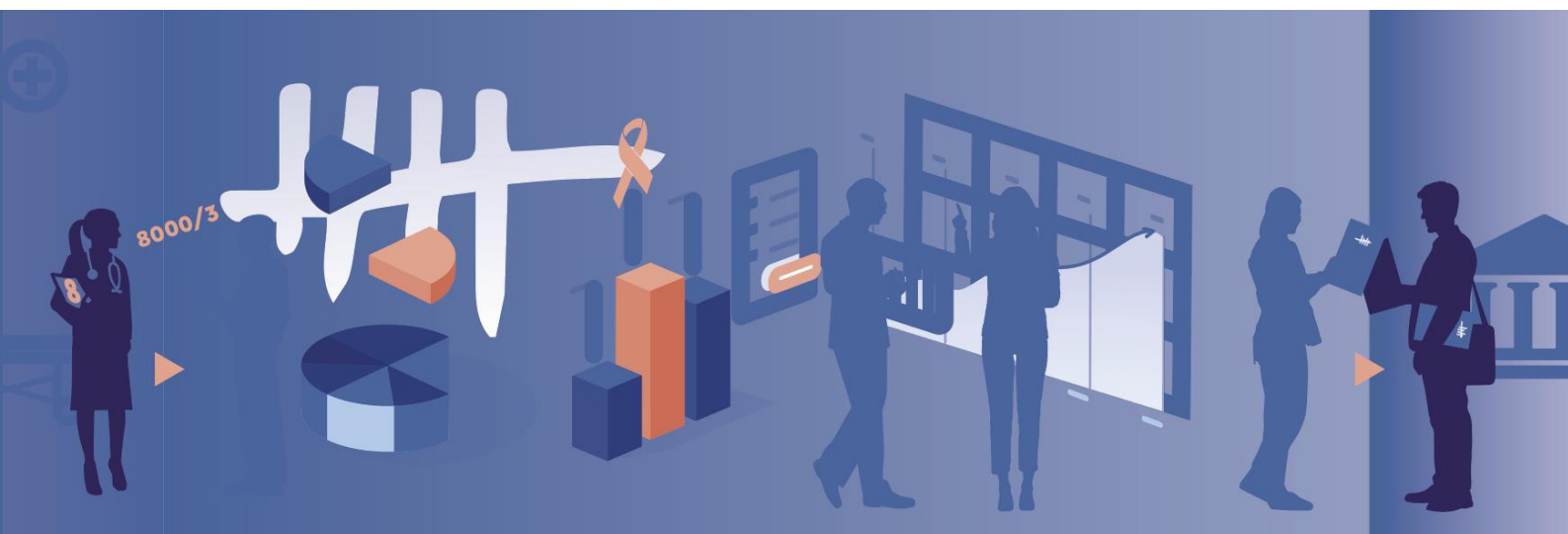


TABLE DES MATIÈRES

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	7
3.1	Population cible au dépistage et éligibilité	7
3.2	Taux de couverture (NOUVEAUTE)	8
3.3	Surdépistage.....	11
4.	Qualification du médecin qui effectue le prélèvement cervical.....	12
5.	Indicateurs d'évaluation concernant les résultats du dépistage et les diagnostics	13
5.1	Résultats des frottis de dépistage et les diagnostics cytologiques	13
5.2	Triage par un test HPV.....	14
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	15
5.4	Valeur prédictive positive, sensibilité et spécificité du test de dépistage (NOUVEAU)	18
6.	Indicateurs d'évaluation concernant le suivi et le traitement.....	19
6.1	Suivi médical dans les 12 mois après un dépistage anormal ou de qualité insuffisante	19
6.2	Evolution du suivi sur 36 mois (suivis cumulés) (NOUVEAU)	21
6.3	Résultats des diagnostics histologiques	21
7.	Conclusion et mise en perspective des résultats au regard des recommandations internationales (OMS-EU).....	23
8.	Références bibliographiques	25

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 à Bruxelles

À Bruxelles, le dépistage du cancer du col de l'utérus est un dépistage opportuniste, c'est-à-dire réalisé à l'initiative du médecin ou de la femme elle-même. Début 2025, de nouvelles recommandations sont 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].

La Fondation Registre du Cancer (Belgian Cancer Registry - BCR) est chargée 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).

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

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

À Bruxelles, en 2023, 53 nouveaux cas de cancer invasif et 628 cas de cancer in situ du col de l'utérus ont été enregistrés [5]. En 2022, 10 femmes en sont décédées [6]. Le cancer invasif du col de l'utérus est le 12ème cancer le plus fréquent chez les femmes à Bruxelles en 2023 et représente 1,9% des cancers chez les femmes. Environ 72% des cancers invasifs et plus de 96% 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 52 ans.

