



Evaluation du dépistage du cancer colorectal à Bruxelles - années de dépistage 2019-2022

INDICATEURS D'ÉVALUATION

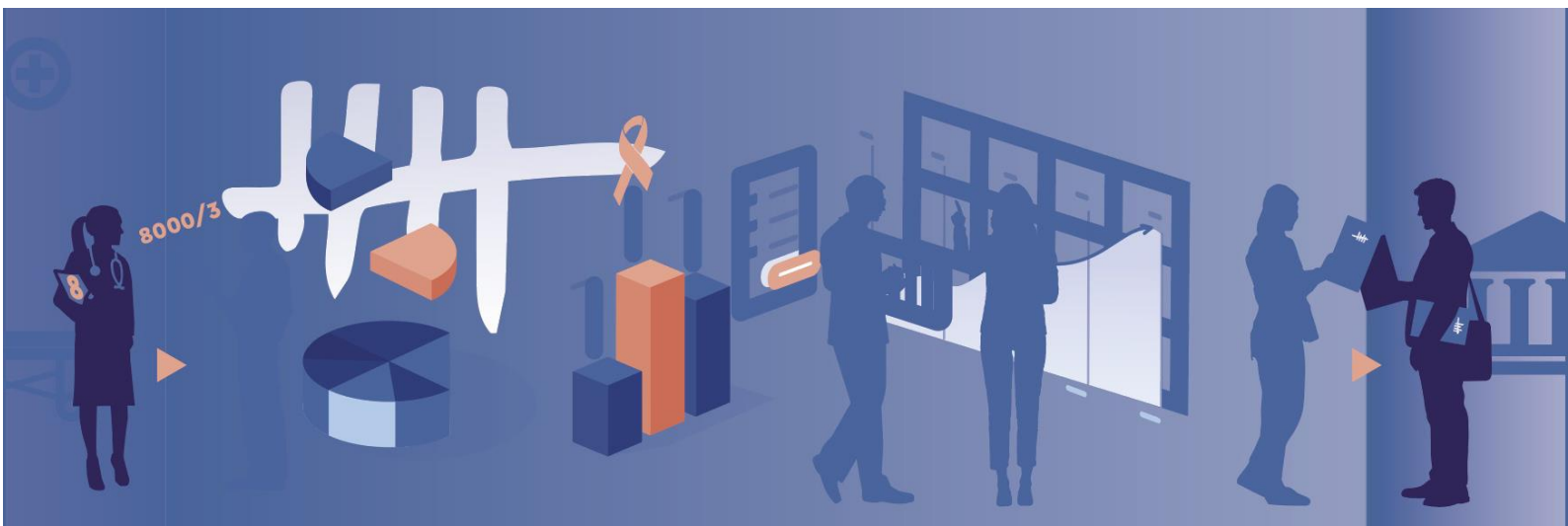


TABLE DES MATIERES

1.	Introduction	2
2.	Incidence et mortalité du cancer colorectal	5
3.	Population étudiée, participation au dépistage et couverture	13
3.1.	Population étudiée	13
3.2.	Taux de participation (NOUVEAU)	14
3.3.	Taux de couverture (NOUVEAU)	15
3.4.	Surdépistage parmi les iFOBT dans le programme	18
3.5.	Les individus n'ayant jamais participé au programme de dépistage	19
4.	Résultats des indicateurs de qualité concernant le diagnostic des cancers et des adénomes	21
4.1.	Nombre et Pourcentage de iFOBT positifs	21
4.2.	Taux de détection des cancers colorectaux et des adénomes	22
4.3.	Taux de cancers d'intervalle	23
4.4.	Cancers colorectaux post-coloscopie (PCCRC)	24
4.5.	Valeur prédictive positive, spécificité, sensibilité	25
4.6.	Distribution et caractéristiques des cancers dépistés, cancers d'intervalle et cancers parmi les non participants	26
4.7.	Résumé des résultats	29
5.	Résultats des indicateurs de qualité concernant le suivi et le traitement	30
5.1.	Taux de suivi : nombre de personnes ayant effectué une coloscopie après un iFOBT positif	30
5.2.	Délai entre un test de dépistage positif et la coloscopie	30
5.3.	Pourcentage de coloscopies totales après un iFOBT positif	32
5.4.	Répétition du iFOBT comme unique suivi (sans coloscopie) après un iFOBT positif	33
5.5.	Nombre de personnes pour lesquelles un échantillon a été prélevé endéans les 12 mois suivant un iFOBT positif	34
5.6.	Examens de suivi et mécanisme fail-safe	35
5.7.	Nombre total d'interventions réalisées dans l'année suivant un iFOBT positif	36
5.8.	Traitement et mécanisme fail-safe	37
5.9.	Résumé	39
6.	Conclusion	40
7.	Bibliographie	41
8.	Annexes	41

1. INTRODUCTION

Le cancer colorectal est un cancer fréquent. En Belgique, 7.519 nouveaux cas de cancer invasif colorectal ont été enregistrés en 2021 [1]. Il se situe en troisième position des cancers chez les hommes après les cancers de la prostate et du poumon, et chez les femmes après le cancer du sein et du poumon. C'est la seconde cause de décès par cancer (2.419 personnes sont décédées d'un cancer colorectal invasif en Belgique en 2021).

Plus de 90 % des cancers colorectaux surviennent après 50 ans. L'incidence augmente avec l'âge, avec un âge moyen au moment du diagnostic de 70 ans chez les hommes et de 72 ans chez les femmes.

Le cancer colorectal est souvent diagnostiqué à un stade avancé. A Bruxelles (années d'incidence 2012-2021), 23% des cancers colorectaux invasifs (avec un stade connu) ont été diagnostiqués au stade I, 28% au stade II, 26% au stade III et 23% au stade IV. Bien que le taux de survie relatif à 5 ans (période 2012-2021) soit élevé pour les stades précoces, 92,6% pour les stades I, il diminue considérablement pour les stades plus avancés, avec respectivement 86,8% pour les stades II, 66,6% pour les stades III et 18,2% pour les stades IV.

Le cancer colorectal constitue donc un important problème de santé publique. Etant donné l'existence de techniques de détection de lésions à un stade précoce et la disponibilité de traitement, il a été démontré qu'un dépistage de masse organisé est efficace pour diminuer l'impact de cette maladie [2, 3].

Le Conseil de l'Union européenne a recommandé que les Etats Membres mettent en place un programme de dépistage: « Le test immunochimique fécal quantitatif (FIT) comme test de dépistage privilégié pour le dépistage du cancer colorectal avant d'orienter les personnes âgées de 50 à 74 ans vers une coloscopie de suivi » [4,5].

La présence de sang dans les selles peut être le signe d'un cancer ou d'une lésion précancéreuse. Si le test est « positif », une coloscopie totale est indiquée pour détecter la présence éventuelle d'un polype, d'un adénome ou d'une lésion cancéreuse à l'origine du saignement. La coloscopie totale permet également de faire la résection de polypes ou d'adénomes et d'éviter leur évolution vers une forme (pré)cancéreuse.

L'objectif du programme de dépistage est de réduire la mortalité et la morbidité (délabrements importants suite à un diagnostic plus tardif) liées à ce cancer en détectant et en traitant le plus tôt possible les lésions cancéreuses débutantes. En outre, la détection et la résection endoscopique d'adénomes permettent d'éviter le développement de cancers.

Déroulement du programme de dépistage

La Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) a mis en place un tel programme en mars 2009 pour les Régions de Wallonie et Bruxelles-Capitale. Suite à la 6^{ème} réforme de l'Etat et le transfert des compétences qui a suivi, la gestion du programme de dépistage du cancer colorectal a été transférée depuis le 1er juillet 2016 à l'AVIQ pour la Wallonie et à la Commission Communautaire Commune (Cocom) pour Bruxelles. Le Centre de Coordination et de Référence pour le dépistage des cancers (CCRef) qui avait

été chargé d'organiser ce programme de dépistage pour la population cible résidant en Wallonie et à Bruxelles a arrêté en juillet 2018 les invitations pour la population cible résidant à Bruxelles. Après cette date, c'est le Centre Bruxellois de Coordination pour le Dépistage et la Prévention des cancers (Bruprev) qui a poursuivi la gestion de ce programme sur Bruxelles, et le CCRef pour la Wallonie.

Les femmes et les hommes de 50 à 74 ans ayant un numéro de Registre national belge et habitant à Bruxelles, sont invités tous les deux ans par une lettre personnelle, sur base de leur date de naissance.

Le test utilisé pour ce dépistage et donc pour la recherche de sang occulte dans les selles, était un test à base de résine Gaïac (gFOBT-Hemoccult®). Le passage à l'utilisation d'un test immunologique (iFOBT), spécifique de l'hémoglobine humaine, plus facile à réaliser, plus fiable et plus sensible [6] a été réalisé début 2016. Les tests gFOBT encore en circulation ont été analysés jusqu'à la mi-2017, en parallèle à l'analyse des tests iFOBT.

Le iFOBT est réalisé par la personne à son domicile puis envoyé au Centre de gestion du CCRef. Le participant est invité à compléter un document d'identification sur lequel il marque son accord pour l'enregistrement de ses données personnelles dans une base de données informatique. Les données administratives ainsi que le résultat de l'analyse du test sont enregistrés dans le DIS (*Digestive Information System*). Une lettre de résultat est générée par le DIS et adressée au médecin référent désigné par le participant.

En cas de test « positif », une coloscopie totale est recommandée et un courrier est adressé au médecin référent. Le médecin est invité à renvoyer le talon-réponse au Centre de gestion afin de l'informer de la prise en charge du/de la patient(e). En l'absence de réception de ce talon-réponse, un courrier est adressé au/à la patient(e) 15 jours après le courrier envoyé au médecin pour lui demander de prendre contact avec son médecin.

Afin d'organiser le dépistage de manière plus efficiente, le Centre de gestion du dépistage du cancer colorectal demande deux fois par an à la Fondation Registre du Cancer (BCR) de préciser dans une liste appelée « liste de sélection », les hommes et les femmes de la population cible de 50 à 74 ans qui doivent être invités de façon spécifique ou qui ne doivent pas être invités à participer au dépistage du cancer colorectal., selon les critères suivants :

- Les hommes et femmes qui ont subi une ablation totale du côlon ne sont plus jamais invités. Ces personnes sont donc définitivement exclues du programme de dépistage du cancer colorectal.
- Les hommes et femmes ayant déjà eu un diagnostic de cancer colorectal ne sont pas invités pendant une période de 10 ans après le diagnostic du cancer colorectal.
- Les hommes et femmes qui ont subi une coloscopie totale au cours des 5 dernières années ne sont pas invités pendant une période de 5 ans après la date de la dernière coloscopie totale.
- Les hommes et femmes qui ont effectué une coloscopie virtuelle sont exclus pendant 4 ans à partir de la date à laquelle la dernière coloscopie virtuelle a été réalisée.
- Les hommes et femmes qui ont effectué un test de recherche de sang occulte dans les selles au cours des 24 derniers mois via un médecin généraliste ou gastroentérologue en dehors du programme de dépistage du cancer colorectal sont identifiés. Ces personnes sont toutefois invitées dans l'idée qu'à l'avenir elles effectuent leur test dans le cadre du programme.

Ces sélections sont possibles en se basant sur les informations connues dans les bases de données disponibles au BCR : la base de données de l'enregistrement du cancer (CIB), le registre central cyto-histopathologique (CHP) et au travers des données de remboursement de l'Agence InterMutualiste (AIM) (cf. document « Méthodologie », partie « Description des bases de données »).

Ces sélections seront complétées par les refus de participation qui sont enregistrés dans la base de données (DIS - *Digestive Information System*) du Centre de gestion du dépistage du cancer colorectal. Ces refus sont formulés spontanément au Centre de gestion par les personnes qui ne souhaitent pas participer. De même, les personnes qui sont décédées ou qui sont suivies par un gastroentérologue ne seront pas invitées.

En outre, en se basant sur ces mêmes données (CIB, CHP, AIM), le BCR fournit à Bruprev des informations sur les examens de suivi et le diagnostic final.

En plus de ces listes de sélection, le BCR est également chargé de l'évaluation des programmes de dépistage. Ceci se fait par le biais de calculs d'indicateurs de qualité concernant le diagnostic des cancers et des adénomes, les examens de suivi et les traitements. Pour ce faire, les données concernant le dépistage lui sont transmises annuellement par Bruprev. Le couplage de ces données avec les bases de données disponibles au BCR permet de calculer différents indicateurs de qualité.

Le présent rapport constitue le **deuxième** rapport élaboré par la Fondation Registre du Cancer (Belgian Cancer Registry-BCR) pour évaluer le programme de dépistage du cancer colorectal à Bruxelles. Il concerne la période de dépistage 2019-2022 .

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

2. INCIDENCE ET MORTALITE DU CANCER COLORECTAL

L'incidence des tumeurs colorectales invasives et in situ ainsi que la mortalité ont été calculées et représentées dans les tableaux et figures ci-dessous.

