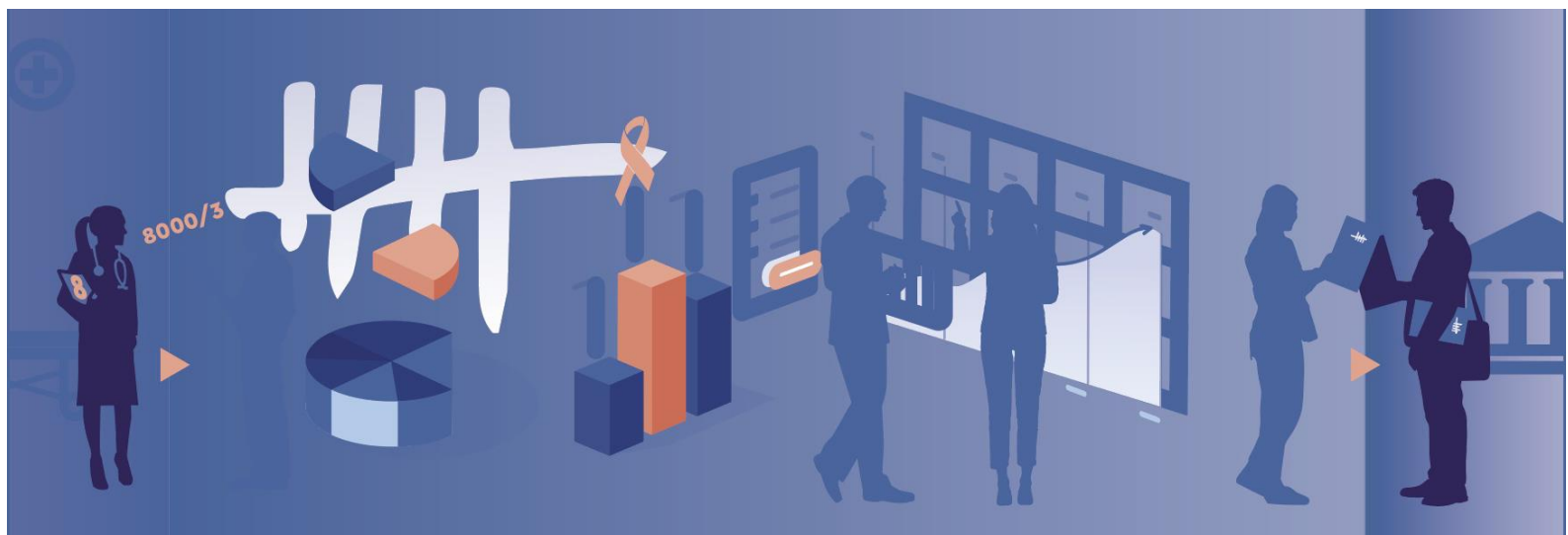




# Evaluation du dépistage du cancer colorectal en Wallonie - années de dépistage 2019-2022

## INDICATEURS D'ÉVALUATION



## Table des matières

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 .....	20
4.	Résultat 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.....	23
4.3.	Taux de cancers d’intervalle .....	24
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.....	27
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 les cancers 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. En Wallonie (années d'incidence 2012-2021), 23% des cancers colorectaux invasifs (avec un stade connu) ont été diagnostiqués au stade I, 29% au stade II, 26% au stade III et 22% au stade IV. Bien que le taux de survie relatif à 5 ans (période 2012-2021) soit élevé pour les stades précoces, 91,6% pour les stades I, il diminue considérablement pour les stades plus avancés, avec respectivement 84,7% pour les stades II, 68,6% pour les stades III et 18,1% pour les stades IV.

Le cancer colorectal constitue donc un important problème de santé publique. Et étant 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 liée 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<sup>ème</sup> 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 en Wallonie, 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 depuis 2016 deux fois par an à la Fondation Registre du Cancer (Belgian Cancer Registry-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 les données de remboursement de l'Agence InterMutualiste (AIM) (cf. document « Méthodologie », partie « Description des bases de données »).

Ces sélections seront complétées par le CCRef 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 au CCRef 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 le CCRef. Le couplage de ces données avec les bases de données disponibles au BCR permet de calculer différents indicateurs de qualité.

L'échange de données entre le BCR et le CCRef ainsi que les couplages des différentes bases de données ont été autorisés par le Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé, aujourd'hui appelé Comité de sécurité de l'information, Chambre Sécurité Sociale et Santé, délibération n ° 16/019 du 15 mars 2016.

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

La méthodologie utilisée pour ce rapport est 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.

