

Dépistage du cancer du col de l'utérus 2008-2017

Quatrième rapport de l'Agence Intermutualiste

En collaboration avec le Centre du cancer, Sciensano et la Fondation Registre du cancer

Décembre 2019

<http://atlas.aim-ima.be>

Auteurs

Valérie Fabri* (AIM), El Maâti Allaoui (AIM), Marc Arbyn (Unit Cancer Epidemiology - Belgian Cancer Centre - Sciensano), Cindy Simoens (Unit Cancer Epidemiology - Belgian Cancer Centre - Sciensano), Annemie Haelens (Stichting Kankerregister), Isabel De Brabander (Stichting Kankerregister)

*Contact: valerie.fabri@solidaris.be

Nous remercions tout particulièrement pour leur lecture attentive et leurs conseils avisés

Pierre Baldewyns, Bart Demyttenaere, Johan Vanoverloop, Edith Hesse, Caroline Boltz - AIM
Michel Candeur, Thérèse de Foy - Centre Communautaire de Référence pour le dépistage des cancers

TABLE DES MATIÈRES

1	Introduction et objectifs	3
2	Les recommandations générales pour le dépistage du col de l'utérus	4
3	Méthodologie	6
3.1	Données de l'Agence Intermutualiste	6
3.2	La cytologie, nouvel indicateur de la couverture	6
3.2.1	Calcul de la couverture	6
3.3	Evolution de la nomenclature.....	7
4	Couvertures	9
4.1	Evolution des couvertures basées sur l'acte de la cytologie de 2008 à 2017.....	9
4.2	Evolution des couvertures de 1998 à 2017, 19 ans de suivi.....	10
4.3	Evolution des couvertures selon l'âge.....	13
4.4	Evolution des couvertures selon le statut socio-économique	15
5	Discussion et conclusions	17
6	Annexe	19
7	Bibliographie.....	24

1 INTRODUCTION ET OBJECTIFS

Depuis 1996, l'AIM, en collaboration avec l'ISSP suit le dépistage du cancer du col de l'utérus. Elle publie son quatrième rapport sur l'évolution de la couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus en collaboration avec le Centre du cancer de Sciensano et le Fondation Registre du Cancer.

Jusqu'à présent, l'AIM utilisait le prélèvement du frottis de col comme indicateur de la couverture.

A partir de cette année, l'Agence Intermutualiste publie dans son **Atlas la cytologie ou examen cytologique comme indicateur de la couverture.**

L'Atlas¹ de l'Agence Intermutualiste évalue les couvertures par âge et par statut social jusqu'à la précision géographique de la commune et permet de suivre l'évolution de la couverture de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Il présente les couvertures basées sur la cytologie ou examen cytologique du frottis de dépistage (588350-588361), de 2008 à 2017 pour la Région de Bruxelles-Capitale et la Région wallonne. Ces indicateurs sont renouvelés chaque année.

Depuis le 01/06/2013, la Région flamande organise son propre dépistage organisé, et effectue son évaluation. L'AIM renvoie aux publications du CvKO pour l'évaluation du dépistage en Région flamande. <https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/>.

L'AIM publie son quatrième rapport. Les résultats présentés dans ce rapport sont essentiellement les discussions au sujet des tableaux présentés dans l'Atlas. Le rapport 3 décrivait les couvertures sur base du **prélèvement** des frottis. Suite au nouveau calcul de la couverture basé sur la cytologie des frottis, ce rapport-ci décrit l'évolution des couvertures basées sur le remboursement de la **cytologie**, de l'année 2008 à l'année 2017.

¹ <http://atlas.aim-ima.be>

2 LES RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES POUR LE DÉPISTAGE DU COL DE L'UTÉRUS

En 2017, 622 nouveaux cas de cancers du col de l'utérus ont été diagnostiqués en Belgique².

L'Union Européenne recommande un programme de dépistage organisé³ par frottis, ou test de Papanicolaou, tous les 3 ans chez les femmes âgées de 25 à 64 ans⁴.

Le programme de dépistage organisé s'oppose au dépistage opportuniste parce qu'il doit répondre à des critères de qualité et suivre des recommandations.

Les recommandations européennes générales pour le dépistage organisé (2008)⁵

- Le dépistage organisé par frottis de col tous les 3 à 5 ans peut prévenir 4 cancers sur 5.
- Le programme est basé sur l'invitation de la population des femmes âgées de 25 à 64 ans.
- Pour diminuer la mortalité liée au cancer du col de l'utérus, la couverture doit être la plus large possible
- Le programme doit respecter une assurance de qualité et des guidelines : de l'organisation, l'implémentation, le monitoring du frottis au diagnostic et prise en charge des lésions cervicales détectées.
- L'enregistrement des données de dépistage et du Registre du cancer sont indispensables pour mesurer la performance et l'impact du programme.

Pourquoi un délai de trois ans entre deux dépistages?

Le virus HPV (Human papilloma Virus) infecte les jeunes femmes et hommes lors du début des relations sexuelles. Près de 80% des femmes seront un jour en contact avec le virus. Une infection par papillomavirus ne provoque pas automatiquement le cancer. Le virus HPV peut entraîner des lésions appelées dysplasies au niveau de la muqueuse du col de l'utérus. On parle alors de lésions potentiellement malignes ou lésions précancéreuses, également appelées CIN (néoplasie intra-épithéliale cervicale). Ces lésions précancéreuses présentent différents stades évolutifs d'anomalies cellulaires, les dysplasies légères, modérées à sévères (CIN 1, 2, 3), avant d'atteindre le cancer invasif. Ces dysplasies doivent être présentes longtemps, en moyenne 10 à 15 ans, avant qu'un véritable cancer invasif ne se développe.

Comme les lésions précancéreuses évoluent lentement, un **frottis⁶ de col tous les trois ans** est efficace et recommandé pour dépister d'éventuelles lésions précancéreuses avant qu'elles ne se transforment en cancer.

² <https://kankerregister.org/>

³ Le dépistage opportuniste, est le dépistage effectué sous prescription, le plus fréquemment du gynécologue, ou du médecin traitant, en dehors de tout programme organisé.

⁴ Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N et al. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second Edition - Summary Document. Ann Oncol 2010; 21: 448-58.

⁵ Source : European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening-Second edition-2008.

⁶Le frottis de col s'analyse avec le test de Papanicolaou (= Pap test)⁶ pour détecter les cellules du col anormales, précancéreuses ou cancéreuses = examen cytologique = cytologie.

La vaccination

Rappelons que même une bonne couverture de vaccination des jeunes filles ne remplace pas leur dépistage !

En effet, les vaccins ne protègent pas de tous les papillomavirus responsables des lésions cancéreuses^{7,8,9}.

⁷ La vaccination par Gardasil ou Cervarix protège contre les types 16 et 18 estimés responsables d'environ 70% des cancers du col de l'utérus. Sur la base d'études épidémiologiques, Gardasil 9 devrait protéger contre les HPV qui sont responsables d'environ : 90 % des cancers du col de l'utérus. Source : www.mesvaccins.net.