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

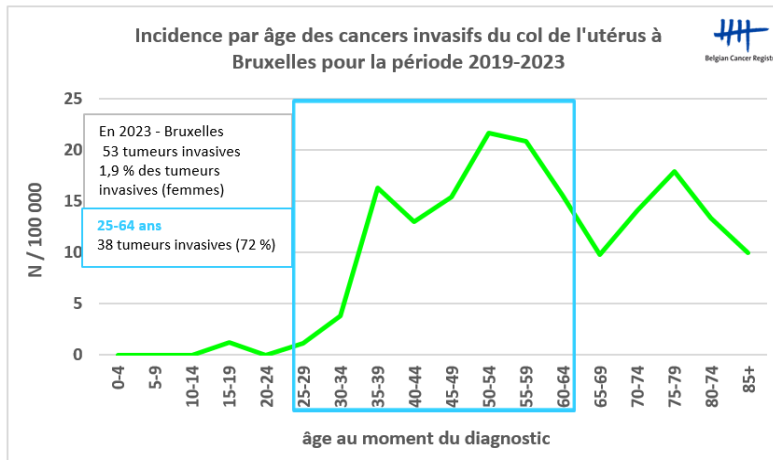
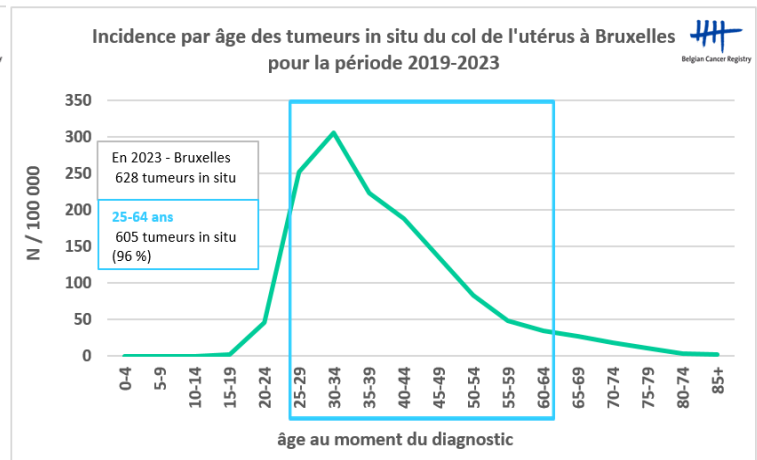
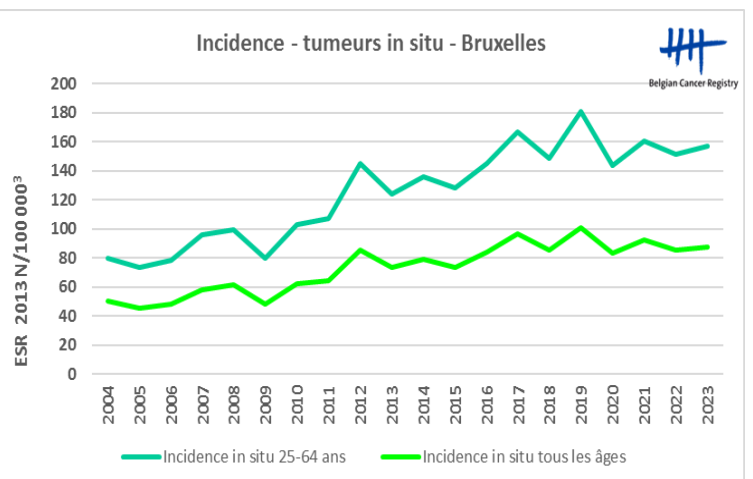
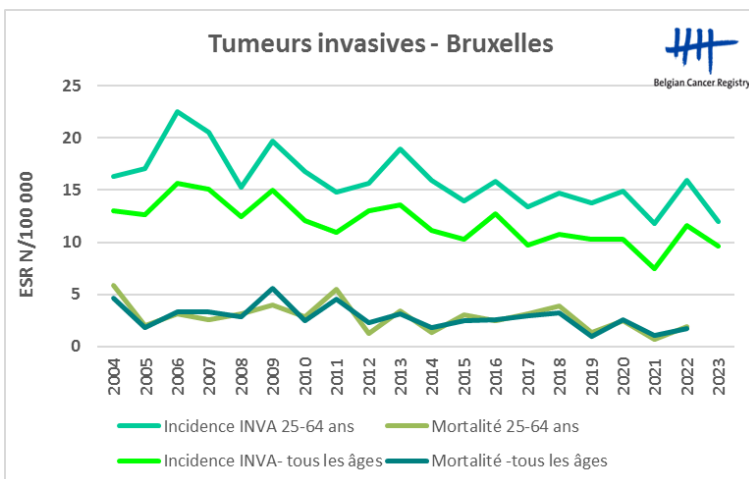
Années	Tumeurs invasives				Tumeurs in situ	
	Incidence		Mortalité (§)		Incidence	
	Tous les âges N (ESR) (*)	25-64 ans N (ESR) (*)	Tous les âges N (ESR) (*)	25-64 ans N (ESR) (*)	Tous les âges N (ESR) (*)	25-64 ans N (ESR) (*)
2004	64 (13,0)	41 (16,3)	22 (4,7)	14,0 (5,9)	289 (50,5)	244 (80,1)
2005	62 (12,6)	44 (17,1)	9 (1,8)	5,0 (2,0)	265 (45,2)	231 (73,6)
2006	78 (15,6)	58 (22,5)	16 (3,3)	7,0 (3,1)	279 (48,3)	242 (78,7)
2007	73 (15,1)	54 (20,5)	15 (3,3)	6,0 (2,6)	347 (58,1)	306 (96,1)
2008	62 (12,4)	41 (15,2)	15 (2,9)	8,0 (3,1)	373 (61,5)	325 (99,3)
2009	76 (14,9)	54 (19,7)	26 (5,6)	10,0 (4,0)	298 (48,4)	262 (79,6)
2010	62 (12,1)	46 (16,7)	12 (2,5)	7,0 (2,8)	393 (62,3)	346 (102,9)
2011	60 (11,0)	43 (14,8)	24 (4,6)	15,0 (5,5)	427 (64,7)	378 (107,4)
2012	67 (13,0)	45 (15,6)	11 (2,3)	4,0 (1,3)	573 (85,5)	520 (145,3)
2013	73 (13,6)	57 (18,9)	15 (3,2)	9,0 (3,4)	502 (73,7)	452 (124,1)
2014	59 (11,1)	46 (16,0)	10 (1,8)	4,0 (1,4)	540 (79,1)	496 (135,9)
2015	55 (10,3)	42 (13,9)	12 (2,5)	8,0 (3,0)	503 (73,6)	469 (128,2)
2016	68 (12,7)	48 (15,8)	13 (2,5)	7,0 (2,5)	584 (84,4)	539 (144,8)
2017	54 (9,7)	40 (13,4)	16 (2,9)	9,0 (3,2)	673 (96,7)	625 (166,8)
2018	59 (10,7)	45 (14,7)	17 (3,2)	11,0 (3,9)	599 (85,5)	560 (148,4)
2019	55 (10,3)	41 (13,8)	6 (1,0)	4,0 (1,4)	709 (100,8)	681 (180,8)
2020	58 (10,3)	46 (14,9)	14 (2,6)	7,0 (2,5)	580 (83,6)	542 (143,8)
2021	42 (7,4)	36 (11,8)	7 (1,1)	2,0 (0,7)	645 (92,2)	603 (160,4)
2022	64 (11,6)	49 (15,9)	10 (1,7)	6,0 (1,9)	600 (85,6)	572 (151,4)
2023	53 (9,6)	38 (12,0)	*	*	628 (87,5)	605 (157,2)

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 à Bruxelles 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 à Bruxelles 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 42 (en 2021) et 78 (en 2006) pour les femmes de tous les âges confondus et entre 36 (en 2021) et 58 (en 2006) 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 existe une diminution significative pour la période de 2004 à 2023 (Average Annual Percentage Change (AAPC) AAPC = -2,2*(-3,6 ; -0,8) pour tous les âges confondus et pour la tranche d'âge 25-64 ans AAPC = -2,0*(-3,2 ; -0,7)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 100 000 personnes-années [7]. Afin de pouvoir situer Bruxelles par rapport à cette norme, l'incidence standardisée pour la population mondiale (WSR) des tumeurs invasives du col de l'utérus à Bruxelles en 2023

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

a été calculée, elle est de 6,2 pour 100.000 personnes-année. Cette norme de l'OMS n'est pas encore atteinte à Bruxelles.

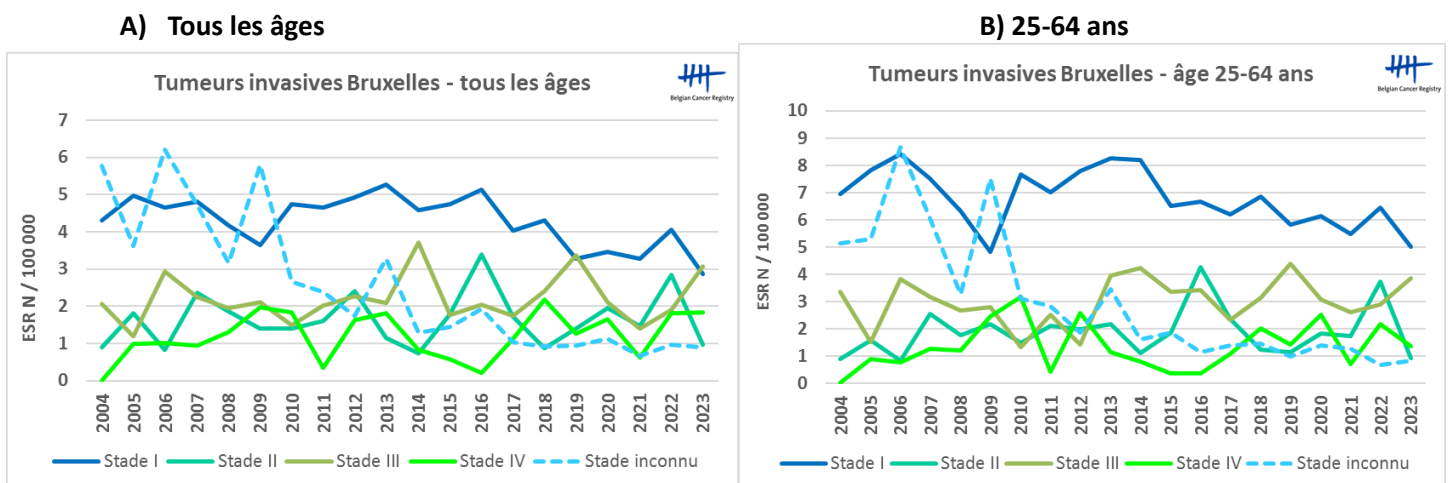
La mortalité par cancer invasif du col de l'utérus (en moyenne 14,2 décès/an) montre également une diminution significative au cours du temps AAPC = -4,6*(-8,1 ; -1,0).