Tableau 1: Évolution de l'incidence des tumeurs colorectales invasives et in situ et de la mortalité par cancer colorectal à Bruxelles pour les hommes et femmes confondus, pour les années 2004-2021

Années	Tumeurs invasives				Tumeurs in situ	
	Incidence		Mortalité		Incidence	
	Tous les âges N (ESR*)	50-74 ans N (ESR*)	Tous les âges N (ESR*)	50-74 ans N (ESR*)	Tous les âges N (ESR*)	50-74 ans N (ESR*)
2004	626 (76,9)	300 (135,6)	253 (30,3)	88 (39,8)	37 (4,5)	18 (8,1)
2005	642 (77,8)	302 (135,5)	263 (31,7)	89 (40,8)	41 (5,2)	23 (10,4)
2006	661 (80,0)	296 (134,7)	269 (32,0)	95 (43,1)	49 (6,1)	25 (11,4)
2007	631 (76,0)	294 (132,9)	247 (29,1)	83 (38,1)	47 (5,6)	14 (6,4)
2008	641 (77,3)	293 (133,3)	237 (28,1)	87 (39,8)	81 (9,6)	41 (18,0)
2009	558 (66,9)	254 (114,1)	276 (32,5)	91 (41,3)	86 (10,4)	51 (21,9)
2010	676 (79,6)	317 (140,6)	247 (28,8)	82 (37,3)	104 (12,7)	63 (27,6)
2011	698 (83,1)	332 (145,3)	250 (28,9)	88 (39,1)	151 (18,4)	90 (38,6)
2012	621 (72,6)	282 (121,9)	241 (27,5)	79 (34,4)	196 (24,2)	115 (50,4)
2013	610 (71,0)	276 (118,7)	222 (25,3)	64 (27,4)	208 (25,0)	133 (55,3)
2014	620 (71,9)	300 (126,0)	224 (24,7)	64 (26,6)	213 (25,4)	128 (52,5)
2015	607 (69,7)	285 (119,2)	232 (26,4)	67 (29,2)	249 (29,5)	149 (61,0)
2016	643 (74,0)	330 (135,5)	206 (22,9)	71 (29,0)	280 (32,8)	165 (68,4)
2017	626 (71,5)	310 (124,7)	245 (27,1)	80 (32,7)	293 (34,9)	166 (66,0)
2018	602 (68,1)	329 (128,7)	230 (25,9)	93 (37,5)	268 (31,5)	156 (61,2)
2019	621 (70,3)	319 (125,0)	225 (25,1)	84 (33,5)	258 (29,2)	175 (67,0)
2020	534 (59,3)	268 (102,6)	201 (22,0)	78 (30,9)	216 (24,5)	130 (48,4)
2021	588 (65,2)	311 (117,7)	194 (21,9)	72 (27,9)	261 (28,8)	163 (60,2)

* N : Nombre

ESR: taux d'incidence/mortalité standardisés pour l'âge sur la population standard européenne de 2013 (N/100.000 personnes-années)

Figures 1: Évolution de l'incidence des tumeurs colorectales invasives et in situ par sexe à Bruxelles pour les années 2004-2021 (ESR, N/100.000 personnes-années)

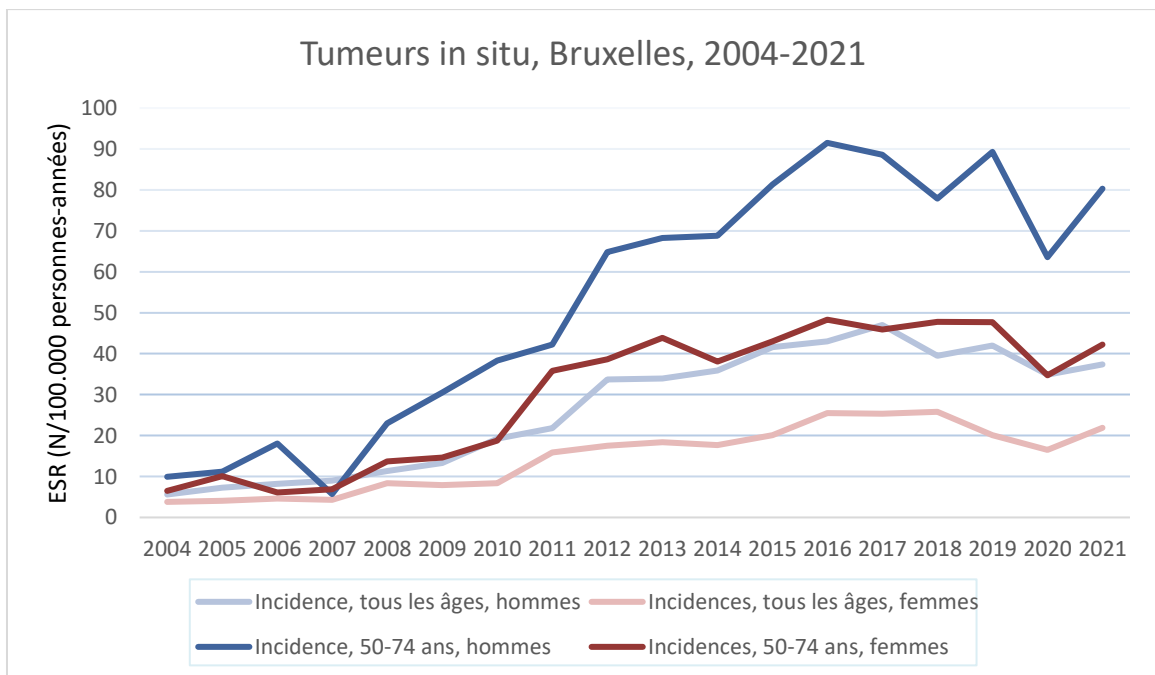
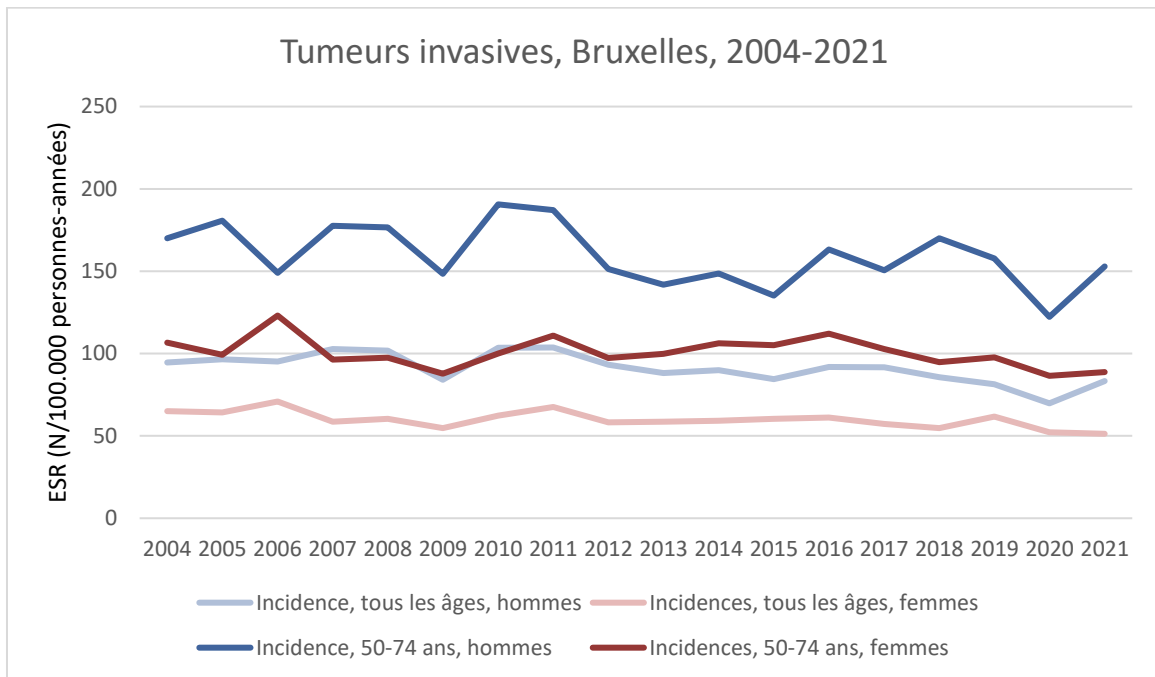
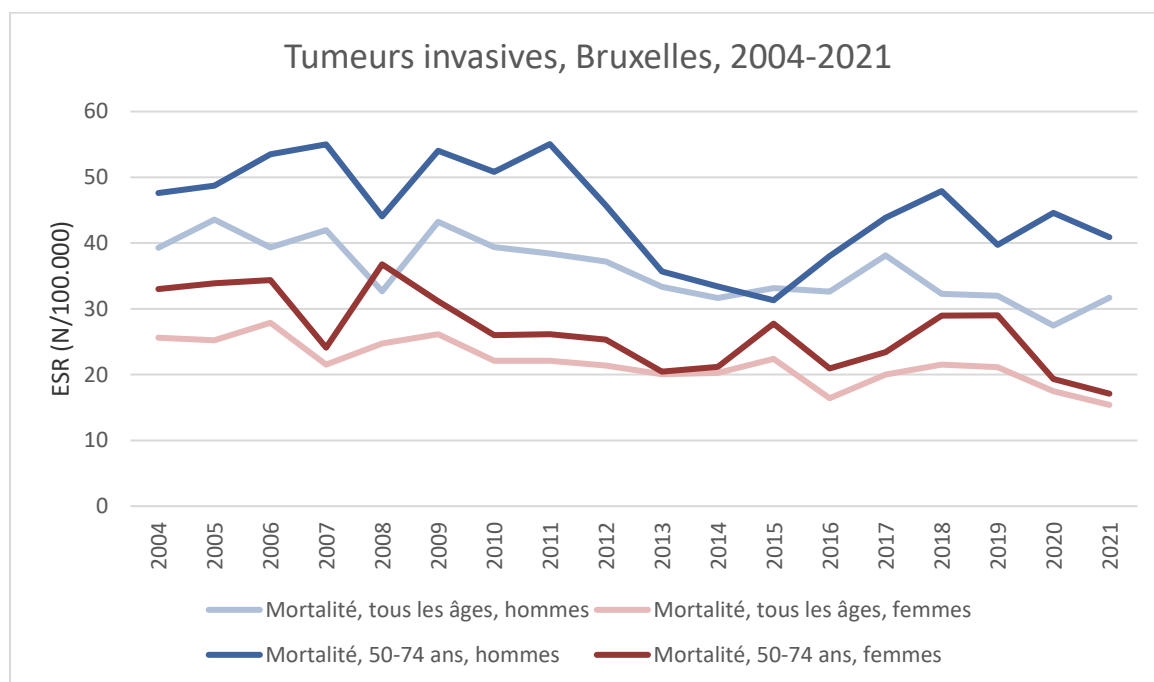


Figure 2: Évolution de la mortalité par cancer colorectal par sexe à Bruxelles pour les années 2004-2021 (ESR, N/100.000 personnes-années)



Conclusion :

Concernant les tumeurs invasives, le nombre moyen de nouveaux cas par an entre 2004 et 2021 est de 552 pour les hommes et les femmes tous les âges confondus et de 270 pour la tranche d'âge 50-74 ans. Cette incidence diminue légèrement de 2004 à 2021, tant pour tous les âges (Estimated Annual Percent Change (EAPC) = -1,1 ; [-1,7 ; -0,5] ; P<0,05) que pour le groupe des 50-74 ans (EAPC= -0,9 ; [-1,6 ; -0,2] ; P<0,05).

La mortalité liée aux tumeurs invasives du côlon diminue entre 2004 et 2021 pour tous les âges (EAPC = -2,0% ; [-2,5% ; -1,4%] ; P<0,05). Pour le groupe d'âge 50-74 ans, la mortalité diminue également entre 2004 et 2020 (EAPC = -2,1% ; [-3,2% ; -1,0%] ; P>0,05). En moyenne, par an, il y a eu 237 décès par cancer colorectal tous âges confondus pour la période 2004-2021 dont 81 pour la tranche d'âge 50-74 ans.

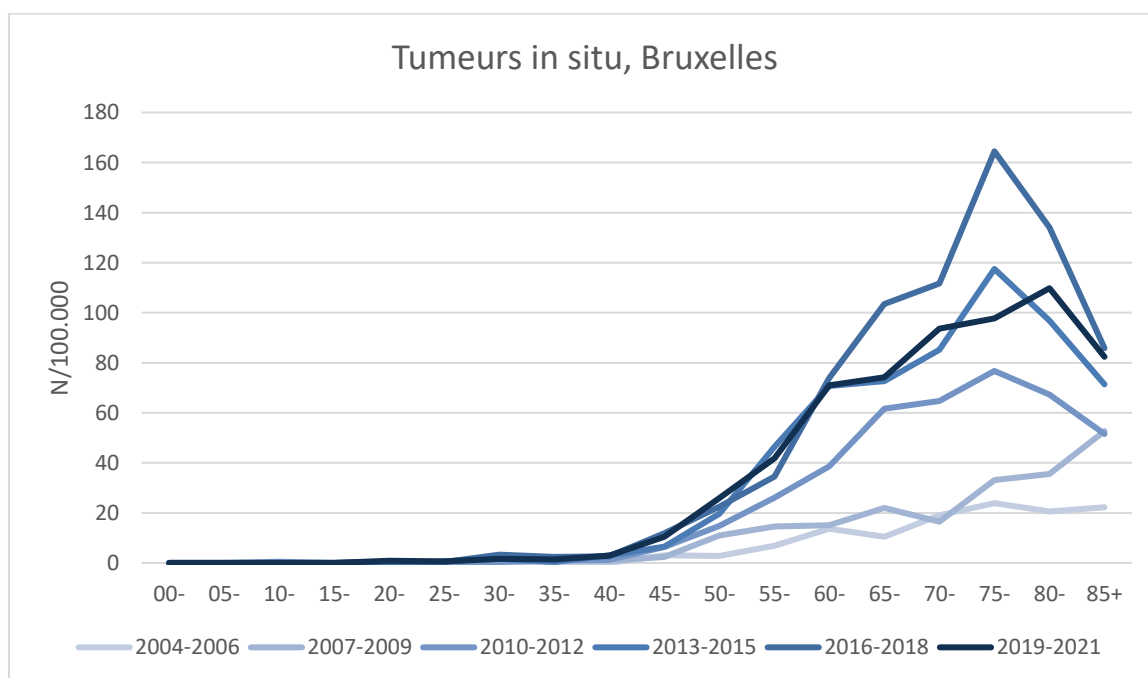
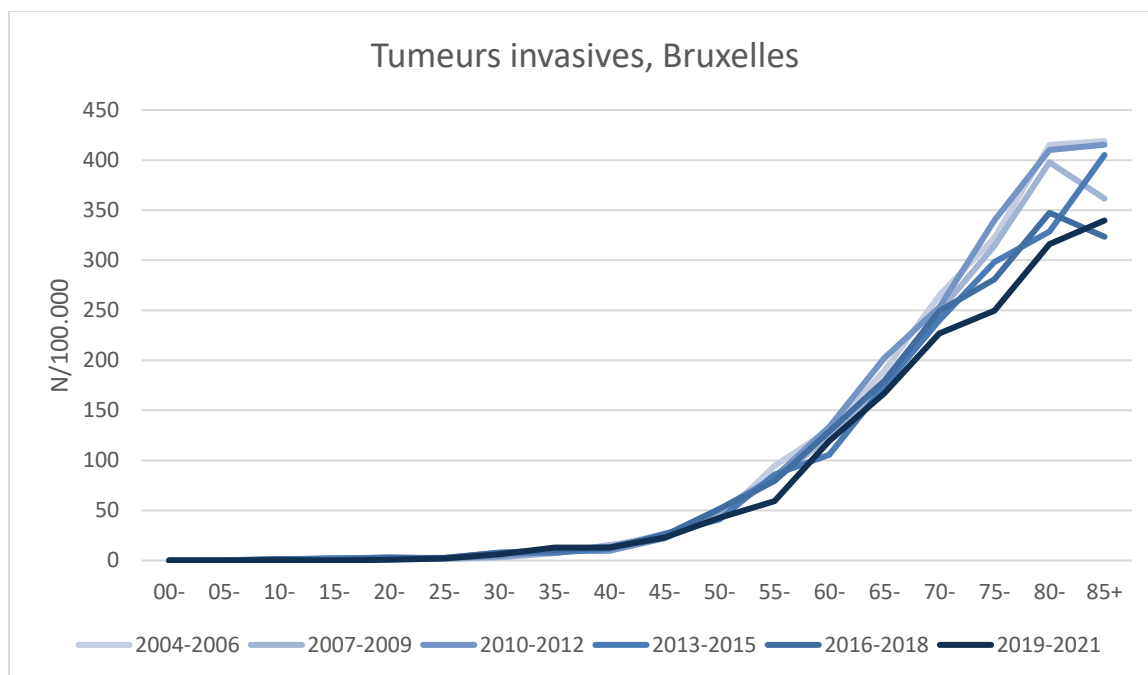
Concernant les tumeurs in situ, le nombre de nouveaux cas par an a fortement augmenté entre 2004 et 2021 allant de 37 (2004) à 261 (2021) pour les hommes et les femmes tous les âges confondus et de 18 (2004) à 163 (2021) (pic en 2019 avec 175 cas) pour la tranche d'âge 50-74 ans. Nous observons au cours de la période 2004-2021 une augmentation de l'incidence standardisée de cancers in situ pour tous les âges (EAPC = 13,1 ; [9,7 ; 16,5] ; P<0,05) et pour la tranche d'âge 50-74 ans (EAPC = 14,3 ; [10,1 ; 18,7] ; P<0,05). Cette augmentation est plus prononcée chez les hommes que chez les femmes.