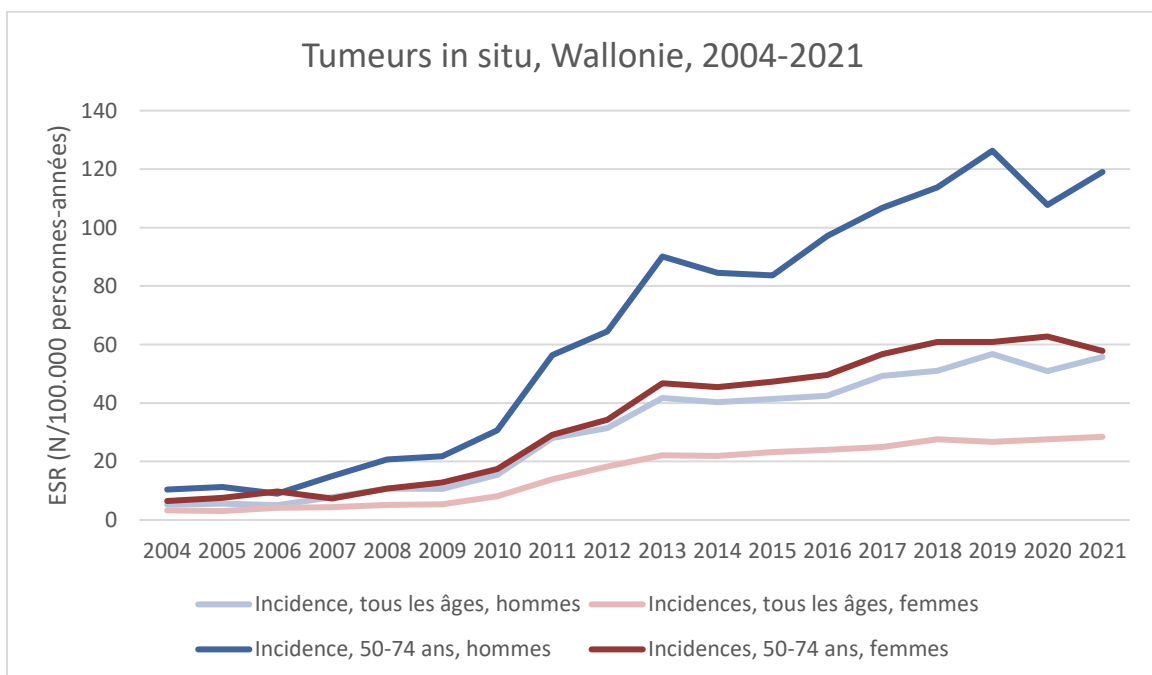
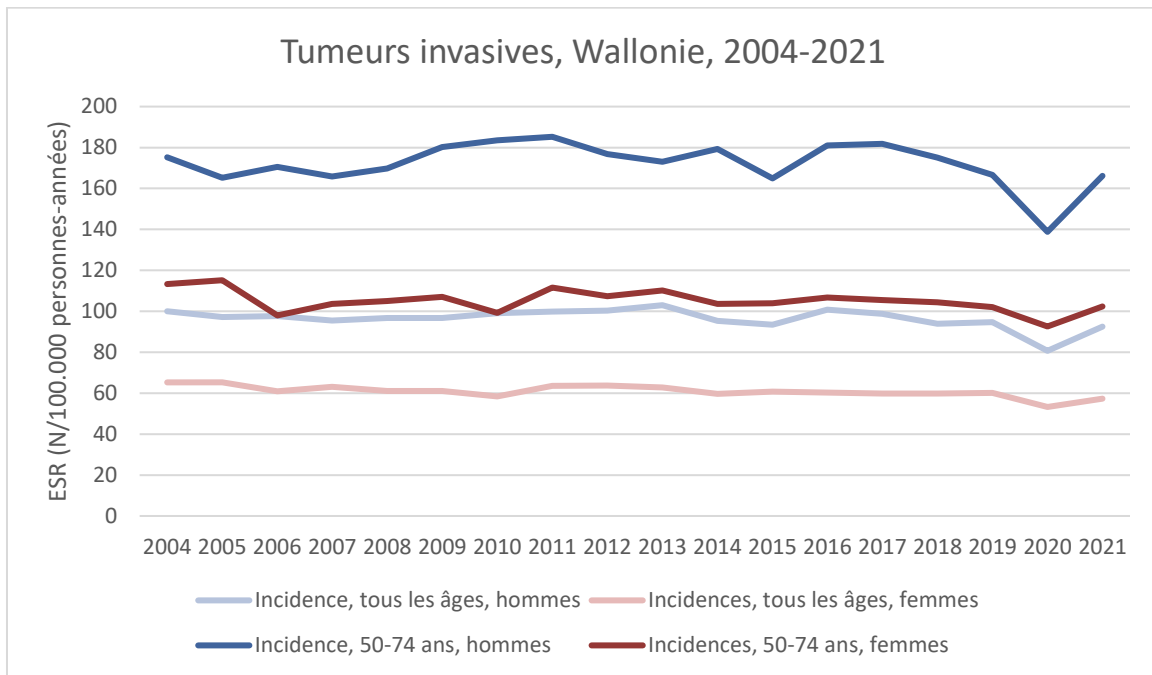
**Tableau 1: Évolution de l'incidence des tumeurs colorectales invasives et in situ et de la mortalité par cancer colorectal en Wallonie pour les hommes et femmes confondus, pour les années 2004-2021**

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	2334 (79,3)	1225 (141,8)	880 (31,3)	355 (41,1)	117 (2,7)	70 (8,2)
2005	2332 (77,9)	1204 (138,1)	912 (31,8)	341 (39,2)	121 (2,8)	81 (9,3)
2006	2291 (75,8)	1145 (131,8)	869 (29,7)	217 (37,2)	133 (3,0)	81 (9,3)
2007	2349 (76,3)	1151 (132,2)	961 (32,0)	353 (40,6)	174 (3,9)	94 (10,9)
2008	2363 (75,9)	1188 (135,1)	1015 (33,1)	388 (44,9)	233 (5,1)	136 (15,3)
2009	2394 (76,0)	1260 (141,4)	936 (30,8)	321 (36,5)	243 (5,3)	156 (17,2)
2010	2411 (75,8)	1254 (138,6)	909 (28,7)	326 (36,2)	354 (7,6)	213 (23,5)
2011	2554 (79,4)	1339 (146,1)	927 (29,3)	345 (38,2)	639 (13,6)	389 (42,0)
2012	2570 (79,0)	1312 (140,0)	932 (28,8)	367 (40,2)	788 (16,5)	463 (48,5)
2013	2612 (79,6)	1323 (139,6)	961 (29,7)	337 (36,4)	1013 (21,3)	653 (67,3)
2014	2494 (74,9)	1350 (139,2)	927 (28,1)	339 (35,9)	992 (20,5)	623 (63,9)
2015	2512 (74,16)	1318 (132,7)	906 (26,7)	349 (35,7)	1050 (21,1)	648 (64,5)
2016	2624 (77,4)	1424 (141,7)	926 (27,5)	379 (38,4)	1105 (22,3)	738 (72,2)
2017	2658 (77,1)	1471 (141,7)	965 (27,8)	386 (37,7)	1238 (24,5)	849 (80,6)
2018	2600 (74,6)	1473 (137,9)	876 (24,7)	343 (32,1)	1332 (26,1)	921 (85,9)
2019	2662 (75,4)	1454 (132,8)	912 (25,7)	372 (34,3)	1425 (27,8)	1008 (92,0)
2020	2326 (65,2)	1274 (114,3)	915 (25,3)	350 (31,4)	1362 (26,5)	943 (84,3)
2021	2607 (72,6)	1505 (132,6)	864 (23,9)	358(31,5)	1467 (28,2)	988 (87,0)