Concernant les tumeurs in situ, une augmentation significative de l'incidence parmi les femmes de tous les âges confondus est observée entre 2004 et 2023 AAPC = 3,4*(0,0;4,9). Cette augmentation est surtout marquée entre 2004-2017 (APC = 5,4*) avant une légère diminution entre 2017 et 2023 (APC = -0,7). Parmi les femmes de 25-64 ans, cette augmentation est plus marquée AAPC = 4,0*(2,7;5,3) avec également une augmentation importante entre 2004 et 2017 (APC = 6,1*) avant une légère diminution entre 2017 et 2023 (APC = -0,3). 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 atteint un pic à 50-59 ans. Pour les tumeurs in situ, il augmente plus tôt que pour les tumeurs invasives (figures 1), à partir de l'âge de 20 ans et atteint un plafond entre 30-39 ans (jusqu'à 305,2/100 000 personnes).

Une incidence de tumeurs invasives qui diminue légèrement 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) à Bruxelles, par stade, femmes de tout âge (A) et femmes de 25-64 ans (B), période 2004-2023



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 diminution significative pour les femmes de tous les âges confondus AAPC = $-1,9^*(-3,4 ; -0,5)$ avec une diminution importante surtout à partir de 2015 : (APC 2004-2015 = 0,7 et APC 2015-2023 = $-5,4^*$). Pour les femmes de 25-64 ans AAPC 2004-2023 = $-1,4^*$ ($-2,6 ; -0,1$). Les tumeurs de **stade II** augmentent de manière non significative au cours du temps AAPC = 0,9($-3,0 ; 5,0$) pour tous les âges et chez les femmes de 25 à 64 ans AAPC = 1,4($-2,4 ; 5,2$). Les **stades III** augmentent également de manière non significative, avec respectivement AAPC = 0,9($-1,6 ; 3,4$) pour tous les âges et AAPC = 1,7($-1,5 ; 4,8$) pour les 25-64 ans. Pour l'incidence des **stades IV**, les tendances ne peuvent être calculées car il n'y a pas eu de cas pour au-moins une année. Au fil des ans, le nombre de tumeurs invasives de **stade inconnu** diminue de façon significative AAPC = $-10,6^*(-13,6 ; -7,6)$ pour tous les âges et AAPC = $-11,1^*(-13,2 ; -8,3)$ pour les femmes de 25 à 64 ans. Ces tumeurs étant donc reportées dans les différents stades identifiés. Ces variations se produisent de façon assez homogène.

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 à Bruxelles 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 à Bruxelles ou, pour les femmes dont le lieu de résidence n'est pas connu, dont l'échantillon cervical a été analysé par un laboratoire bruxellois.
- **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	343 594	344 433	351 268	355 025								
Population cible ayant réalisé un frottis cervical	88 067	86 702	86 592	89 130	25,6%	25,2%	24,7%	25,1%				
frottis cervical non-éligible au dépistage	35 548	35 172	35 268	34 680	10,3%	10,2%	10,0%	9,8%				
<i>Exclusions définitives*</i>	724	679	714	681	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%
<i>Exclusions temporaires**</i>	34 824	34 493	34 554	33 999	10,1%	10,0%	9,8%	9,6%	39,5%	39,8%	39,9%	38,1%
Population éligible ayant réalisé un frottis cervical	52 519	51 530	51 324	54 450	15,3%	15,0%	14,6%	15,3%	59,6%	59,4%	59,3%	61,1%

*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.

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).

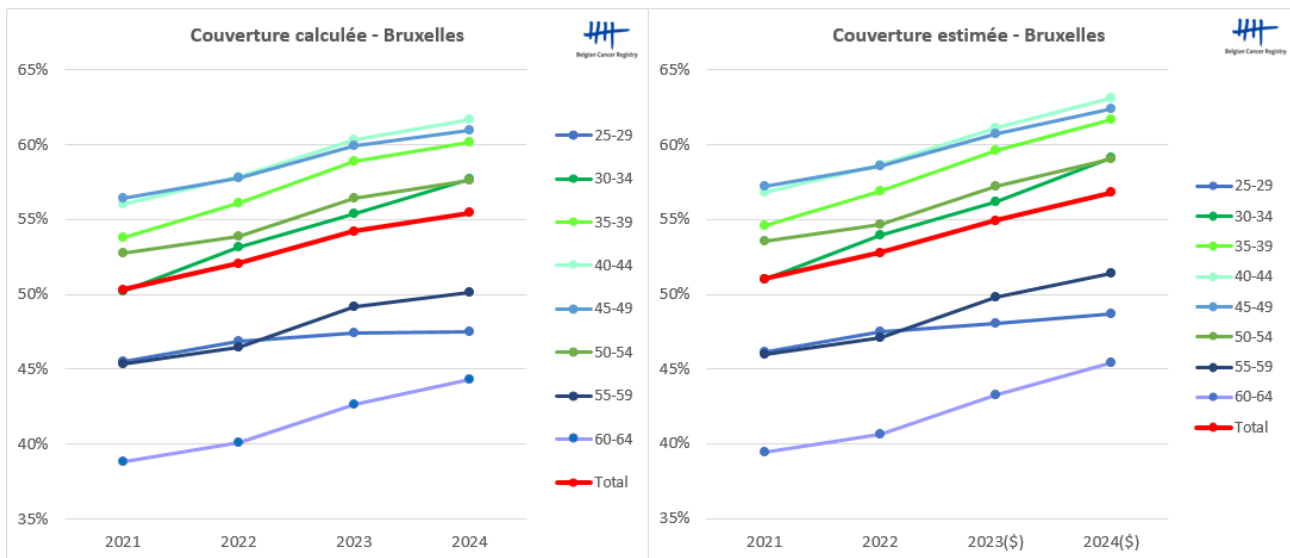
Les tables et figures ci-dessous présentent une couverture estimée en plus de la couverture calculée. Comme la couverture calculée est basée uniquement sur le CHP, cette estimation tient compte de l'exhaustivité du CHP afin de ne pas sous-estimer la couverture.

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 Inter-mutualiste (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	98,6%		98,6%		98,6%		97,5%	
Frottis de dépistage	98,8%		98,9%		99,1%		98,1%	
Frottis de suivi	97,1%		97,2%		96,7%		95,0%	
Taux de couverture	Calculée	Estimée	Calculée	Estimée	Calculée	Estimée	Calculée	Estimée
25-29 ans	45,5%	46,2%	46,8%	47,5%	47,4%	48,1%	47,5%	48,7%
30-34 ans	50,3%	51,0%	53,2%	53,9%	55,4%	56,1%	57,7%	59,1%
35-39 ans	53,8%	54,6%	56,1%	56,9%	58,9%	59,7%	60,2%	61,7%
40-44 ans	56,0%	56,9%	57,9%	58,7%	60,3%	61,1%	61,6%	63,2%
45-49 ans	56,4%	57,3%	57,8%	58,6%	59,9%	60,7%	60,9%	62,4%
50-54 ans	52,8%	53,5%	53,9%	54,6%	56,5%	57,2%	57,6%	59,0%
55-59 ans	45,3%	46,0%	46,5%	47,1%	49,2%	49,8%	50,1%	51,4%
60-64 ans	38,9%	39,4%	40,1%	40,7%	42,7%	43,2%	44,3%	45,4%
Total	50,3%	51,0%	52,1%	52,8%	54,2%	54,9%	55,4%	56,8%

(*) 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.

Figures 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 de 98,6% pour les années 2021 à 2023. Ce résultat est stable en comparaison au précédent rapport. L'exhaustivité pour 2024 est en diminution. 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 Bruxelles. 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 comprise entre 50,3% et 55,4% et semble en augmentation.

