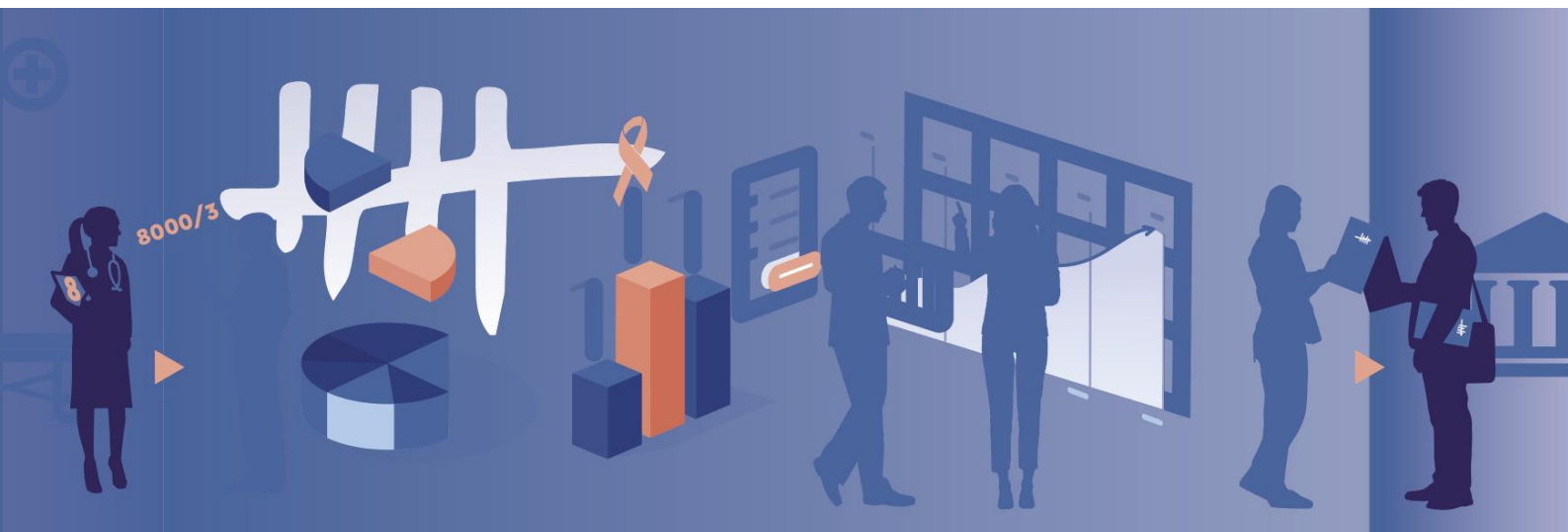


# Evaluation du dépistage du cancer du col de l'utérus à Bruxelles - années de dépistage 2019-2022

## INDICATEURS D'ÉVALUATION



## TABLE DES MATIERES

1. Introduction .....	3
2. Incidence et mortalité du cancer du col de l'utérus.....	4
3. Population étudiée .....	9
4. Exhaustivité des données livrées par les laboratoires bruxellois .....	10
5. Taux de couverture .....	11
6. Distribution et stade au moment du diagnostic des cancers dépistés, des cancers d'intervalle et des cancers parmi les femmes non dépistées (NOUVEAU).....	14
7. Surdépistage .....	16
8. Qualification du médecin qui effectue le prélèvement cervical.....	19
9. Résultats des frottis de dépistage et les diagnostics cytologiques.....	22
10. Triage par un test HPV .....	23
11. Suivi médical suite à un dépistage anormal ou de qualité insuffisante .....	25
12. Résultats des diagnostics histologiques .....	28
13. Les résultats au regard des recommandations internationales (OMS-EU) .....	31
14. Références bibliographiques .....	33

## 1. Introduction

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

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

Toutes les femmes belges ont la possibilité de se faire dépister pour le cancer du col de l'utérus tous les 3 ans par le biais d'un frottis de dépistage entièrement remboursé. À Bruxelles, le dépistage du cancer du col de l'utérus se déroule actuellement de manière opportuniste, c'est-à-dire à l'initiative du médecin ou de la femme elle-même.

Le présent rapport constitue le deuxième rapport élaboré par la Fondation Registre du Cancer (Belgian Cancer Registry-BCR) pour évaluer le dépistage opportuniste du cancer du col de l'utérus à Bruxelles.

D'autres analyses relatives aux données cervicales pourront être retrouvées dans les rapports de feedback aux laboratoires d'anatomie pathologique. Ces rapports sont élaborés par le BCR à la demande de la Commission Communautaire Commune (COCOM) et permettent à chaque laboratoire bruxellois, par le biais du benchmarking, de situer ses résultats par rapport à ceux des autres laboratoires bruxellois et belges. Ceci permet d'améliorer la qualité des données livrées par les laboratoires, qui constituent le registre cyto-histopathologique (CHP) sur lesquelles se basent nos analyses. Le rapport concernant les échantillons des années de dépistage 2020 à 2022 a été envoyé début 2024 aux laboratoires bruxellois ayant fourni les données sur les échantillons cervicaux au BCR (voir Annexe 2 du document 'Méthodologie'). Un rapport général et anonymisé est également transmis à la COCOM et au Cabinet du Ministre bruxellois en charge de la Santé. Ces rapports évaluent la qualité des données livrées selon plusieurs critères : la ponctualité de livraison des données, l'exhaustivité des données, la qualité de l'analyse des échantillons cervicaux, le triage HPV ainsi que les résultats HPV des lésions atypiques.

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

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

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

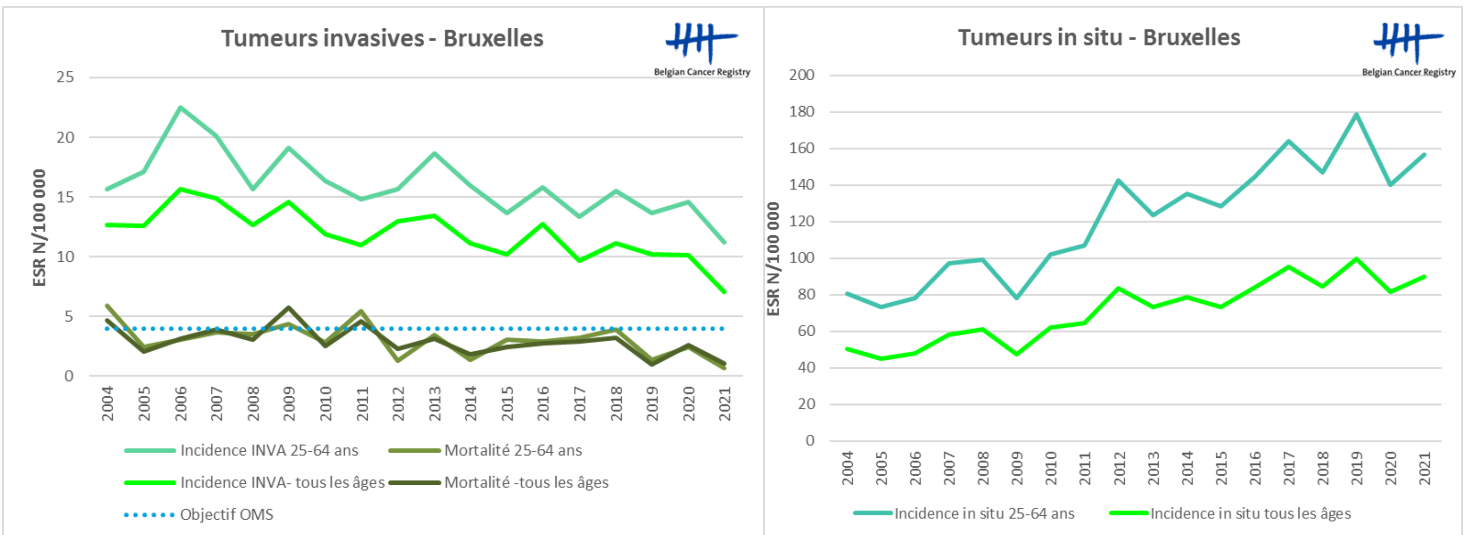
Années	Tumeurs invasives				Tumeurs in situ				Mortalité (§)			
	Tous les âges		25-64 ans		Tous les âges		25-64 ans		Tous les âges		25-64 ans	
	N	ESR	N	ESR	N	ESR	N	ESR	N	ESR	N	ESR
2004	62	12,7	39	15,7	289	50,5	245	80,5	22	4,7	14	5,9
2005	62	12,6	44	17,1	264	45,0	230	73,4	10	2,0	6	2,4
2006	78	15,6	58	22,5	277	48,0	240	78,1	15	3,1	7	3,1
2007	72	14,9	53	20,1	348	58,5	309	97,5	18	3,9	9	3,7
2008	63	12,6	42	15,6	371	61,2	324	99,0	16	3,1	9	3,5
2009	74	14,6	52	19,1	293	47,6	258	78,3	27	5,8	11	4,4
2010	61	11,9	45	16,4	393	62,1	344	102,0	12	2,5	7	2,8
2011	60	11,0	43	14,8	425	64,4	376	106,9	24	4,6	15	5,5
2012	67	13,0	45	15,6	562	83,8	510	142,4	11	2,3	4	1,3
2013	72	13,4	56	18,6	500	73,5	450	123,5	15	3,2	9	3,4
2014	59	11,1	46	16,0	538	78,7	495	135,4	10	1,8	4	1,4
2015	54	10,2	41	13,7	502	73,5	469	128,3	12	2,5	8	3,0
2016	68	12,7	48	15,8	582	84,0	539	144,8	14	2,7	8	2,9
2017	54	9,7	40	13,4	665	95,3	617	164,1	16	2,9	9	3,2
2018	61	11,1	47	15,5	592	84,4	556	147,2	17	3,2	11	3,9
2019	55	10,2	41	13,7	703	99,8	675	178,9	6	1,0	4	1,4
2020	57	10,1	45	14,6	567	81,7	528	139,9	14	2,6	7	2,5
2021	40	7,1	34	11,2	630	90,0	589	156,6	7	1,1	2	0,7

N : Nombre

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

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

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



Concernant les tumeurs invasives, au cours des années 2004 jusqu'à 2021 le nombre de nouveaux cas par an fluctue entre 40 (en 2021) et 78 (en 2006) pour les femmes tous les âges confondus et entre 34 (en 2021) et 58 (en 2006) pour la tranche d'âge 25-64 ans. En 2021, nous constatons une chute dans le nombre de cas de tumeurs invasives ainsi qu'une chute du nombre de décès. Ces données proviennent de 2 bases de données différentes qui ont été vérifiées et cela ne témoigne donc pas d'un problème d'enregistrement. Ces résultats seront toutefois suivis par la suite. De plus, les petits nombres peuvent entraîner de manière aléatoire de la variabilité dans l'évolution de l'incidence au cours du temps mais l'incidence diminue légèrement (Estimated Annual Percentage Change (EAPC) de -2,6% [IC95% : -3,8% : -1,5%] pour tous les âges confondus et EAPC de -2,1% [IC95% : -3,2% : -1,0%] pour la tranche d'âge 25-64 ans).

En mai 2018, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a lancé un appel à l'action pour éliminer le cancer du col de l'utérus, tous les pays doivent atteindre et maintenir un taux d'incidence inférieur à 4 nouveaux cas pour 100 000 personnes-années. Afin de pouvoir situer 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 2021 a été calculée, elle est de 4,9 pour 100.000 personnes-année, cette norme de l'OMS n'est pas encore atteinte à Bruxelles même si pour l'année 2021, nous nous en approchons fortement.

La mortalité par cancer invasif du col de l'utérus (en moyenne 15 décès/an) montre une diminution significative au cours du temps (EAPC de -4,7%, [-8,2% : -1,0%]).