Tableaux 2: Évolution de l'incidence spécifique par âge et sexe des tumeurs colorectales invasives et in situ à Bruxelles au cours des périodes d'incidence 2004-2006, 2007-2009, 2010-2012, 2013-2015, 2016-2018, 2019-2021 (N/100.000 personnes-années)

		Tumeurs invasives																	
Homme		N/100.000 personnes-années, par tranche d'âge																	
Périodes	N total	00-	05-	10-	15-	20-	25-	30-	35-	40-	45-	50-	55-	60-	65-	70-	75-	80-	85+
2004-2006	925	-	-	-	1,2	1,0	0,8	2,2	7,2	13,6	28,2	47,8	110,4	165,2	233,8	333,6	394,2	543,3	495,5
2007-2009	955	-	-	-	1,1	3,0	1,5	2,9	7,6	16,1	22,4	52,7	95,3	170,0	242,4	336,9	433,1	540,2	496,2
2010-2012	1034	-	1,0	2,2	2,2	2,8	2,2	5,3	11,4	6,2	23,1	64,4	94,4	171,2	255,4	358,4	449,5	562,2	501,0
2013-2015	934	-	-	-	-	2,7	2,8	6,5	5,4	14,7	34,6	40,2	107,0	133,6	216,5	257,5	390,8	489,9	502,5
2016-2018	989	-	-	1,9	-	1,8	2,1	8,7	10,1	11,6	28,4	53,9	90,1	156,5	249,1	312,7	380,9	462,7	415,5
2019-2021	890	-	-	-	-	0,9	0,7	5,2	13,9	10,7	26,1	39,8	67,7	140,2	224,5	306,5	281,7	346,4	456,9
Femme		N/100.000 personnes-années, par tranche d'âge																	
Périodes	N total	00-	05-	10-	15-	20-	25-	30-	35-	40-	45-	50-	55-	60-	65-	70-	75-	80-	85+
2004-2006	1004	-	-	1,2	1,2	2,8	2,2	3,1	7,8	15,1	24,4	36,3	79,7	99,7	152,9	215,7	278,7	351,3	394,8
2007-2009	875	-	-	2,4	1,2	3,6	2,1	3,7	7,4	14,7	21,6	42,6	66,6	83,4	122,2	183,2	239,8	324,5	322,5
2010-2012	961	-	-	-	2,3	0,8	2,6	3,3	6,9	13,8	21,4	38,0	73,1	100,2	158,2	173,3	266,7	328,6	383,0
2013-2015	903	-	-	2,1	4,4	3,3	1,9	8,9	10,2	8,1	17,9	42,1	66,0	80,9	139,6	226,7	234,9	236,2	366,5
2016-2018	882	-	-	1,0	1,1	2,5	3,1	7,1	10,4	15,1	21,6	48,9	69,3	104,4	121,1	200,4	211,6	278,5	285,8
2019-2021	853	-	-	0,9	-	0,9	3,1	6,9	11,8	15,2	19,3	45,7	50,8	100,3	118,1	165,6	226,8	297,2	289,5

		Tumeurs in situ																	
Homme	N total	N/100.000 personnes-années, par tranche d'âge																	
Périodes		00-	05-	10-	15-	20-	25-	30-	35-	40-	45-	50-	55-	60-	65-	70-	75-	80-	85+
2004-2006	67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,0	2,3	10,4	13,6	11,6	32,5	36,8	29,0	35,4
2007-2009	111	-	-	-	-	-	-	0,7	0,8	-	2,9	11,2	20,3	23,0	26,3	20,5	37,4	48,4	88,3
2010-2012	255	-	-	-	-	-	-	0,7	0,7	1,6	9,8	18,7	25,4	55,6	61,4	97,1	120,6	98,1	86,7
2013-2015	404	-	-	-	-	-	0,7	2,0	-	3,7	9,9	28,7	62,1	92,3	107,4	87,4	192,6	149,6	112,2
2016-2018	473	-	-	-	-	0,9	-	1,3	2,7	0,7	13,4	29,7	40,8	102,2	138,6	145,4	196,3	204,3	128,5
2019-2021	447	-	-	-	-	1,8	0,7	2,0	1,4	3,6	10,0	35,6	54,8	85,1	108,2	123,8	130,7	194,6	139,6
Femme	N total	N/100.000 personnes-années, par tranche d'âge																	
Périodes		00-	05-	10-	15-	20-	25-	30-	35-	40-	45-	50-	55-	60-	65-	70-	75-	80-	85+
2004-2006	60	-	-	-	-	-	-	0,8	-	-	5,1	3,3	3,6	13,6	9,6	9,4	16,0	16,3	18,0
2007-2009	103	-	-	-	-	-	0,7	0,7	0,8	1,8	2,0	10,7	9,3	8,1	18,4	13,6	30,4	28,8	39,8
2010-2012	196	-	-	1,1	-	0,8	-	-	1,5	0,9	2,8	11,0	26,6	23,8	61,7	40,3	47,5	50,7	38,3
2013-2015	266	-	-	-	-	-	0,6	1,3	0,7	2,4	2,7	10,5	32,0	51,5	44,1	83,4	66,0	66,6	55,2
2016-2018	368	-	-	-	-	-	0,6	5,1	2,1	4,8	10,3	15,0	28,5	48,7	73,8	85,9	142,4	92,1	68,4
2019-2021	288	-	-	-	-	-	0,6	1,3	1,4	2,3	10,9	15,6	28,9	58,2	45,3	70,3	74,2	57,5	57,9

Figures 3: Évolution de l'incidence spécifique par âge des tumeurs colorectales invasives et in situ à Bruxelles au cours des périodes d'incidence 2004-2006, 2007-2009, 2010-2012, 2013-2015, 2016-2018, 2019-2021 (N/100.000 personnes-années)



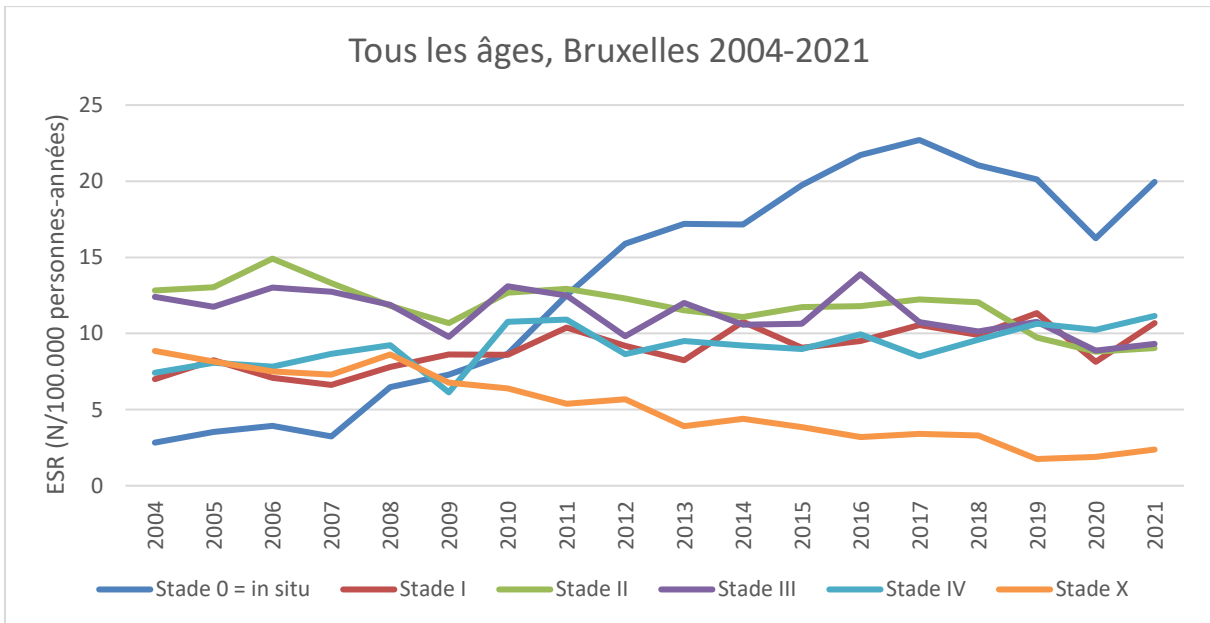
Conclusion :

Pour les tumeurs invasives, l'incidence augmente doucement à partir de 40 ans (10-16/100.000 personnes-années) pour atteindre son pic entre 80-84 ans (environ 316-415/100.000 personnes-années).

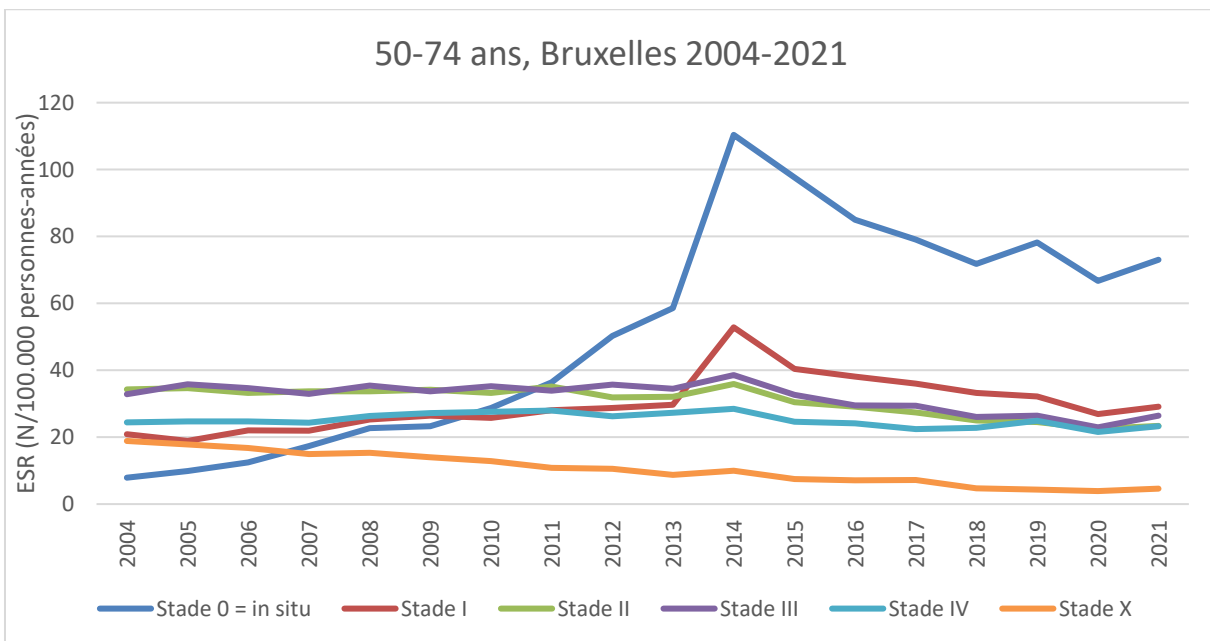
Pour les tumeurs in situ, l'incidence augmente très progressivement à partir de 45 ans (3-12/100.000 personnes-années) pour atteindre un pic à 75 ans (environ 24-164/100.000 personnes-années). L'incidence a augmenté au cours du temps pour les 45 ans et plus. Cette augmentation est moins marquée à partir de 2018.

Figures 4: Évolution de l'incidence des cancers colorectaux (invasifs et in situ) à Bruxelles, par stade, pour tous les âges (A) et âge 50-74 ans (B), période 2004-2021 (ESR, N/100.000 personnes-années).

A) Tous les âges



B) Age 50-74 ans



Entre 2004 et 2021, pour tous les âges, nous observons une diminution des stades II (12,8 et 9,0 /100.000 personnes-années) et des stades III (12,4 en 2004 et 9,3 /100.000 personnes-années en

2021). Pour les stades IV (7,4 et 11,2 /100.000 personnes-années) et les stades I (7,0 et 10,7 /100.000 personnes-années), il y a une augmentation relative. Au niveau de la population cible (50-74 ans), il y a une tendance à la diminution pour tous les stades : II (34,3 et 23,4 /100.000 personnes-années), III (32,9 et 26,4 /100.000 personnes-années) et IV (24,4 et 23,3 /100.000 personnes-années), sauf pour les stades I où nous observons une augmentation (20,9 et 29,1 /100.000 personnes-années).

Concernant les stades inconnus, que ce soit pour tous les âges (8,9 en 2004 et 2,4 / 100.000 personnes-années en 2021) et pour les âges de la population cible (18,9 et 4,7 / 100.000 personnes-années), nous observons une diminution. Le taux d'incidence global restant stable, les tumeurs de stade inconnu se redistribuent dans les différents stades.

Pour ce qui est des cancers in situ, il y a une augmentation. Pour tous les âges, l'ESR en 2004 était de 2,8 /100.000 personnes-années et passe à 20/100.000 personnes-années en 2021. Dans le groupe cible, l'ESR passe de 7,9 à 73,1 /100.000 personnes-années. Cette augmentation est d'autant plus marquée à partir des années d'incidence 2009-2010. Cette augmentation pour le groupe cible serait en lien avec le début du programme de dépistage. Dès lors, le programme de dépistage permettrait une détection des tumeurs plus précoce et donc un meilleur pronostic.

3. POPULATION ETUDIÉE, PARTICIPATION AU DÉPISTAGE ET COUVERTURE

3.1. POPULATION ÉTUDIÉE

Dans ce rapport, nous calculons des indicateurs se rapportant à la population cible au dépistage du cancer du colon qui peut se décliner en différentes populations définies et rapportées ci-dessous.

La population cible complète (population de référence) correspond à la population Statbel (<https://www.statbel.fgov.be>) [7]: individus âgés entre 50 et 74 ans au 01/01/20XX et résidant à Bruxelles.

La population BCSS est la base de données de population envoyée par la 'Banque Carrefour de la Sécurité Sociale' (BCSS) à Bruprev qui organise le programme de dépistage du cancer colorectal. Elle est composée des hommes et des femmes âgés de 50 à 74 ans au 01/01/20XX sur base de la date de naissance et du lieu de résidence à Bruxelles. Bruprev transmet ces données au BCR.

Toutefois, des individus sont **non-éligibles** au dépistage du cancer colorectal pour raisons médicales, selon certains critères :

- Exclusion définitive: les hommes et les femmes ayant subi une ablation totale du côlon.
- Exclusion provisoire: les hommes et les femmes avec un diagnostic de cancer colorectal (invasif ou in situ), ne sont pas invités pendant 10 ans à partir de la date d'incidence du cancer colorectal.