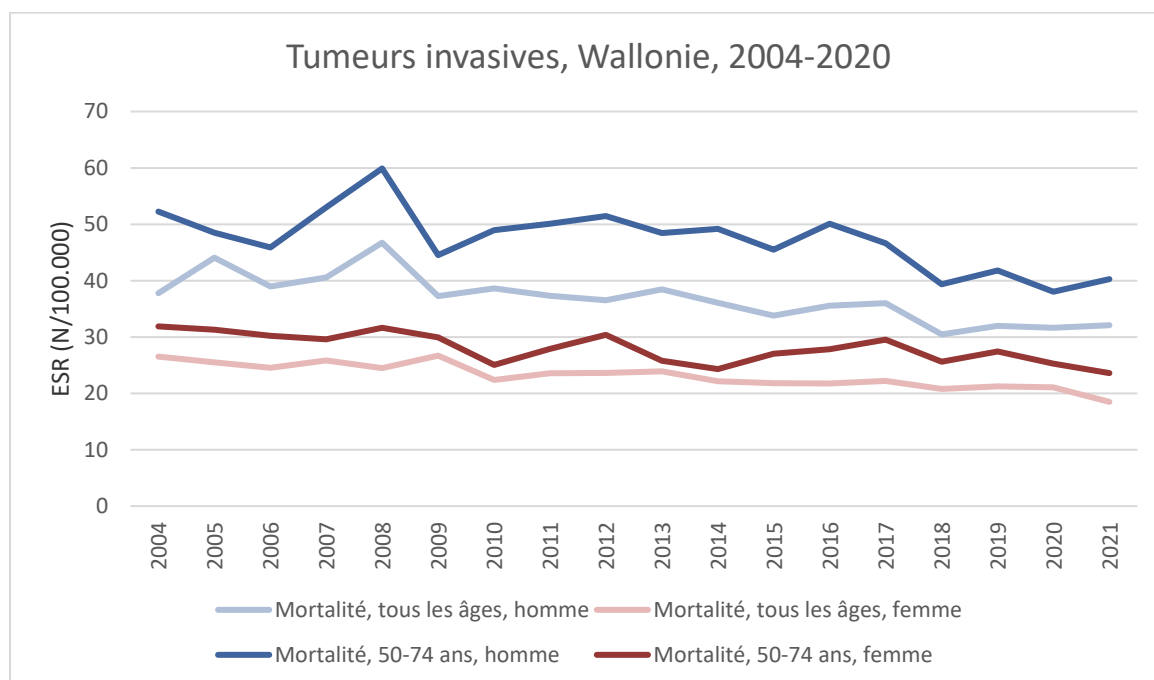
\* N : Nombre

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 en Wallonie pour les années 2004-2021 (ESR, N/100.000 personnes-années)**



**Figure 2: Évolution de la mortalité par cancer colorectal par sexe en Wallonie pour les années 2004-2020 (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 2.225 pour les hommes et femmes tous les âges confondus et de 1.198 pour la tranche d'âge 50-74 ans. Cette incidence diminue légèrement de 2004 à 2021 (Estimated Annual Percent Change (EAPC) = -0,5 ; [-0,8 ; -0,1] ; P<0,05) pour tous les âges. Pour le groupe d'âge 50-74 ans, l'incidence reste stable pour la période 2004-2021 (EAPC = -0,3 ; [-0,8 ; 0,2] ; P>0,05).

La mortalité liée aux tumeurs invasives du côlon diminue entre 2004 et 2020, à la fois pour tous les âges (EAPC = -1,5% ; [-1,9% ; -1,1%]; P<0,05) et pour le groupe d'âge 50-74 ans (EAPC = -1,25% ; [-1,9% ; -0,6%] ; P<0,05). En moyenne par an, il y a eu 925 décès par cancer colorectal tous âges confondus pour la période 2004-2020 dont 351 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 117 (2004) à 1467 (2021) pour les hommes et les femmes tous les âges confondus et de 70 (2004) à 988 (2021) (pic en 2019 avec 1008 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 = 17,1 ; [13,8 ; 20,5] ; P<0,05) et pour la tranche d'âge 50-74 ans (EAPC = 17,6 ; [14,3 ; 21,0] ; P<0,05). Cette augmentation est plus prononcée chez les hommes que chez les femmes.

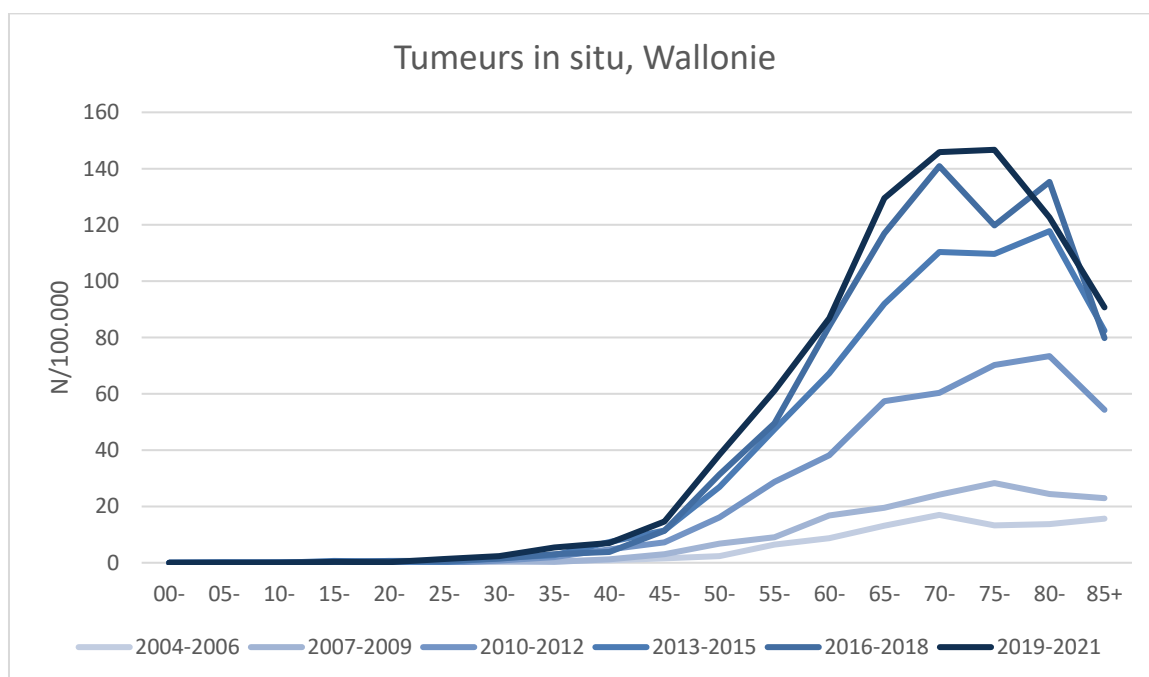
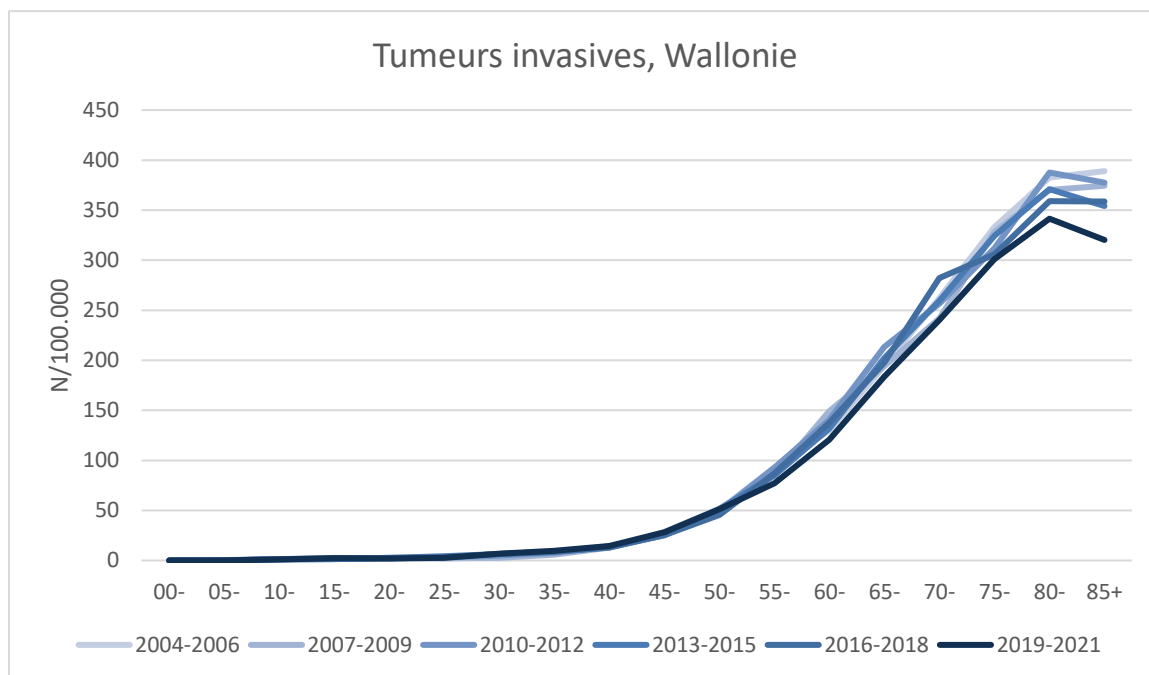