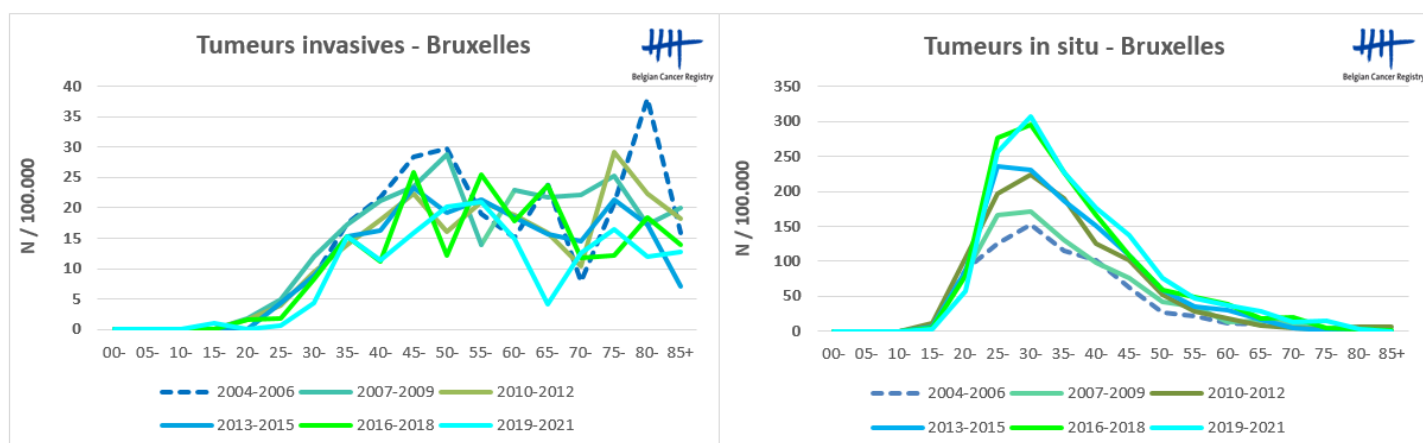
Concernant les tumeurs in situ, une augmentation significative de l'incidence parmi les femmes tous les âges confondus est observée entre 2006 et 2019 (incidence standardisée ESR en 2006 de 48,0/100 000 en comparaison à 99,8/100 000 personnes-années en 2019, ce qui correspond respectivement à 277 cas en 2006 et 703 cas en 2019). En 2020, nous observons une diminution des tumeurs in situ avec 567 cas pour tous les âges (incidence standardisée de 81,7/100.000 personnes-années) dont 528 cas pour les 25-64 ans (139,9/100.000 personnes-années) avant une nouvelle augmentation en 2021 (630 nouveaux cas soit une incidence standardisée de 101,5 pour 100.000 personnes-années pour tous les âges dont 589 cas pour les 25-64 ans soit 156,6/100.000 personnes-années). La diminution du nombre de tumeurs in situ en 2020 est probablement une conséquence de la pandémie COVID et de l'impact sur l'accès aux services de santé.—La

forte augmentation des tumeurs in situ peut s'expliquer en partie par une amélioration de la détection précoce, à un surdiagnostic ou à une augmentation réelle de l'incidence. L'augmentation peut également être attribuée en partie à un meilleur enregistrement et à des modifications des directives de l'OMS concernant l'enregistrement des lésions intra-épithéliales avec dysplasie modérée et sévère [5-7]. Une incidence de tumeurs invasives en légère diminution combinée à une incidence de tumeurs in situ qui augmente pourrait traduire un effet du dépistage [8-13].

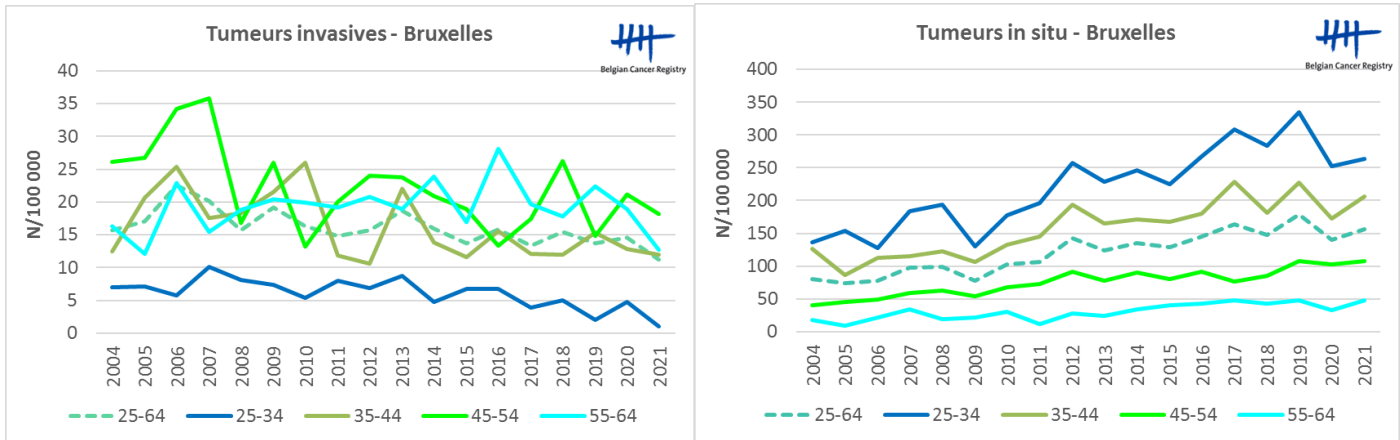
**Tableau 2 : Évolution de l'incidence par âge des tumeurs cervicales invasives et in situ à Bruxelles au cours des six périodes d'incidences 2004-2006, 2007-2009, 2010-2012, 2013-2015, 2016-2018, 2019-2021**

Tumeurs invasives																		
Périodes	00-	05-	10-	15-	20-	25-	30-	35-	40-	45-	50-	55-	60-	65-	70-	75-	80-	85+
2004-2006	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5	8,6	17,4	21,7	28,4	29,7	19,0	15,1	23,9	7,8	20,8	38,0	15,8
2007-2009	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	4,9	11,9	17,3	21,1	23,6	28,8	14,0	22,9	21,8	22,0	25,3	17,3	19,9
2010-2012	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	3,9	9,3	13,9	18,1	22,3	16,0	21,1	18,8	15,8	10,5	29,2	22,3	18,2
2013-2015	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,4	8,9	15,3	16,2	23,3	19,1	21,3	18,4	15,7	14,5	21,4	17,2	7,1
2016-2018	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	1,9	8,3	15,3	11,1	25,9	12,2	25,5	17,8	23,7	11,8	12,2	18,4	14,0
2019-2021	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,6	4,4	15,3	11,4	15,9	20,1	20,9	14,8	4,1	12,5	16,5	12,0	12,7
Tumeurs in situ																		
Périodes	00-	05-	10-	15-	20-	25-	30-	35-	40-	45-	50-	55-	60-	65-	70-	75-	80-	85+
2004-2006	0,0	0,0	0,0	4,8	87,9	126,0	152,1	115,8	101,0	63,0	27,5	21,4	10,6	9,6	10,9	3,2	1,8	2,3
2007-2009	0,0	0,0	0,0	8,1	83,0	165,9	171,6	131,1	98,1	75,7	41,6	35,0	13,4	15,1	11,9	3,4	5,8	2,0
2010-2012	0,0	0,0	0,0	11,3	104,2	197,3	223,4	190,3	124,9	102,3	53,0	28,8	17,5	7,9	5,3	3,7	6,1	5,5
2013-2015	0,0	0,0	0,0	5,5	85,9	236,3	230,3	186,0	150,3	107,6	58,4	35,2	30,6	17,1	5,4	1,9	2,1	0,0
2016-2018	0,0	0,0	0,0	4,3	79,9	276,4	295,1	227,4	165,6	108,7	59,2	48,9	39,2	18,1	20,2	4,1	2,3	1,8
2019-2021	0,0	0,0	0,0	3,1	58,1	257,2	308,1	227,1	176,5	136,5	75,9	47,8	37,6	28,8	12,5	14,4	2,4	0,0

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



(B)



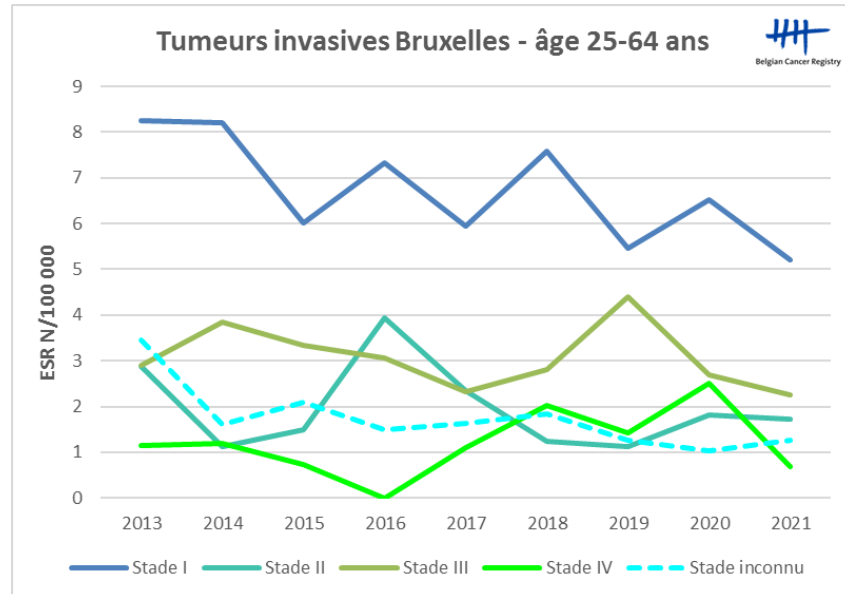
Pour les tumeurs invasives, entre 2004-2015 l'incidence augmente doucement à partir de 25 ans (4/100 000 personnes-années) pour atteindre un pic entre 40-49 ans (environ 20 à 30/100 000 personnes-années) (Figure 2A). A partir de 50 ans, l'incidence diminue faiblement avec un nouveau pic autour des 75 ans (près de 30/100 000 personnes-années) pour ensuite rester à un taux de 15-20/100 000 personnes-années à 85 ans et plus. Toutefois, dans les périodes les plus récentes 2016-2021, l'incidence semble augmenter plus lentement (seulement 1,2/100 000 personnes-années à partir de 25 ans) et le pic d'incidence tombe plus tard, entre 45-54 ans et est moins important (20 à 25 personnes-années). La recrudescence autour des 75 ans est également nettement moins marquée.

Tandis que pour les tumeurs in situ, l'incidence augmente plus tôt, à partir de l'âge de 20 ans et atteint un plafond entre 30-34 ans. Le pic de l'incidence des tumeurs in situ reste autour des 30 ans au cours la période 2004-2021 mais l'incidence augmente (152 à 308/100 000 personnes-années entre 2004 et 2021) (Figure 2A).

Sur les figures 2B, nous pouvons voir que pour les tumeurs invasives, l'incidence est la plus élevée pour les 45-64 ans tandis que pour les tumeurs in situ ce sont les 25-44 qui présentent la plus forte incidence. Pour les 25-34 ans, il semble y avoir une légère diminution progressive de l'incidence des tumeurs invasives. Pour les autres catégories d'âge, il n'y a pas de véritable tendance de l'incidence au cours du temps. Il n'y a pas de véritable tendance pour les tumeurs invasives observée entre les différentes tranches d'âge. Pour les tumeurs in situ, l'augmentation de l'incidence s'observe pour toutes les tranches d'âge en étant plus marquée pour les femmes de moins de 45 ans.

Pour l'année d'incidence 2020, année de la pandémie COVID-19, une diminution de l'incidence est observée pour les tumeurs in situ, à travers toutes les tranches d'âge. Cette diminution n'est par contre pas observée pour les tumeurs invasives. Un impact de la pandémie ne peut être exclu pour les tumeurs in situ : les soins non-urgents ont été reportés et des examens de suivi ont également pu être retardés après un dépistage anormal en raison du contexte de cette pandémie.

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



La Figure 3 montre qu'au fil des ans, le nombre de tumeurs invasives de stade inconnu diminue – ces tumeurs étant donc reportées dans les différents stades identifiés.

Les tumeurs de stade I sont en diminution, passant de 8,3 à 5,2/100 000 personnes-années. Les tumeurs de stade II (entre 2,9/100 000 personnes-années et 1,7/100 000 personnes-années) et de stade III (entre 2,9/100 000 personnes-années et 2,3/100 000 personnes-années) sont assez stables après un pic respectivement en 2016 et 2019. Ces chiffres sont toutefois à interpréter avec prudence étant donné les petits nombres.

Quant aux stades IV, leur évolution est très labile et peut être influencée par les petits nombres représentés (2,51 à 0,7/100.000 personnes-années au cours de la période) ; les variations doivent donc être analysées avec prudence.