Les critères pour l'exclusion définitive sont toujours prioritaires.

La population BCSS – les individus non-éligibles = **la population cible éligible au dépistage**.

Toutefois, certains **individus ne sont pas invités en 20XX**, en raison des critères suivants :

- Raisons administratives (refus, déménagements, décès).
- Les individus qui ont subi une coloscopie totale ne sont pas invités pendant une période de 5 ans après la date de la dernière coloscopie totale.
- Les individus qui ont effectué une coloscopie virtuelle ne sont pas invités pendant une période de 4 ans après la date de la dernière coloscopie virtuelle.
- Les individus ayant réalisé un iFOBT dans le programme en 20XX-1 (recommandation d'un dépistage tous les 2 ans).

Remarque : les individus ayant réalisé un iFOBT hors programme en 20XX-1 sont invités dans l'idée qu'à l'avenir ils effectuent leur test dans le cadre du programme.

Tableau 3 : Population étudiée

Population étudiée	2019		2020		2021*		2022*	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Population cible complète	277.206		281.239		285.262		287.751	
Population BCSS	248.664		253.155		259.814		264.368	
Individus non-éligibles pour raisons médicales	2.077	0,84	2.127	0,84	2.120	0,82	2.211	0,84
Définitivement (ablation totale du colon)	114		110		105		108	
Provisoirement (cancer colorectal = 10 ans)	1.963		2.017		2.015		2.103	
Population cible éligible	246.587		253.155		257.694		262.157	
Individus non-invités	53.099	21,53	55.604	21,96	54.154	21,01	65.739	25,08
Refus exprimés	7.155		4.717		3.869		4.543	
Coloscopies totales (< 5ans)	38.166		38.673		39.622		39.829	
Coloscopies virtuelles (< 4 ans)	482		405		332		272	
iFOBT dans le programme en 20XX-1	7.296		11.809		10.331		21.095	

*Les chiffres pour ces années sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années.

3.2. TAUX DE PARTICIPATION (NOUVEAU)

La participation au dépistage correspond à la réalisation d'un iFOBT dans le programme durant l'année 20XX. Le taux de participation est le nombre de participants sur le nombre de personnes réellement invitées selon les définitions suivantes :

Personnes à inviter dans l'année : ce sont les individus qui figurent dans la population cible éligible et qui n'ont pas de raison de non-invitation (voir tableau 3) et qui répondent à l'algorithme¹ établi par le programme de dépistage.

Retours postaux : invitations ne parvenant pas à leur destinataire.

Personnes réellement invitées : personnes à inviter dans l'année – retours postaux.

Participants : personnes réellement invitées ayant réalisé un iFOBT dans le programme en 20XX.

¹ En octobre 2018, Bruprev a repris en charge le programme de dépistage précédemment géré par le CCRef (Fédération Wallonie-Bruxelles). Selon l'algorithme en vigueur, la moitié de la population cible éligible était invitée une année sur deux. En 2019, toute la population cible éligible a été invitée. En 2020, toute la population a été invitée mais il n'y a pas eu d'invitation pendant 3 mois à cause de la COVID-19. En 2021, toute la population cible éligible a de nouveau été invitée.

Tableau 4 : Nombre de personnes invitées et participants pour une année donnée

	2019	2020	2021	2022
	N	N	N	N
Personnes à inviter dans l'année	151.111	94.869	221.587	194.247
Lettres envoyées	151.111	94.869	210.955	184.872
Kit envoyés	0	0	10.632	9.375
Retours postaux	5.350	1.829	6.667	2.921
Personnes réellement invitées	145.761	93.040	204.288	181.891
Participants	13.781	12.150	17.396	11.302
	%	%	%	%
Taux de participation	9,5	13,1	8,1	5,9

3.3. TAUX DE COUVERTURE (NOUVEAU)

Le taux de couverture pour l'année 20XX est la proportion des personnes de la population cible éligible qui est couverte par un examen de dépistage (iFOBT dans ou hors programme, colonoscopie totale ou virtuelle) durant l'intervalle de 2 ans recommandé entre deux dépistages, à savoir 20XX et 20XX-1.

Les examens considérés sont :

- **Dans le programme**

- En 20XX
- En 20XX-1

- **Hors programme**

iFOBT

- En 20XX
- En 20XX-1

Colonoscopies totales

- En 20XX
- En 20XX-1
- En 20XX-2
- En 20XX-3
- En 20XX-4

Colonoscopies virtuelles

- En 20XX
- En 20XX-1
- En 20XX-2
- En 20XX-3

Tableau 5 : Taux de couverture

	2019	2020	2021*	2022*,**
	N	N	N	N
Population-cible éligible	246.587	253.155	257.694	262.157
Personnes ayant réalisé un iFOBT dans le programme en 20XX	11.925	9.944	21.076	7.236
50-54 ans	2.172	2.146	4.456	1.648
55-59 ans	3.020	2.453	5.413	1.810
60-64 ans	2.528	2.067	4.434	1.502
65-69 ans	2.335	1.795	3.716	1.260
70-74 ans	1.870	1.483	3.057	1.016
Hommes	5.808	4.938	10.403	3.651
Femmes	6.117	5.006	10.673	3.585
Personnes ayant réalisé un iFOBT dans le programme en 20XX-1	7.296	11.809	10.331	21.095
50-54 ans	1.312	1.888	2.426	4.415
55-59 ans	1.941	3.060	2.482	5.448
60-64 ans	1.607	2.588	2.117	4.465
65-69 ans	1.366	2.329	1.803	3.655
70-74 ans	1.070	1.944	1.503	3.112
Hommes	3.430	5.778	5.163	10.501
Femmes	3.866	6.031	5.168	10.594
	%	%	%	%
Taux de couverture dans le programme	7,79	8,59	12,19	10,81
50-54 ans	1,41	1,59	2,67	2,31
55-59 ans	2,01	2,18	3,06	2,77
60-64 ans	1,68	1,84	2,54	2,28
65-69 ans	1,50	1,63	2,14	1,87
70-74 ans	1,19	1,35	1,77	1,57
Hommes	3,75	4,23	6,04	5,40
Femmes	4,05	4,36	6,15	5,41
	N	N	N	N
Personnes ayant réalisé un iFOBT hors programme en 20XX	4.569	3.822	4.505	4.422
50-54 ans	668	545	657	693
55-59 ans	1.004	791	1.006	955
60-64 ans	1.039	870	1.014	994
65-69 ans	950	821	906	899
70-74 ans	908	795	922	881
Hommes	2.042	1.719	1.940	1.982
Femmes	2.527	2.103	2.565	2.440
Personnes ayant réalisé un iFOBT hors programme en 20XX-1	2.647	3.040	2.272	2.859
50-54 ans	428	466	357	498
55-59 ans	590	706	491	667
60-64 ans	558	695	520	663
65-69 ans	560	597	508	513
70-74 ans	511	576	396	518
Hommes	1.152	1.359	1.015	1.232
Femmes	1.495	1.681	1.257	1.627

Personnes ayant réalisé une colonoscopie totale < 5 ans avant 20XX sans iFOBT préalable	38.166	38.673	39.622	39.829
50-54 ans	5.230	5.039	5.121	5.313
55-59 ans	8.703	8.767	9.001	9.028
60-64 ans	8.767	9.054	9.348	9.298
65-69 ans	8.182	8.233	8.599	8.613
70-74 ans	7.284	7.580	7.553	7.577
Hommes	17.239	17.549	18.067	18.248
Femmes	20.927	21.124	21.555	21.581
Personnes ayant réalisé une colonoscopie virtuelle < 4 ans avant 20XX sans iFOBT préalable	482	405	332	272
50-54 ans	53	38	28	25
55-59 ans	88	73	60	40
60-64 ans	108	88	67	67
65-69 ans	101	92	80	61
70-74 ans	132	114	97	79
Hommes	194	159	131	118
Femmes	288	246	201	154
	%	%	%	%
Taux de couverture hors le programme	18,60	18,15	18,13	18,07
50-54 ans	13,53	10,00	12,22	12,48
55-59 ans	16,55	18,55	16,39	16,42
60-64 ans	19,49	23,54	19,23	18,98
65-69 ans	21,86	24,86	21,52	21,36
70-74 ans	23,17	19,19	22,99	22,94
Hommes	17,27	16,65	16,79	16,78
Femmes	19,85	21,25	19,42	19,32
Taux de couverture total	26,39	26,74	30,32	28,88
50-54 ans	20,92	16,62	25,87	24,07
55-59 ans	23,51	27,17	27,88	26,55
60-64 ans	27,18	33,77	30,73	29,26
65-69 ans	30,12	35,38	33,28	31,77
70-74 ans	30,88	26,44	34,68	33,40
Hommes	25,01	25,23	29,15	27,78
Femmes	27,71	30,59	31,46	29,95

*Les chiffres pour ces années sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années.

**Les participants au programme de dépistage de janvier à juin 2022 inclus

Conclusion :

La population BCSS du dépistage du cancer colorectal est composée de 277.206 personnes au 01/01/2019, soit tous les hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans résidant à Bruxelles. Cette population a augmenté et est composée de 285.262 personnes au 01/01/2021.

Dans cette population, 2.120 personnes sont non éligibles pour raisons médicales. La population cible éligible de 2021 est alors composée de 257.694 personnes. Parmi ces individus, 54.154 personnes ne sont pas invitées car elles sont couvertes par un test de dépistage dans ou en dehors du programme ou encore par une coloscopie (totale ou virtuelle).

Selon l’algorithme d’invitation, 221.587 personnes étaient à inviter en 2021. Il y a eu 6.667 retours postaux, soit des lettres ou des kits qui ne sont pas arrivés à destination. Il y a donc eu 204.288 personnes réellement invitées. Parmi ces personnes invitées, 17.396 ont participé au programme de dépistage après invitation. Cela équivaut à un taux de participation de 8,1%. 21.068 personnes ont eu un iFOBT analysé dans le programme et 10.331 personnes étaient couvertes par un test de dépistage dans le programme l’année d’avant. Le taux de couverture dans le programme s’élève à 12,2 % pour l’année 2021.

Le taux de couverture dans le programme était de 7,8% en 2019 et a augmenté chaque année pour arriver à 12,2% en 2021. En parallèle, le taux de couverture total augmente également. Il était de 26,4% en 2019 et de 30,3% en 2021. Quant au taux de couverture hors programme, il oscille entre 18,1% (2021) et 18,6% (2019). Toutefois, la couverture hors programme est surévaluée car elle reprend l’ensemble des personnes qui ont soit réalisé un test iFOBT hors programme, soit réalisé une colonoscopie complète ou virtuelle pour un dépistage ou dans le cadre d’une prise en charge ou d’un suivi.

De manière générale, les femmes ont un meilleur taux de couverture. 31,5% des femmes étaient couvertes en 2021 et 29,1% des hommes. Ce constat est le même que ce soit dans le programme (6,0% d’hommes et 6,2% de femmes) ou hors programme (16,8% d’hommes et 19,4% de femmes).

Le taux de couverture augmente avec l’âge. Concernant le taux de couverture totale, il est de 30,3% en 2021 dont 25,9% sont des personnes de 50-54 ans et augmente à chaque tranche d’âge pour atteindre 34,7% chez les 70-74 ans. Pour le taux de couverture dans le programme, le taux oscille entre les différentes tranches d’âge. Il y a un pic pour la tranche d’âge de 55-59 ans (3,1% pour 2021).

3.4. SURDÉPISTAGE PARMIS LES iFOBT DANS LE PROGRAMME

Le surdépistage est défini comme la proportion des personnes ayant participé au programme de dépistage qui ont réalisé :

- un iFOBT dans le programme < 20 mois après un iFOBT dans le programme
- un iFOBT dans le programme < 20 mois après un iFOBT hors programme

L’intervalle recommandé entre deux tests iFOBT est en effet de 2 ans. Un overlap de 4 mois est acceptable (20 mois à la place des 24 mois d’intervalle recommandé) pour les personnes qui prennent part au dépistage suivant plus rapidement que prévu.

Tableau 6 : Surdépistage parmi les iFOBT dans le programme

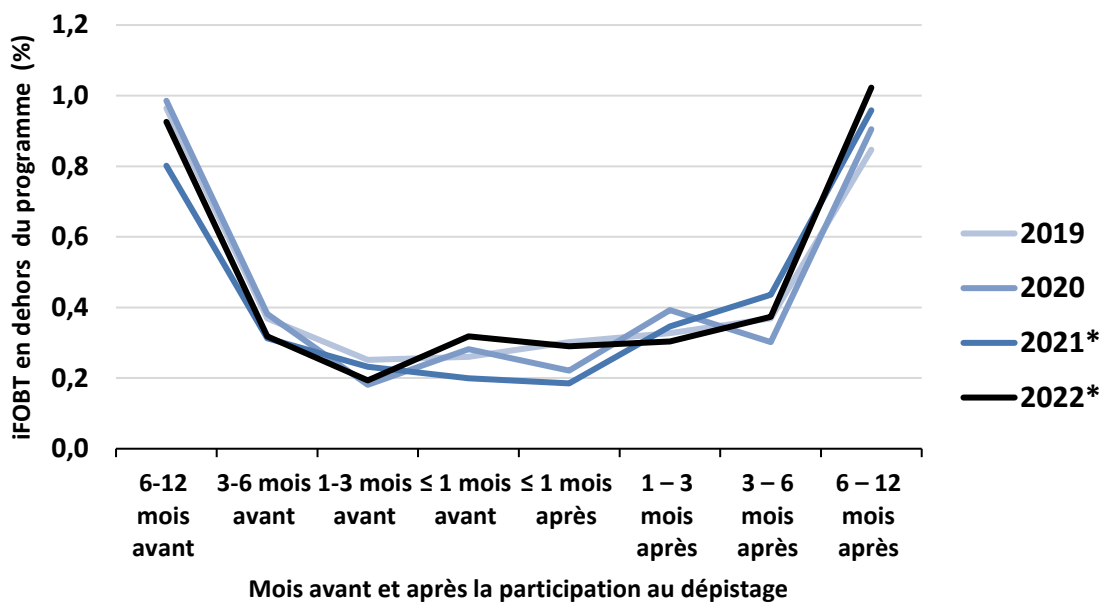
	2019		2020		2021*		2022*	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Surdépistage parmi les iFOBT dans le programme*	405	3,40	341	3,43	639	3,03	543	3,84
iFOBT dans le programme < 20 mois après un iFOBT dans le programme	38	0,32	49	0,49	111	0,53	141	1,00
iFOBT dans le programme < 20 mois après un iFOBT hors programme	367	3,08	292	2,94	528	2,51	402	2,54

*Les chiffres pour ces années sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années.

En moyenne, sur la période 2019-2022, 3,3% des personnes ayant fait un iFOBT dans le programme ont effectué un dépistage supplémentaire non indiqué (surdépistage). La majorité d'entre eux ont réitéré un test dans le programme après un test en dehors du programme (3% en moyenne) et une minorité (0,5%) ont effectué un test dans le programme alors qu'ils étaient déjà couverts par un test de dépistage dans le programme.