⁸ Arbyn M, Xu L, Simoens C, Martin-Hirsch PP. Prophylactic vaccination against human papillomaviruses to prevent cervical cancer and its precursors. Cochrane Database Syst Rev 2018; 5: CD009069

⁹ "Prescrire en Questions. Vaccin papillomavirus à 9 valences : un progrès ignoré ?" Rev Prescrire 2019 ; 39 (428) : 468-471

3 MÉTHODOLOGIE

3.1 DONNÉES DE L'AGENCE INTERMUTUALISTE

- Données de tous les organismes assureurs (de toutes les mutualités)
- Données socio-démographiques (lieu d'habitation, âge, statut social)
- Données de facturation
 - Exhaustif pour toute la Belgique (98% de la population résidant en Belgique)
 - Données longitudinales
 - Uniquement des informations sur les prestations remboursées (pas d'information clinique, diagnostique)

3.2 LA CYTOLOGIE, NOUVEL INDICATEUR DE LA COUVERTURE

Suite à l'évolution de l'utilisation de la nomenclature pour la facturation des prélèvements de frottis nous calculons la **cytologie du frottis de dépistage par le laboratoire (588350-588361)** comme indicateur de la couverture.

Le prélèvement du frottis **de dépistage par le médecin généraliste (114030-114041) ou le gynécologue (149612-149623)** est l'indicateur que nous avons utilisé jusqu'à présent dans l'atlas et dans le rapport

Dès notre première analyse en 1998, nous avons observé que le prélèvement du frottis n'était pas toujours facturé par le médecin à l'INAMI¹⁰. La couverture basée sur le prélèvement était donc en partie sous-estimée.¹¹ Cette tendance s'est amplifiée au cours du temps.

En effet, pour 2016, on observe que la couverture calculée sur base de la cytologie des frottis est de 11% supérieure à celle calculée sur base du prélèvement en Wallonie (contre 4% en 2008) et jusqu'à 22% en Région de Bruxelles-Capitale. Ces chiffres sont détaillés dans l'annexe.

Ce rapport décrit l'évolution des couvertures basées sur la cytologie du frottis de dépistage (Pap-test), de l'année 2008 à l'année 2017.

Les couvertures sont calculées pour la Région de Bruxelles-Capitale et pour la Région wallonne.

3.2.1 Calcul de la couverture

La couverture est définie comme le nombre de femmes de 25 à 64 ans ayant eu un (au moins) frottis au cours des trois dernières années.

Dès que la femme a réalisé un frottis ou plus sur les trois ans, elle est comptée une fois pour la couverture. La couverture en temps T est la couverture calculée sur les 3 années T-2, T-1, T.

¹⁰ Dans ce cas, Il est néanmoins possible que le médecin facture quand même le prélèvement du frottis à la patiente.

¹¹ Pour les années 1996-2000, le nombre de prélèvement de frottis facturés (5.251.198) équivalait à 92% des cytologies (5.734.201).

3.3 EVOLUTION DE LA NOMENCLATURE

a) Différenciation du frottis de dépistage du frottis de suivi ou de diagnostic

- Depuis 1985, il existe plusieurs codes de nomenclature correspondant aux frottis de dépistage.
 - Les codes pour le remboursement de l'acte de prélèvement (selon qu'il soit effectué par un médecin généraliste (114030-114041) ou un gynécologue (149612-149623)).
 - Les codes pour le remboursement de la cytologie de dépistage (588350-588361)¹².
- A partir du 01/07/2009, de nouveaux codes de nomenclature ont été introduits pour faire la distinction entre les frottis de dépistage et les frottis réalisés dans un but de suivi diagnostique ou thérapeutique :
 - Les codes pour le remboursement de l'acte de prélèvement du frottis de suivi (selon qu'il soit effectué par un médecin généraliste (114170-114181) ou un gynécologue (149634-149645)).
 - Les codes pour le remboursement de la cytologie de suivi (588895-588906).

b) Limitation progressive du remboursement des frottis de dépistage

Jusqu'en juin 2009, les remboursements du prélèvement et de la cytologie des frottis de dépistage n'étaient pas soumis à une limitation de nombre ou de fréquence.

La surconsommation de frottis, c'est-à-dire le nombre de frottis réalisés plus d'une fois tous les trois ans, dans un but de dépistage, était évaluée à 88 %¹³.

- du 01/07/2009 au 28/02/2013, le remboursement des frottis de dépistage (prélèvement et analyse cytologique) est limité à un frottis tous les deux ans, pour diminuer la surconsommation des frottis,
- à partir du 01/03/2013, pour suivre les recommandations européennes, le remboursement du frottis de dépistage est limité à un frottis tous les trois ans.

c) Gratuité du frottis de dépistage

Dans le même temps, afin de favoriser l'accès au dépistage, à partir du 01/01/2013, le frottis de dépistage (prélèvement et analyse cytologique) est rendu gratuit pour toutes les femmes¹⁴.

¹² Jusqu'au 01/07/2009, ces codes de nomenclature ont servi au remboursement de tous les frottis cervico-vaginaux, qu'ils soient effectués dans un but de dépistage ou dans un but de diagnostic ou de suivi de traitement du cancer du col de l'utérus.

¹³ Arbyn M, Simoens C, Van Oyen H, Foidart J-M, Goffin F, Simon P, Fabri V. Analysis of 13 million individual patient records pertaining to Pap smears, colposcopies, biopsies and surgery on the uterine cervix (Belgium, 1996-2000). *Prev Med* 2009; 48: 438-43.

Arbyn M, Fabri V, Temmerman M, Simoens C. Attendance at cervical cancer screening and use of diagnostic and therapeutic procedures on the uterine cervix assessed from individual health insurance data (Belgium, 2002-2006). *PLoS ONE* 2014; 9: e92615.

¹⁴ Avant 2013, le frottis (prélèvement et analyse cytologique) était déjà totalement remboursé pour les femmes défavorisées socialement (BIM) et s'élevait à 4,48 euros en 2012 pour la patiente et 22 euros pour l'INAMI.

d) Statut socio-économique BIM : bénéficiaire de l'intervention majorée¹⁵.

Les organismes assureurs utilisent le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée comme proxy d'indicateur socio-économique. On distingue deux statuts : les membres bénéficiaires d'une intervention majorée de l'assurance maladie (BIM) et les autres (non-BIM). Les affiliés BIM sont des personnes précarisées qui bénéficient d'un remboursement plus important de leurs soins de santé et médicaments (cf. annexe).

¹⁵ Source INAMI : www.inami.fgov.be

4 COUVERTURES

L'Atlas de l'AIM évalue les couvertures par âge et par statut social jusqu'à la précision géographique de la commune et permet de suivre l'évolution des couvertures de dépistage de 2008 à 2017.

Nous calculons la couverture du **dépistage opportuniste**, c'est-à-dire la participation au dépistage effectué sous prescription, le plus fréquemment du gynécologue, ou du médecin traitant, en dehors de tout programme organisé.