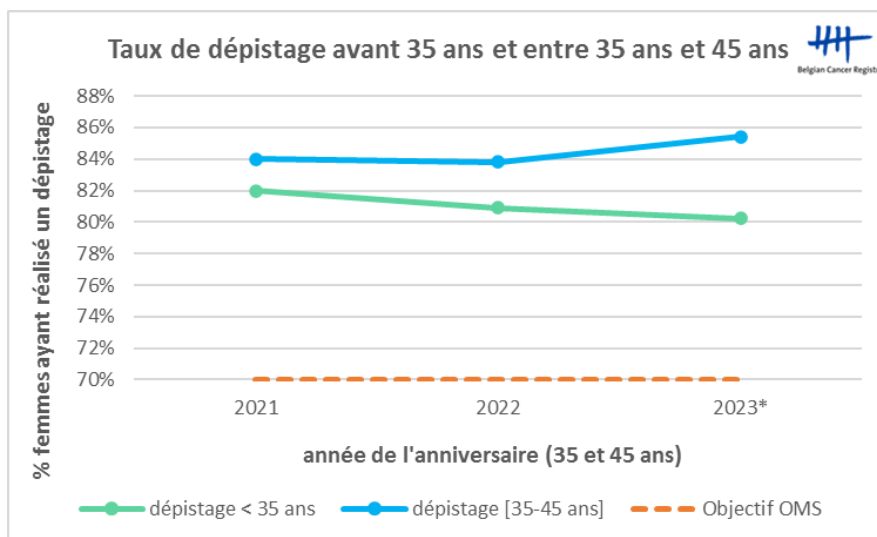
Le taux de couverture calculé est

- le plus élevé parmi les femmes âgées de 40-49 ans (entre 56% et 62%)
- en diminution avec l'âge : entre 39% et 44,5% parmi les femmes âgées de 60-64 ans.
- également moins élevée pour la tranche d'âge la plus jeune, 25-29 ans, de 45,5% à 47,5%. Ces femmes se font donc moins dépister.

Notons encore qu'une augmentation est visible dans toutes les catégories d'âges.

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 ans. Cet objectif est atteint : pour les années 2021 à 2023, 80,2% à 82% des femmes âgées de 35 ans avaient déjà réalisé au-moins un test de dépistage et 84% à 85,4% des femmes âgées de 45 ans avaient réalisé au-moins un test de dépistage depuis leur 35ème 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	67,9%	10,4%	21,7%	68,3%	10,9%	20,7%	70,1%	10,6%	19,2%	71,5%	10,2%	18,3%
30-34 ans	62,0%	11,0%	27,0%	62,0%	12,1%	25,9%	62,4%	12,1%	25,5%	64,8%	11,2%	23,9%
35-39 ans	60,4%	9,8%	29,8%	60,3%	11,2%	28,5%	61,5%	10,7%	27,8%	62,3%	10,3%	27,4%
40-44 ans	57,6%	9,1%	33,3%	57,9%	9,8%	32,3%	56,9%	10,0%	33,1%	59,3%	9,7%	31,0%
45-49 ans	55,5%	8,9%	35,6%	54,5%	10,1%	35,4%	52,9%	9,9%	37,2%	55,4%	9,7%	34,9%
50-54 ans	54,6%	9,4%	36,0%	54,4%	10,4%	35,2%	53,0%	10,5%	36,5%	54,6%	9,3%	36,1%
55-59 ans	56,0%	8,2%	35,8%	55,1%	9,7%	35,2%	54,7%	9,6%	35,6%	56,2%	9,2%	34,6%
60-64 ans	59,2%	8,4%	32,4%	58,8%	9,2%	32,0%	57,3%	10,1%	32,5%	59,0%	8,8%	32,2%
Total	59,6%	9,6%	30,8%	59,4%	10,6%	29,9%	59,3%	10,6%	30,2%	61,1%	10,0%	28,9%

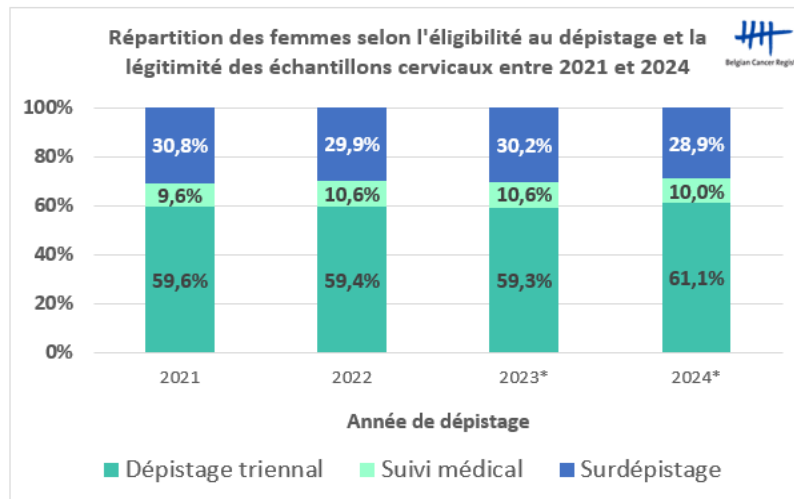
(\$) femmes éligibles au dépistage et ayant réalisé un frottis cervical = dépistage triennal

(£) 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 2020 et 2021 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

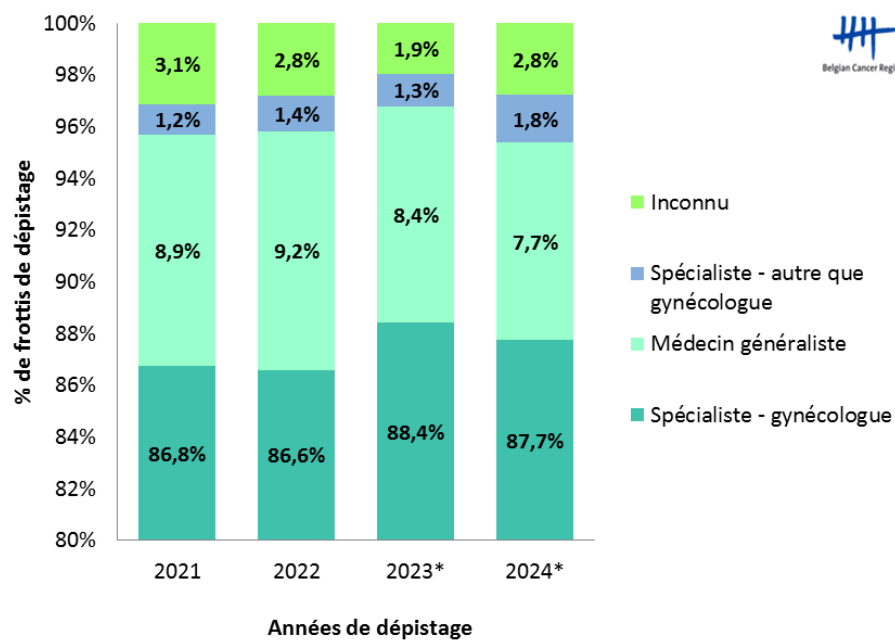
³ Frottis réalisé à intervalle de 3 ans ou plus

Entre 2021 et 2023, environ 59,5% 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 61%. Les chiffres des 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, il semble que le prélèvement n’était pas recommandé (légitime) pour environ 30% de ces femmes. Ces échantillons peuvent être considérés comme du surdépistage. En 2024, le pourcentage diminue à 29%, 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. Les tranches d’âge parmi lesquelles le pourcentage de surdépistage est le plus élevé se situent entre 45-59 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.