La Figure 5 ci-dessous présente les résultats relatifs au surdépistage pour les participants par la réalisation d'un iFOBT hors programme 12 mois avant ou après leur participation au programme de dépistage.

Figure 5 : Surdépistage parmi les iFOBT dans le programme pour une période de 12 mois avant et après le test de dépistage, années de dépistage 2019-2022



*Les chiffres pour ces années sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années.

Conclusion :

La Figure 5 montre que sur une période de 1 an avant et 1 an après la participation au dépistage, moins de 1% des personnes ayant fait un test iFOBT dans le programme réalisent un test iFOBT en dehors du programme (surdépistage). Les iFOBT effectués en dehors du programme de dépistage sont réalisés plus fréquemment au cours des 6 à 12 mois précédant et suivant le test, et diminuent entre ces deux intervalles. Le taux de surdépistage parmi les personnes ayant réalisé un iFOBT dans le programme reste constant au cours des années. Aucune différence notable ne peut être observée pour 2020 non plus, malgré la pandémie de COVID-19.

3.5. LES INDIVIDUS N'AYANT JAMAIS PARTICIPÉ AU PROGRAMME DE DÉPISTAGE

Il s'agit des hommes et des femmes de la population cible éligible n'ayant jamais participé au programme de dépistage et qui, de plus, n'ont jamais effectué de iFOBT en dehors du programme, ou de coloscopie complète ou virtuelle durant les années où les données sont disponibles et avec un recul au maximum jusque l'âge de 40 ans. Les données sur la participation dans le programme (3 régions) sont disponibles depuis 2010 en Wallonie et à Bruxelles et depuis 2013 en Flandres. Les données AIM

sont disponibles à partir de 2002 (pour les coloscopies) et à partir de 2010 (pour les iFOBT hors programme) jusqu'à l'année de dépistage considérée incluse et avec un recul au maximum jusque l'âge de 40 ans. Un travail de sensibilisation plus spécifique pourrait être entrepris auprès de ces personnes.

Tableau 7 : Personnes de la population-cible éligible n'ayant jamais réalisé dépistage

Années de dépistage	2019		2020		2021*		2022*	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Population cible éligible	245.729	100	252.120	100	256.344	100	255.558	100
Personnes n'ayant jamais réalisé un dépistage	134.457	55	136.618	54	136.654	53	134.611	53
50-54 ans	28.678	62	30.559	64	31.123	64	30.842	64
55-69 ans	35.830	57	35.745	57	35.695	56	34.829	55
60-64 ans	28.820	54	29.549	53	29.529	52	29.244	51
65-69 ans	22.444	50	22.372	49	22.592	48	22.006	47
70-74 ans	18.685	49	18.483	47	17.715	45	17.391	44

*Les chiffres pour ces années sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années.

Conclusion :

Le pourcentage de personnes n'ayant jamais participé au programme de dépistage et qui, de plus, n'ont jamais effectué de iFOBT en dehors du programme, ou de coloscopie complète ou virtuelle est de 55% en 2019 et diminue depuis pour arriver à 53% en 2022. C'est chez les personnes les plus jeunes (50-54 ans) que ce pourcentage est le plus élevé étant donné qu'il s'agit pour la plupart de primo-invitations pour cette tranche d'âge.

4. RESULTATS DES INDICATEURS DE QUALITE CONCERNANT LE DIAGNOSTIC DES CANCERS ET DES ADENOMES

4.1. NOMBRE ET POURCENTAGE DE iFOBT POSITIFS

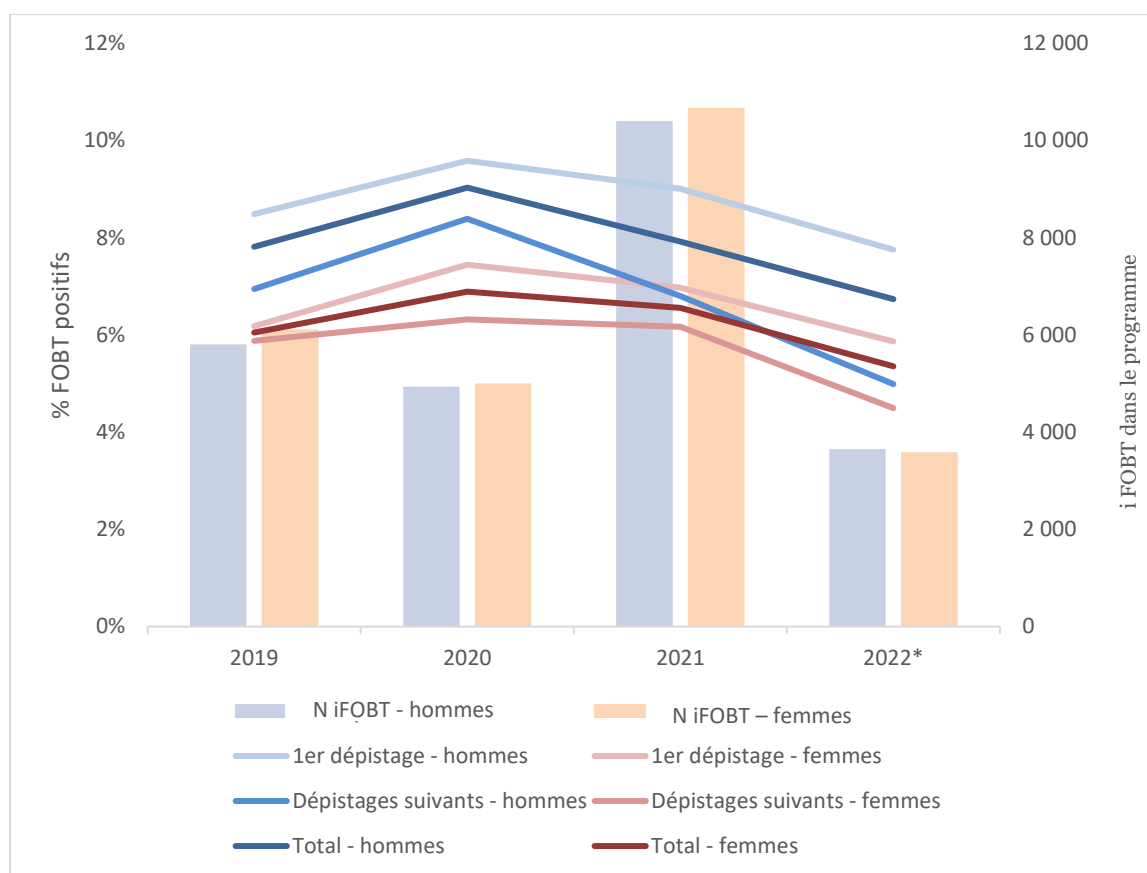
Pour tous les iFOBT dans le programme d'une année de dépistage, le nombre de iFOBT positifs a été calculé.

Tableau 8: Nombre et pourcentage de iFOBT positifs, stratifié par 1^{er} dépistage et dépistages suivants, par sexe et par âge

Premier dépistage	2019	2020	2021	2022*
Nombre de iFOBT dans le programme	6.705	5.188	10.436	4.558
Nombre de iFOBT+	490	443	835	311
% iFOBT+	7,3	8,5	8,0	6,8
Hommes (%)	8,5	9,6	9,0	7,8
Femmes (%)	6,2	7,4	7,0	5,9
50-54 (%)	4,8	6,2	6,3	5,2
55-59 (%)	6,3	7,7	7,4	4,8
60-64 (%)	8,2	9,6	8,5	7,5
65-69 (%)	9,5	10,4	10,3	9,4
70-74 (%)	10,3	13,0	10,8	10,4
Dépistages suivants				
Nombre de iFOBT dans le programme	5.220	4.756	10.640	2.678
Nombre de iFOBT+	334	348	689	127
% iFOBT+	6,4	7,3	6,5	4,7
Hommes (%)	6,9	8,4	6,8	5,0
Femmes (%)	5,9	6,3	6,2	4,5
50-54 (%)	3,9	7,5	5,5	4,7
55-59 (%)	5,9	6,8	6,1	4,3
60-64 (%)	6,4	6,7	5,5	5,1
65-69 (%)	7,0	6,1	6,9	4,6
70-74 (%)	7,5	10,4	8,4	5,1
Total				
Nombre de iFOBT dans le programme	11.925	9.944	21.076	7.236
Nombre de iFOBT+	824	791	1.524	438
% iFOBT+	6,9	8,0	7,2	6,1
Hommes (%)	7,8	9,0	7,9	6,7
Femmes (%)	6,0	6,9	6,6	5,4
50-54 (%)	4,6	6,4	6,1	5,2
55-59 (%)	6,1	7,3	6,7	4,6
60-64 (%)	7,3	8,0	6,7	6,5
65-69 (%)	8,1	7,8	8,2	7,4
70-74 (%)	8,8	11,5	9,3	7,9

*Les participants au programme de dépistage de janvier à juin 2022 inclus

Figure 6 : Nombre de iFOBT dans le programme et pourcentage de iFOBT positifs, stratifié par 1^{er} dépistage et dépistages suivants et par sexe (NOUVEAU)



*Les participants au programme de dépistage de janvier à juin 2022 inclus

Conclusion :

En 2021, 7,2% (N=1.524) des iFOBT dans le programme sont positifs. Ce chiffre est inférieur à celui de 2020 (8,0%; N=791) et supérieur à celui de 2019 (6,9% ; N=824). Le pourcentage de positivité est plus élevé pour un premier dépistage que pour les dépistages suivants, ce qui est attendu.

Le taux de iFOBT positifs pour les premiers dépistages est de 8,0% en 2021 et 6,8% pour le premier semestre de 2022. Ces pourcentages sont conformes aux autres programmes de dépistage repris dans les directives européennes [5] concernant le premier cycle de dépistage de la population avec le test iFOBT (entre 4,4% et 11,1%).

Le taux de iFOBT positifs est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (6,7% contre 5,4% pour l'année 2022) ; ce qui pourrait s'expliquer en partie par l'incidence plus élevée du cancer colorectal chez les hommes. Ceci est similaire à ce qui est observé dans d'autres programmes de dépistage [8]. Le taux de positivité augmente avec l'âge : de 6,1% chez les 50-54 ans à 9,3% chez les 70-74 ans (pour l'année 2021).

4.2. TAUX DE DÉTECTION DES CANCERS COLORECTAUX ET DES ADÉNOMES

Un cancer ou un adénome dépisté par le programme de dépistage est un cancer colorectal ou un adénome diagnostiqué dans les 24 mois suivant un iFOBT positif et dans les 6 mois suivant une coloscopie réalisée dans le cadre d'un examen de suivi d'un iFOBT positif (cf. Figure 1 dans le document « Méthodologie »).

Tableau 9 : Taux de détection des cancers in situ, invasifs et des adénomes

	2019	2020	2021	2022*, **
Taux de détection cancers in situ N (‰)	26 (2,2)	29 (2,9)	30 (1,4)	9 (1,2)
Premier dépistage N (‰)	15 (2,2)	11 (2,1)	19 (1,8)	8 (1,8)
Dépistages suivants N (‰)	11 (2,1)	18 (3,8)	11 (1,0)	1 (0,4)
Taux de détection cancers invasifs N (‰)	35 (2,9)	19 (1,9)	44 (2,1)	15 (2,1)
Premier dépistage N (‰)	27 (4,0)	14 (2,7)	27 (2,6)	11 (2,4)
Dépistages suivants N (‰)	8 (1,5)	5 (1,1)	17 (1,6)	4 (1,5)
Taux de détection adénomes N (‰)	271 (22,7)	252 (25,3)	481 (22,8)	162 (22,4)
Premier dépistage N (‰)	156 (23,3)	142 (27,4)	244 (23,4)	115 (25,2)
Dépistages suivants N (‰)	115 (22,0)	110 (23,1)	237 (22,3)	47 (17,6)

*Les chiffres pour ces années sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années.

**participants au programme de dépistage de janvier à juin 2022 inclus

Conclusion :

Les nombres étant relativement petits, cela peut amener à des fluctuations aléatoires des résultats. Il faut donc rester prudent dans l'interprétation des variations.

Le taux de détection des cancers in situ entre 2019 et 2021 se situe entre 2.2 et 1.4‰.

Le taux de détection des cancers invasifs fluctue d'une année à l'autre. Pour 2019-2022, le taux de détection des cancers invasifs se situe dans la même fourchette que dans les autres pays européens (1,8 - 9,5 ‰)[5]. Le taux de détection des cancers est plus élevé lors des premiers dépistages que lors des dépistages suivants.

On observe également un taux plus élevé chez les hommes que chez les femmes, aussi bien pour les cancers in situ qu'invasifs, ce qui est également le cas dans d'autres programmes de dépistage [8, 9].

Les taux de détection des adénomes fluctuent, tant pour le dépistage initial que pour les dépistages suivants Les taux de détection des adénomes avec le iFOBT sont légèrement supérieurs aux normes européennes (13,3-22,3‰) [5]. Le taux de détection des adénomes est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Ceci est également observé dans d'autres programmes de dépistage [9, 10].

4.3. TAUX DE CANCERS D'INTERVALLE

Un cancer colorectal diagnostiqué dans les 24 mois après un iFOBT négatif est considéré comme un cancer d'intervalle (cf. Figure 2 dans le document méthodologie) [11]. Le nombre de cancers d'intervalle par année de dépistage et le taux de cancers d'intervalle pour 1.000 personnes ayant effectué un iFOBT dans le programme ont été calculés. Le taux de cancers d'intervalle constitue un paramètre important pour évaluer la capacité du test de dépistage à détecter la présence d'un cancer colorectal (cf. 4.5).

Tableau 10: Taux de cancers d'intervalle lors du premier dépistage, dépistages suivants et total.

Premier dépistage	2019	2020	2021*
Hommes N (‰)	8 (2,4)	4 (1,5)	4 (0,8)
Femmes N (‰)	5 (1,5)	4 (1,6)	3 (0,6)
Total N (‰)	13 (1,9)	8 (1,5)	7 (0,7)
Dépistages suivants			
Hommes N (‰)	3 (1,2)	4 (1,7)	6 (1,2)
Femmes N (‰)	5 (1,9)	3 (1,2)	5 (0,9)
Total N (‰)	8 (1,5)	7 (1,5)	11 (1,0)
Total			
Hommes N (‰)	11 (1,9)	8 (1,6)	10 (1,0)
Femmes N (‰)	10 (1,6)	7 (1,4)	8 (0,7)
Total N (‰)	21 (1,8)	15 (1,5)	18 (0,9)

*Des cancers d'intervalle des dépistages d'une année 20XX peuvent encore se produire jusqu'en 20XX+2, les résultats ne sont pas donc pas encore complets

Conclusion :

Lors du premier dépistage, le taux de cancers d'intervalle après un iFOBT négatif est de 1,9 et 1,5 ‰ respectivement pour 2019 et 2020. Pour les dépistages suivants, les taux sont de 1.5‰.