4.1 EVOLUTION DES COUVERTURES BASÉES SUR L'ACTE DE LA CYTOLOGIE DE 2008 À 2017¹⁶

Table 1 : Couverture basée sur l'acte de la cytologie

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Région de Bruxelles-Capitale	65,3%	65,2%	63,8%	59,3%	56,7%	55,9%	48,2%	44,1%	47,0%	46,3%
Région wallonne	64,0%	63,6%	62,4%	59,1%	57,5%	56,9%	48,5%	45,5%	48,9%	48,2%

Table 2 : Calcul de l'évolution de la couverture basée sur la cytologie comparée à la couverture de 2008 : Evolution proportionnelle = (couverture année T - couverture 2008) / Couverture 2008.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Région de Bruxelles-Capitale		0,00	-0,02	-0,09	-0,13	-0,14	-0,26	-0,33	-0,28	-0,29
Région wallonne		-0,01	-0,03	-0,08	-0,10	-0,11	-0,24	-0,29	-0,24	-0,25

De 2008 à 2017, la participation au dépistage opportuniste a fortement diminué : en Wallonie la participation au dépistage opportuniste a diminué d'un quart et à Bruxelles de 29%. Cette diminution est plus marquée à partir de 2011 et de 2014.

La légère augmentation observée en 2016 ne se répète pas en 2017.

Suite aux diminutions de fréquence de remboursement en 2009 et en 2013, certaines femmes ont continué à se faire dépister plus d'une fois tous les trois ans, inutilement pour le dépistage, sans avoir droit au remboursement du frottis. La plupart de ces dépistages correspondent à une surconsommation de frottis. Comme expliqué table 12 de l'annexe, le remboursement limité à tous les trois ans a comme conséquence une légère¹⁷ sous-estimation de la couverture calculée par l'AIM (cf. table 12 dans l'annexe).

¹⁶ A partir de cette table toutes les couvertures calculées sont des couvertures basées sur l'acte d'analyse cytologique (A part celles présentées pour les comparaisons dans les tables 10 et 11 dans l'annexe).

¹⁷ Le rapport du CvKO publié en 2019 montre, qu'en région flamande, 23,1% *de tous les frottis prélevés* en 2018 sont considérés comme de la surconsommation. 13,5% des frottis sont prélevés dans le cadre du suivi médical et 63,4% pour

La couverture qui comprend cette part de dépistage non-remboursé, peut être calculée sur la base du registre de Cyto-histopathologie de la Fondation Registre du Cancer, qui dispose d'une base légale pour recevoir les résultats de tous les frottis du cancer du col utérin.

4.2 EVOLUTION DES COUVERTURES DE 1998 À 2017, 19 ANS DE SUIVI

À travers les différents rapports et l'Atlas, les données de l'AIM permettent de suivre l'évolution du dépistage opportuniste depuis 1998.

Table 3 : Le rapport 1¹⁸ étudie les couvertures de 1998 à 2000 (Source : AIM)

	1998	1999	2000
Région de Bruxelles-Capitale	53,00%	55,50%	57,60%
Région wallonne	58,40%	60,00%	60,90%

Table 4 : Le rapport 2¹⁹ étudie les couvertures de 2004 et de 2006 (Source : AIM)

	2004	2006
Région de Bruxelles-Capitale	62,3%	61,9%
Région wallonne	62,8%	63,3%

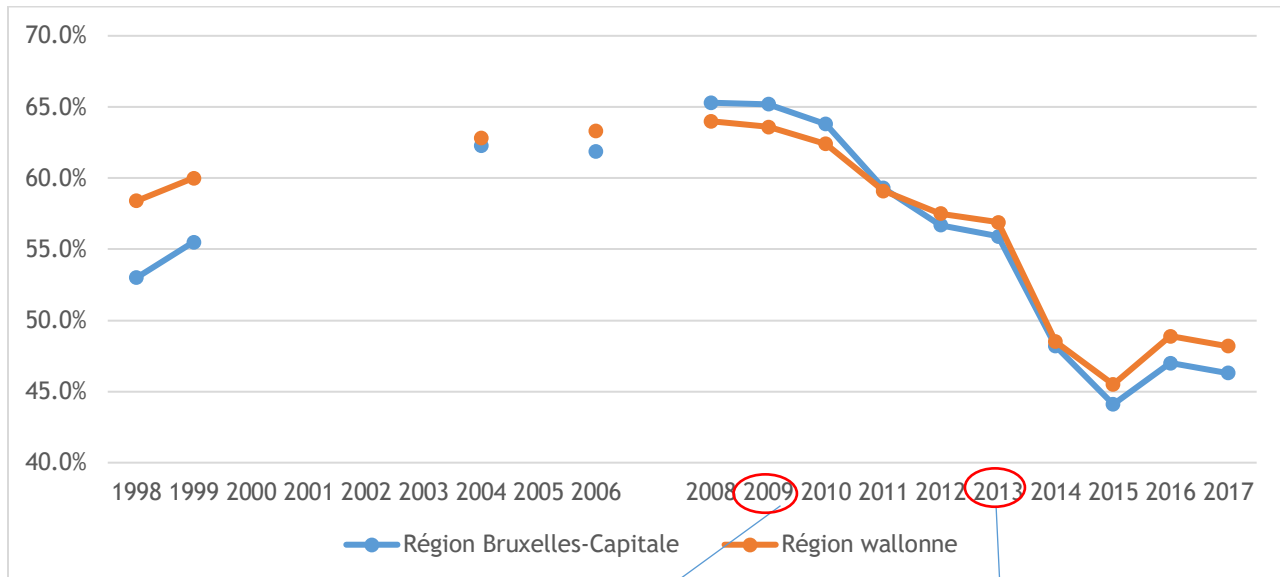
dépistage. Le pourcentage de femmes *dans l'ensemble de la population* qui sont sur-dépistées n'est que de 5,7%. Ces chiffres sont basés à la fois sur les données IMA et sur les données du Registre du cancer qui enregistre également tous les frottis non remboursés. A priori on ne s'attend pas à ce que l'attitude des femmes en Wallonie et à Bruxelles soit fort différente, nous pouvons prendre ces 5,7% comme approximation de la surconsommation **maximale** en Wallonie et à Bruxelles. <https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/sites/default/files/atoms/files/Jaarrapport2019.pdf>

¹⁸ Arbyn M, Simoens C, Van Oyen H, Foidart J-M, Goffin F, Simon P, Fabri V. Analysis of 13 million individual patient records pertaining to Pap smears, colposcopies, biopsies and surgery on the uterine cervix (Belgium, 1996-2000). *Prev Med* 2009; 48: 438-43.

¹⁹ Arbyn M, Fabri V, Temmerman M, Simoens C. Attendance at cervical cancer screening and use of diagnostic and therapeutic procedures on the uterine cervix assessed from individual health insurance data (Belgium, 2002-2006). *PLoS ONE* 2014; 9: e92615.

Graphique 1 : Evolution des couvertures de dépistage (basées sur la cytologie) de 1998 à 2017

Source : Rapport 1-2-3²⁰ de l'AIM et Atlas de l'AIM (2008-2017)



2009 :

- Limitation du remboursement 1 frottis/2 ans
- Nouveaux codes de frottis de suivi

2013 :

- Limitation du remboursement 1 frottis/3 ans
- Gratuité du frottis

Bien que chaque année, les couvertures n'aient pas été calculées, il semblerait que les couvertures soient restées stables aux alentours de 60% de 1998 à 2009. On observe une légère diminution à partir de 2010 et une diminution plus importante à partir de 2014.