**Tableaux 2: Évolution de l'incidence spécifique par âge et sexe des tumeurs colorectales invasives et in situ en Wallonie au cours des périodes d'incidence 2004-2006, 2007-2009, 2010-2012, 2013-2015, 2016-2018, 2019-2021 (N/100.000 personnes-années)**

		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	3605	-	0,6	0,9	2,1	1,3	0,3	2,6	7,9	14,8	28,7	59,2	109,8	158,2	253,7	327,1	440,0	501,3	519,7
2007-2009	3736	-	-	0,9	2,6	2,5	3,2	2,1	6,6	12,8	30,8	58,5	103,5	183,3	248,8	321,2	414,9	461,6	537,4
2010-2012	4066	-	-	0,3	1,2	1,4	2,2	3,7	6,1	16,1	27,8	58,5	114,4	177,0	274,5	346,8	416,4	524,1	473,0
2013-2015	4132	-	-	0,6	0,6	3,4	3,9	5,1	9,2	13,1	28,1	59,0	102,4	155,6	261,7	343,8	419,0	491,0	500,9
2016-2018	4380	-	-	1,5	2,1	2,4	3,7	6,3	10,3	12,9	28,8	49,3	112,9	174,2	248,2	377,8	392,3	461,7	505,1
2019-2021	4195	-	0,3	1,3	0,9	1,8	2,3	8,9	9,7	16,0	32,9	58,7	86,7	147,4	233,2	314,6	389,5	423,9	450,9
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	3352	-	-	1,9	3,5	3,3	3,3	4,1	6,6	13,7	21,8	41,9	76,0	104,2	143,8	212,2	263,7	322,1	346,9
2007-2009	3370	-	0,3	2,0	1,5	2,5	1,9	3,1	5,2	13,1	25,4	45,3	66,6	117,1	146,7	179,9	269,9	321,0	316,3
2010-2012	3469	-	0,7	1,9	1,5	3,3	3,8	5,9	9,3	12,1	25,7	40,3	72,2	106,2	159,5	184,5	239,1	310,6	341,3
2013-2015	3486	-	0,3	1,6	2,2	2,0	4,5	7,9	8,3	12,6	22,8	43,5	68,5	109,7	148,6	190,5	256,1	299,9	296,0
2016-2018	3502	-	0,3	1,3	2,2	1,5	3,2	6,9	7,1	13,4	21,9	41,7	62,1	103,5	152,0	202,0	241,6	295,0	296,6
2019-2021	3400	-	-	0,9	3,8	2,5	2,7	4,6	9,6	13,1	23,7	43,7	67,9	95,6	138,7	176,7	233,9	288,3	262,0

		Tumeurs in situ																	
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	195	-	-	-	-	-	-	0,6	0,8	0,3	1,9	2,0	6,1	8,8	15,1	23,5	19,3	19,2	33,4
2007-2009	392	-	-	-	-	-	-	0,6	0,3	1,3	4,4	7,5	13,0	23,0	26,6	31,1	42,1	42,0	36,0
2010-2012	1049	-	-	-	0,3	-	-	0,9	2,2	4,3	8,0	20,7	34,9	50,5	76,9	84,7	99,6	113,2	82,1
2013-2015	1816	-	0,3	-	0,9	0,6	0,3	0,6	2,7	5,9	9,7	32,5	62,4	89,1	122,2	148,5	159,8	176,4	136,8
2016-2018	2229	-	-	0,3	0,6	0,9	0,3	1,8	3,3	3,6	12,0	36,5	69,2	106,0	161,3	192,2	156,2	220,1	110,2
2019-2021	2649	-	-	-	-	-	0,6	1,4	5,6	7,3	18,4	47,5	77,6	116,5	175,8	204,8	214,3	183,8	153,2
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	176	-	-	-	-	-	-	-	0,3	1,6	1,3	2,8	6,6	8,6	11,6	12,0	9,5	10,9	10,0
2007-2009	258	-	-	0,3	-	-	0,3	0,3	0,3	1,0	1,6	6,0	5,2	11,1	13,3	18,7	19,1	15,0	18,2
2010-2012	732	-	-	-	-	0,6	-	0,6	1,7	5,4	6,4	11,6	22,6	26,6	40,1	40,9	49,9	51,0	43,7
2013-2015	1239	-	-	-	0,3	0,3	-	2,7	2,7	8,9	13,1	21,2	33,0	46,7	64,8	79,2	73,6	83,1	60,8
2016-2018	1446	-	-	-	-	0,6	1,2	1,2	2,7	3,9	10,7	26,4	30,5	63,4	76,8	97,8	92,7	82,5	67,0
2019-2021	1605	-	-	-	0,6	0,3	2,1	3,4	5,2	6,7	10,8	29,3	45,1	58,9	87,8	95,6	95,2	83,4	62,8