4.4. CANCERS COLORECTAUX POST-COLOSCOPIE (PCCRC)

Un cancer colorectal post-coloscopie de suivi négative est un cancer qui apparaît après un iFOBT positif mais pour lequel la coloscopie de suivi était négative (cf. Figure 1 dans le document « Méthodologie »). Etant donné que les personnes sont exclues pendant 5 ans après une coloscopie négative, un cancer colorectal ne devrait, en principe, pas apparaître pendant cette période. Il s'agit, en d'autres termes, d'un paramètre de qualité important pour la coloscopie.

Tableau 11: Taux de cancers colorectaux post-coloscopie

Année de dépistage	Hommes		Femmes		Total	
	N	‰	N	‰	N	‰
2015	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2016	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2017	2	0,5	3	0,6	5	0,6
2018	3	0,9	2	0,5	5	0,7
2019	0	0,0	1	0,2	1	0,1
2020	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2021*	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2022*,**	0	0,0	0	0,0	0	0,0

*Les chiffres pour ces années sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années.

**participants au programme de dépistage de janvier à juin 2022 inclus

Conclusion :

Le nombre de cancers colorectaux post-coloscopie est très faible mais ces résultats sont incomplets car ils nécessitent une période de suivi de 5 ans. Pour les années ayant déjà atteint cette période de suivi, de manière générale, les résultats sont très faibles ; moins de 0,7‰.

4.5. VALEUR PRÉDICTIVE POSITIVE, SPÉCIFICITÉ, SENSIBILITÉ

La **valeur prédictive positive** indique le pourcentage de personnes pour lesquelles une lésion a été retrouvée après un iFOBT positif. Plus la valeur prédictive positive est élevée, plus le nombre de faux positifs est faible et plus le nombre de personnes inutilement inquiétées sera faible.

La **sensibilité** du iFOBT indique la capacité du test à donner un résultat positif lorsqu'une lésion est présente. Plus la sensibilité est élevée, plus le nombre de lésions manquées est faible (moins de faux négatifs). La sensibilité concernant la détection d'un adénome a également été calculée.

La **spécificité** du iFOBT mesure la capacité du test à donner un résultat négatif quand il n'y a effectivement pas d'adénome ou de cancer présent. Plus la spécificité du test est élevée, plus le nombre de faux positifs est faible.

Tableau 12: Valeur prédictive positive, sensibilité, spécificité (%) du iFOBT lors du premier dépistage, dépistages suivants et total

	2019	2020	2021*	2022*,**
VPP cancers in situ (%)				
Premier dépistage (%)	3,9	3,3	3,0	3,2
Dépistages suivants (%)	4,0	6,8	2,0	1,0
VPP cancers invasifs (%)				
Premier dépistage (%)	7,0	3,8	4,2	4,3
Dépistages suivants (%)	2,9	1,5	2,9	3,8
VPP adénomes (%)				
Premier dépistage (%)	39,9	40,2	38,8	45,5
Dépistages suivants (%)	41,4	40,0	42,3	45,2
	2019	2020*	2021*	
Sensibilité du iFOBT cancers in situ (%)	79,4	83,3	84,6	
Premier dépistage (%)	78,9	70,6	88,0	
Dépistages suivants (%)	80,0	94,7	78,6	
Sensibilité du iFOBT cancers invasifs (%)	73,6	70,0	81,3	
Premier dépistage (%)	76,3	84,2	88,6	
Dépistages suivants (%)	66,7	45,5	72,4	
Sensibilité du iFOBT adénomes (%)	55,2	56,9	60,9	
Premier dépistage (%)	59,3	62,6	64,0	
Dépistages suivants (%)	54,3	54,9	60,9	
Spécificité du iFOBT (%)	95,8	94,9	95,4	
Premier dépistage (%)	95,5	94,6	94,8	
Dépistages suivants (%)	96,1	95,3	95,9	

*Les chiffres pour ces années sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années.

**participants au programme de dépistage de janvier à juin 2022 inclus

Conclusion :

Selon les directives européennes [5], la valeur prédictive positive (VPP) des iFOBT pour la population-cible du programme de dépistage devrait être :

- pour les adénomes : 19.6% - 40.3%
- pour les cancers invasifs (1^{er} dépistage) : 4.5% - 8.6%
- pour les cancers invasifs (dépistages suivants) : 4%.

Les valeurs obtenues pour les cancers in situ lors des premiers dépistages sont donc inférieures aux recommandations européennes. Pour les cancers invasifs, des variations importantes sont observées d'année en année. Les valeurs sont inférieures aux normes européennes.

Dans le cadre des dépistages suivants, la VPP des iFOBT pour les cancers in situ semble se situer autour des normes européennes voire légèrement supérieure tandis qu'elle y est inférieure pour les cancers invasifs.

En ce qui concerne la VPP pour la détection des adénomes, les valeurs se situent dans la fourchette des recommandations européennes pour le 1^{er} dépistage, à l'exception de 2022, année pour laquelle les données ne sont pas complètes, et y sont légèrement supérieures pour les dépistages suivants.

La sensibilité des iFOBT augmente au cours des années en ce qui concerne la détection des cancers in situ, tant pour les 1ers dépistages que pour les dépistages suivants. En ce qui concerne les cancers invasifs par contre, une différence se marque entre les 1ers dépistages pour lesquels la sensibilité augmente et les dépistages suivants pour lesquels elle semble fluctuer. Une étude de Zappa *et al.* rapporte que la sensibilité du test iFOBT pour les cancers colorectaux invasifs est de 82% [12] ; ce chiffre est atteint pour les premiers dépistages mais pas pour les dépistages suivants.

En ce qui concerne la sensibilité des iFOBT pour la détection des adénomes, celle-ci est inférieure à celle observée pour les cancers mais est en augmentation.

La spécificité du iFOBT est élevée (95-96%) et reste constante au cours des années. Il y a donc peu de cas de iFOBT positifs pour lesquels aucun cancer ou adénome n'est retrouvé par la suite (peu de faux positifs). Il n'y a pas beaucoup de différence entre les résultats du premier dépistage et des dépistages suivants.

4.6. DISTRIBUTION ET CARACTÉRISTIQUES DES CANCERS DÉPISTÉS, CANCERS D'INTERVALLE ET CANCERS PARMI LES NON PARTICIPANTS

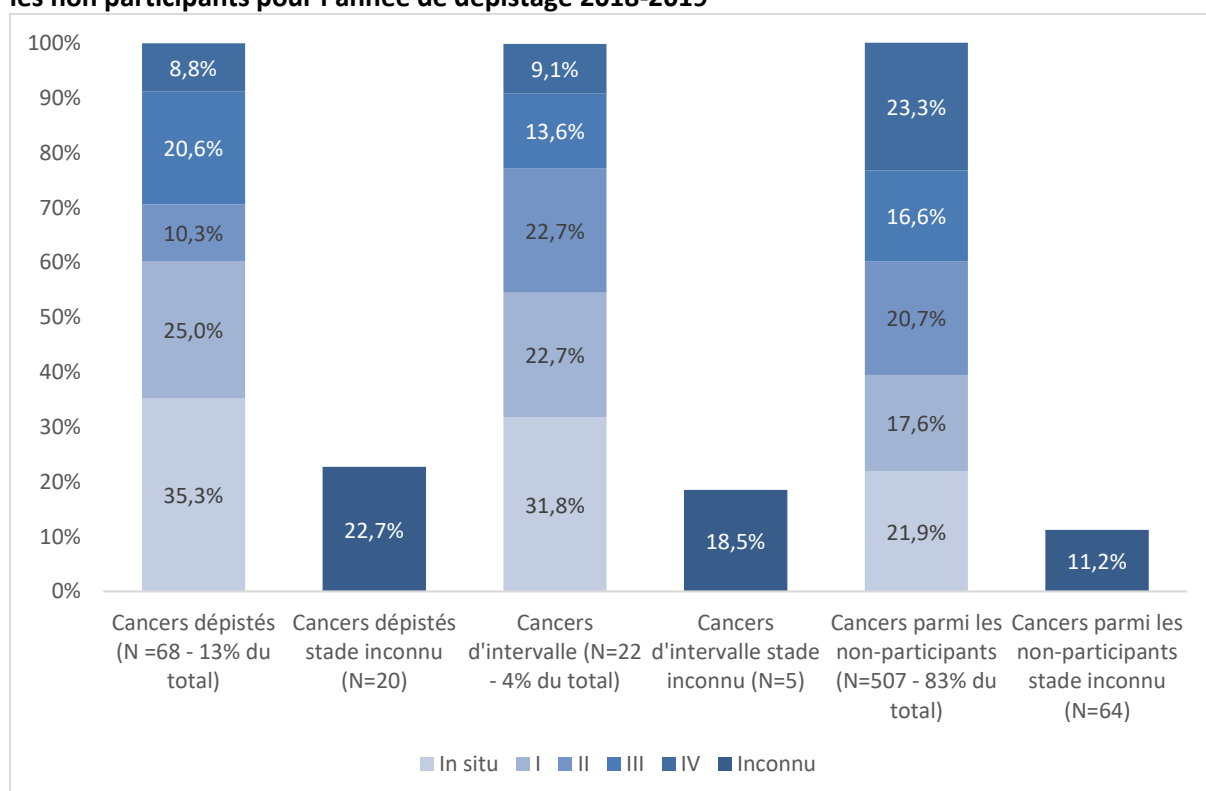
Définitions :

- **Cancer dépisté et cancer d'intervalle** : cf. le document sur la méthodologie
- **Cancer parmi les non participants** : cancers colorectaux diagnostiqués chez des personnes qui n'ont pas participé au programme de dépistage 2 ans avant le diagnostic. L'année de l'invitation au programme de dépistage a été prise en compte et il a été vérifié si un diagnostic de cancer du côlon a été posé dans les 2 ans suivant l'invitation. Il est possible que ces personnes aient été examinées par iFOBT ou coloscopie en dehors du programme de dépistage mais ceci n'a pas été pris en compte.

Tableau 13 : Stade au moment du diagnostic des cancers dépistés, cancers d'intervalle et cancers parmi les non participants pour les années de dépistage 2018-2019

Stade au moment du diagnostic	Cancers dépistés		Cancers d'intervalle		Cancers parmi les non-participants	
	N	%	N	%	N	%
Stades non connus	20	22,7	5	18,5	64	11,2
Stades connus	68	77,3	22	81,5	507	88,8
In situ	24	27,3	7	25,9	111	19,4
I	17	19,3	5	18,5	89	15,6
II	7	8,0	5	18,5	105	18,4
III	14	15,9	3	11,1	84	14,7
IV	6	6,8	2	7,4	118	20,7
Total	88	100,0	27	100,0	571	100,0

Figure 7 : Stade au moment du diagnostic des cancers dépistés, cancers d'intervalle et cancers parmi les non participants pour l'année de dépistage 2018-2019



Conclusion :

Pour l'année de dépistage 2018-2019, 83% des cancers colorectaux présents au sein de la population cible du programme de dépistage ont été diagnostiqués parmi les non-participants (N=571). Ceci peut s'expliquer par un faible taux de participation au programme de dépistage. Les cancers dépistés et les cancers d'intervalle représentent respectivement 13% et 4% des cancers diagnostiqués dans la population cible (N = 88 et N = 27, respectivement).

Parmi les stades connus, les cancers colorectaux dépistés sont plus fréquemment diagnostiqués aux stades in situ et I tandis que parmi les non-participants, les cancers colorectaux sont plus souvent diagnostiqués au stade II+. Le programme de dépistage du cancer colorectal par le iFOBT permet donc de diagnostiquer plus de cancers à un stade précoce de la maladie.

Un éventuel biais de sélection parmi les personnes participant au dépistage ne peut être exclu (statut socio-économique, âge, personnes avec des risques élevés et des symptômes qui participent tout de même au programme,...). Des études supplémentaires seraient utiles.

Pour augmenter l'impact du dépistage sur la morbidité et la mortalité liées à la maladie, une augmentation de la participation au programme de dépistage est recommandée.

4.7. RÉSUMÉ DES RÉSULTATS

Tableau 14 : Résumé des résultats les plus importants

	2019	2020	2021*	2022*
iFOBT positifs (%)	6,9	8,0	7,2	6,1**
Premier dépistage (4,4-11,1%)	7,3	8,5	8,0	6,8**
Dépistages suivants	6,4	7,3	6,5	4,7**
Taux de détection cancers in situ (‰)	2,2	2,9	1,4	1,2
Premier dépistage (‰)	2,2	2,1	1,8	1,8
Dépistages suivants (‰)	2,1	3,8	1,0	0,4
Taux de détection cancers invasifs (‰) (1,8-9,5‰)	2,9	1,9	2,1	2,1
Premier dépistage (‰)	4,0	2,7	2,6	2,4
Dépistages suivants (‰)	1,5	1,1	1,6	1,5
Taux de détection adénomes (‰) (13,3-22,3‰)	22,7	25,3	22,8	22,4
Premier dépistage (‰)	23,3	27,4	23,4	25,2
Dépistages suivants (‰)	22,0	23,1	22,3	17,6
Taux de cancers d'intervalle (‰)	1,8	1,5	0,9	
Premier dépistage (‰)	1,9	1,5	0,7	
Dépistages suivants (‰)	1,5	1,5	1,0	
Taux de cancers colorectaux post-coloscopie (‰)	0,1	0,0	0,0	0,0
VPP cancers in situ (%)				
Premier dépistage (%)	3,9	3,3	3,0	3,2
Dépistages suivants (%)	4,0	6,8	2,0	1,0
VPP cancers invasifs (%)				
Premier dépistage (%) (4,5-8,6%)	7,0	3,8	4,2	4,3
Dépistages suivants (%)	2,9	1,5	2,9	3,8
VPP adénomes (%)				
Premier dépistage (%) (19,6-40,3%)	39,9	40,2	38,8	45,5
Dépistages suivants (%)	41,4	40,0	42,3	45,2
Sensibilité du iFOBT cancers in situ (%)	79,4	83,3	84,6	
Premier dépistage (%)	78,9	70,6	88,0	
Dépistages suivants (%)	80,0	94,7	78,6	
Sensibilité du iFOBT cancers invasifs (%)	73,6	70,0	81,3	
Premier dépistage (%)	76,3	84,2	88,6	
Dépistages suivants (%)	66,7	45,5	72,4	
Sensibilité du iFOBT adénomes (%)	55,2	56,9	60,9	
Premier dépistage (%)	59,3	62,6	64,0	
Dépistages suivants (%)	54,3	54,9	60,9	
Spécificité du iFOBT (%)	95,8	94,9	95,4	
Premier dépistage (%)	95,5	94,6	94,8	
Dépistages suivants (%)	96,1	95,3	95,9	

*Les chiffres pour ces années sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années.
 **participants au programme de dépistage de janvier à juin 2022 inclus. Les chiffres rouges sont les normes européennes. Si la valeur d'un indicateur particulier est inférieure ou supérieure à ces directives, elle est également marquée en rouge.