⇒ **Quel est l'impact de l'introduction en 2009 de la nomenclature pour les frottis de suivi sur la diminution de couverture ?**

La création du code de nomenclature pour les frottis de suivi (prélèvement et cytologie) a-t-elle engendré un remplacement important des codes de frottis de dépistage par les codes de frottis de suivis ? Pour mesurer l'impact éventuel, nous comparons la couverture des femmes qui, en trois ans, ont réalisé, soit un frottis de dépistage, soit un ou plusieurs frottis de suivi, soit les deux, à celle des femmes qui ont uniquement réalisé un frottis de dépistage.

²⁰ Troisième rapport de l'Agence Intermutualiste, Dépistage du cancer du col de l'utérus 2006-2012

Valérie Fabri, UNMS ; Aaron Van den Heede ; NVSM, Bart Demyttenaere, NVSM ; Annemie Haelens, Kankerregister ; Julie Francart, Fondation Registre du cancer ; Marc Arbyn ; WIV

Tables 5 et 6 : Comparaison des couvertures calculées en prenant en compte le prélèvement des frottis de dépistage et de suivi avec les couvertures de dépistage

Région de Bruxelles-Capitale	Couverture de dépistage (a)	Couverture de dépistage et/ou suivi (b)
2013	55,9%	57,5%
2014	48,2%	50,4%
2015	44,1%	46,7%
2016	47%	49,4%

Région wallonne	Couverture de dépistage (a)	Couverture de dépistage et/ou suivi (b)
2013	56,9%	58,3%
2014	48,5%	50,5%
2015	45,5%	47,9%
2016	48,9%	51,3%

On observe dans les deux régions que la couverture qui tient compte des femmes ayant réalisé au moins un frottis de suivi n'est pas augmentée de plus de 2,6% (b-a) par rapport à la couverture de dépistage.

Il semble donc que la forte diminution des couvertures de dépistage ne puisse être expliquée que très partiellement par la substitution des frottis de dépistage par des frottis de suivis.

Cela corrobore les premiers résultats du rapport 3 de l'AIM (table 7), où nous voyions que la différence entre la couverture de dépistage et la couverture calculée en y additionnant les frottis de suivi était assez faible (de 0,3 % en 2010 à 1,8% en 2012).

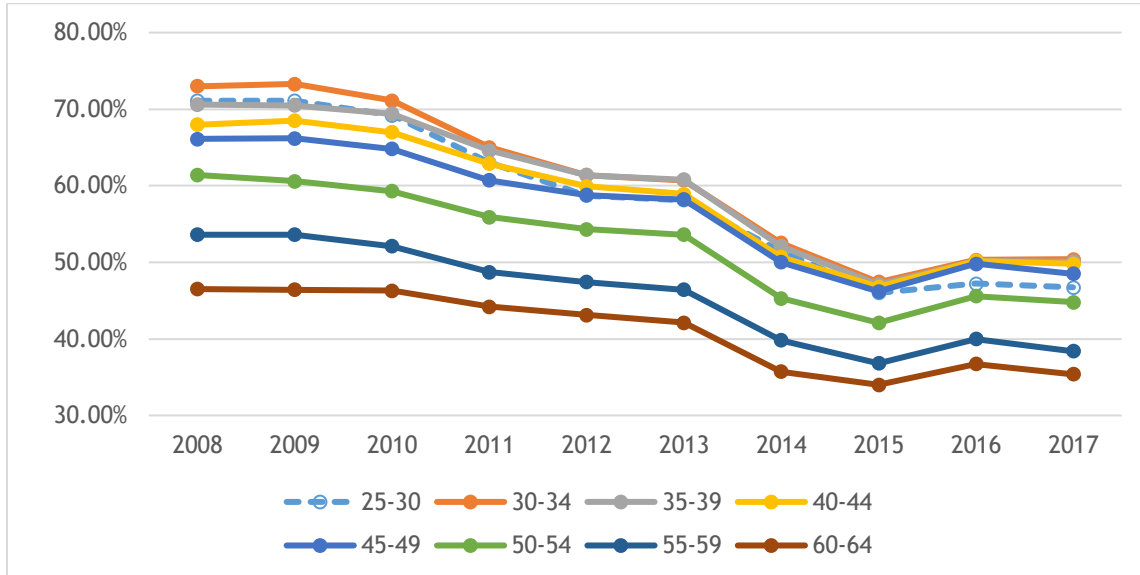
Table 7 : Comparaison des couvertures calculées en prenant en compte le prélèvement des frottis de dépistage et de suivi avec les couvertures de dépistage (chiffres pour la Belgique).

Période	Nombre de femmes dépistées	Nombre de femmes de la population cible	Couverture sur 3 ans (frottis de dépistage + suivi)	Couverture sur 3 ans (frottis de dépistage)	Nombre de frottis (dépistage + suivi)
2007-2009	1.680.742	2.813.688	60,0%	60,0%	2.848.186
2008-2010	1.668.760	2.832.931	59,3%	59,0%	2.496.951
2009-2011	1.612.857	2.848.158	56,9%	56,0%	2.203.337
2010-2012	1.579.766	2.856.282	55,5%	53,7%	2.027.865

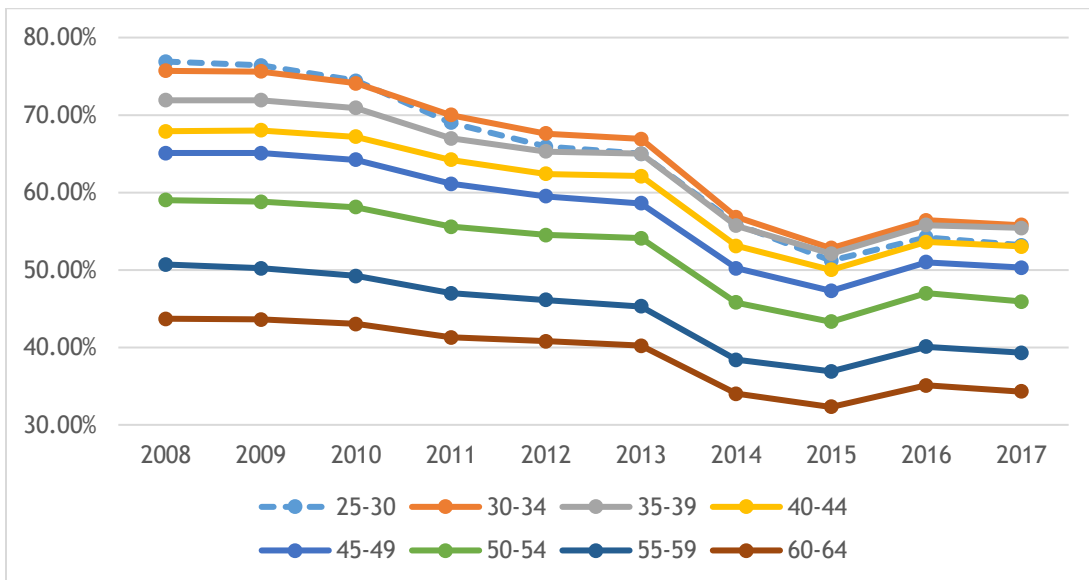
Source : Rapport 3 de l'AIM

4.3 EVOLUTION DES COUVERTURES SELON L'ÂGE

Graphique 2 : Couverture selon l'âge dans la région de Bruxelles-Capitale



Graphique 3 : Couverture selon l'âge en Région wallonne



Comme chaque année, que ce soit pour le dépistage du cancer du sein ou du cancer du col de l'utérus, on observe que les femmes plus jeunes sont mieux dépistées que les femmes plus âgées. Ce phénomène est plus marqué en Wallonie qu'à Bruxelles.