Figure7 : 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 87% ont été prélevés par des gynécologues, 8,5% par des médecins généralistes et 1,4% 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 - 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	41 129	89,18%	40 852	90,42%	40 629	89,86%	39 324	90,11%
	NODIAGN	8	0,02%	3	0,01%	4	0,01%	17	0,04%
	Total échantillons normaux	41 137	89,20%	40 855	90,43%	40 633	89,87%	39 341	90,15%
Anormal	ATYP	1 164	2,52%	706	1,56%	740	1,64%	628	1,44%
	INSU	343	0,74%	402	0,89%	565	1,25%	497	1,14%
	ASCU	2 073	4,50%	1 972	4,36%	2 023	4,47%	1 917	4,39%
	ASCH	132	0,29%	118	0,26%	150	0,33%	111	0,25%
	LSIL	993	2,15%	861	1,91%	912	2,02%	919	2,11%
	HSIL	175	0,38%	149	0,33%	96	0,21%	112	0,26%
	AGLC	94	0,20%	113	0,25%	91	0,20%	111	0,25%
	Autre	6	0,01%	2	0,00%	4	0,01%	5	0,01%
Total échantillons anormaux	3 816	8,27%	3 617	8,01%	3 841	8,50%	3 672	8,41%	
TOTAL	46 117	100,00%	45 178	100,00%	45 214	100,00%	43 641	100,00%	

(*) 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.

Environ 90% 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 8,3 % des frottis de dépistage ont un diagnostic anormal. Le diagnostic 'ASCU' est le diagnostic anormal le plus fréquent en 2021-2024 (environ 4,5%). On constate 2,5% de diagnostics 'ATYP' en 2021 mais ce chiffre semble en diminution au cours des années suivantes (< 2% entre 2022 et 2024). 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 triages par un test HPV effectués de manière appropriée ou non (sur base du diagnostic) sur les frottis de dépistage remboursés prélevés entre 2021 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 - 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 effectué	Test HPV effectué	Aucun test HPV effectué	Test HPV effectué	Aucun test HPV effectué	Test HPV effectué	Aucun test HPV effectué	Test HPV effectué
Test HPV recommandé (§)	4,6%	95,4%	3,9%	96,1%	5,8%	94,2%	5,0%	95,0%
Test HPV non recommandé (§)	93,8%	6,2%	93,4%	6,6%	92,5%	7,5%	89,0%	11,0%
Total	89,4%	10,6%	89,0%	11,0%	88,2%	11,8%	84,9%	15,1%

(§) 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% à 96% des échantillons entre 2021 et 2024. Un triage par un test HPV n'a donc pas été effectué pour 4% à 6% des frottis de dépistage alors que le test HPV était indiqué comme un suivi approprié. Les chiffres pour 2023 et 2024 pourraient être surestimés car la base de données AIM pour ces années est encore incomplète au moment des analyses de ce rapport.

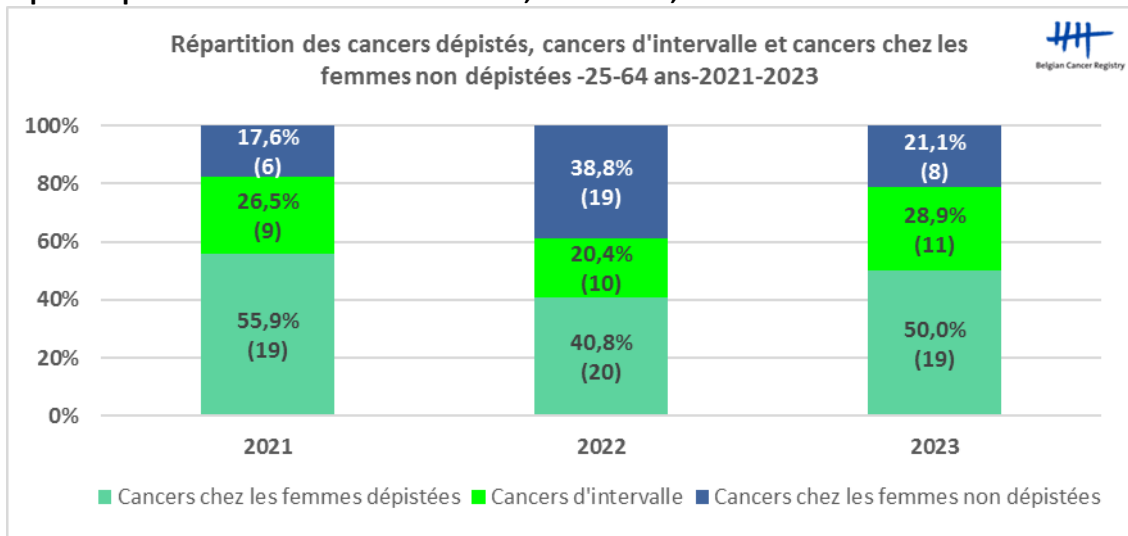
Un triage HPV est effectué pour 6,2% à 11% des frottis de dépistage pour lesquels aucune cellule atypique n'est retrouvée et pour lequel aucun triage par un test HPV n'est indiqué. Ce chiffre est en nette augmentation au cours de la période étudiée et est surtout marquée en 2024 (6% en 2021 à 11% en 2024). Cette augmentation 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 :

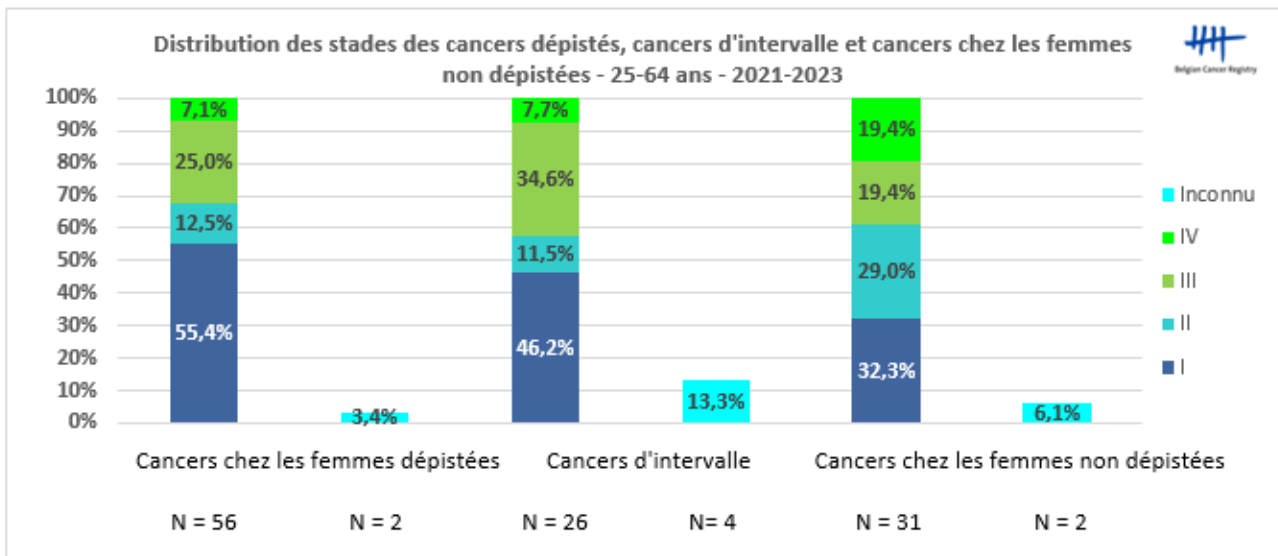
- **Cancer dépisté** : cancer diagnostiqué chez une femme ayant au-moins une cytologie réalisée plus de trois mois avant la date d'incidence.
- **Cancer d'intervalle** : cancer qui est diagnostiqué après un test de dépistage négatif et avant le dépistage suivant, c'est-à-dire dans l'intervalle recommandé 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, à Bruxelles, femmes de 25-64 ans



Pour la période 2021-2023, entre 41% et 56% des cancers sont diagnostiqués dans le cadre du dépistage ; 18% à 39% le sont auprès des femmes non dépistées et entre 20% et 29% 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 à Bruxelles, femmes de 25-64 ans, pour les années d'incidence 2021-2023