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



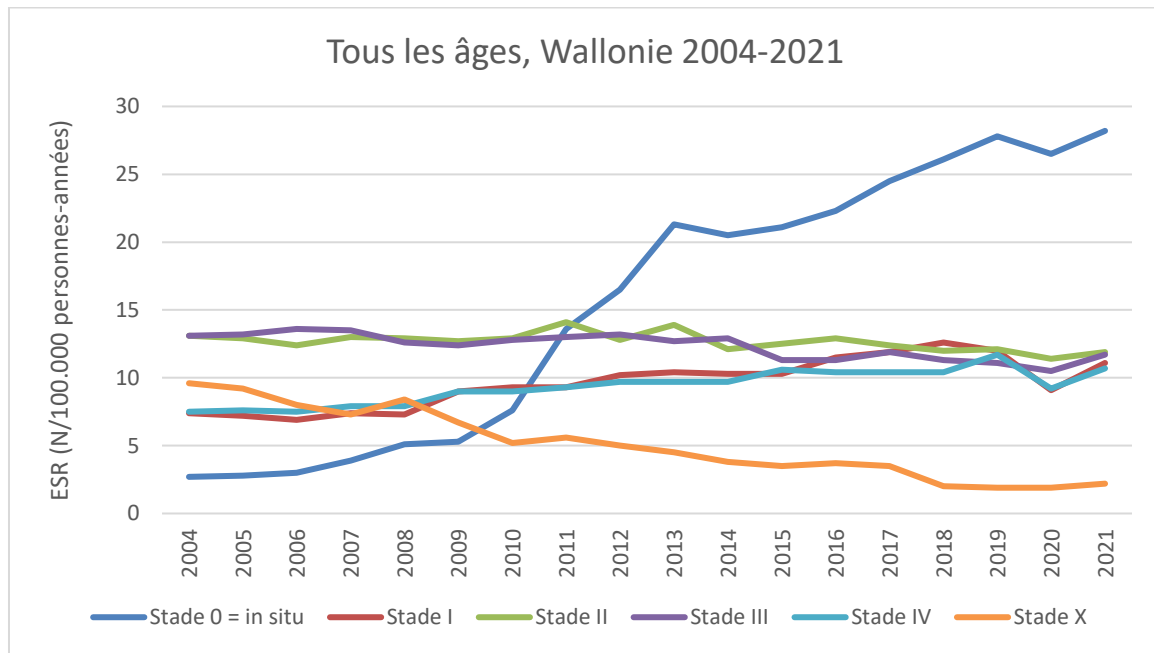
**Conclusion :**

Pour les tumeurs invasives, l'incidence augmente très progressivement à partir de 40 ans (14/100.000 personnes-année) pour atteindre un pic entre 80-84 ans (environ 342-388/100.000 personnes-année). Nous n'observons pas de différences significatives au cours des différentes périodes.

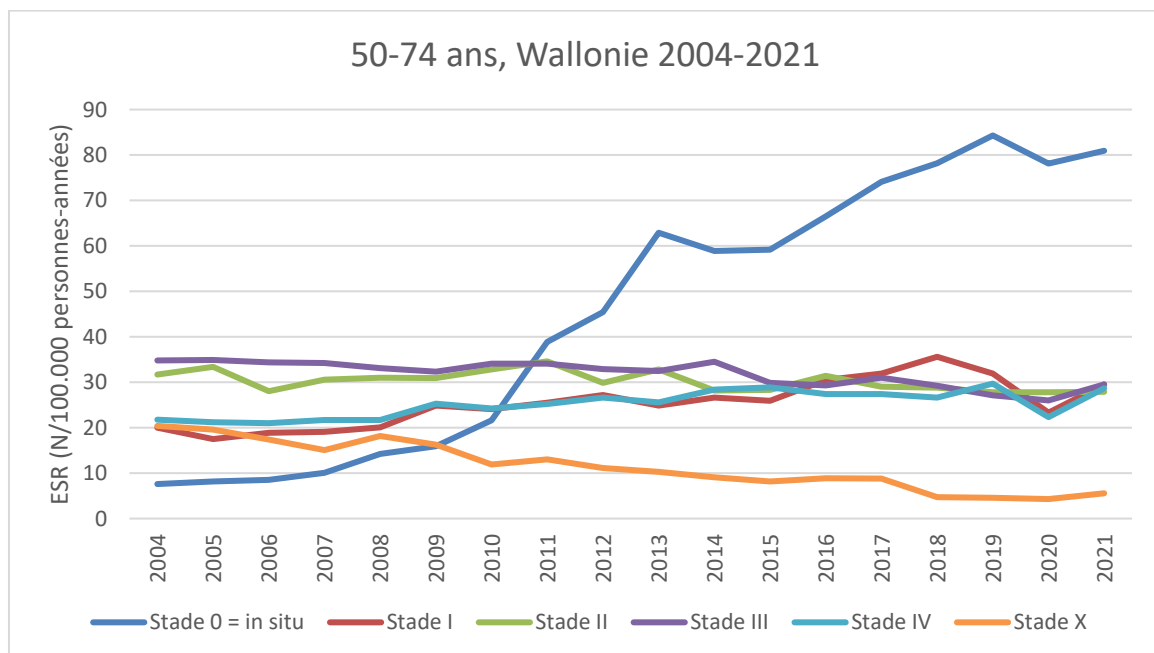
Pour les tumeurs in situ, l'incidence augmente très progressivement à partir de 45 ans (3-15/100.000 personnes-années) pour atteindre un pic à 70 ans (17-146/100.000 personnes-années). L'incidence a augmenté au cours du temps pour les 45 ans et plus. Cette augmentation est moins marquée à partir de 2018.

**Figures 4: Évolution de l'incidence des cancers colorectaux (invasifs et in situ) en Wallonie, 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 (13,1 et 11,9 /100.000 personnes-années) et des stades III (13,1 et 11,7 /100.000 personnes-années). Pour les stades IV (7,5 et 10,7 /100.000 personnes-années) et les stades I (7,4 et 11,1 /100.000 personnes-années), il y a une augmentation. Au niveau de la population cible (50-74 ans), les cancers de stade II fluctuent légèrement (31,7 et 27,9 /100.000 personnes-années), ainsi que les cancers de stade III (34,8 et 29,5 /100.000 personnes-années) et on observe une augmentation pour les stades IV (21,8 et 28,7 /100.000 personnes-années) et pour les cancers de stade I (20 et 29,5 /100.000 personnes-années).

Concernant les stades inconnus, que ce soit pour tous les âges (9,6 /100.000 personnes-années en 2004 et 2,2 /100.000 personnes-années en 2021) et pour les âges de la population cible (20,4 et 2,2 /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 2,7 /100.000 personnes-années et passe à 28,2 /100.000 personnes-années en 2021. Pour le groupe cible, l'ESR passe de 7,6 à 80,9 /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 enregistrées auprès de Statbel (<http://www.statbel.fgov.be>) [7]: individus âgés entre 50 et 74 ans au 01/01/20XX et résidant en Wallonie.