Néanmoins, de façon inattendue, la diminution de couverture au cours du temps est plus marquée chez les femmes les plus jeunes²¹.

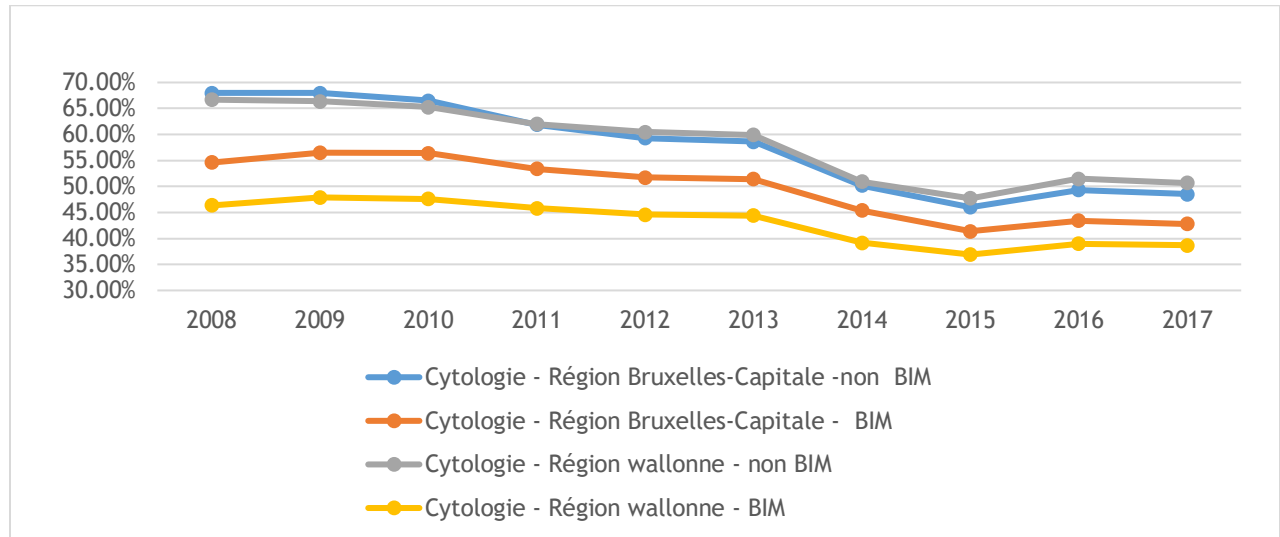
Le remboursement par l'INAMI de la vaccination des jeunes filles a commencé le premier novembre 2007. Pourrait-on attribuer cette diminution de couverture à l'introduction de la vaccination des jeunes filles ? Pour faire partie du groupe des femmes cibles pour le dépistage en 2015, 2016 ou 2017²², il fallait que les jeunes filles soient âgées de 16 ans à 18 ans et aient été vaccinées en 2008. Cela limite fortement le nombre de femmes de la population cible qui ont déjà été vaccinées pendant leur adolescence.

²¹ Les tableaux décrivant la population cible et les diminutions de couverture par âge sont visibles en annexe.

²² Le remboursement par l'INAMI de la vaccination des jeunes filles de 12 à 15 ans a commencé le premier novembre 2007 avec le Gardasil®. Suivi par le Cervarix® en mai 2008. Ensuite, en décembre 2008, la vaccination a été étendue aux jeunes filles de 12 à 18 ans.

4.4 EVOLUTION DES COUVERTURES SELON LE STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUE²³

Graphique 4: Evolution de la couverture du dépistage en fonction du statut BIM



En 2017, l'écart entre les deux couvertures (couverture « non BIM » moins couverture « BIM ») est surtout marqué en Wallonie avec 12% de différence pour 6% à Bruxelles.

L'écart de couverture entre les femmes défavorisées (BIM) et moins ou non défavorisées (non-BIM) diminue progressivement au cours du temps.

Pour les femmes plus favorisées, non-BIM, on observe quasiment pas de différence de couverture entre la Wallonie et Bruxelles.

⇒ **Impact de la gratuité du frottis de dépistage pour les femmes non-BIM depuis janvier 2013 ?**

Avant 2013, le frottis de dépistage était déjà gratuit pour les femmes bénéficiant de l'intervention majorée (BIM). A partir de 2013, le frottis devient gratuit pour toutes les femmes cibles.

Rappelons qu'à partir du 01/03/2013, pour suivre les recommandations européennes, le remboursement du frottis de dépistage est limité à un frottis tous les trois ans.

²³ Le nombre de bénéficiaires BIM et non BIM par classe d'âge se trouvent en annexe.

Table 8 : Evolution des couvertures en fonction du statut socio-économique de 2012 à 2016 :

Calcul de l'évolution proportionnelle par rapport à l'année 2012. (Couverture année T - couverture 2012) / Couverture 2012).

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Région de Bruxelles-Capitale						
Non BIM	59,3%	58,6%	50,2%	46,0%	49,3%	48,5%
(t-2012)/2012	0,0%	-1,2%	-15,3%	-22,4%	-16,9%	-18,2%
BIM	51,7%	51,4%	45,4%	41,4%	43,4%	42,8%
(t-2012)/2012	0,0%	-0,6%	-12,2%	-19,9%	-16,1%	-17,2%
Région wallonne						
Non BIM	60,5%	59,9%	50,9%	47,7%	51,5%	50,7%
(t-2012)/2012	0,0%	-1,0%	-15,9%	-21,2%	-14,9%	-16,2%
BIM	44,6%	44,4%	39,2%	36,9%	39,0%	38,7%
(t-2012)/2012	0,0%	-0,4%	-12,1%	-17,3%	-12,6%	-15,2%

Comme on le voit table 8, de 2013 à 2017, comparées à 2012, les couvertures des femmes non-BIM diminuent très légèrement plus que celles des femmes BIM, tant à Bruxelles qu'en Wallonie.

La gratuité du frottis pour les femmes non-BIM ne semble pas avoir d'effet immédiat sur leur participation au dépistage opportuniste.

5 DISCUSSION ET CONCLUSIONS

Ce rapport porte sur les évolutions des couvertures du dépistage opportuniste du cancer du col de l'utérus en Wallonie et à Bruxelles de 2008 à 2017 :

- **Diminution de la couverture d'au moins un quart, entre 2008 et 2017.**

De 1998²⁴ à 2009, les couvertures du dépistage opportuniste du cancer du col de l'utérus, semblent stables aux alentours de 60%.

De 2010 à 2017, la participation au dépistage a fortement diminué en Wallonie comme à Bruxelles. Cette diminution est plus marquée en 2011 et en 2014.

La couverture à Bruxelles passe de 65% en 2008 à 46% en 2017.

La couverture en Wallonie passe de 64% en 2008 à 48% en 2017.

- **Limitation du remboursement du frottis de dépistage à un frottis tous les deux ans, en 2009, et à un frottis tous les trois ans, en 2013.**

Cette importante diminution de couverture est peut-être liée aux limitations du remboursement à un frottis tous les deux ans en 2009 et à un frottis tous les trois ans en 2013.