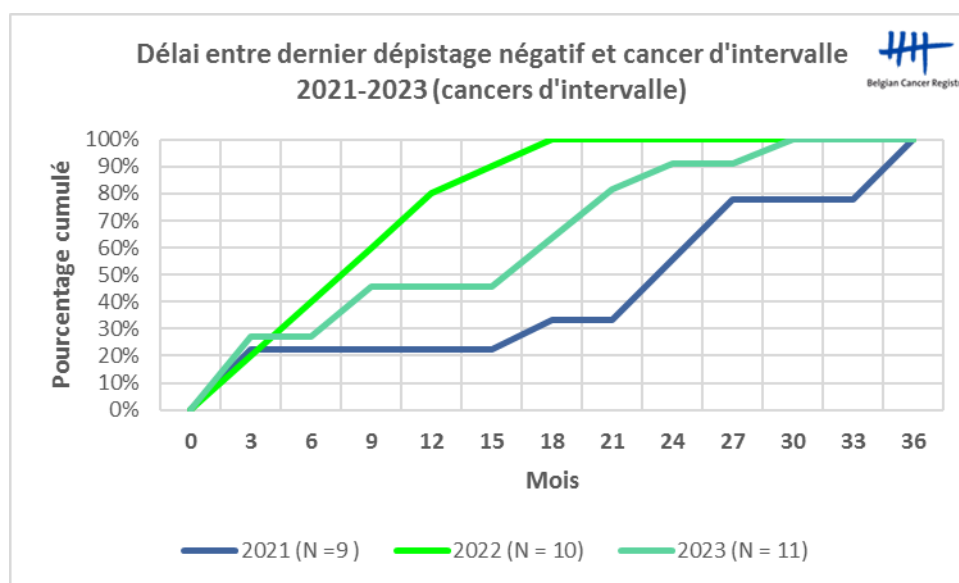


Parmi les tumeurs dont le stade est connu, les cancers dépistés sont détectés dans environ 55,4% des cas à un stade I et dans 67,9% des cas à un stade I ou II, offrant un meilleur pronostic. Les stades I ne représentent que 32,3% des cas chez les femmes non dépistées alors que les stades IV représentent à eux seuls 19,5% 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 46% contre 32% chez les femmes non dépistées. Les stades IV pour les cancers d'intervalle représentent également moins de la moitié de ceux diagnostiqués chez les femmes non dépistées.

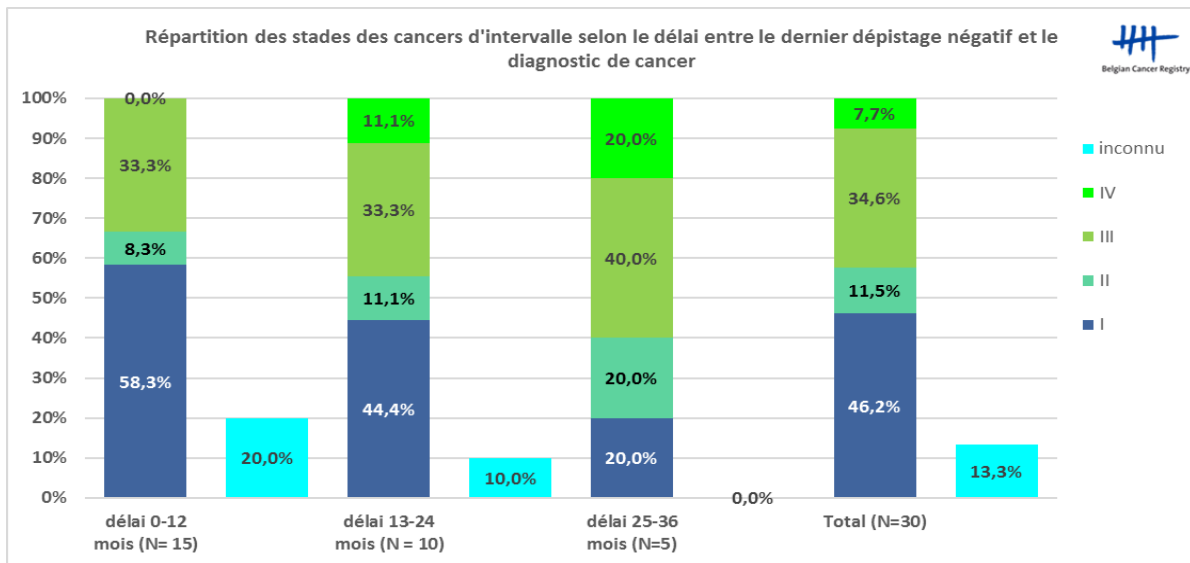
Tableau 8 et figure 10 : Répartition cumulative des cancers d'intervalle selon l'intervalle entre la date du dernier dépistage négatif et la date du diagnostic, par année d'incidence 2021-2023

Intervalle (mois)	2021 N = 9			2022 N = 10			2023 N = 11		
	N	%	% cumulé	N	%	% cumulé	N	%	% cumulé
0-3	2	22,2%	22,2%	2	20,0%	20,0%	3	27,3%	27,3%
4-6	0	0,0%	22,2%	2	20,0%	40,0%	0	0,0%	27,3%
7-9	0	0,0%	22,2%	2	20,0%	60,0%	2	18,2%	45,5%
10-12	0	0,0%	22,2%	2	20,0%	80,0%	0	0,0%	45,5%
13-15	0	0,0%	22,2%	1	10,0%	90,0%	0	0,0%	45,5%
16-18	1	11,1%	33,3%	1	10,0%	100,0%	2	18,2%	63,6%
19-21	0	0,0%	33,3%	0	0,0%	100,0%	2	18,2%	81,8%
22-24	2	22,2%	55,6%	0	0,0%	100,0%	1	9,1%	90,9%
25-27	2	22,2%	77,8%	0	0,0%	100,0%	0	0,0%	90,9%
28-30	0	0,0%	77,8%	0	0,0%	100,0%	1	9,1%	100,0%
31-33	0	0,0%	77,8%	0	0,0%	100,0%	0	0,0%	100,0%
34-36	2	22,2%	100,0%	0	0,0%	100,0%	0	0,0%	100,0%



En moyenne, sur les 3 années considérées, 50% des cancers d'intervalle sont diagnostiqués dans les 12 mois après le dernier dépistage négatif et plus de 80% 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 les différences dans la répartition des stades des cancers d'intervalle en fonction du délai entre le dernier dépistage négatif et le diagnostic. Les cancers de stade IV sont inexistantes en début de période (0-12 mois) et leur proportion est nettement plus élevée lorsque le diagnostic est posé dans un délai entre 25 et 36 mois après le dernier dépistage négatif. 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	74,6%	66,3%	70,1%
Sensibilité pour le dépistage des cancers invasifs	67,9%	66,7%	63,3%
Spécificité frottis (normal ou lésion de bas grade)	97,0%	97,0%	96,7%

(*) 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 66,3% à 74,6% des frottis (cytologie) 'HSIL'. Après avoir connu une diminution importante en 2022, la VPP semble à nouveau augmenter en 2023. Nous suivrons cette évolution.