### 3. Population étudiée

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

- **La population cible complète** est composée de toutes les femmes résidant à Bruxelles qui sont âgées de 25 à 64 ans lors de l'année de dépistage concernée. Ces données proviennent de Statbel (Direction Générale Statistique – Statistics Belgium <https://statbel.fgov.be/fr> )
- **Femmes issues de la population cible complète ayant réalisé un frottis cervical** est composée des femmes issues de la population cible complète ayant réalisé un frottis cervical. Il s'agit donc des femmes de 25-64 ans qui ont un échantillon cervical analysé par un laboratoire 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) si :
      - Prélèvement d'un échantillon cervical ou cancer in situ au cours des deux années précédant l'année de dépistage analysée.
    - Exclusion définitive si :
      - Ablation du col de l'utérus ou hystérectomie.
      - Cancer invasif de l'utérus et du col de l'utérus.
  - Pour plus de détails : voir le document 'Méthodologie'.

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

	Nombres				% (dénominateur : population cible complète)				% (dénominateur : population cible ayant réalisé un frottis cervical)			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
Population cible complète (source : Statbel)	338 705	341 771	343 594	344 433	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%				
Population cible ayant réalisé un frottis cervical	120 670	96 334	108 114	107 531	35,6%	28,2%	31,5%	31,2%	100%	100%	100%	100%
<i>Population cible ayant réalisé un frottis cervical, définitivement exclue</i>	1 399	1 034	1 162	1 154	0,4%	0,3%	0,3%	0,3%	1,2%	1,1%	1,1%	1,1%
<i>Population cible ayant réalisé un frottis cervical, temporairement exclue</i>	53 499	43 657	44 074	42 826	15,8%	12,8%	12,8%	12,4%	44,3%	45,3%	40,8%	39,8%
Population éligible ayant réalisé un frottis cervical	65 772	51 643	62 878	63 551	19,4%	15,1%	18,3%	18,5%	54,5%	53,6%	58,2%	59,1%

#### 4. Exhaustivité des données livrées par les laboratoires bruxellois

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

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

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

**Tableau 4 : Exhaustivité globale du CHP de 2019 à 2022**

	Diagnostic connu	Diagnostic inconnu	Total	% exhaustivité
<b>2019</b>				
<b>Frottis de dépistage</b>	78 497	1 477	79 974	98,15%
<b>Frottis de suivi</b>	14 958	507	15 465	96,72%
<b>Total</b>	93 455	1 984	95 439	97,92%
<b>2020</b>				
<b>Frottis de dépistage</b>	63 615	862	64 477	98,66%
<b>Frottis de suivi</b>	12 778	431	13 209	96,74%
<b>Total</b>	76 393	1 293	77 686	98,34%
<b>2021(*)</b>				
<b>Frottis de dépistage</b>	72 770	704	73 474	99,04%
<b>Frottis de suivi</b>	13 721	370	14 091	97,37%
<b>Total</b>	86 491	1 074	87 565	98,77%
<b>2022(*)</b>				
<b>Frottis de dépistage</b>	68 873	627	69 500	99,10%
<b>Frottis de suivi</b>	14 458	370	14 828	97,50%
<b>Total</b>	83 331	997	84 328	98,82%

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

On constate une diminution du nombre de frottis de dépistage, particulièrement en 2020, probablement en raison de la pandémie de COVID-19 qui a entraîné un report des soins non urgents. Un léger rattrapage a eu lieu en 2021, mais les chiffres de la période pré-COVID n'ont toujours pas été atteints et 2022 montre même une nouvelle diminution. Toutefois, il faut tenir compte que les données de l'AIM ne sont pas encore complètes pour les années 2021 et 2022 au moment de ce rapport. Le nombre de frottis de suivi montre également une

diminution en 2020 mais les chiffres remontent en 2021 et surtout en 2022 pour rattraper les chiffres pré-pandémie.

L'exhaustivité globale du CHP est très bonne et dépasse les 98% . En 2024 les premiers feedbacks personnalisés relatifs aux échantillons prélevés en 2019-2021 ainsi que 2020-2022 ont été envoyés à tous les laboratoires bruxellois d'anatomie pathologique livrant des données au BCR. Des rapports continueront d'être envoyés annuellement. Ces feedbacks personnalisés permettent, d'informer les laboratoires de l'exhaustivité de leurs données, de les sensibiliser à l'importance de fournir des données complètes et de soutenir voire d'améliorer l'enregistrement des données. A la suite de ceux-ci et à la demande du BCR, certains laboratoires seront amenés à livrer de nouvelles données, ce qui augmente l'exhaustivité du CHP.

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

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

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

## 5. Taux de couverture

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

Les tables et figures ci-dessous présentent une couverture estimée en plus de la couverture calculée. Comme la couverture calculée est basée uniquement sur le CHP, cette estimation tient compte de l'exhaustivité du CHP (voir point 4). Celle-ci s'élève à environ 98% en 2019-2022. Il manque donc 2 % des échantillons analysés par les laboratoires bruxellois pour 2019-2022. Ceci est à prendre en compte afin de ne pas sous-estimer la couverture. Pour 2022, il faut tenir compte du fait que les données AIM sont moins complètes que pour les années précédentes. Ce n'est que pour les années 2019 et 2020 que les données AIM sont complètes et que la couverture estimée ne changera plus. Les mises à jour des données AIM dans le futur peuvent augmenter la couverture estimée pour 2021 et 2022.

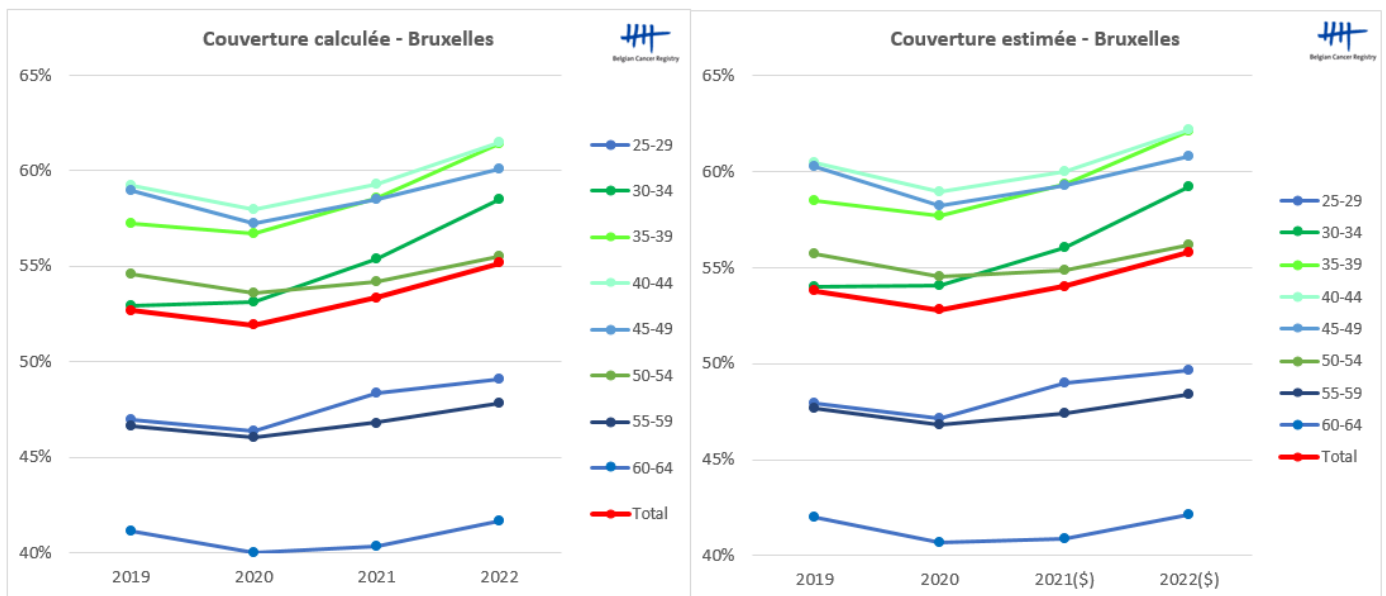
**Tableaux 5 : Couverture 'calculée' et 'estimée' par tranche d'âge pour les années de dépistage 2019 à 2022**

2019					
Catégorie d'âge	Numérateur	Dénominateur	Couverture (calculée)	Numérateur (estimé)	Couverture (estimée)
25-29	24 358	51 885	46,95%	24 875	47,94%
30-34	28 233	53 350	52,92%	28 832	54,04%
35-39	27 921	48 761	57,26%	28 514	58,48%
40-44	26 160	44 177	59,22%	26 715	60,47%
45-49	23 674	40 126	59,00%	24 177	60,25%
50-54	19 967	36 576	54,59%	20 391	55,75%
55-59	15 861	33 983	46,67%	16 198	47,66%
60-64	12 279	29 847	41,14%	12 540	42,01%
<b>Total</b>	<b>178 453</b>	<b>338 705</b>	<b>52,69%</b>	<b>182 241</b>	<b>53,81%</b>
2020					
Catégorie d'âge	Numérateur	Dénominateur	Couverture (calculée)	Numérateur (estimé)	Couverture (estimée)
25-29	24 145	52 068	46,37%	24 554	47,16%
30-34	28 776	54 135	53,16%	29 263	54,06%
35-39	27 439	48 363	56,74%	27 903	57,70%
40-44	26 371	45 476	57,99%	26 817	58,97%
45-49	22 987	40 146	57,26%	23 376	58,23%
50-54	19 966	37 229	53,63%	20 304	54,54%
55-59	15 635	33 945	46,06%	15 900	46,84%
60-64	12 168	30 409	40,01%	12 374	40,69%
<b>Total</b>	<b>177 487</b>	<b>341 771</b>	<b>51,93%</b>	<b>180 491</b>	<b>52,81%</b>
2021					
Catégorie d'âge	Numérateur	Dénominateur	Couverture (calculée)	Numérateur (estimé)	Couverture (estimée)*
25-29	25 273	52 231	48,39%	25 587	48,99%
30-34	30 109	54 353	55,40%	30 483	56,08%
35-39	28 323	48 333	58,60%	28 675	59,33%
40-44	27 065	45 645	59,29%	27 401	60,03%
45-49	23 776	40 617	58,54%	24 071	59,26%
50-54	20 416	37 673	54,19%	20 670	54,87%
55-59	16 012	34 205	46,81%	16 211	47,39%
60-64	12 327	30 537	40,37%	12 480	40,87%
<b>Total</b>	<b>183 301</b>	<b>343 594</b>	<b>53,35%</b>	<b>185 577</b>	<b>54,01%</b>

2022					
Catégorie d'âge	Numérateur	Dénominateur	Couverture (calculée)	Numérateur (estimé)	Couverture (estimée)*
25-29	25 614	52 185	49,08%	25 920	49,67%
30-34	31 702	54 198	58,49%	32 081	59,19%
35-39	29 512	48 071	61,39%	29 865	62,13%
40-44	28 100	45 708	61,48%	28 436	62,21%
45-49	24 653	41 041	60,07%	24 948	60,79%
50-54	21 227	38 244	55,50%	21 481	56,17%
55-59	16 400	34 271	47,85%	16 596	48,43%
60-64	12 798	30 715	41,67%	12 951	42,17%
Total	190 006	344 433	55,16%	192 279	55,82%

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

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



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

La couverture calculée semble progresser au cours des années étudiées : elle est de 52,69% en 2019 pour 55,16% en 2022 avec une petite diminution en 2020, probablement à cause de la pandémie de COVID-19. Pour les années 2021 et 2022, les données de l'AIM ne sont pas encore complètes et une légère augmentation pourrait donc encore apparaître, comme le montre le calcul de la couverture estimée.

Le taux de couverture calculé est le plus élevé parmi les femmes âgées de 35-49 ans (environ 60%) et est en augmentation. Celui-ci diminue avec l'âge et atteint environ 41% 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 48%. Ce sont donc les tranches

d'âge de 25-29 ans et au-delà de 55 ans qui sont les moins couvertes par le dépistage (moins de 50% de couverture).