Une faible fraction de la diminution est liée au fait que les frottis non remboursés ne figurent pas dans les bases de données de l'IMA.

A noter qu'on observe une diminution de couverture dans d'autres pays européens (Royaume-Uni, Finlande)²⁵.

- **En 2009, intervient la distinction entre le frottis de dépistage et le frottis de suivi diagnostic ou thérapeutique.**

On observe que la couverture qui tient compte des femmes ayant réalisé au moins un frottis de suivi n'est pas augmentée de plus de 2,6% par rapport à la couverture de dépistage en 2016.

Il semble donc que la forte diminution des couvertures de dépistage ne puisse être expliquée que très partiellement par la substitution des codes des frottis de dépistage par ceux des frottis de suivis.

- **La gratuité du frottis pour les femmes non-BIM ne semble pas avoir d'effet immédiat sur leur participation au dépistage opportuniste.**

Avant 2013, le frottis de dépistage était déjà gratuit pour les femmes bénéficiant de l'intervention majorée (BIM). A partir de 2013, le frottis devient gratuit pour toutes les femmes cibles.

De 2013 à 2017, comparées à 2012, les couvertures des femmes non BIM diminuent légèrement plus que celles des femmes BIM, tant à Bruxelles qu'en Wallonie. Il nous faudrait plus de recul pour mesurer l'impact complet de la gratuité du dépistage sur les couvertures.

²⁴ Premier calcul de la couverture pour toute la Belgique, avec les données de l'Agence Intermutualiste.

Source Arbyn M, Simoens C, Van Oyen H, Foidart J-M, Goffin F, Simon P, Fabri V. Analysis of 13 million individual patient records pertaining to Pap smears, colposcopies, biopsies and surgery on the uterine cervix (Belgium, 1996-2000). *Prev Med* 2009; 48: 438-43.

²⁵ Public Health Indicators and Population Statistics Team. Cervical Screening Programme, England, 2009-10. The NHS Information Centre and Clare McConnell. 1-97. 2010. NHS; National Statistics.

<http://www.cancer.fi/syoparekisteri/en/mass-screening-registry/statistics/koko-maa/>

- **La participation des femmes défavorisées socialement (BIM) est inférieure, mais l'écart entre femmes BIM et non BIM diminue au cours du temps.**

Comme observé dans différentes études épidémiologiques^{26, 27} plus les personnes sont défavorisées, moins leur prévention est réalisée. Et ce même avec la possibilité de soins préventifs gratuits (comme le mammothest).

En effet, comme nous l'avons observé dans les rapports précédents tant pour le dépistage du cancer du col que celui du sein²⁸, la participation au dépistage opportuniste est inférieure parmi les femmes défavorisées (BIM) par rapport aux femmes moins ou non défavorisées (non-BIM)²⁹.

Et ce malgré la gratuité du frottis de dépistage pour les femmes BIM et la gratuité pour toutes les femmes introduite en 2013.

- **Les femmes plus âgées participent moins au dépistage opportuniste que les jeunes femmes.**

Comme chaque année, que ce soit pour le dépistage du cancer du sein ou du cancer du col de l'utérus, on observe que les femmes plus jeunes sont mieux dépistées que les femmes plus âgées. Ce phénomène est plus marqué en Wallonie qu'à Bruxelles. Il est probablement lié à la consultation chez le gynécologue.

- **La diminution de participation s'observe dans toutes les tranches d'âge et de façon inattendue, elle est plus marquée chez les jeunes femmes.**

A l'avenir, quand la cohorte de jeunes filles vaccinées sera plus étoffée, il serait intéressant de mesurer l'effet de la vaccination contre l'HPV³⁰ sur la participation au dépistage des jeunes femmes vaccinées.

- **Les couvertures de dépistage opportuniste (spontané) chez les femmes BIM et non BIM, jeunes et moins jeunes restent insuffisante pour que le dépistage soit efficace.**
- **La vaccination HPV ne dispense pas du dépistage!**

Bien que les vaccins évoluent, ils ne protègent pas contre tous les types du papillomavirus responsables des lésions cancéreuses. Le dépistage reste utile, même chez les jeunes femmes vaccinées. D'autre part, les femmes vaccinées n'auront pas à effectuer un dépistage aussi fréquemment.

²⁶ Rapport thématique 2014 "Femmes, précarités et pauvreté en Région bruxelloise"

²⁷ Rapport de l'Agence Intermutualiste : Inégalités sociales en santé, mai 2019

Hervé Avalosse, Leila Maron, Murielle Lona, Joeri Guillaume, El Maâti Allaoui, Tonio Di Zinno

²⁸ Rapports 1 à 8 de l'AIM sur le dépistage du cancer du sein

²⁹ Les chiffres détaillés par Région et classes d'âge se trouvent en annexe.

³⁰ Human Papilloma Virus

6 ANNEXE

Table 9 : Evolution de la nomenclature

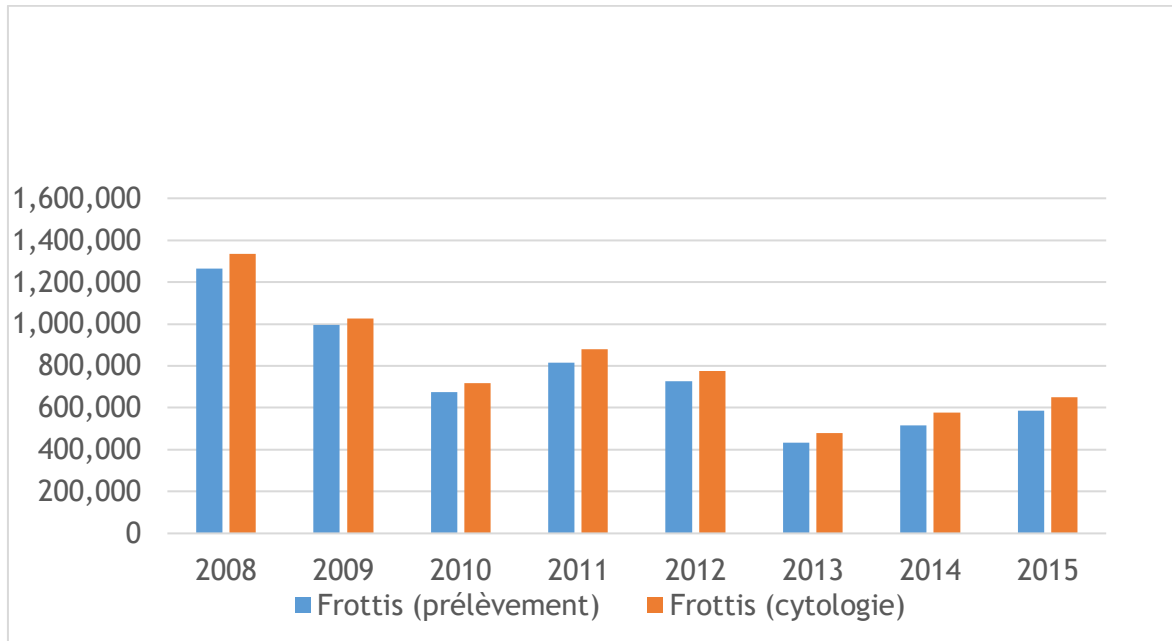
Actes médicaux	Nomenclature (INAMI)	Description (INAMI)	Date de création
frottis de dépistage - prélèvement	114030-114041	Réalisation d'un frottis cervical et vaginal en vue d'un examen cytopathologique, effectué par un médecin généraliste dans le cadre du dépistage de cellules néoplasiques	Depuis 1985
	149612-149623	Réalisation d'un frottis cervical et vaginal en vue d'un examen cytopathologique, effectué par un médecin spécialiste, dans le cadre du dépistage de cellules néoplasiques	
frottis de dépistage - cytologie -	588350-588361	Honoraires pour la recherche lors d'un examen cyto-pathologique de dépistage de cellules néoplasiques sur prélèvement cervico-vaginal - 1ere lecture	
frottis de suivi - prélèvement	114170-114181	Réalisation d'un frottis cervical et vaginal en vue d'un examen cytopathologique, effectué par un médecin généraliste dans le cadre d'un suivi diagnostique ou thérapeutique	
	149634-149645	Réalisation d'un frottis cervical et vaginal en vue d'un examen cytopathologique, effectué par un médecin spécialiste, dans le cadre d'un suivi diagnostique ou thérapeutique	
frottis de suivi - cytologie	588895-588906	Honoraires pour l'examen cytopathologique de dépistage de cellules néoplasiques sur prélèvement cervico-vaginal, dans le cadre d'un suivi diagnostique ou thérapeutique (cytologie en phase liquide)	