La **sensibilité** du test (cytologie) a été analysée pour la détection des cancers invasifs. Elle est comprise entre 63,3% et 68% pour la période étudiée. Cela signifie que 63,3% à 68% 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 97%. 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 un 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 entre 2021 et 2023 dans le CHP, par diagnostic, par résultat du test HPV et par suivi ou non dans les 12 mois

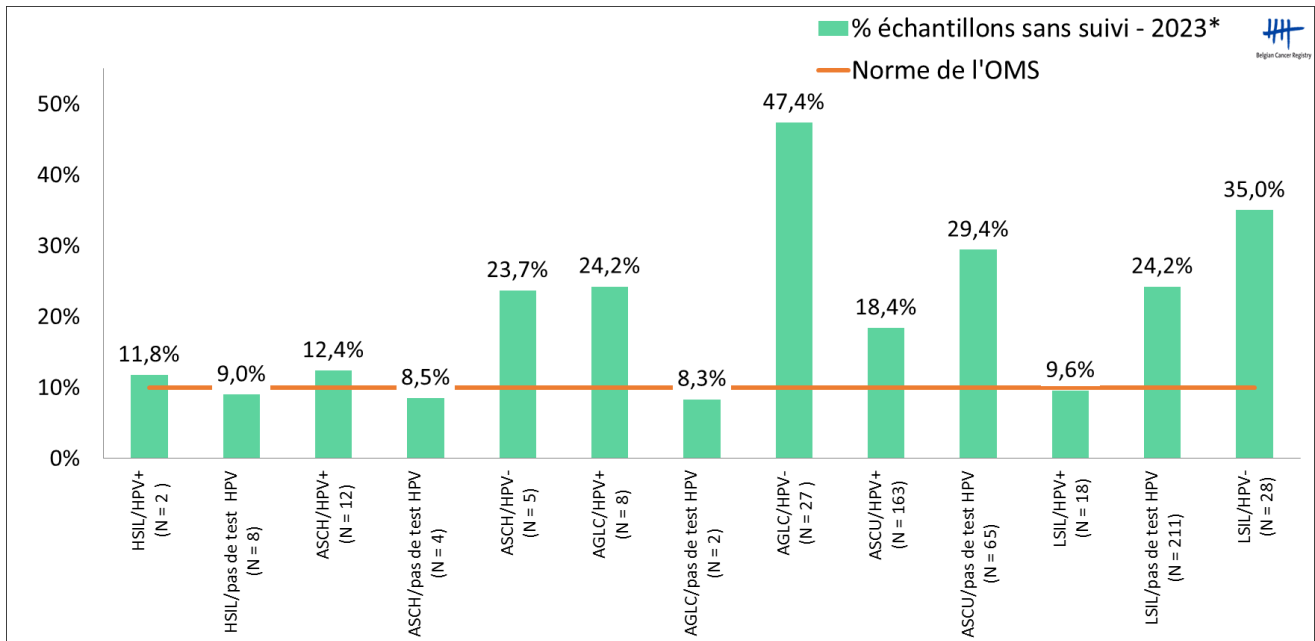
Diagnostic	Résultat du test HPV (**)	2021			2022			2023 (*)		
		Total échantillons	Suivi dans les 12 mois		Total échantillons	Suivi dans les 12 mois		Total échantillons	Suivi dans les 12 mois	
			Nombre	%		Nombre	%		Nombre	%
HSIL	HPV+	24	21	87,5%	23	22	95,7%	17	15	88,2%
HSIL	inconnu ou pas de test	187	165	88,2%	156	134	85,9%	89	81	91,0%
HSIL	HPV-	1	1	100,0%	6	5	83,3%	4	4	100,0%
ASCH	HPV+	106	94	88,7%	94	87	92,6%	97	85	87,6%
ASCH	inconnu ou pas de test	14	13	92,9%	8	7	87,5%	47	43	91,5%
ASCH	HPV-	56	45	80,4%	45	40	88,9%	38	29	76,3%
AGLC	HPV+	45	42	93,3%	50	44	88,0%	33	25	75,8%
AGLC	inconnu ou pas de test	25	17	68,0%	13	12	92,3%	24	22	91,7%
AGLC	HPV-	52	31	59,6%	69	44	63,8%	57	30	52,6%
ASCU	HPV+	899	762	84,8%	842	702	83,4%	886	723	81,6%
ASCU	inconnu ou pas de test	300	219	73,0%	279	204	73,1%	221	156	70,6%
LSIL	HPV+	184	156	84,8%	177	151	85,3%	188	170	90,4%
LSIL	inconnu ou pas de test	1 045	804	76,9%	869	675	77,7%	871	660	75,8%
LSIL	HPV-	88	62	70,5%	67	39	58,2%	80	52	65,0%
Inconnu	HPV+	3	2	66,7%	-	-	NA	1	1	100,0%
INSU (\$)	NA	386	196	50,8%	448	254	56,7%	609	339	55,7%
Total (INSU inclus)		3 415	2 630	77,0%	3 146	2 420	76,9%	3 262	2 435	74,6%
Total (INSU exclus)		3 029	2 434	80,4%	2 698	2 166	80,3%	2 653	2 096	79,0%

*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. Les chiffres pour 2021 et 2022 sont définitifs.

**Test HPV sur le frottis de dépistage lui-même. 'Inconnu ou pas de test HPV' : si le test HPV n'est pas effectué ou si le résultat est inconnu. Pour les lésions mentionnées dans le tableau 7 (à l'exclusion des échantillons de qualité insuffisante), l'exhaustivité des résultats HPV pour les années 2021, 2022 et 2023 est de 98,5 %, 97,9 % et 98,7 %, 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 les années 2023-2024

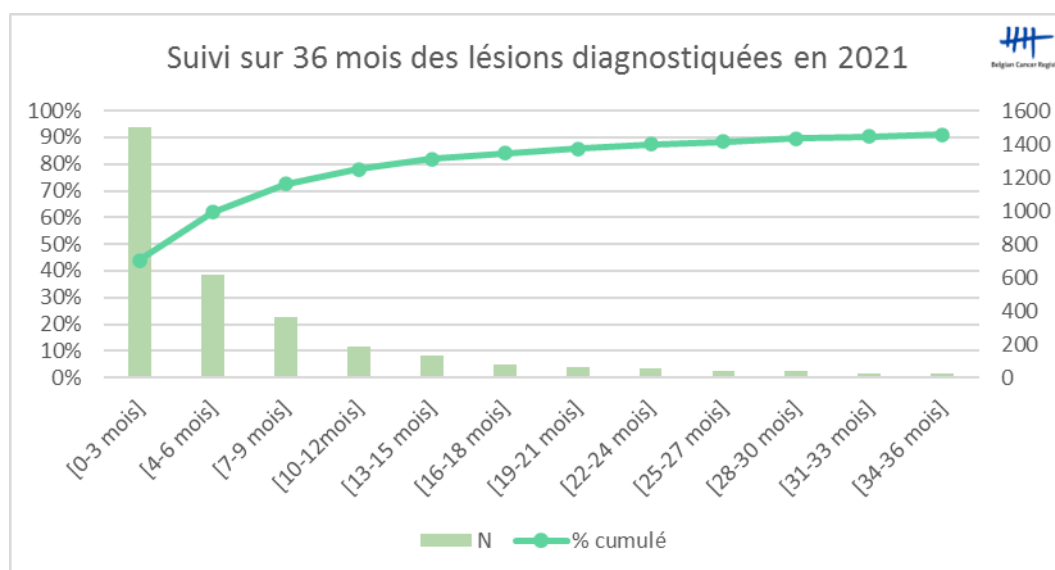
Pour les frottis de dépistage anormaux, sans les frottis de qualité insuffisante, il y a eu un examen de suivi dans les 12 mois dans environ 80% des cas. Ces pourcentages sont inférieurs à la norme recommandée par l'OMS qui indique qu'il devrait y avoir un taux de suivi de 90 % si des anomalies sont trouvées [7]. Le taux de suivi des échantillons de qualité insuffisante ('INSU') fluctue au cours de la période (entre 50,8% et 56,7%). Le suivi pour ces échantillons de qualité insuffisante devrait donc également 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.

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 62% 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% des femmes ont bénéficié d'un suivi. Le suivi est donc à améliorer.