Pour rappel, en mai 2018, l'OMS a lancé un appel à l'action pour éliminer le cancer du col de l'utérus avec pour objectif d'atteindre une incidence de moins de 4 nouveaux cas pour 100 000 personnes-années. Cet objectif peut être atteint en faisant appel à la fois à la vaccination, au dépistage et au traitement approprié des échantillons anormaux [14]. L'OMS a formulé trois objectifs concrets à atteindre pour 2023, dont celui de 70 % de dépistage à 35 et 45 ans. L'objectif n'est donc pas encore atteint en région bruxelloise et la marge de progression est encore importante malgré la tendance à une légère augmentation de la couverture du dépistage.

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

Définitions :

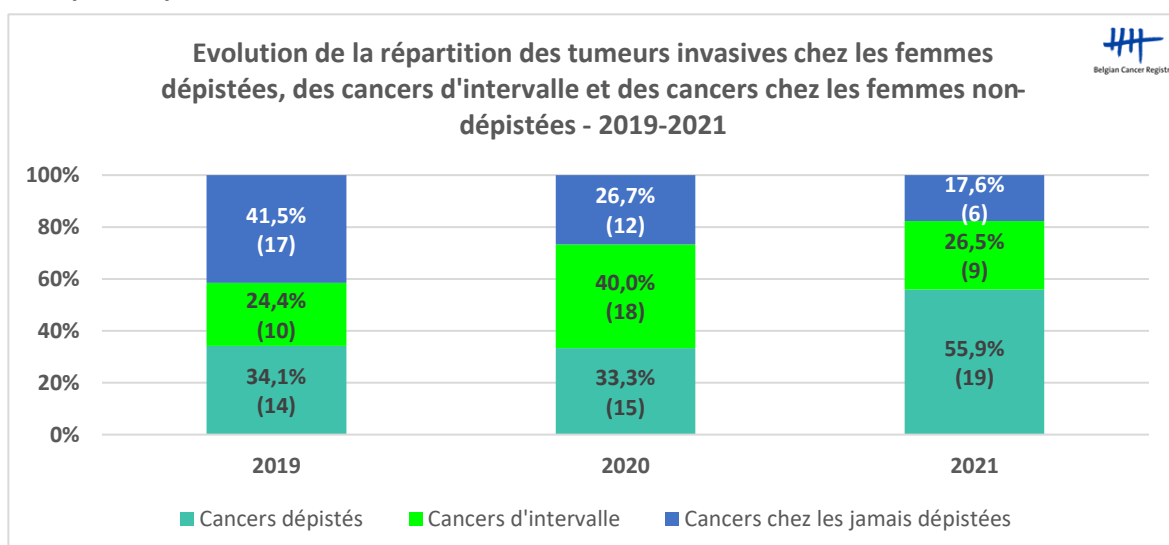
**Cancer dépisté :** cancer dont le diagnostic a été établi dans le cadre d'un examen de dépistage.

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

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

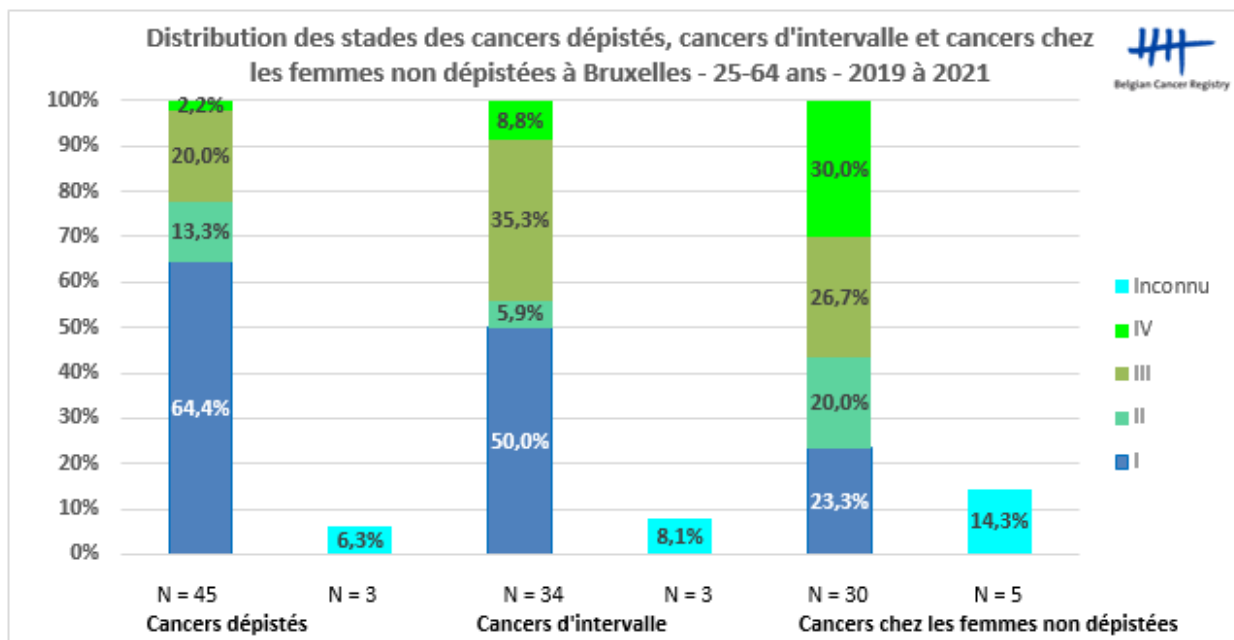
**Figures 5 : Distribution des cancers dépistés, cancers d'intervalle et cancers chez les femmes non dépistées (NOUVEAU)**

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



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

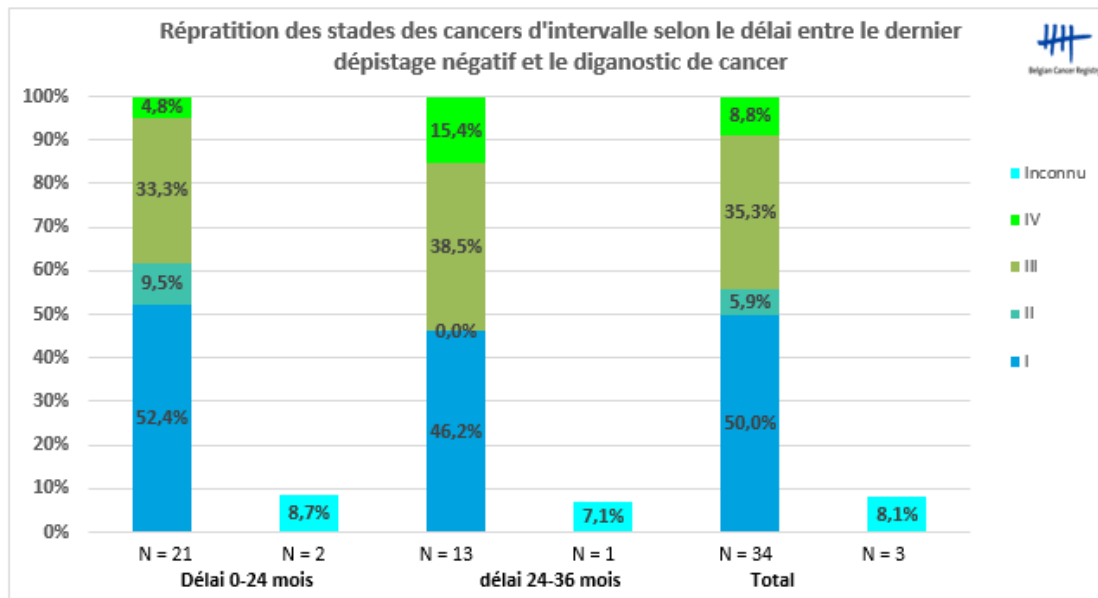
**B) Répartition des stades pour les cancers dépistés, les cancers d'intervalle et les cancers chez les femmes non dépistées à Bruxelles pour les tranches d'âge 25-64 ans pour les années d'incidence 2019-2021 (NOUVEAU)**



La figure 5B montre une différence dans la distribution des stades des tumeurs invasives chez les femmes qui ont été dépistées et celles qui ne l'ont pas été pour les années d'incidence 2019-2021. Sans tenir compte des cancers d'intervalle, parmi les cancers de stades connus chez les femmes dépistées, les tumeurs sont détectées dans plus de 64% des cas à un stade I et dans 77,7% des cas à un stade I ou II, offrant un meilleur pronostic. Les stades I et II ne représentent que 43,3% des cas chez les femmes non dépistées alors que les stades IV représentent à eux seuls 30% 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 les proportions restent inférieures à celles observées pour les cancers diagnostiqués chez les femmes non dépistées pour lesquelles 56,7% des cas sont diagnostiqués à des stades III ou IV. Toutefois le nombre de cas est faible et l'interprétation requiert donc la prudence.

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



A travers les données de la figure 5C, il semblerait que si le délai est plus court entre le dernier dépistage négatif et le diagnostic de cancer, le % de cancers détectés à un stade plus précoce est plus important que si le diagnostic est établi plus de 2 ans après le dernier dépistage négatif. Toutefois, l'interprétation des résultats doit être faite prudemment vu les petits nombres considérés (n =13).

## 7. Surdepistage

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

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

- Les femmes éligibles au dépistage sont les femmes qui font partie de la population cible ayant réalisé un frottis cervical et qui n'appartiennent pas aux personnes exclues. Pour celles-ci, chaque participation est considérée comme étant justifiée ou légitime, c'est-à-dire comme **dépistage triennal**.
- Pour les femmes qui sont définitivement exclues du dépistage en raison d'une hystérectomie ou d'une tumeur invasive dans le passé, chaque échantillon a été considéré comme justifié, en tant que **suivi médical**.



Pour les femmes qui ne sont temporairement pas éligibles au dépistage en raison d'un prélèvement au cours des deux années précédentes (= exclusion temporaire), tous les frottis de dépistage remboursés et non remboursés ont été considérés comme **surdépistage**.

**Tableaux 6 : Répartition des femmes selon l'éligibilité<sup>1</sup> au dépistage et la légitimité<sup>2</sup> de l'échantillon, années 2019, 2020, 2021 et 2022**

2019									
Nombre	Total	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans
Population cible ayant réalisé un frottis cervical	120 670	15 987	17 659	17 377	17 297	16 683	14 436	11 994	9 237
Femmes éligibles au dépistage et ayant réalisé un frottis cervical = <b>dépistage triennal</b>	65 772	9 962	10 022	9 556	9 210	8 547	7 200	6 270	5 005
Femmes non-éligibles au dépistage pour raison médicale = <b>suivi médical</b>	12 118	1 699	1 890	1 690	1 588	1 708	1 483	1 189	871
Femmes temporairement non-éligibles au dépistage = <b>surdépistage</b>	42 780	4 326	5 747	6 131	6 499	6 428	5 753	4 535	3 361
%	Total	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans
Population cible ayant réalisé un frottis cervical	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Femmes éligibles au dépistage et ayant réalisé un frottis cervical = <b>dépistage triennal</b>	54,5%	62,3%	56,8%	55,0%	53,2%	51,2%	49,9%	52,3%	54,2%
Femmes non-éligibles au dépistage pour raison médicale = <b>suivi médical</b>	10,0%	10,6%	10,7%	9,7%	9,2%	10,2%	10,3%	9,9%	9,4%
Femmes temporairement non-éligibles au dépistage = <b>surdépistage</b>	35,5%	27,1%	32,5%	35,3%	37,6%	38,5%	39,9%	37,8%	36,4%
2020									
Nombre	Total	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans
Population cible ayant réalisé un frottis cervical	96 334	13 152	14 782	13 888	14 034	12 933	11 373	9 081	7 091
Femmes éligibles au dépistage et ayant réalisé un frottis cervical = <b>dépistage triennal</b>	51 643	8 142	8 389	7 556	7 179	6 322	5 547	4 677	3 831
Femmes non-éligibles au dépistage pour raison médicale = <b>suivi médical</b>	10 333	1 431	1 794	1 538	1 451	1 387	1 175	878	679
Femmes temporairement non-éligibles au dépistage = <b>surdépistage</b>	34 353	3 577	4 598	4 794	5 403	5 224	4 651	3 525	2 581
%	Total	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans
Population cible ayant réalisé un frottis cervical	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Femmes éligibles au dépistage et ayant réalisé un frottis cervical = <b>dépistage triennal</b>	53,6%	61,9%	56,8%	54,4%	51,2%	48,9%	48,8%	51,5%	54,0%
Femmes non-éligibles au dépistage pour raison médicale = <b>suivi médical</b>	10,7%	10,9%	12,1%	11,1%	10,3%	10,7%	10,3%	9,7%	9,6%
Femmes temporairement non-éligibles au dépistage = <b>surdépistage</b>	35,7%	27,2%	31,1%	34,5%	38,5%	40,4%	40,9%	38,8%	36,4%