**La population BCSS** est la base de données de population envoyée par la 'Banque Carrefour de la Sécurité Sociale' (BCSS) au CCRéf 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 en Wallonie. Le CCRéf 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	%
<b>Population cible complète</b>	<b>1.107.739</b>		<b>1.119.216</b>		<b>1.130.195</b>		<b>1.134.693</b>	
<b>Population BCSS</b>	<b>1.096.451</b>		<b>1.105.758</b>		<b>1.107.626</b>		<b>1.111.155</b>	
<b>Individus non-éligibles pour raisons médicales</b>	<b>11.216</b>	<b>1,02</b>	<b>11.536</b>	<b>1,04</b>	<b>11.697</b>	<b>1,06</b>	<b>11.726</b>	<b>1,06</b>
Définitivement (ablation totale du colon)	743		729		729		716	
Provisoirement (cancer colorectal = 10 ans)	10.473		10.807		10.968		11.010	
<b>Population cible éligible</b>	<b>1.085.235</b>		<b>1.094.222</b>		<b>1.095.929</b>		<b>1.099.429</b>	
<b>Individus non-invités</b>	<b>208.243</b>	<b>19,19</b>	<b>229.484</b>	<b>20,97</b>	<b>220.809</b>	<b>20,15</b>	<b>244.235</b>	<b>22,21</b>
Coloscopies totales (< 5ans)	154.356		156.861		162.301		162.414	
Coloscopies virtuelles (< 4 ans)	1.906		1.704		1.568		1.450	
iFOBT dans le programme en 20XX-1	51.981		70.919		56.940		80.371	

\*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'algorithme<sup>1</sup> 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.

<sup>1</sup> Cet algorithme n'inclut plus les personnes qui n'ont pas pris part au dépistage au bout de 3 invitations depuis 2022.

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

	2019	2020	2021	2022
	N	N	N	N
<b>Personnes à inviter dans l'année</b>	<b>512.509</b>	<b>469.239</b>	<b>488.794</b>	<b>231. 566</b>
Lettres envoyées	<b>470.045</b>	<b>423.532</b>	<b>428.769</b>	<b>181.180</b>
Kit envoyés	<b>42.464</b>	<b>45.707</b>	<b>60.025</b>	<b>50.386</b>
<b>Retours postaux</b>	<b>4.573</b>	<b>3.744</b>	<b>2.906</b>	<b>1.725</b>
<b>Personnes réellement invitées</b>	<b>507.936</b>	<b>465.495</b>	<b>485.888</b>	<b>229.841</b>
<b>Participants</b>	<b>61.927</b>	<b>60.970</b>	<b>82.011</b>	<b>59.325</b>
50-54 ans	12.589	15.927	18.194	14.877
55-59 ans	13.301	13.284	18.113	13.214
60-64 ans	13.301	12.294	17.623	11.787
65-69 ans	12.607	10.951	15.728	10.899
70-74 ans	9.388	8.278	12.155	8.265
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Taux de participation</b>	<b>12,1</b>	<b>13,1</b>	<b>16,9</b>	<b>25,8</b>

A partir de la cohorte 2022, les personnes n'ayant pas retourné de kit après 4 contacts (invitation ou commande de kit) ne sont plus invitées. Ceci explique donc la diminution du nombre de personnes à inviter. Toutefois, une nouvelle commande de kit via la plateforme reste bien entendu possible.

### 3.3. TAUX DE COUVERTURE (NOUVEAU)

Le taux de couverture pour l'année 20XX est la proportion de 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 :

- **iFOBT ans le programme**
  - En 20XX
  - En 20XX-1
- **iFOBT hors programme**
  - 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
<b>Population-cible éligible</b>	<b>1.085.235</b>	<b>1.094.222</b>	<b>1.095.929</b>	<b>1.099.429</b>
<b>Personnes ayant réalisé un iFOBT dans le programme en 20XX</b>	<b>71.097</b>	<b>57.492</b>	<b>80.599</b>	<b>78.987</b>
50-54 ans	11.832	10.058	14.806	13.406
55-59 ans	16.001	13.319	18.302	18.668
60-64 ans	15.824	12.624	18.027	17.712
65-69 ans	15.169	11.488	16.078	15.905
70-74 ans	12.271	10.003	13.386	13.296
Hommes	35.275	28.507	40.180	39.097
Femmes	35.822	28.985	40.419	39.890
<b>Personnes ayant réalisé un iFOBT dans le programme en 20XX-1</b>	<b>51.981</b>	<b>70.919</b>	<b>56.940</b>	<b>80.371</b>
50-54 ans	8.992	10.636	9.243	14.229
55-59 ans	11.916	15.828	13.208	18.091
60-64 ans	11.369	15.835	12.594	17.843
65-69 ans	10.684	15.282	11.603	16.325
70-74 ans	9.020	13.338	10.292	13.883
Hommes	25.376	35.072	28.049	39.872
Femmes	26.605	35.847	28.891	40.499
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Taux de couverture dans le programme</b>	<b>11,34</b>	<b>11,74</b>	<b>12,55</b>	<b>14,49</b>
50-54 ans	1,92	1,89	2,19	2,51
55-59 ans	2,57	2,66	2,88	3,34
60-64 ans	2,51	2,60	2,79	3,23
65-69 ans	2,38	2,45	2,53	2,93
70-74 ans	1,96	2,13	2,16	2,47
Hommes	5,59	5,81	6,23	7,18
Femmes	5,75	5,92	6,32	7,31
	<b>N</b>	<b>N</b>	<b>N</b>	<b>N</b>
<b>Personnes ayant réalisé un iFOBT hors programme en 20XX</b>	<b>19.094</b>	<b>17.572</b>	<b>19.719</b>	<b>19.735</b>
50-54 ans	2.602	2.343	2.683	2.672
55-59 ans	3.742	3.328	3.828	3.742
60-64 ans	3.977	3.765	4.231	4.243
65-69 ans	4.278	3.810	4.397	4.432
70-74 ans	4.495	4.326	4.580	4.646
Hommes	8.689	7.852	8.901	8.721
Femmes	10.405	9.720	10.818	11.014
<b>Personnes ayant réalisé un iFOBT hors programme en 20XX-1</b>	<b>10.315</b>	<b>11.811</b>	<b>9.980</b>	<b>11.588</b>
50-54 ans	1.543	1.720	1.454	1.755
55-59 ans	2.059	2.453	2.033	2.352
60-64 ans	2.283	2.514	2.159	2.439
65-69 ans	2.193	2.518	2.120	2.539
70-74 ans	2.237	2.606	2.215	2.503
Hommes	4.714	5.377	4.489	5.271
Femmes	5.601	6.434	5.491	6.317