5. RESULTATS DES INDICATEURS DE QUALITE CONCERNANT LE SUIVI ET LE TRAITEMENT

Pour rappel, les données de suivi des années de dépistage 2020 et 2021 ne sont pas encore totalement complètes.

5.1. TAUX DE SUIVI : NOMBRE DE PERSONNES AYANT EFFECTUÉ UNE COLOSCOPIE APRÈS UN iFOBT POSITIF

La coloscopie est l'examen indiqué lorsqu'un iFOBT est positif. Le nombre de personnes qui ont effectué une coloscopie après un iFOBT positif doit donc être le plus élevé possible.

Tableau 15: Taux de suivi par sexe

Année de dépistage	Nombre de coloscopies			Nombre de FOBT positifs			Taux de suivi (%)		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
2019	370	304	674	454	370	824	81,5	82,2	81,8
2020	357	261	618	446	345	791	80,0	75,7	78,1
2021*	664	554	1.218	824	700	1.524	80,6	79,1	79,9
2022*,**	208	163	371	246	192	438	84,6	84,9	84,7

*Les chiffres pour ces années sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années.

**participants au programme de dépistage de janvier à juin 2022 inclus

Conclusion :

Le taux de suivi par coloscopie est légèrement supérieur à 80 % excepté en 2020 et en 2021 où le taux est légèrement inférieur à 80%. Pour ces années-là, il pourrait y avoir un effet de la pandémie du COVID-19, en particulier pour l'année 2020. Cela signifie qu'environ 80% des iFOBT positifs sont suivis par une coloscopie, conformément aux recommandations. Le suivi peut être une coloscopie totale, virtuelle ou incomplète ou une polypectomie. Un seul examen est retenu pour une personne.

5.2. DÉLAI ENTRE UN TEST DE DÉPISTAGE POSITIF ET LA COLOSCOPIE

Pour toutes les personnes ayant fait un iFOBT dans le programme avec un résultat positif suivi d'une coloscopie, le délai entre l'analyse du iFOBT et la coloscopie a été calculé.

Tableau 16: Délai entre l'analyse d'un iFOBT positif et une coloscopie de suivi

Année de dépistage 2019	Hommes		Femmes		Total		Nombre cumulé	Pourcentage cumulé
	N	%	N	%	N	%		
≤ 30 jours	67	18,4	66	22,1	133	20,0	133	20,0
31 jours - 45 jours	75	20,5	74	24,7	149	22,4	282	42,5
46 jours - 60 jours	66	18,1	46	15,4	112	16,9	394	59,3
61 jours - 90 jours	84	23,0	60	20,1	144	21,7	538	81,0
91 jours - 6 mois	58	15,9	42	14,0	100	15,1	638	96,1
6 - 12 mois	15	4,1	11	3,7	26	3,9	664	100
Total	365	100	299	100	664	100		

Année de dépistage 2020	Hommes		Femmes		Total			
	N	%	N	%	N	%	Nombre cumulé	Pourcentage cumulé
≤ 30 jours	81	23,3	45	17,6	126	20,9	126	20,9
31 jours - 45 jours	63	18,1	47	18,4	110	18,2	236	39,1
46 jours - 60 jours	55	15,8	37	14,5	92	15,3	328	54,4
61 jours - 90 jours	50	14,4	52	20,4	102	16,9	430	71,3
91 jours - 6 mois	76	21,8	47	18,4	123	20,4	553	91,7
6 - 12 mois	23	6,6	27	10,6	50	8,3	603	100
Total	348	100	255	100	603	100		

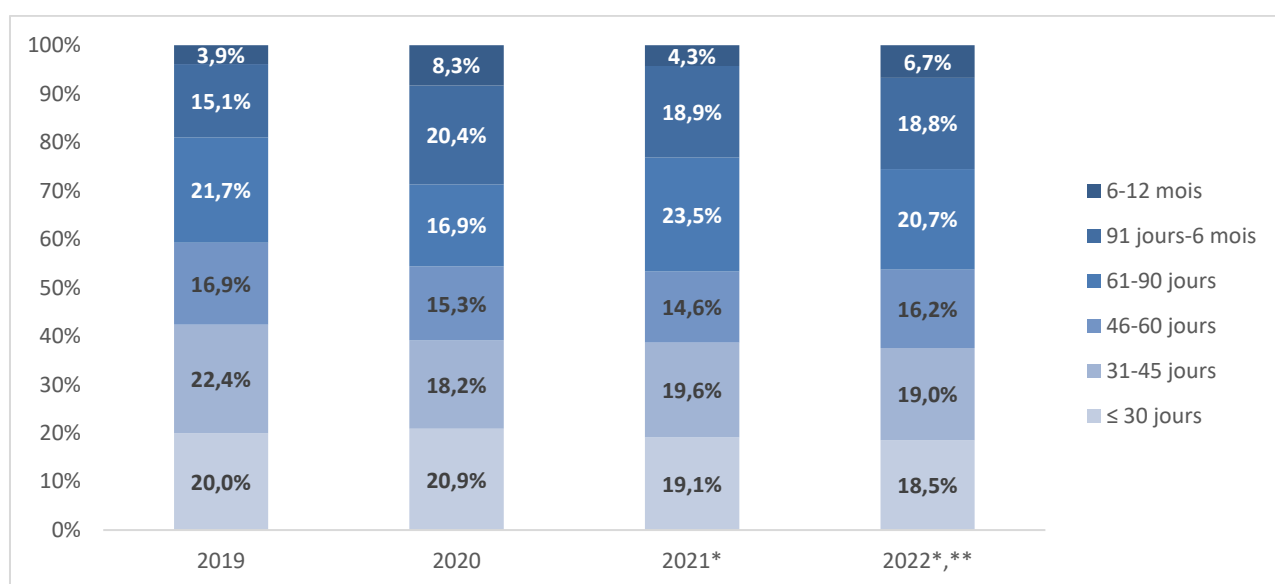
Année de dépistage 2021*	Hommes		Femmes		Total			
	N	%	N	%	N	%	Nombre cumulé	Pourcentage cumulé
≤ 30 jours	112	32,2	114	44,7	226	19,1	226	19,1
31 jours - 45 jours	135	38,8	97	38,0	232	19,6	458	38,7
46 jours - 60 jours	95	27,3	78	30,6	173	14,6	631	53,3
61 jours - 90 jours	146	42,0	132	51,8	278	23,5	909	76,8
91 jours - 6 mois	130	37,4	94	36,9	224	18,9	1.133	95,7
6 - 12 mois	25	7,2	26	10,2	51	4,3	1.184	100
Total	643	185	541	212	1.184	100		

Année de dépistage 2022*,**	Hommes		Femmes		Total			
	N	%	N	%	N	%	Nombre cumulé	Pourcentage cumulé
≤ 30 jours	35	17,9	31	19,3	66	18,5	66	18,5
31 jours - 45 jours	41	20,9	27	16,8	68	19,0	134	37,5
46 jours - 60 jours	26	13,3	32	19,9	58	16,2	192	53,8
61 jours - 90 jours	44	22,4	30	18,6	74	20,7	266	74,5
91 jours - 6 mois	34	17,3	33	20,5	67	18,8	333	93,3
6 - 12 mois	16	8,2	8	5,0	24	6,7	357	100
Total	196	100	161	100	357	100		

*Les chiffres pour ces années sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années.

**participants au programme de dépistage de janvier à juin 2022 inclus

Figure 8: Délai entre un iFOBT positif et une coloscopie de suivi pour chaque année de dépistage



*Les chiffres pour ces années sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années.

**participants au programme de dépistage de janvier à juin 2022 inclus

Conclusion :

Pour les années de dépistage 2019-2022, 71-81% de toutes les coloscopies ont été réalisées dans les 90 jours suivant le iFOBT positif. La diminution de ce pourcentage pour l'année 2020 (71%) pourrait s'expliquer par la pandémie de COVID19 au cours de laquelle les soins non essentiels ont été arrêtés pendant un certain temps. Pour l'année 2021, nous constatons une augmentation du pourcentage, avec 76,8% des coloscopies ayant lieu dans les 90 jours.

Selon les directives européennes [5], le délai entre la date à laquelle le médecin réfère le patient pour une coloscopie après un test de dépistage positif et la coloscopie de suivi doit être de 31 jours pour au moins 90% (de préférence 95%) des participants ayant eu un test positif. Toutefois, nous ne pouvons pas tout à fait comparer nos chiffres à ce résultat car à Bruxelles, il n'y a pas de données disponibles concernant la date à laquelle le médecin réfère le patient pour une coloscopie. C'est donc la date du iFOBT qui a été choisie.

5.3. POURCENTAGE DE COLOSCOPIES TOTALES APRÈS UN IFOBT POSITIF

Proportion de personnes ayant effectué une coloscopie totale dans l'année suivant un iFOBT positif par rapport au nombre de personnes ayant effectué une coloscopie dans l'année suivant un iFOBT positif.

Tableau 17: Proportion de coloscopies totales parmi les personnes ayant effectué une coloscopie après un iFOBT positif

Année de dépistage	Sexe	Nombre de personnes ayant effectué une coloscopie après un iFOBT positif	Nombre de personnes ayant effectué une coloscopie totale après un iFOBT positif	
			N	%
2019	Hommes	400	361	90,3
	Femmes	323	295	91,3
	Total	723	656	90,7
2020	Hommes	374	342	91,4
	Femmes	276	253	91,7
	Total	650	595	91,5
2021*	Hommes	703	630	89,6
	Femmes	574	530	92,3
	Total	1.277	1.160	90,8
2022*,**	Hommes	205	193	94,1
	Femmes	174	160	92,0
	Total	379	353	93,1

*Les chiffres pour ces années sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années.

**participants au programme de dépistage de janvier à juin 2022 inclus

Conclusion :

Parmi toutes les personnes avec un iFOBT dans le programme positif pour la période de dépistage de 2019 à 2022 suivi d'une coloscopie complète, incomplète, virtuelle ou d'une polypectomie dans l'année, environ 91-93% ont effectué une coloscopie totale. Une personne peut avoir réalisé différents types d'exams mais un seul de chaque type sera pris en compte. Cette proportion correspond aux normes de 90% (acceptable) à 95% (souhaitable) décrites dans les directives européennes [5].

5.4. RÉPÉTITION DU iFOBT COMME UNIQUE SUIVI (SANS COLOSCOPIE) APRÈS UN iFOBT POSITIF

L'examen de suivi recommandé après un iFOBT positif est une coloscopie totale. La répétition du FOBT doit donc être évitée.

Tableau 18: Répétition du iFOBT dans l'année suivant un iFOBT positif dans le cadre d'un dépistage

Année de dépistage 2019	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Répétition du iFOBT	33	7,3	15	4,1	48	5,8
Répétition du iFOBT sans coloscopie	13	2,9	5	1,4	18	2,2
Nombre total de iFOBT positifs	454		370		824	

Année de dépistage 2020	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Répétition du iFOBT	21	4,7	25	7,2	46	5,8
Répétition du iFOBT sans coloscopie	7	1,6	11	3,2	18	2,3
Nombre total de iFOBT positifs	446		345		791	
Année de dépistage 2021*	Hommes		Femmes		Total	

	N	%	N	%	N	%
Répétition du iFOBT	30	3,6	30	4,3	60	3,9
Répétition du iFOBT sans coloscopie	16	1,9	15	2,1	31	2,0
Nombre total de iFOBT positifs	824		359		1524	

Année de dépistage 2022*,**	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Répétition du iFOBT	5	2,0	8	4,2	13	3,0
Répétition du iFOBT sans coloscopie	3	1,2	3	1,6	6	1,4
Nombre total de iFOBT positifs	246		192		438	

*Les chiffres pour ces années sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années.

**participants au programme de dépistage de janvier à juin 2022 inclus

Conclusion :

Pour la période 2019-2022, 3% à 5,8% des personnes avec un iFOBT dans le programme positif ont effectué un autre iFOBT dans l'année. Environ 2,0-2,3% ont réalisé un autre iFOBT sans avoir ensuite effectué de coloscopie en 2019-2021.

5.5. NOMBRE DE PERSONNES POUR LESQUELLES UN ÉCHANTILLON A ÉTÉ PRÉLEVÉ ENDÉANS LES 12 MOIS SUIVANT UN iFOBT POSITIF

Tableau 19: Fréquence des prélèvements d'échantillon comme examen de suivi endéans les 12 mois après un iFOBT positif

Année de dépistage 2019	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Prélèvement endéans les 12 mois	269	59,3	176	47,6	445	54,0
iFOBT positifs	454		370		824	

Année de dépistage 2020	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Prélèvement endéans les 12 mois	238	53,4	156	45,2	394	49,8
iFOBT positifs	446		345		791	

Année de dépistage 2021*	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Prélèvement endéans les 12 mois	466	56,6	319	45,6	785	51,5
iFOBT positifs	824		700		1524	

Année de dépistage 2022*,**	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Prélèvement endéans les 12 mois	156	63,4	97	50,5	253	57,8
iFOBT positifs	246		192		438	

*Les chiffres pour ces années sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années.

**participants au programme de dépistage de janvier à juin 2022 inclus

Conclusion :

Pour la période 2019-2022, un prélèvement d'échantillon a été réalisé endéans les 12 mois pour environ 50-58% des personnes avec un iFOBT dans le programme positif. Ce pourcentage est plus bas en 2020-2021 qu'en 2019. Toutefois, les chiffres pour 2021 et 2022 ne sont pas encore complets et pour

2020, cela pourrait également être dû à un effet de la pandémie de COVID-19. Les chiffres pour 2022 tendent aussi à augmenter, bien que les données ne soient pas complètes.

5.6. EXAMENS DE SUIVI ET MÉCANISME FAIL-SAFE

Lorsqu'un iFOBT est positif, des examens de suivi appropriés doivent toujours être effectués afin de pouvoir détecter les cancers ou les lésions précancéreuses à temps. Il est important de surveiller dans quelle mesure les examens de suivi sont effectués afin de déterminer la nécessité de mettre en place un mécanisme fail-safe. Grâce à ce mécanisme, les personnes n'ayant pas effectué d'examen de suivi ainsi que leurs médecins référents peuvent être contactés afin de procéder à un examen de suivi.

Tableau 20: Mécanisme fail-safe

Année de dépistage 2019	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Suivi non approprié	84	18,5	66	17,8	150	18,2
Dont pas de suivi	61	13,4	54	14,6	115	14,0
Suivi approprié	370	81,5	304	82,2	674	81,8
Nombre de FOBT positifs	454	100	370	100	824	100

Année de dépistage 2020	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Suivi non approprié	89	20,0	84	24,3	173	21,9
Dont pas de suivi	71	15,9	67	19,4	138	17,4
Suivi approprié	357	80,0	261	75,7	618	78,1
Nombre de iFOBT positifs	446	100	345	100	791	100

Année de dépistage 2021*	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Suivi non approprié	160	19,4	146	20,9	306	20,1
Dont pas de suivi	124	15,0	118	16,9	242	15,9
Suivi approprié	664	80,6	554	79,1	1.218	79,9
Nombre de iFOBT positifs	824	100	700	100	1.524	100

Année de dépistage 2022*,**	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Suivi non approprié	38	15,4	29	15,1	67	15,3
Dont pas de suivi	30	12,2	23	12,0	53	12,1
Suivi approprié	208	84,6	163	84,9	371	84,7
Nombre de iFOBT positifs	246	100	192	100	438	100

*Les chiffres pour ces années sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années.