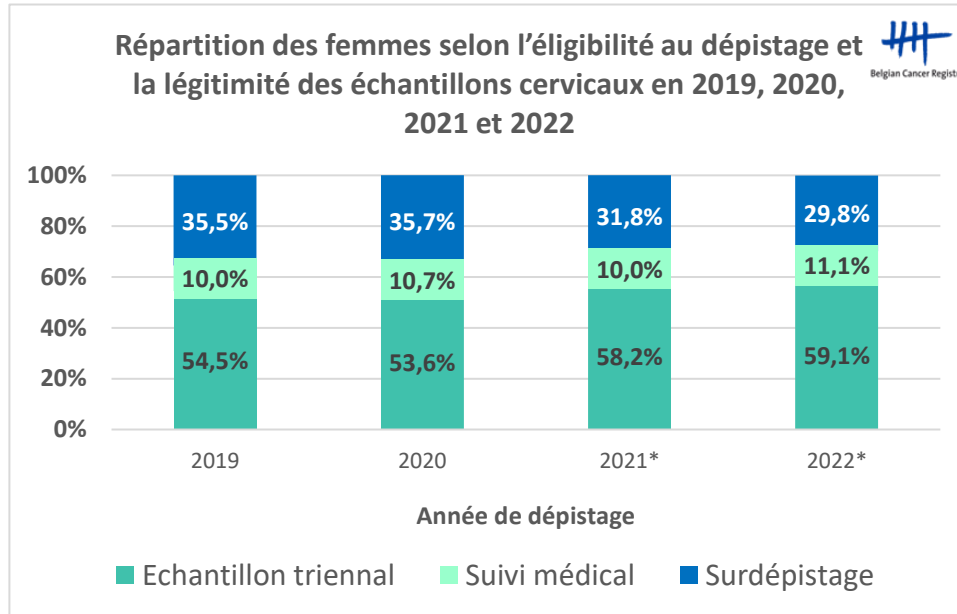
<sup>1</sup> Population cible éligible ayant réalisé un frottis de dépistage : femmes faisant partie de la population cible complète et ne rencontrant pas de critère d'exclusion (voir point 2. Population étudiée)

<sup>2</sup> Frottis réalisé à intervalle de 3 ans ou plus

2021*									
Nombre	Total	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans
Population cible ayant réalisé un frottis cervical	108 114	13 958	16 192	15 526	15 697	14 733	13 085	10 569	8 354
Femmes éligibles au dépistage et ayant réalisé un frottis cervical = <b>dépistage triennal</b>	62 878	9 245	9 817	9 262	8 820	7 938	7 027	5 879	4 890
Femmes non-éligibles au dépistage pour raison médicale = <b>suivi médical</b>	10 811	1 417	1 768	1 550	1 532	1 485	1 368	943	748
Femmes temporairement non-éligibles au dépistage = <b>surdépistage</b>	34 419	3 294	4 606	4 713	5 343	5 310	4 690	3 747	2 716
%	Total	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans
Population cible ayant réalisé un frottis cervical	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Femmes éligibles au dépistage et ayant réalisé un frottis cervical = <b>dépistage triennal</b>	58,2%	66,2%	60,6%	59,7%	56,2%	53,9%	53,7%	55,6%	58,5%
Femmes non-éligibles au dépistage pour raison médicale = <b>suivi médical</b>	10,0%	10,2%	10,9%	10,0%	9,8%	10,1%	10,5%	8,9%	9,0%
Femmes temporairement non-éligibles au dépistage = <b>surdépistage</b>	31,8%	23,6%	28,4%	30,4%	34,0%	36,0%	35,8%	35,5%	32,5%
2022*									
Nombre	Total	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans
Population cible ayant réalisé un frottis cervical	107 531	13 893	16 288	15 531	15 665	14 563	13 108	10 177	8 306
Femmes éligibles au dépistage et ayant réalisé un frottis cervical = <b>dépistage triennal</b>	63 551	9 423	10 195	9 369	9 041	7 886	7 108	5 672	4 857
Femmes non-éligibles au dépistage pour raison médicale = <b>suivi médical</b>	11 942	1 498	1 948	1 735	1 698	1 661	1 484	1 075	843
Femmes temporairement non-éligibles au dépistage = <b>surdépistage</b>	32 031	2 969	4 145	4 426	4 925	5 015	4 515	3 430	2 606
%	Total	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans
Population cible ayant réalisé un frottis cervical	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Femmes éligibles au dépistage et ayant réalisé un frottis cervical = <b>dépistage triennal</b>	59,1%	67,8%	62,6%	60,3%	57,7%	54,2%	54,2%	55,7%	58,5%
Femmes non-éligibles au dépistage pour raison médicale = <b>suivi médical</b>	11,1%	10,8%	12,0%	11,2%	10,8%	11,4%	11,3%	10,6%	10,1%
Femmes temporairement non-éligibles au dépistage = <b>surdépistage</b>	29,8%	21,4%	25,4%	28,5%	31,4%	34,4%	34,4%	33,7%	31,4%

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

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



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

Parmi toutes les femmes de la population cible ayant réalisé un frottis cervical pour les années 2019 et 2020, il semble que le prélèvement n'était pas légitime pour un peu plus de 35% de ces femmes. Ces échantillons peuvent être considérés comme surdépistage. En 2021 et 2022, ce pourcentage de surdépistage a diminué jusqu'à respectivement 32% et 30%. La tranche d'âge parmi laquelle le pourcentage de surdépistage est le plus élevé se situe entre 45-59 ans.

Pour environ 54 à 59% des femmes de la population cible ayant réalisé un frottis cervical, il s'agissait d'un frottis triennal pour les années 2019 à 2022, ce qui est en accord avec les recommandations concernant la fréquence de dépistage et selon les règles de remboursement de l'INAMI [15]. Ce pourcentage est en augmentation.

## 8. Qualification du médecin qui effectue le prélèvement cervical

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

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

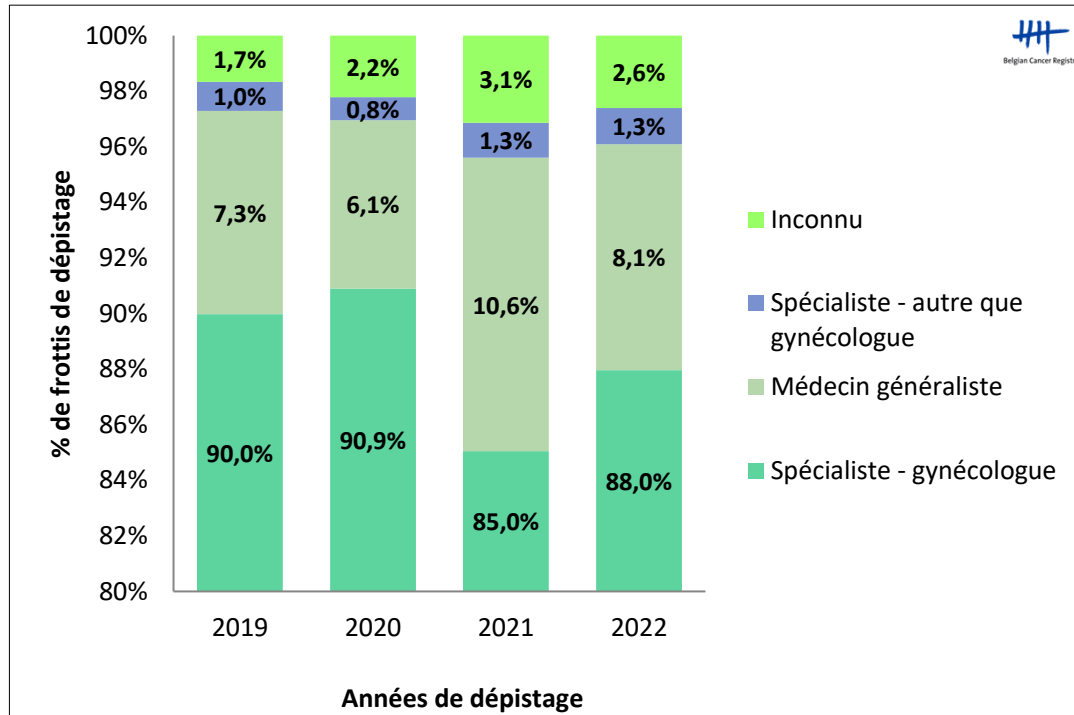
**Tableaux 7 : Nombres et pourcentages de frottis prélevés en 2019-2022 parmi les femmes de la population cible ayant réalisé un frottis cervical présent dans le CHP par type de frottis et qualification du médecin qui demande le prélèvement**

2019	Nombres par type de frottis				Pourcentage par type de frottis			
	Dépistage	Non-remboursés	Suivi	Total	Dépistage	Non-remboursés	Suivi	Total
Spécialiste - gynécologue	70 633	30 890	14 032	115 555	90,0%	90,4%	93,8%	90,5%
Médecin généraliste	5 739	1 667	576	7 982	7,3%	4,9%	3,9%	6,3%
Spécialiste - autre que gynécologue	820	1 359	231	2 410	1,0%	4,0%	1,5%	1,9%
Spécialiste - anatomopathologiste*	227	1 020	53	1 300	0,3%	3,0%	0,4%	1,0%
Spécialiste - autre	593	339	178	1 110	0,8%	1,0%	1,2%	0,9%
Inconnu	1 305	255	119	1 679	1,7%	0,7%	0,8%	1,3%
<b>Total d'échantillons livrés</b>	<b>78 497</b>	<b>34 171</b>	<b>14 958</b>	<b>127 626</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
2020	Dépistage	Non-remboursés	Suivi	Total	Dépistage	Non-remboursés	Suivi	Total
Spécialiste - gynécologue	57 824	22 948	11 965	92 737	90,9%	88,2%	93,6%	90,6%
Médecin généraliste	3 856	1 335	440	5 631	6,1%	5,1%	3,4%	5,5%
Spécialiste - autre que gynécologue	524	1 399	188	2 111	0,8%	5,4%	1,5%	2,1%
Spécialiste - anatomopathologiste*	82	1 208	34	1 324	0,1%	4,6%	0,3%	1,3%
Spécialiste - autre	442	191	154	787	0,7%	0,7%	1,2%	0,8%
Inconnu	1 411	339	185	1 935	2,2%	1,3%	1,4%	1,9%
<b>Total d'échantillons livrés</b>	<b>63 615</b>	<b>26 021</b>	<b>12 778</b>	<b>102 414</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
2021**	Dépistage	Non-remboursés	Suivi	Total	Dépistage	Non-remboursés	Suivi	Total
Spécialiste - gynécologue	61 890	24 751	12 342	98 983	85,0%	88,4%	89,9%	86,5%
Médecin généraliste	7 681	2 062	950	10 693	10,6%	7,4%	6,9%	9,3%
Spécialiste - autre que gynécologue	919	698	200	1 817	1,3%	2,5%	1,5%	1,6%
Spécialiste - anatomopathologiste*	276	471	21	768	0,4%	1,7%	0,2%	0,7%
Spécialiste - autre	643	227	179	1 049	0,9%	0,8%	1,3%	0,9%
Inconnu	2 280	492	229	3 001	3,1%	1,8%	1,7%	2,6%
<b>Total d'échantillons livrés</b>	<b>72 770</b>	<b>28 003</b>	<b>13 721</b>	<b>114 494</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
2022**	Dépistage	Non-remboursés	Suivi	Total	Dépistage	Non-remboursés	Suivi	Total
Spécialiste - gynécologue	59 986	27 157	13 114	100 257	88,0%	90,7%	92,8%	89,3%
Médecin généraliste	5 548	1 687	602	7 837	8,1%	5,6%	4,3%	7,0%
Spécialiste - autre que gynécologue	886	690	219	1 795	1,3%	2,3%	1,6%	1,6%
Spécialiste - anatomopathologiste*	309	479	26	814	0,5%	1,6%	0,2%	0,7%
Spécialiste - autre	577	211	193	981	0,8%	0,7%	1,4%	0,9%
Inconnu	1 777	397	191	2 365	2,6%	1,3%	1,4%	2,1%
<b>Total d'échantillons livrés</b>	<b>68 197</b>	<b>29 931</b>	<b>14 126</b>	<b>112 254</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

(\*) anatomopathologiste : en cas de 2<sup>ème</sup> lecture / analyse complémentaire

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

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



Pour les femmes de la population cible ayant réalisé un frottis cervical dont l'échantillon est enregistré dans le CHP, quel que soit le type de frottis (de dépistage, non remboursé, de suivi), environ 89% ont été prélevés par des gynécologues, environ 7% par des médecins généralistes et 1,8% par d'autres spécialistes pour les années 2019 à 2022. Le pourcentage d'échantillons pour lesquels la qualification du médecin qui effectue le prélèvement est inconnue est d'environ 2%.