Table 10 : Couverture calculée avec l'acte de prélèvement

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Région de Bruxelles-Capitale	61,7%	62,5%	61,2%	56,5%	52,9%	49,2%	41,4%	36,3%	38,4%	38,3%
Région wallonne	61,4%	62,4%	61,6%	58,4%	56,0%	53,5%	44,8%	40,9%	44,2%	44,3%

Table 11 : Rapport des couvertures calculées avec la cytologie sur les couvertures calculées avec le prélèvement (Couverture Cytologie/Couverture Prélèvement)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Région de Bruxelles-Capitale	1,06	1,04	1,04	1,05	1,07	1,14	1,16	1,21	1,22	1,21
Région wallonne	1,04	1,02	1,01	1,01	1,03	1,06	1,08	1,11	1,11	1,09

Graphique 5 : Evolution des nombres de frottis de dépistage prélevés et analysés


Source : Données AIM - Fondation Registre du cancer

Table 12 : Impact des frottis non remboursés sur la couverture calculée par l'AIM

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
frottis remboursé R				R				R
frottis non remboursé NR					NR			
couverture AIM	2010-2011-2012 2011-2012-2013 2012-2013-2014							
SURCONSOMMATION	2011-2012-2013 2012-2013-2014							
Couverture non remboursée par l'AIM	2013-2014-2015							

Prenons une femme qui a bénéficié d'un frottis de dépistage remboursé en 2012, ce frottis participe à la couverture AIM calculée en 2012, en 2013 et en 2014. Si la femme réalise un frottis de dépistage en 2013, non-remboursé, il participera à la surconsommation pour les couvertures de 2013 et de 2014. Si elle n'effectue pas de frottis en 2014 et en 2015 et effectue le prochain frottis remboursé en 2016, la couverture calculée par l'AIM en 2015 sera sous-estimée.

Table 13 : Nombre de femmes dans la population cible en Région de Bruxelles-Capitale et en Région wallonne

	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	Total
Bruxelles-Capitale	33207	47858	47683	43065	37274	34978	31900	30245	26611	22849	355670
Région wallonne	102935	111079	107218	108776	111478	119983	123318	123147	115168	106798	1129900

Source : Atlas: Cube bénéficiaires Femmes 2017

Table 14 : Couverture selon l'âge et évolution proportionnelle de 2008 à 2017 en Région de Bruxelles-Capitale

Age	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	(2017-2008)/2008
25-30	71,1%	71,1%	69,2%	63,0%	58,7%	58,1%	51,4%	46,0%	47,2%	46,7%	-34,3%
30-34	73,0%	73,3%	71,1%	65,0%	61,4%	60,7%	52,5%	47,4%	50,3%	50,4%	-31,0%
35-39	70,6%	70,5%	69,4%	64,6%	61,4%	60,8%	52,1%	47,1%	50,2%	50,1%	-29,0%
40-44	68,0%	68,5%	67,0%	62,9%	59,9%	58,9%	50,7%	46,8%	50,2%	49,8%	-26,8%
45-49	66,1%	66,2%	64,8%	60,7%	58,8%	58,2%	50,0%	46,2%	49,8%	48,5%	-26,6%
50-54	61,4%	60,6%	59,3%	55,9%	54,3%	53,6%	45,3%	42,1%	45,6%	44,8%	-27,0%
55-59	53,6%	53,6%	52,1%	48,7%	47,4%	46,4%	39,8%	36,8%	40,0%	38,4%	-28,4%
60-64	46,5%	46,4%	46,3%	44,2%	43,1%	42,1%	35,7%	34,0%	36,7%	35,4%	-23,9%

Table 15 : Couverture selon l'âge et évolution proportionnelle de 2008 à 2017 en Région wallonne

Age	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	(2017-2008)/2008
25-30	76,9%	76,4%	74,4%	69,0%	65,9%	65,0%	55,9%	51,2%	54,2%	53,2%	-30,8%
30-34	75,7%	75,6%	74,1%	70,0%	67,6%	66,9%	56,8%	52,8%	56,4%	55,8%	-26,3%
35-39	71,9%	71,9%	70,9%	67,0%	65,3%	65,0%	55,7%	52,1%	55,8%	55,4%	-22,9%
40-44	67,9%	68,0%	67,2%	64,2%	62,4%	62,1%	53,1%	50,0%	53,6%	53,0%	-21,9%
45-49	65,1%	65,1%	64,2%	61,1%	59,5%	58,6%	50,2%	47,3%	51,0%	50,3%	-22,7%
50-54	59,0%	58,8%	58,1%	55,6%	54,5%	54,1%	45,8%	43,3%	47,0%	45,9%	-22,2%
55-59	50,7%	50,2%	49,2%	47,0%	46,1%	45,3%	38,4%	36,9%	40,1%	39,3%	-22,5%
60-64	43,7%	43,6%	43,0%	41,3%	40,8%	40,2%	34,0%	32,3%	35,1%	34,3%	-21,5%

Table 16 : Statut socio-économique : BIM (bénéficiaire de l'intervention majorée)

L'intervention majorée est octroyée automatiquement aux personnes qui bénéficient d'une des allocations suivantes :

- le revenu d'intégration du CPAS,
 - la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA),
 - l'allocation de personne handicapée, octroyée par le Service public fédéral (SPF) Sécurité sociale,
 - un enfant reconnu atteint d'un handicap d'au moins 66%,
 - les mineurs étrangers non accompagnés (MENA),
 - un enfant orphelin de père et mère.
- L'intervention majorée est octroyée sur demande auprès de la mutualité, en fonction du revenu et de conditions :
- pour les personnes ayant un revenu inférieur à 18.002 euros (en juin 2016) + 3.332 euros par personne à charge et répondent aux conditions :
 - veuf, invalide, pensionné
 - reconnu comme personne handicapée
 - chômeur complet ou en incapacité de travail depuis au moins un an
 - famille monoparentale
 - pour les personnes qui ont un revenu plus faible encore. Ex pour 2016, un revenu inférieur à 17.175 € (en 2015) + 3.179 par personne à charge, peu importe les conditions.