**participants au programme de dépistage de janvier à juin 2022 inclus

Conclusion :

18% des personnes ayant eu un iFOBT dans le programme positif n'ont pas été suivies de manière appropriée pour l'année de dépistage 2019. Environ 14% de ces personnes n'ont eu aucun examen de suivi. En 2020, le pourcentage de suivi non approprié augmente jusque 21,9%, suggérant un éventuel impact de la pandémie COVID 19. Toutefois, pour rappel, ce résultat inclut les personnes sans examen

de suivi connu. Pour 2021 et 2022, le pourcentage de suivi non approprié diminue de 20 à 15%. Néanmoins, les données de suivi des années de dépistage 2021 et 2022 ne sont pas encore complètes.

5.7. NOMBRE TOTAL D'INTERVENTIONS RÉALISÉES DANS L'ANNÉE SUIVANT UN iFOBT POSITIF

Les types d'interventions colorectales qui ont été réalisées dans l'année suivant l'analyse du iFOBT positif ont été évalués.

Tableau 21: Types d'interventions colorectales réalisées dans l'année suivant l'analyse du iFOBT positif

Année de dépistage 2019	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Colectomie totale	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Colectomie partielle	19	10,9	14	14,3	33	12,1
Polypectomie	155	88,6	82	83,7	237	86,8
Autres interventions colorectales	1	0,6	2	2,0	3	1,1
Nombre total d'interventions après un iFOBT positif	175	100	98	100	273	100
Nombre de iFOBT positifs	454		370		824	

Année de dépistage 2020	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Colectomie totale	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Colectomie partielle	11	7,1	4	3,7	15	5,7
Polypectomie	144	92,9	96	88,9	240	91,3
Autres interventions colorectales	0	0,0	8	7,4	8	3,0
Nombre total d'interventions après un iFOBT positif	155	100	108	100	263	100
Nombre de iFOBT positifs	446		345		791	

Année de dépistage 2021*	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Colectomie totale	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Colectomie partielle	29	9,1	12	6,4	41	8,1
Polypectomie	288	90,9	174	92,6	462	91,5
Autres interventions colorectales	0	0,0	2	1,1	2	0,4
Nombre total d'interventions après un iFOBT positif	317	100	188	100	505	100
Nombre de iFOBT positifs	824		700		1.524	

Année de dépistage 2022*, **	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Colectomie totale	1	1,0	0	0,0	1	0,6
Colectomie partielle	8	7,7	6	9,2	14	8,3
Polypectomie	93	89,4	59	90,8	152	89,9
Autres interventions colorectales	2	1,9	0	0,0	2	1,2
Nombre total d'interventions après un iFOBT positif	104	100	65	100	169	100
Nombre de iFOBT positifs	246	0	192	0	438	

*Les chiffres pour ces années sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années.

**participants au programme de dépistage de janvier à juin 2022 inclus

Conclusion :

Le pourcentage d'interventions colorectales après un iFOBT positif oscille aux alentours de 33% de 2019 à 2021. La polypectomie est l'intervention la plus fréquente après un iFOBT positif (environ 90%). Pour 6-12% des interventions, il s'agit d'une colectomie (totale ou partielle).

5.8. TRAITEMENT ET MÉCANISME FAIL-SAFE

Pour tous les cancers dépistés, il a été vérifié si une intervention colorectale a été effectuée et la nature de celle-ci.

Tableau 22: Traitement parmi les cancers colorectaux dépistés dans l'année qui suit un iFOBT positif

Année de dépistage 2019	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Colectomie totale	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Colectomie partielle	18	78,3	11	68,8	29	74,4
Polypectomie	2	8,7	1	6,3	3	7,7
Autres interventions colorectales	1	4,3	1	6,3	3	7,7
Aucun traitement connu	2	8,7	2	12,5	4	10,3
Nombre total de cancers dépistés	23	100	16	100	39	100

Année de dépistage 2020	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Colectomie totale	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Colectomie partielle	12	80,0	2	33,3	14	66,7
Polypectomie	3	20,0	1	16,7	4	19,0
Autres interventions colorectales	0	0,0	1	16,7	1	4,8
Aucun traitement connu	0	0,0	2	33,3	2	9,5
Nombre total de cancers dépistés	15	100	6	100	21	100

Année de dépistage 2021 ^{*,**}	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Colectomie totale	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Colectomie partielle	28	71,8	11	84,6	39	75,0
Polypectomie	5	12,8	1	7,7	6	11,5
Autres interventions colorectales	1	2,6	0	0,0	1	1,9
Aucun traitement connu	5	12,8	1	7,7	6	11,5
Nombre total de cancers dépistés	39	100	13	100	52	100

Année de dépistage 2022*,**	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Colectomie totale	1	9,1	0	0,0	1	5,3
Colectomie partielle	8	72,7	5	62,5	13	68,4
Polypectomie	1	9,1	2	25,0	3	15,8
Autres interventions colo- rectales	0	0,0	1	12,5	1	5,3
Aucun traitement connu	1	9,1	0	0,0	1	5,3
Nombre total de cancers dépistés	11	100	8	100	19	100

*Les chiffres pour ces années sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années.

**participants au programme de dépistage de janvier à juin 2022 inclus

Tableau 23: Traitement des cancers colorectaux dépistés subdivisés en cancers in situ et cancers invasifs

	2019-2022*,**	
	N	%
Nombre de cancers in situ dépistés	99	
Polypectomie	63	63,6
Colectomie totale	0	0,0
Colectomie partielle	3	3,0
Nombre de cancers invasifs dépistés	131	
Polypectomie	16	12,2
Colectomie totale	1	0,8
Colectomie partielle	95	72,5

*Les chiffres pour ces années sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années.

**participants au programme de dépistage de janvier à juin 2022 inclus

Conclusion :

Les interventions colorectales les plus fréquentes pour les cancers colorectaux dépistés sont les polypectomies et les colectomies partielles. Le pourcentage de cancers dépistés pour lesquels aucun traitement n'est connu s'élève à 18-23%. Les données concernant le suivi ne sont pas encore complètes pour les années de dépistage 2021 et 2022. Un peu plus de 60% des adénomes et des cancers in situ sont réséqués par polypectomie. Pour les cancers invasifs, une colectomie partielle est généralement réalisée (73%).

5.9. RÉSUMÉ

Tableau 24: Résumé des résultats les plus importants

	2019		2020		2021*		2022*,**	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Taux de suivi: Nombre de personnes ayant effectué une coloscopie après un iFOBT positif	674	81,8	618	78,1	1.218	79,9	371	84,7
Nombre de jours d'intervalle entre un iFOBT positif et une coloscopie : % cumulé de coloscopies dans les 30 jours	20,0		20,9		19,1		18,5	
Nombre de jours d'intervalle entre un iFOBT positif et une coloscopie : % cumulé de coloscopies dans les 60 jours	59,3		54,4		53,3		53,8	
Nombre de jours d'intervalle entre un iFOBT positif et une coloscopie : % cumulé de coloscopies dans les 90 jours	81,0		71,3		76,8		74,5	
Proportion de coloscopies totales parmi toutes les coloscopies réalisées après un iFOBT positif (90-95%)	656	90,7	595	91,5	1.160	90,8	353	93,1
Nombre de personnes pour lesquelles un iFOBT a été répété dans l'année suivant un iFOBT positif	48	5,8	46	5,8	60	3,9	13	3,0
Nombre de personnes pour lesquelles un prélèvement a été nécessaire dans l'année après un iFOBT positif	445	54,0	394	49,8	785	51,5	253	57,8
Mécanisme fail-safe : Nombre de personnes sans suivi approprié dans l'année suivant un iFOBT positif	150	18,2	173	21,9	306	20,1	67	15,3
Nombre total d'interventions effectuées dans l'année suivant un iFOBT positif	273		263		505		169	
Polypectomie	237	86,8	240	91,3	462	91,5	152	89,9
Colectomie totale	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6
Colectomie partielle	33	12,1	15	5,7	41	8,1	14	8,3
2019-2022*,**								
	N				%			
Nombre de cancers in situ dépistés	99							
Polypectomie	63				63,3			
Colectomie totale	0				0,0			
Colectomie partielle	3				3,0			
Nombre de cancers invasifs dépistés	131							
Polypectomie	16				12,2			
Colectomie totale	1				0,8			
Colectomie partielle	95				72,5			

*Les chiffres pour ces années sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années.

**participants au programme de dépistage de janvier à juin 2022 inclus

6. CONCLUSION

- En 2019, le programme de dépistage enregistrait un taux de participation des personnes invitées de 9,5%. En 2021, ce taux était de 8,1%.
- Il y a 6 à 8,5% de iFOBT positifs, à la fois pour le premier dépistage et pour les dépistages suivants. Ce pourcentage est conforme aux autres programmes de dépistage repris dans les directives européennes [5] concernant le premier cycle de dépistage de la population avec le test iFOBT (entre 4,4% et 11,1%). Le taux de positivité augmente avec l'âge et est plus élevé chez les hommes que chez les femmes.
- En raison des faibles effectifs, le taux de détection des cancers peut amener à des fluctuations aléatoires des résultats. Le taux de détection des cancers in situ entre 2019 et 2021 se situe entre 1,4 et 2,9‰. Le taux de détection des cancers invasifs fluctue d'une année à l'autre. Pour 2019-2021, le taux de détection des cancers invasifs se situe entre 1,9 et 2,9‰, dans la même fourchette que dans les autres pays européens (1,8 - 9,5 ‰) [5]. Les taux de détection des adénomes sont supérieurs aux normes européennes (13,3-22,3‰) ; ils se situent entre 22,4 et 25,3‰ [5]. Le taux de détection des cancers et des adénomes est généralement plus élevé lors des premiers dépistages que lors des dépistages suivants ; et plus élevé chez les hommes que chez les femmes.
- La sensibilité du test iFOBT atteint 84,6% pour les cancers in situ, 81,3% pour les cancers invasifs et 60,9% pour les adénomes en 2021. La spécificité du iFOBT est élevée (95-96%) et reste constante au cours des années. Il y a donc peu de cas de iFOBT positifs pour lesquels aucun cancer ou adénome n'est retrouvé par la suite (peu de faux positifs).
- Pour les années de dépistage 2018-2019, les cancers colorectaux dépistés sont plus fréquemment diagnostiqués aux stades in situ et I (60,3% des cancers dépistés avec stade connu) tandis que parmi les non-participants, les cancers colorectaux sont plus souvent diagnostiqués au stade II+ (60,6% des cancers parmi les non-participants avec stade connu). Le programme de dépistage du cancer colorectal par le iFOBT permet donc de diagnostiquer plus de cancers à un stade précoce de la maladie. Pour augmenter l'impact du dépistage une augmentation de la participation au programme de dépistage est recommandée.
- Environ 80% des iFOBT positifs sont suivis par une coloscopie conformément aux recommandations. Dans la majorité des cas (>90%), il s'agit d'une coloscopie totale. Pour les années de dépistage 2019-2021, 71-81% de toutes les coloscopies ont été réalisées dans les 90 jours suivant le iFOBT positif. 3 à 6% des personnes avec un résultat de dépistage positif ont été suivies à l'aide d'une répétition du iFOBT. En 2021, environ 20% des personnes dont le test de dépistage iFOBT est positif n'ont pas été suivies correctement, c'est-à-dire avec une coloscopie, une colectomie ou un prélèvement endéans les 12 mois, ou aucune information d'un suivi n'a été retrouvée (16%). Ce pourcentage était de 21,9% en 2020 (probablement à cause de la COVID-19). Grâce à un mécanisme fail-safe, ces personnes pourraient être contactées, éventuellement en collaboration avec les médecins généralistes, afin d'effectuer une coloscopie.
- Des prélèvements ont été effectués endéans les 12 mois pour environ 50-58% des iFOBT avec un résultat positif. Il s'agit principalement d'une biopsie et/ou d'une polypectomie lors d'une coloscopie. Une colectomie (totale ou partielle) est nécessaire pour environ 6-12% des iFOBT positifs. Les interventions colorectales les plus fréquentes sont une polypectomie et une colectomie partielle (elles représentent à elles deux plus de 90% de toutes les interventions effectuées). La majorité des adénomes et des cancers in situ sont réséqués par une polypectomie. Pour les cancers invasifs, une colectomie partielle est généralement réalisée.

7. BIBLIOGRAPHIE

1. Belgian Cancer Registry, Brussels, 2024, <https://kankerregister.org>
2. Hardcastle JD, Chamberlain JO, Robinson MH, Moss SM, Amar SS, Balfour TW, James PD, Mangham CM. Randomised controlled trial of faecal-occult-blood screening for colorectal cancer. *Lancet*,1996;30;348(9040):1472-7
3. Kronborg O, Fenger C, Olsen J, Jørgensen OD, Søndergaard O. Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal-occult-blood test. *Lancet*,1996;348(9040):1467-71.
4. European Commission, 2022. European Health Union: Commission welcomes adoption of new EU cancer screening recommendations. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_22_7548
5. European Commission, 2010. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. Segnan N, Patnick J, von Karsa L (Eds.), International Agency for research on Cancer Luxembourg, first ed.
6. Hol L, van Leerdam ME, van Ballegooijen M, van Vuuren AJ, van Dekken H, Reijerink JC, van der Togt AC, Habbema JD, Kuipers EJ. Screening for colorectal cancer: randomised trial comparing guaiac-based and immunochemical faecal occult blood testing and flexible sigmoidoscopy. *Gut*, 2010;59(1):62-8. doi: 10.1136/gut.2009.177089.
7. Statbel (Direction Générale Statistique – Statistics Belgium) <https://www.statbel.fgov.be>
8. Mercedes Navarro, Andrea Nicolas, Angel Ferrandez, Angel Lanas. Colorectal cancer population screening programs worldwide in 2016: An update. *World J Gastroenterol*,2017;23(20): 3632–3642.
9. Van de Veerdonk W, Van Hal G, Peeters M, De Brabander I, Silversmit G, Hoeck S. Risk stratification for colorectal neoplasia detection in the Flemish colorectal cancer screening programme. *Cancer Epidemiol* ,2018;56:90-96.
10. Cancer Screening in the European Union Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening (2017). International Agency for Research on Cancer, Lyon, France.
11. Definition and taxonomy of interval colorectal cancers: a proposal for standardising nomenclature, S Sanduleanu et al. Colorectal Cancer Screening Committee, World Endoscopy Organization
12. Zappa, M. et al. Measuring interval cancers in population-based screening using different assays of fecal occult blood testing: the District of Florence experience. *Int J Cancer* 92, 151–154 (2001).

8. ANNEXES

MÉTHODOLOGIE INDICATEURS DE QUALITÉ DÉPISTAGE CANCER COLORECTAL 2019-2022-BRUXELLES