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

En ce qui concerne les frottis de dépistage, il semble que la proportion de frottis réalisés auprès des gynécologues soit en légère diminution, au profit de ceux réalisés par le médecin généraliste. Notons également que le pourcentage de frottis dont le prescripteur n'est pas identifié est également en augmentation.

## 9. Résultats des frottis de dépistage et les diagnostics cytologiques

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

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

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

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

(\*\*) Y compris les tests HPV

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

**Tableau 9 : Nombre et pourcentage de frottis de dépistage remboursés en 2018, 2019, 2020 et 2021 parmi les femmes de la population cible éligible ayant réalisé un frottis de dépistage, répartis selon le diagnostic**

		2019		2020		2021(*)		2022(*)		
Diagnostics		N	%	N	%	N	%	N	%	Suivi approprié
Normal	NILM	53 971	92,10%	41 440	91,03%	50 931	91,13%	51 727	91,59%	Schéma de dépistage normal (frottis tous les 3 ans)
	NODIAGN	13	0,02%	4	0,01%	4	0,01%	2	0,00%	
	<b>Total échantillons normaux</b>	<b>53 984</b>	<b>92,12%</b>	<b>41 444</b>	<b>91,04%</b>	<b>50 935</b>	<b>91,13%</b>	<b>51 729</b>	<b>91,60%</b>	
	ATYP	20	0,03%	18	0,04%	31	0,06%	23	0,04%	Triage HPV
Anormal	INSU	452	0,77%	348	0,76%	434	0,78%	559	0,99%	Refaire un frottis
	ASCU	2 496	4,26%	2 265	4,98%	2 678	4,79%	2 528	4,48%	Triage HPV
	ASCH	196	0,33%	212	0,47%	193	0,35%	203	0,36%	
	LSIL	1 078	1,84%	971	2,13%	1 272	2,28%	1 126	1,99%	Frottis de suivi
	HSIL	260	0,44%	181	0,40%	226	0,40%	208	0,37%	Autres examens de suivi/traitements (**)
	AGLC	112	0,19%	79	0,17%	118	0,21%	95	0,17%	
	Autre	3	0,01%	6	0,01%	4	0,01%	3	0,01%	
		<b>Total échantillons anormaux(°)</b>	<b>4 597</b>	<b>7,84%</b>	<b>4 062</b>	<b>8,92%</b>	<b>4 925</b>	<b>8,81%</b>	<b>4 722</b>	<b>8,36%</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>58 601</b>	<b>100,00%</b>	<b>45 524</b>	<b>100,00%</b>	<b>55 891</b>	<b>100,00%</b>	<b>56 474</b>	<b>100,00%</b>	

(°) Exclu les diagnostics 'ATYP'.

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

(\*\*) Y compris les tests HPV.

Environ 91.5 % des frottis de dépistage effectués en 2019-2022 ont un diagnostic normal et doivent être suivis selon un schéma de dépistage normal, c'est-à-dire avec un frottis de dépistage tous les 3 ans. Les résultats 'NODIAGN' sont en diminution au cours de cette période, ce qui est positif pour l'amélioration de la précision des diagnostics disponibles.

Environ 8.5 % des frottis de dépistage ont un diagnostic anormal. Le diagnostic 'ASCU' est le diagnostic anormal le plus fréquent en 2019-2022 (entre 4,3% et 5.0%). Les résultats 'ATYP', peu précis, sont comptés séparément afin de ne pas influencer les résultats et représentent de 0,0.3 à 0.06% de l'ensemble des frottis.

## 10. Triage par un test HPV

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

Pour tous les frottis de dépistage remboursés prélevés durant les années 2019, 2020, 2021 et 2022 sur des femmes faisant partie de la population cible éligible ayant réalisé un frottis de dépistage, il a été vérifié si un

triage par un test HPV avait eu lieu. Les résultats sont répartis par diagnostic cytologique. Tous les résultats HPV ont été pris en compte, qu'il ait été remboursé ou non et quel que soit le résultat du test. La signification des différents codes lésion (= diagnostic cytologique) est indiquée dans le Tableau 8.

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

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

	Nombre			Pourcentage		
	Aucun test HPV effectué	Test HPV effectué	Total	Aucun test HPV effectué	Test HPV effectué	Total
<b>N lésions pour lesquelles</b>	<b>2019</b>					
<b>Test HPV recommandé (§)</b>	273	2 531	2 804	9,7%	90,3%	100,0%
<b>Test HPV non recommandé (§)</b>	55 246	551	55 797	99,0%	1,0%	100,0%
<b>Total</b>	55 519	3 082	58 601	94,7%	5,3%	100,0%
	<b>2020</b>					
<b>Test HPV recommandé (§)</b>	139	2 417	2 556	5,4%	94,6%	100,0%
<b>Test HPV non recommandé (§)</b>	42 567	401	42 968	99,1%	0,9%	100,0%
<b>Total</b>	42 706	2 818	45 524	93,8%	6,2%	100,0%
	<b>2021 (*)</b>					
<b>Test HPV recommandé (§)</b>	187	2 802	2 989	6,3%	93,7%	100,0%
<b>Test HPV non recommandé (§)</b>	52 367	535	52 902	99,0%	1,0%	100,0%
<b>Total</b>	52 554	3 337	55 891	94,0%	6,0%	100,0%
	<b>2022 (*)</b>					
<b>Test HPV recommandé (§)</b>	131	2 695	2 826	4,6%	95,4%	100,0%
<b>Test HPV non recommandé (§)</b>	53 074	574	53 648	98,9%	1,1%	100,0%
<b>Total</b>	53 205	3 269	56 474	94,2%	5,8%	100,0%

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

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

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



Parmi tous les frottis de dépistage pour lesquels un test HPV est indiqué comme un suivi recommandé, celui-ci a bien été effectué pour 90,3% des échantillons en 2019. Ce pourcentage augmente lors des années suivantes et atteint 94,6% en 2020, 93,7% en 2021 et 95,4% en 2022. Cependant, les chiffres pour 2021 et 2022 sont provisoires car la base de données AIM est encore incomplète. Un triage par un test HPV n'a donc pas été effectué pour près de 10% des frottis de dépistage en 2019 alors que le test HPV était indiqué comme un suivi approprié. En 2022, ce n'est plus le cas que pour 4,6% des frottis de dépistage. 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 et qui est donc à charge de la patiente.

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

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

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

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

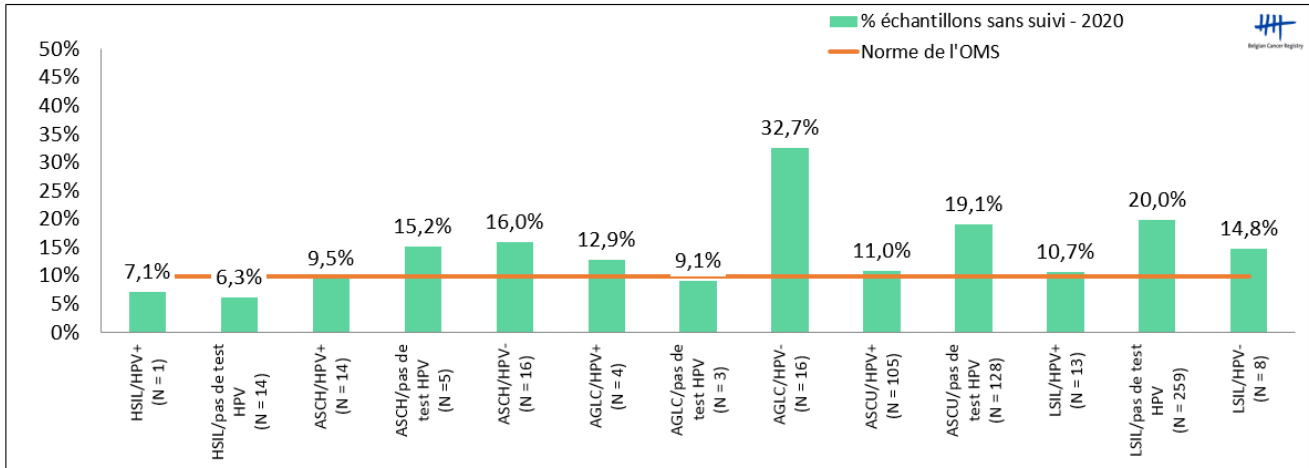
Diagnostic	Résultat du test HPV (**)	2019			2020			2021 (*)		
		Total échantillons	Suivi dans les 12 mois		Total échantillons	Suivi dans les 12 mois		Total échantillons	Suivi dans les 12 mois	
			Nombre	%		Nombre	%		Nombre	%
HSIL	HPV+	20	18	90,0%	14	13	92,9%	20	18	90,0%
HSIL	inconnu ou pas de test	325	304	93,5%	223	209	93,7%	254	224	88,2%
HSIL	HPV-	1	1	100,0%	-	-	-	1	1	100,0%
ASCH	HPV+	166	145	87,3%	147	133	90,5%	160	144	90,0%
ASCH	inconnu ou pas de test	33	28	84,8%	33	28	84,8%	20	19	95,0%
ASCH	HPV-	85	66	77,6%	100	84	84,0%	82	66	80,5%
AGLC	HPV+	40	38	95,0%	31	27	87,1%	44	38	86,4%
AGLC	inconnu ou pas de test	45	40	88,9%	33	30	90,9%	37	28	75,7%
AGLC	HPV-	61	39	63,9%	49	33	67,3%	72	48	66,7%
ASCU	HPV+	1 175	979	83,3%	958	853	89,0%	1 008	904	89,7%
ASCU	inconnu ou pas de test	710	505	71,1%	670	542	80,9%	591	433	73,3%
LSIL	HPV+	114	104	91,2%	122	109	89,3%	150	136	90,7%
LSIL	inconnu ou pas de test	1 426	1 069	75,0%	1 296	1 037	80,0%	1 526	1 162	76,1%
LSIL	HPV-	40	27	67,5%	54	46	85,2%	66	60	90,9%
Inconnu	HPV+	12	11	91,7%	8	8	100,0%	1	1	100,0%
INSU (§)	NA	563	296	52,6%	455	247	54,3%	530	290	54,7%
<b>Total (INSU inclus)</b>		<b>4 816</b>	<b>3 670</b>	<b>76,2%</b>	<b>4 193</b>	<b>3 399</b>	<b>81,1%</b>	<b>4 562</b>	<b>3 572</b>	<b>78,3%</b>
<b>Total (INSU exclus)</b>		<b>4 253</b>	<b>3 374</b>	<b>79,3%</b>	<b>3 738</b>	<b>3 152</b>	<b>84,3%</b>	<b>4 032</b>	<b>3 282</b>	<b>81,4%</b>

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

\*\*Test HPV sur le frottis de dépistage lui-même. 'Inconnu ou pas de test HPV' : si le test HPV n'est pas effectué ou si le résultat est inconnu. Pour les lésions mentionnées dans le tableau 9 (à l'exclusion des échantillons de qualité insuffisante), l'exhaustivité des résultats HPV pour les années 2019-2021 est de 97%, 96,9 % et 98,4 %, respectivement.

(§) INSU : échantillon de qualité insuffisante

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



Le taux total de suivi des frottis de dépistage anormaux, sans les frottis de qualité insuffisante, se situe entre 79,3% et 84,3 % pour les années de dépistage 2019 à 2021. Ce pourcentage est inférieur à la norme recommandée par l'OMS qui indique qu'il devrait y avoir un taux de suivi de 90 % si des anomalies sont trouvées [14]. Le taux de suivi des échantillons de qualité insuffisante ('INSU') même s'il augmente entre 2019 et 2021 en passant de 52,6% en 2019 à 54,7% en 2021 devrait être encore amélioré.