Table 17 : Proportion de femmes non-BIM et BIM dans la population cible en Région de Bruxelles-Capitale

	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans
Non BIM	72,90%	71,80%	68,30%	66,90%	68,20%	69,60%	68,00%	65,40%
BIM	25,40%	26,20%	30,10%	31,80%	30,80%	29,70%	31,40%	34,30%
BIM inconnu	1,70%	1,90%	1,60%	1,20%	1,00%	0,70%	0,60%	0,30%

Table 18 : proportion de femmes non-BIM et BIM dans la population cible en Région wallonne

	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans
Non BIM	80,70%	81,90%	81,40%	80,80%	80,20%	79,80%	78,30%	75,50%
BIM	18,50%	17,40%	18,10%	18,80%	19,50%	19,90%	21,50%	24,40%
BIM inconnu	0,80%	0,70%	0,50%	0,40%	0,40%	0,20%	0,20%	0,10%

Table 19 : Evolution des couvertures selon le statut social BIM/non BIM

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Région de Bruxelles-Capitale	Non BIM	68,0%	68,0%	66,5%	61,9%	59,3%	58,6%	50,2%	46,0%	49,3%	48,5%
	BIM	54,6%	56,5%	56,4%	53,4%	51,7%	51,4%	45,4%	41,4%	43,4%	42,8%
	<i>BIM/non BIM</i>	80,0%	83,0%	85,0%	86,0%	87,0%	88,0%	90,0%	90,0%	88,0%	88,2%
Région wallonne	Non BIM	66,7%	66,4%	65,3%	62,0%	60,5%	59,9%	50,9%	47,7%	51,5%	50,7%
	BIM	46,4%	47,9%	47,6%	45,8%	44,6%	44,4%	39,2%	36,9%	39,0%	38,7%
	<i>BIM/non BIM</i>	70,0%	72,0%	73,0%	74,0%	74,0%	74,0%	77,0%	77,0%	76,0%	76,3%

Table 20 : Couverture sur trois ans des femmes qui ont réalisé au moins un frottis de suivi (cytologie) de 2010 à 2012

Couverture cytologie de suivi 2012	
Région Bruxelles-Capitale	4,9%
Région flamande	5,6%
Région wallonne	4,4%

Source : Rapport 3 AIM

7 BIBLIOGRAPHIE

Arbyn M, Simoens C, Van Oyen H, Foidart J-M, Goffin F, Simon P, Fabri V. Analysis of 13 million individual patient records pertaining to Pap smears, colposcopies, biopsies and surgery on the uterine cervix (Belgium, 1996-2000). *Prev Med* 2009; 48: 438-43.

Arbyn M, Fabri V, Temmerman M, Simoens C. Attendance at cervical cancer screening and use of diagnostic and therapeutic procedures on the uterine cervix assessed from individual health insurance data (Belgium, 2002-2006). *PLoS ONE* 2014; 9: e92615. Rapport 1: Analysis of individual health insurance data pertaining to pap smears, colposcopies, biopsies, and surgery on the uterine cervix (Belgium, 1996-2000).

Marc ARBYN^{1,2}, Herman VAN OYEN² 1. European Network for Cervical Cancer Screening 2. Scientific Institute of Public Health. Rapport 2 : Analysis of individual health insurance data pertaining to pap smears, colposcopies, biopsies, and surgery on the uterine cervix (Belgium, 2001-2006).

Marc ARBYN^{1,2}, Cindy SIMOENS², Valérie FABRI^{3,4} 1. European Network for Cervical Cancer Screening; 2. Scientific Institute of Public Health, Unit of Cancer Epidemiology, Brussels; 3. Socialist Mutuality, Brussels; 4. Inter-mutualistic Agency, Brussels. Troisième rapport de l'Agence Inter-mutualiste, Dépistage du cancer du col de l'utérus 2006-2012.

Valérie Fabri, UNMS ; Aaron Van den Heede ; NVSM, Bart Demyttenaere, NVSM ; Annemie Haelens, Kankerregister ; Julie Francart, Fondation Registre du cancer ; Marc Arbyn ; WIV.

www.inami.fgov.be

KCE Reports 238Bs, 2015

Cytology versus HPV testing for cervical cancer screening in the general population ; Cochrane database of systematic reviews, August 2017 ; George Koliopoulos, Victoria N Nyaga, Nancy Santesso, Andrew Bryant, Pierre PL Martin-Hirsch, Reem A Mustafa, Holger Schünemann, Evangelos Paraskevidis, Marc Arbyn.

Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N et al. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second Edition - Summary Document. *Ann Oncol* 2010; 21: 448-58.

Arbyn M, Xu L, Simoens C, Martin-Hirsch PP. Prophylactic vaccination against human papillomaviruses to prevent cervical cancer and its precursors. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 5: CD009069.

Rapport thématique 2014 "Femmes, précarités et pauvreté en Région bruxelloise"

Rapport de l'Agence Inter-mutualiste : Inégalités sociales en santé, mai 2019
Hervé Avalosse, Leila Maron, Murielle Lona, Joeri Guillaume, El Maâti Allaoui, Tonio Di Zinno

European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening-Second edition-2008

<http://www.zorg-en-gezondheid.be/Nieuws/Bevolkingsonderzoek-voor-betere-opsporing-van-baarmoederhalskanker/>

Public Health Indicators and Population Statistics Team. Cervical Screening Programme, England, 2009-10. The NHS Information Centre and Clare McConnell. 1-97. 2010. NHS; National Statistics.

<http://www.cancer.fi/syoparekisteri/en/mass-screening-registry/statistics/koko-maa/>

Arbyn M, Rebolj M, de Kok IM, Becker N, O'Reilly M, Andrae B. The challenges for organising cervical screening programmes in the 15 old member states of the European Union. *Eur J Cancer* 2009; 45: 2671-8.

Nygard JF, Skare GB, Thoresen SO. The cervical cancer screening programme in Norway, 1992-2000: changes in Pap smear coverage and incidence of cervical cancer. *J Med Screen* 2002; 9: 86-91.

www.hpvworld.com 2018: HPV screening in the way to cervical cancer elimination. Marc Arbyn, and Co

Performance du système de santé belge - Rapport 2019: 313B ; 2019. Devos Carl, Cordon Audrey, Lefèvre Mélanie, Obyn Caroline, Renard Françoise, Bouckaert Nicolas, Gerkens Sophie, Maertens de Noordhout Charline, Devleeschauwer Brecht, Haelterman Margareta, Léonard Christian, Meeus Pascal

Prescrire en Questions. Vaccin papillomavirus à 9 valences : un progrès ignoré ? *Rev Prescrire* 2019 ; 39 (428) : 468-471

<https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/sites/default/files/atoms/files/Jaarrapport2019.pdf>

www.rivm.nl/.../B/Bevolkingsonderzoek_baarmoederhalskanker

<http://eurogin.com/2017/images/doc/eurogin2017-final-program.pdf>

<https://kankerregister.org/>

www.mesvaccins.net

www.aim-ima.be

www.inami.fgov.be