6.3 Résultats des diagnostics histologiques

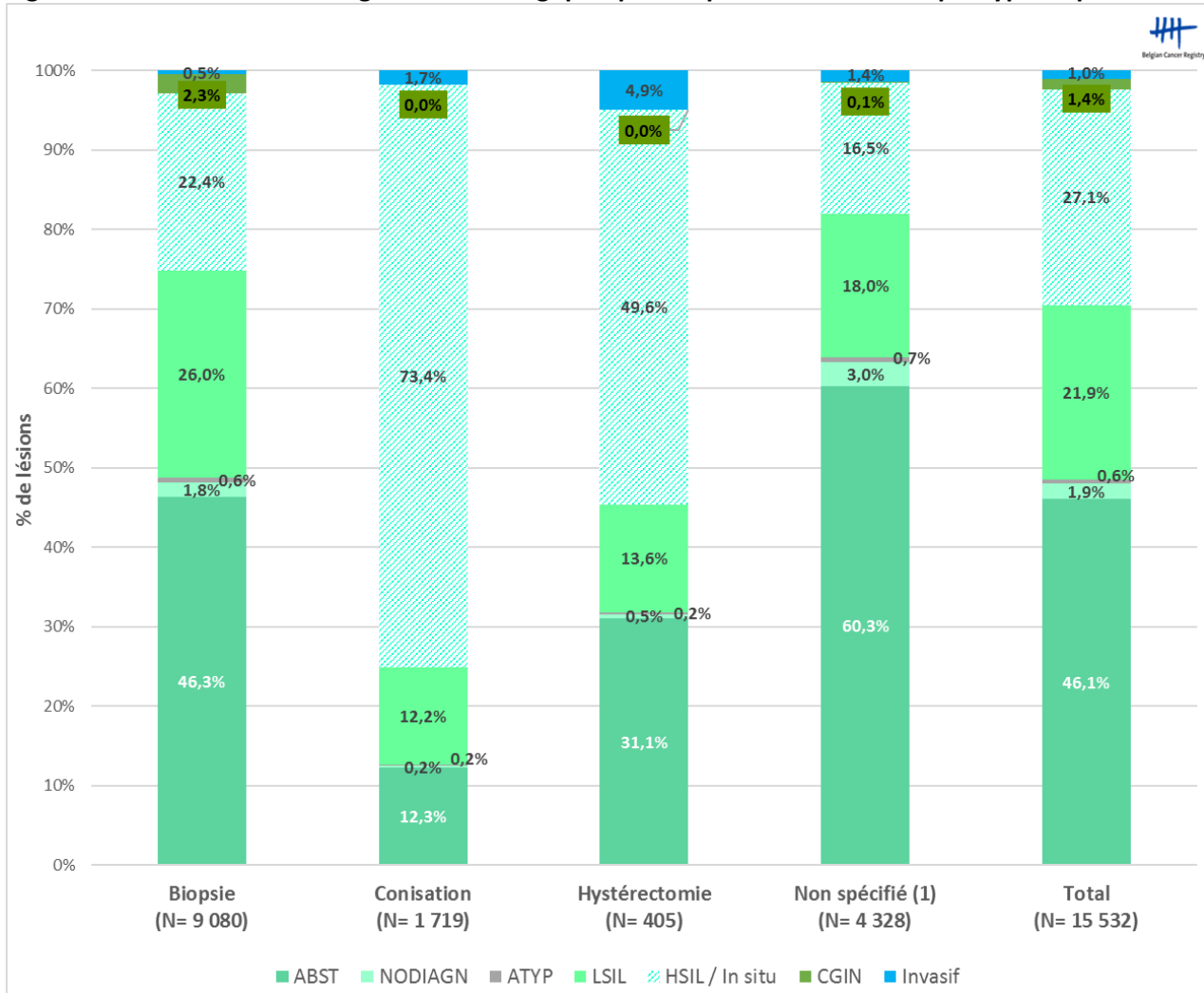
Tableau 11 : Signification des catégories de diagnostics histologiques pour les échantillons cervicaux [13]

Diagnostic histologique	Signification
ABST	Pas de dysplasie, ni tumeur
NODIAGN	Pas de diagnostic
ATYP	Atypie, de signification indéterminée
LSIL = CIN1	Dysplasie légère (CIN1)
CGIN	Dysplasie glandulaire endocervicale (inclus combinaison de CGIN et LSIL ou HSIL)
HSIL	Dysplasie modérée (CIN2) + Dysplasie de haut grade /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-spécifié » = 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 (*) 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, 46,3% des échantillons histologiques ont un diagnostic normal (‘ABST’), 26% ont un diagnostic de bas grade (‘LSIL’), 22,4% ont un diagnostic de haut grade (‘HSIL’ et ‘ADIS’) et 0,5% un diagnostic de lésion invasive. Parmi les conisations, le pourcentage de diagnostic normal (‘ABST’) est inférieur mais il s’élève tout de même à 12,3%. Le même constat se fait pour le pourcentage de ‘LSIL’ qui est de 12,2%. 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 largement supérieurs à ceux parmi les biopsies et s’élèvent respectivement à 73,4% et 1,7%. Pour les hystérectomies, le pourcentage de diagnostic ‘Invasif’ est le plus haut, soit 4,9%. Par contre, le pourcentage de ‘ABST’ est de 31%. Ce pourcentage, assez élevé, s’explique par le fait qu’une hystérectomie peut être effectuée pour d’autres raisons médicales que pour un cancer.

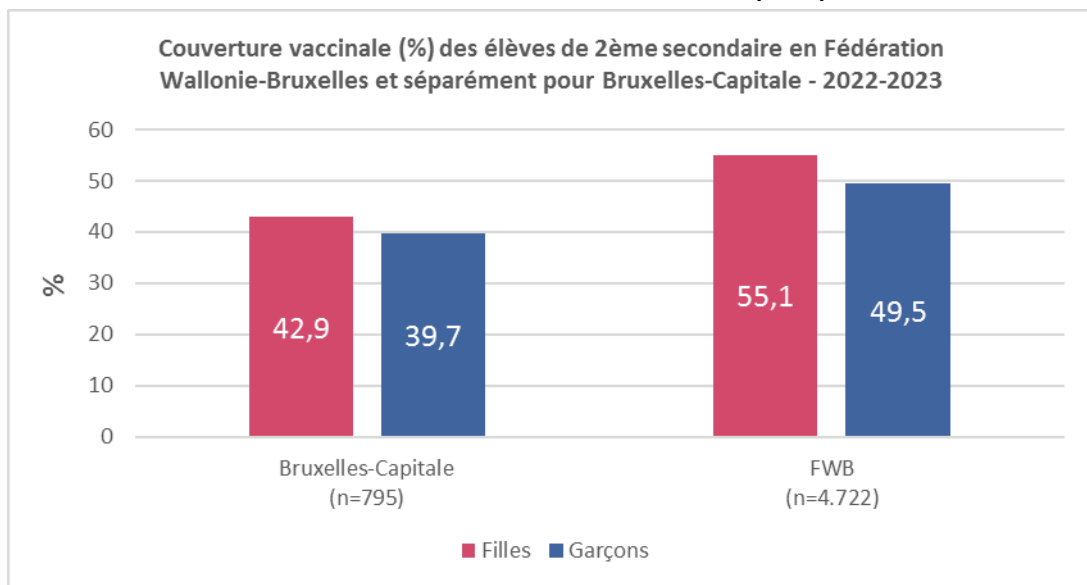
7. Conclusion et mise en perspective des résultats au regard des recommandations internationales (OMS-EU)

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 à Bruxelles est, en 2023, de 6,2/100 000 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]. Notons toutefois que Bruxelles présente un taux de couverture vaccinale inférieur à celui de la Fédération Wallonie-Bruxelles [17].

Figure 15 : Couverture vaccinale en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB)



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-e-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 : 81% des femmes de 35 ans ont déjà été dépistées et 84,5% 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 77% en 2021 et 2022 et de 74,6% en 2023, ce qui est donc globalement insuffisant. Le taux de suivi des échantillons de qualité insuffisante ('INSU') est de 50,8% en 2021, 56,7% en 2022 et 55,7% 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 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 2022, 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, Gerkens 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/communiqué-presse-04-mars-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