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

L'hétérogénéité dans le suivi médical varie surtout en fonction du statut HPV. Les femmes avec un résultat HPV positif ont tendance à être mieux suivies (norme OMS quasiment atteinte quel que soit le diagnostic associé) que celles dont le résultat HPV est négatif ou inconnu.

Une variation dans le suivi est également observée au sein des diagnostics les plus sévères. Tous les diagnostics 'HSIL' rencontrent la norme de l'OMS quel que soit le statut HPV, les 'ASCH' sont correctement suivis pour autant que le test HPV soit positif. Les diagnostics 'AGLC' rencontrent les moins bons suivis si le statut HPV est négatif (32,7% sans suivi). Pour les diagnostics 'ASCU' sans test HPV, aucun suivi n'est réalisé pour 19,1% des cas.

Les diagnostics LSIL sont bien suivis si le résultat HPV est positif mais 20% des LSIL n'ont pas suivi si aucun test n'est réalisé, ou presque 15% quand le test HPV est négatif.

Le taux de suivi suit globalement un trend positif pour beaucoup de lésions mais de nombreux efforts sont encore à réaliser afin d'atteindre un suivi permettant de rencontrer la norme OMS. Un point d'attention est à mentionner les diagnostics AGLC, surtout si le résultat du test HPV est négatif, les ACSU sans résultat HPV connu, ainsi que les ASCH.

Notons que les nombres d'échantillons sont petits ce qui entraîne des fortes variations.

## 12. Résultats des diagnostics histologiques

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

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

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

(§) Dysplasie sévère est une tumeur in situ.

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

**Tableau 13 : Fréquences des diagnostics histologiques lors de la période 2018-2021 par type de prélèvement**

2019	Nombre - Total										
	ABST	NODIAGN	ATYP	LSIL	CGIN	HSIL	ADIS(*)	SQCA	ADCA(°)	Autre	Total
Biopsie	1 456	40	44	905	-	736	15	12	3	1	3 212
Conisation	90	-	7	94	2	483	13	8	2	1	700
Hystérectomie	59	-	2	22	-	105	3	10	3	-	204
Non spécifié <sup>1</sup>	715	29	13	233	-	225	3	15	6	5	1 244
<b>Total</b>	<b>2 320</b>	<b>69</b>	<b>66</b>	<b>1 254</b>	<b>2</b>	<b>1 549</b>	<b>34</b>	<b>45</b>	<b>14</b>	<b>7</b>	<b>5 360</b>
2020	ABST	NODIAGN	ATYP	LSIL	CGIN	HSIL	ADIS(*)	SQCA	ADCA(°)	Autre	Total
Biopsie	1 330	40	32	804	2	601	7	12	5	1	2 834
Conisation	63	-	2	79	-	385	7	8	5	1	550
Hystérectomie	37	-	3	29	-	71	3	2	1	2	148
Non spécifié <sup>1</sup>	596	37	10	201	-	159	1	7	4	5	1 020
<b>Total</b>	<b>2 026</b>	<b>77</b>	<b>47</b>	<b>1 113</b>	<b>2</b>	<b>1 216</b>	<b>18</b>	<b>29</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>4 552</b>

2021 (\$)	ABST	NODIAGN	ATYP	LSIL	CGIN	HSIL	ADIS(*)	SQCA	ADCA(°)	Autre	Total
Biopsie	1 503	66	16	867	2	696	12	8	7	1	3 178
Conisation	81	4	1	102	-	465	17	12	7	1	690
Hystérectomie	76	1	-	16	-	70	3	7	9	-	182
Non spécifié <sup>1</sup>	735	58	4	215	1	193	7	11	12	6	1 242
<b>Total</b>	<b>2 395</b>	<b>129</b>	<b>21</b>	<b>1 200</b>	<b>3</b>	<b>1 424</b>	<b>39</b>	<b>38</b>	<b>35</b>	<b>8</b>	<b>5 292</b>
2022 (\$)	ABST	NODIAGN	ATYP	LSIL	CGIN	HSIL	ADIS(*)	SQCA	ADCA(°)	Autre	Total
Biopsie	1 446	44	28	835	1	639	7	21	3	-	3 024
Conisation	72	2	1	102	-	421	7	14	8	1	628
Hystérectomie	63	1	-	22	-	56	3	6	12	-	163
Non spécifié <sup>1</sup>	743	40	10	195	1	200	4	12	6	4	1 215
<b>Total</b>	<b>2 324</b>	<b>87</b>	<b>39</b>	<b>1 154</b>	<b>2</b>	<b>1 316</b>	<b>21</b>	<b>53</b>	<b>29</b>	<b>5</b>	<b>5 030</b>

% - Total											
2019	ABST	NODIAGN	ATYP	LSIL	CGIN	HSIL	ADIS(*)	SQCA	ADCA(°)	Autre	Total
Biopsie	45,3%	1,2%	1,4%	28,2%	0,0%	22,9%	0,5%	0,4%	0,1%	0,0%	100,0%
Conisation	12,9%	0,0%	1,0%	13,4%	0,3%	69,0%	1,9%	1,1%	0,3%	0,1%	100,0%
Hystérectomie	28,9%	0,0%	1,0%	10,8%	0,0%	51,5%	1,5%	4,9%	1,5%	0,0%	100,0%
Non spécifié <sup>1</sup>	57,5%	2,3%	1,0%	18,7%	0,0%	18,1%	0,2%	1,2%	0,5%	0,4%	100,0%
<b>Total</b>	<b>43,3%</b>	<b>1,3%</b>	<b>1,2%</b>	<b>23,4%</b>	<b>0,0%</b>	<b>28,9%</b>	<b>0,6%</b>	<b>0,8%</b>	<b>0,3%</b>	<b>0,1%</b>	<b>100,0%</b>
2020	ABST	NODIAGN	ATYP	LSIL	CGIN	HSIL	ADIS(*)	SQCA	ADCA(°)	Autre	Total
Biopsie	46,9%	1,4%	1,1%	28,4%	0,1%	21,2%	0,2%	0,4%	0,2%	0,0%	100,0%
Conisation	11,5%	0,0%	0,4%	14,4%	0,0%	70,0%	1,3%	1,5%	0,9%	0,2%	100,0%
Hystérectomie	25,0%	0,0%	2,0%	19,6%	0,0%	48,0%	2,0%	1,4%	0,7%	1,4%	100,0%
Non spécifié <sup>1</sup>	58,4%	3,6%	1,0%	19,7%	0,0%	15,6%	0,1%	0,7%	0,4%	0,5%	100,0%
<b>Total</b>	<b>44,5%</b>	<b>1,7%</b>	<b>1,0%</b>	<b>24,5%</b>	<b>0,0%</b>	<b>26,7%</b>	<b>0,4%</b>	<b>0,6%</b>	<b>0,3%</b>	<b>0,2%</b>	<b>100,0%</b>
2021 (\$)	ABST	NODIAGN	ATYP	LSIL	CGIN	HSIL	ADIS(*)	SQCA	ADCA(°)	Autre	Total
Biopsie	47,3%	2,1%	0,5%	27,3%	0,1%	21,9%	0,4%	0,3%	0,2%	0,0%	100,0%
Conisation	11,7%	0,6%	0,1%	14,8%	0,0%	67,4%	2,5%	1,7%	1,0%	0,1%	100,0%
Hystérectomie	41,8%	0,5%	0,0%	8,8%	0,0%	38,5%	1,6%	3,8%	4,9%	0,0%	100,0%
Non spécifié <sup>1</sup>	59,2%	4,7%	0,3%	17,3%	0,1%	15,5%	0,6%	0,9%	1,0%	0,5%	100,0%
<b>Total</b>	<b>45,3%</b>	<b>2,4%</b>	<b>0,4%</b>	<b>22,7%</b>	<b>0,1%</b>	<b>26,9%</b>	<b>0,7%</b>	<b>0,7%</b>	<b>0,7%</b>	<b>0,2%</b>	<b>100,0%</b>
2022 (\$)	ABST	NODIAGN	ATYP	LSIL	CGIN	HSIL	ADIS(*)	SQCA	ADCA(°)	Autre	Total
Biopsie	47,8%	1,5%	0,9%	27,6%	0,0%	21,1%	0,2%	0,7%	0,1%	0,0%	100,0%
Conisation	11,5%	0,3%	0,2%	16,2%	0,0%	67,0%	1,1%	2,2%	1,3%	0,2%	100,0%
Hystérectomie	38,7%	0,6%	0,0%	13,5%	0,0%	34,4%	1,8%	3,7%	7,4%	0,0%	100,0%
Non spécifié <sup>1</sup>	61,2%	3,3%	0,8%	16,0%	0,1%	16,5%	0,3%	1,0%	0,5%	0,3%	100,0%
<b>Total</b>	<b>46,2%</b>	<b>1,7%</b>	<b>0,8%</b>	<b>22,9%</b>	<b>0,0%</b>	<b>26,2%</b>	<b>0,4%</b>	<b>1,1%</b>	<b>0,6%</b>	<b>0,1%</b>	<b>100,0%</b>

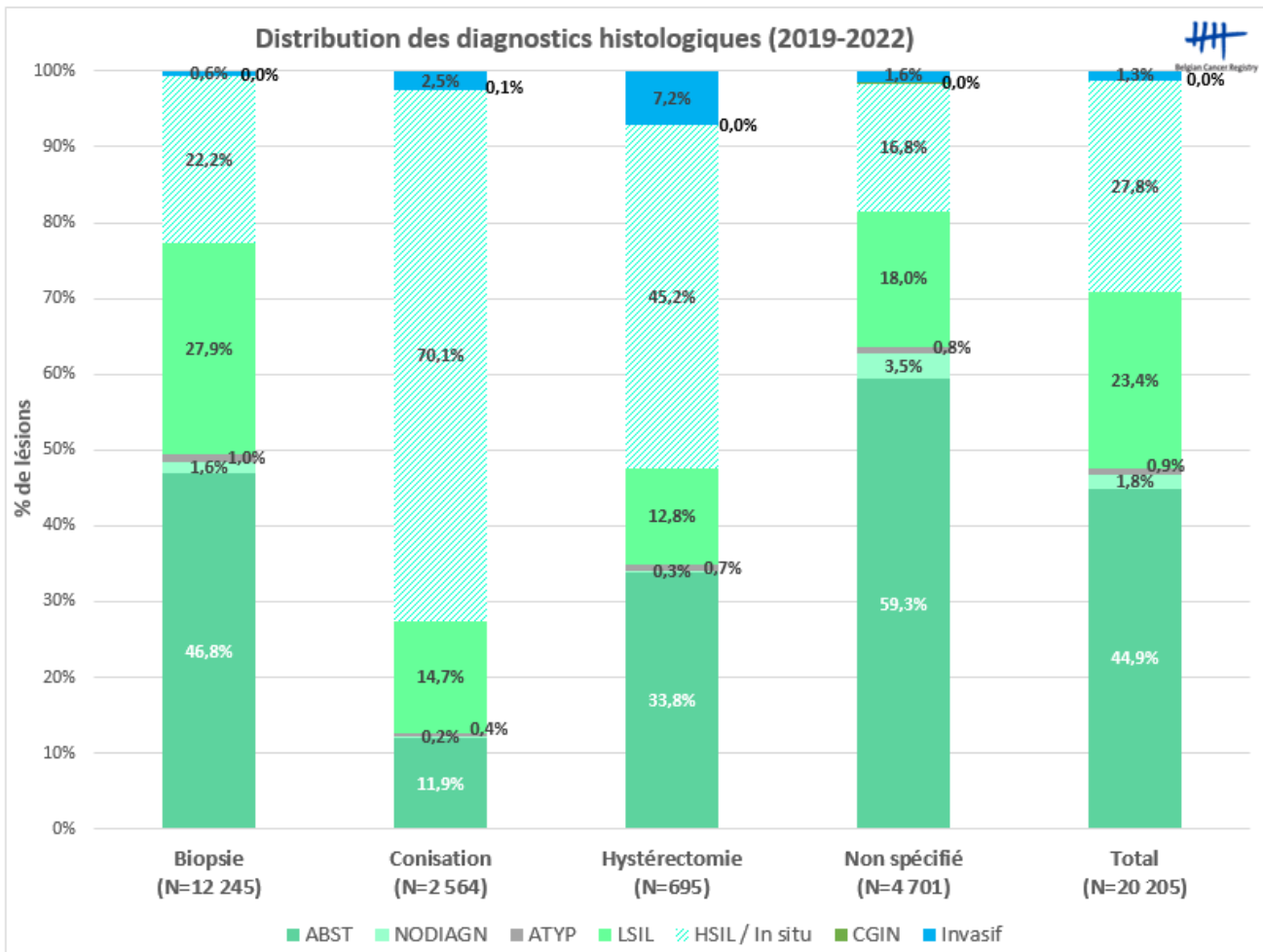
<sup>1</sup> les prélèvements « non-spécifiés » concernent les échantillons histologiques analysés par les laboratoires pour lesquels la prestation correspondante n'a pu être retrouvée dans les données de nomenclature AIM ainsi que les échantillons pour lesquels le NISS de la patiente n'est pas connu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