<b>Personnes ayant réalisé une colonoscopie totale &lt; 5 ans avant 20XX sans iFOBT préalable</b>	<b>154.356</b>	<b>156.861</b>	<b>162.301</b>	<b>162.414</b>
50-54 ans	21.951	21.435	21.692	21.807
55-59 ans	33.696	33.531	34.146	33.759
60-64 ans	34.609	35.166	37.109	37.273
65-69 ans	33.535	34.166	35.761	36.248
70-74 ans	30.565	32.563	33.593	33.327
Hommes	70.301	72.416	75.209	75.193
Femmes	84.055	84.445	87.092	87.221
<b>Personnes ayant réalisé une colonoscopie virtuelle &lt; 4 ans avant 20XX sans iFOBT préalable</b>	<b>1.906</b>	<b>1.704</b>	<b>1.568</b>	<b>1.450</b>
50-54 ans	205	160	122	126
55-59 ans	330	296	258	225
60-64 ans	363	331	344	309
65-69 ans	481	433	387	362
70-74 ans	527	484	457	428
Hommes	796	738	688	614
Femmes	1.110	966	880	836
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Taux de couverture hors programme</b>	<b>17,11</b>	<b>17,18</b>	<b>17,66</b>	<b>17,75</b>
50-54 ans	13,19	13,02	13,19	13,27
55-59 ans	15,66	15,60	15,95	15,96
60-64 ans	17,40	17,43	18,11	18,21
65-69 ans	19,29	19,40	19,98	20,15
70-74 ans	20,49	20,75	21,37	21,49
Hommes	16,03	16,25	16,76	16,81
Femmes	18,13	18,05	18,51	18,65
<b>Taux de couverture totale</b>	<b>28,45</b>	<b>28,91</b>	<b>30,21</b>	<b>32,25</b>
50-54 ans	23,63	23,52	25,41	27,18
55-59 ans	25,82	26,12	27,62	29,66
60-64 ans	28,88	29,30	30,76	32,83
65-69 ans	31,60	32,10	32,94	35,06
70-74 ans	32,03	32,86	33,76	35,77
Hommes	27,54	28,21	29,57	31,59
Femmes	29,32	29,58	30,82	32,88

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

### Conclusion :

La population BCSS du dépistage du cancer colorectal est composée de 1.096.451 personnes au 01/01/2019, soit tous les hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans résidant en Wallonie. Cette population a augmenté et est composée de 1.107.626 personnes au 01/01/2021.

Dans cette population, 11.697 personnes sont non éligibles pour raisons médicales. La population cible éligible de 2021 est alors composée de 1.095.929 personnes. Parmi ces individus, 220.809 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, 488.794 personnes étaient à inviter en 2021. Il y a eu 2.906 retours postaux, des lettres ou kits qui ne sont pas arrivés à destination. Il y a donc eu 485.888 personnes réellement invitées.

Parmi ces personnes invitées, 80.599 ont participé au programme de dépistage. Cela équivaut à un taux de participation de 16,6%. 56.940 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 12,55% pour l'année 2021.

Le taux de couverture dans le programme était de 11,35% en 2019 et a augmenté chaque année pour arriver à 12,56% en 2021. En parallèle, le taux de couverture totale augmente également. Il était de 28,46% en 2019 et de 30,22% en 2021. Quant au taux de couverture hors programme, il oscille entre 17,11% (2019) et 17,84% (2021). 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. 30,82% des femmes étaient couvertes en 2021 et 29,57% des hommes. Ce constat est le même que ce soit dans le programme (6,23% d'hommes et 6,32% de femmes) ou hors programme (16,76% d'hommes et 18,51% de femmes).

Le taux de couverture augmente avec l'âge. Concernant le taux de couverture totale, il est de 30,21% en 2021 dont 25,41% pour les personnes de 50-54 ans et augmente à chaque tranche d'âge pour atteindre 33,76% 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 (2,88% pour 2021).

### **3.4. SURDEPISTAGE 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**

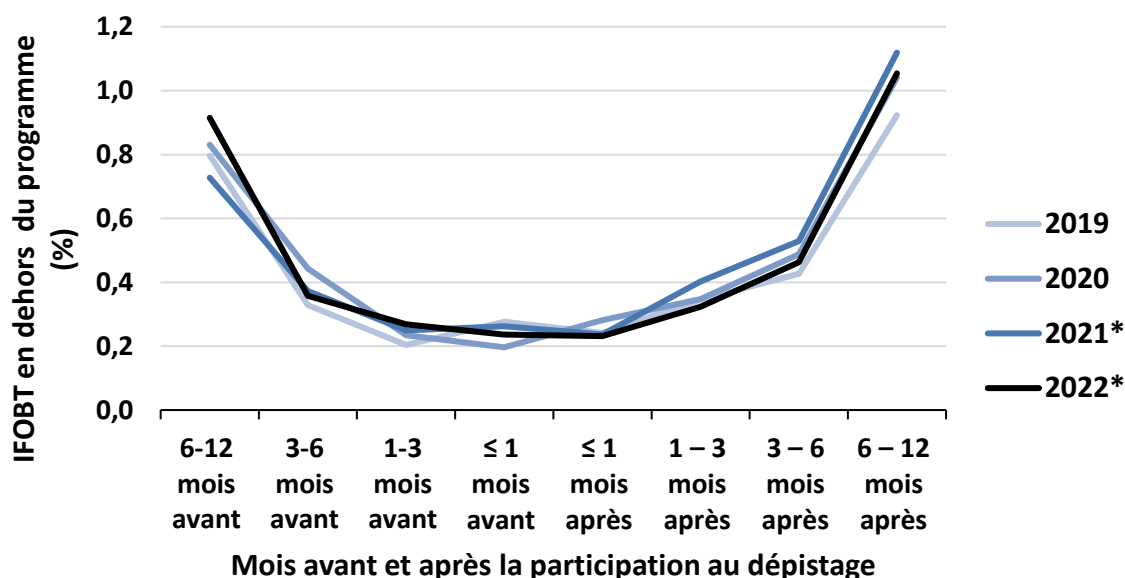
	2019		2020		2021*		2022*	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Surdépistage parmi les iFOBT dans le programme*</b>	<b>1.860</b>	<b>2,61</b>	<b>1.524</b>	<b>2,65</b>	<b>2.106</b>	<b>2,61</b>	<b>2.331</b>	<b>2,95</b>
<b>iFOBT dans le programme &lt; 20 mois après un iFOBT dans le programme</b>	<b>38</b>	<b>0,05</b>	<b>38</b>	<b>0,07</b>	<b>55</b>	<b>0,07</b>	<b>66</b>	<b>0,08</b>
<b>iFOBT dans le programme &lt; 20 mois après un iFOBT hors programme</b>	<b>1.822</b>	<b>2,56</b>	<b>1.486</b>	<b>2,58</b>	<b>2.051</b>	<b>2,54</b>	<b>2.265</b>	<b>2,86</b>