(\*) Inklus ADQIS

(°) Inklus ADSQCA

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

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



Pour la période 2019-2022, parmi les biopsies, 46,8 % des échantillons histologiques ont un diagnostic normal ('ABST'), 27,9% ont un diagnostic de bas grade ('LSIL'), 22,2% ont un diagnostic de haut grade ('HSIL' et 'ADIS') et 0,6% un diagnostic de lésion invasive. Parmi les conisations, le pourcentage de diagnostic normal ('ABST') est inférieur à celui parmi les biopsies mais il s'élève tout de même à 11,9%. Le même constat se fait pour le pourcentage de 'LSIL' qui est de 14,7%. 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 70,1% et 2,5%. Pour les hystérectomies, le pourcentage de diagnostic 'Invasif' est le plus haut, soit 7,2%. En revanche, le pourcentage de 'ABST' est de 33,8%. Ce pourcentage assez élevé s'explique par le fait qu'une hystérectomie peut être effectuée pour d'autres raisons médicales que pour un cancer.

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

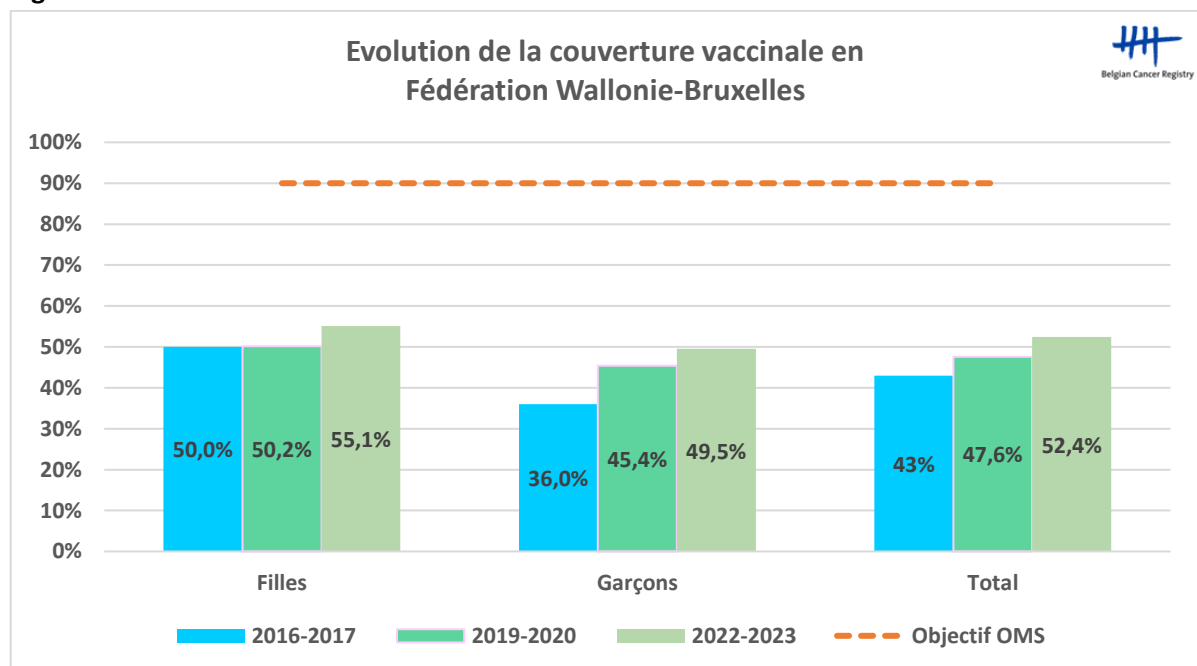
En mai 2018, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), a lancé un appel mondial à l'action afin d'éradiquer le cancer du col de l'utérus. Cette stratégie se base sur trois piliers : la prévention par la vaccination, le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses ainsi que le traitement et les soins pour le cancer invasif du col de l'utérus. Pour éliminer le cancer du col de l'utérus, tous les pays doivent atteindre et maintenir un taux d'incidence inférieur à 4 pour 100 000 personnes-années. Le taux d'incidence des cancers invasifs du col de l'utérus à Bruxelles est en 2021 de 4,97/100 000 personnes-années tous les âges confondus.

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

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

La couverture vaccinale anti-HPV est en augmentation en Fédération Wallonie-Bruxelles mais pourrait encore être améliorée. Elle était estimée entre 36% et 50% en 2017 et entre 45,4% et 50,2% en 2020 (vaccination WAL-BXL [16],[17]). Les chiffres publiés par l'Office de la Naissance et de l'Enfance situe le taux de vaccination entre 49,5% et 55,1% pour 2023 [18].

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



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

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

Cet objectif n'est pas atteint (cf. Tableau 5 et Figure 4) :

- pour 2019, la couverture estimée pour les femmes de la catégorie d'âge 35-39 ans est située sous les 60%. Elle atteint les 60% pour les femmes de 45-49 ans. En 2020, la couverture diminue pour les 2 catégories mais cette année est marquée par la pandémie de Covid-19.
  - pour les années 2021 et 2022, les chiffres n'étant pas définitifs, nous ne pouvons pas encore nous prononcer mais la couverture semble augmenter et atteindre les 60%
  - Pour les 2 âges visés par cet objectif, il est nécessaire d'améliorer encore la couverture du dépistage.
3. 90% des femmes traitées en cas de maladie cervicale (90% des femmes avec un pré-cancer et 90% des femmes avec un cancer invasif).

Le taux total de suivi des frottis de dépistage anormaux est de 79,3% en 2019 et 84,3% en 2020. Les données pour 2021 et 2022 ne sont pas encore complètes et nous ne pouvons donc pas conclure pour ces années. Le taux de suivi des échantillons de qualité insuffisante ('INSU') est de 52,6% en 2019 et 54,3% en 2020. La norme de 90% est plus ou moins atteinte pour les lésions les plus sévères ('HSIL', 'ASCH', 'AGLC', 'LSIL') lorsque le test HPV est positif. Les femmes avec un résultat HPV positif ont tendance à être mieux suivies que celles dont le résultat HPV est négatif ou inconnu. Le taux de suivi suit une tendance positive pour l'ensemble des lésions mais de nombreux efforts sont encore à réaliser afin d'atteindre un suivi permettant de rencontrer la norme OMS (cf. Tableau 11 et Figure 8).

Par ailleurs, le Conseil de l'Union Européenne a recommandé aux Etats-Membres de mettre en place un programme organisé de dépistage du cancer du col de l'utérus. Il a été démontré qu'un dépistage de masse organisé est efficace pour diminuer l'impact de cette maladie notamment en réduisant la mortalité des suites de ce cancer ainsi que l'incidence des cancers invasifs [15]. L'organisation et l'évaluation du programme sont définis dans les European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening [15]. À Bruxelles, le dépistage n'est actuellement pas organisé par un programme (contrairement au dépistage des cancers du sein et colo-rectal) et est donc réalisé de manière opportuniste.

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

Le présent rapport constitue le deuxième rapport élaboré par le BCR pour évaluer le dépistage opportuniste du cancer du col de l'utérus à Bruxelles. 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, ou si un éventuel programme organisé de dépistage devait se mettre en place.



## 14. Références bibliographiques

1. Belgium: Females, number of invasive tumours by primary site and age group in 2021, Belgian Cancer Registry: [https://belgian-cancer-registry.shinyapps.io/data\\_app/](https://belgian-cancer-registry.shinyapps.io/data_app/)
2. Statbel (Direction Générale Statistique – Statistics Belgium) (<https://statbel.fgov.be/fr>)
3. Fondation Contre le Cancer, <https://www.cancer.be/le-cancer/types-de-cancers/cancer-du-col-de-luterus>
4. Centers for Disease Control and Prevention, <https://www.cdc.gov/vitalsigns/cervical-cancer/index.html>
5. Thomas, C. Wright Jr., Pathology of HPV infection at the cytologic and histologic levels: Basis for a 2-tiered morphologic classification system: International Journal of Gynecology and Obstetrics (2006) 94 (Supplement 1), S22-S31
6. Alan G. Waxman, MD, MPH, David Chelmow, MD, Teresa M. Darragh, MD, Herschel Lawson, MD, and Anna-Barbara Moscicki, MD, Revised Terminology for Cervical Histopathology and Its Implications for Management of High-Grade Squamous Intraepithelial Lesions of the Cervix: Obstet Gynecol. 2012 December; 120(6): 1465–1471
7. WHO Classification of Tumours Editorial Board. Female genital tumours [Internet]. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2020 [cited 2021 Oct 21]. (WHO classification of tumours series, 5th ed.; vol. 4). Available from: <https://tumourclassification.iarc.who.int/chapters/34>
8. Rozemeijer K et al. Exploring the trend of increased cervical intraepithelial neoplasia detection rates in the Netherlands. Med Screen. 2015; 22(3): 144–150.
9. van der Horst J et al. Increasing incidence of invasive and in situ cervical adenocarcinoma in the Netherlands during 2004–2013. Cancer Medicine. 2017; 6(2):416–423.
10. Lönnberg S et al. Cervical cancer prevented by screening: Long-term incidence trends by morphology in Norway. Int. J. Cancer. 2015; 137: 1758–1764.
11. Mathew A et al. Trends in Incidence and Mortality Rates of Squamous Cell Carcinoma and Adenocarcinoma of Cervix – Worldwide. Asian Pacific J Cancer Prev. 2009; 10: 645-650. 2009.
12. Baldur-Felskov B et al. Trends in the incidence of cervical cancer and severe precancerous lesions in Denmark, 1997-2012. Cancer Causes Control. 2015; 26(8):1105-16.
13. Pesola F et al. Impact of screening on cervical cancer incidence in England: a time trend analysis. BMJ Open 2019; 9:e026292. doi:10.1136/bmjopen-2018-026292.
14. [Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem \(who.int\)](#) Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. ISBN 978-92-4-001410-7 (electronic version)
15. [European Commission, Directorate-General for Health and Consumers, European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening, Jordan, J.\(editor\), Arbyn, M.\(editor\), Anttila, A.\(editor\), Publications Office, 2008, https://data.europa.eu/doi/10.2772/44215](#)
16. Thiry N, Gerkens S, Cornelis J, Jespers V, Hanquet G. Analyse coût-efficacité de la vaccination des garçons contre le virus HPV – Synthèse. Health Technology Assessment (HTA). Bruxelles: Centre Fédéral d’Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 308Bs. D/2019/10.273/12.
17. Office de la Naissance et de l’Enfance (ONE). Le Papillomavirus Humain (HPV). Plaquette de la semaine européenne de la vaccination 2023. [https://www.ccref.org/e-vax/plaquette\\_semaine\\_europeenne\\_vaccination\\_2023.pdf](https://www.ccref.org/e-vax/plaquette_semaine_europeenne_vaccination_2023.pdf)
18. Office de la Naissance et de l’Enfance (ONE). Augmentation de la couverture vaccinale contre les papillomavirus humains chez les filles et les garçons. Communiqué de presse 04/03/2024. [https://www.one.be/fileadmin/user\\_upload/siteone/PRESENTATION/Presse/communiqu%C3%A9-04-mars-2024.pdf](https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRESENTATION/Presse/communiqu%C3%A9-04-mars-2024.pdf)

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