\*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, 2,75% 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 hors programme (2,60% en moyenne) et une minorité (moins de 0,1%) 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 personnes ayant fait un iFOBT dans le programme 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 diminue 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 PARTICIPE AU PROGRAMME DE DEPISTAGE

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 un dépistage**

Années de dépistage	2019		2020		2021*		2022*	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Population cible éligible</b>	<b>1.091.897</b>	<b>100</b>	<b>1.098.817</b>	<b>100</b>	<b>1.094.268</b>	<b>100</b>	<b>1.086.938</b>	<b>100</b>
<b>Personnes n'ayant jamais réalisé un dépistage</b>	<b>561.283</b>	<b>51</b>	<b>558.410</b>	<b>51</b>	<b>549.349</b>	<b>50</b>	<b>540.221</b>	<b>50</b>
50-54 ans	119.850	61	118.284	61	116.968	62	115.800	63
55-59 ans	138.063	54	137.402	54	135.190	54	132.990	53
60-64 ans	118.554	50	118.485	49	117.466	48	115.795	48
65-69 ans	99.000	46	97.549	46	96.686	45	95.582	44
70-74 ans	85.816	46	86.690	44	83.039	43	79.840	41

\*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 d'environ 50% et reste relativement stable au cours du temps. 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. RESULTAT DES INDICATEURS DE QUALITE CONCERNANT LE DIAGNOSTIC DES CANCERS ET DES ADENOMES

### 4.1. NOMBRE ET POURCENTAGE DE iFOBT POSITIFS

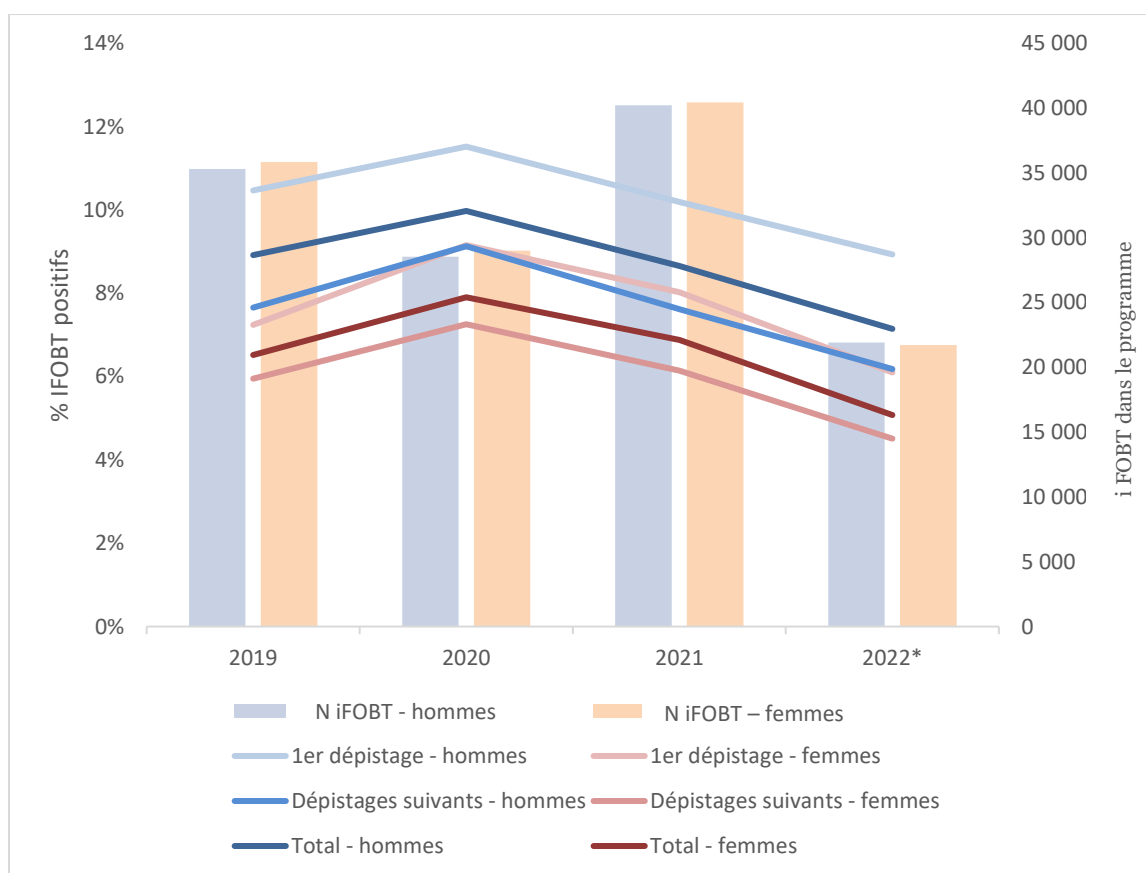
Pour tous les iFOBT dans le programme d'une année de dépistage, le nombre de iFOBT positifs a été calculé.

**Tableau 8: Nombre et pourcentage de iFOBT positifs, stratifié par 1<sup>er</sup> dépistage et dépistages suivants, par sexe et par âge**

Premier dépistage	2019	2020	2021	2022*
<b>Nombre de iFOBT dans le programme</b>	31.645	19.985	32.052	15.432
<b>Nombre de iFOBT+</b>	2.803	2.069	2.924	1.159
<b>% iFOBT+</b>	8,9	10,4	9,1	7,5
Hommes (%)	10,5	11,5	10,2	8,9
Femmes (%)	7,2	9,2	8,0	6,1
50-54 (%)	6,4	8,0	6,9	4,9
55-59 (%)	8,2	9,8	8,1	7,4
60-64 (%)	9,2	11,6	10,1	8,0
65-69 (%)	10,9	12,3	11,7	9,5
70-74 (%)	12,9	13,3	13,4	10,9
<b>Dépistages suivants</b>				
<b>Nombre de iFOBT dans le programme</b>	39.529	37.555	48.638	28.201
<b>Nombre de iFOBT+</b>	2.684	3.071	3.344	1.510
<b>% iFOBT+</b>	6,8	8,2	6,9	5,4
Hommes (%)	7,7	9,1	7,6	6,2
Femmes (%)	6,0	7,3	6,1	4,5
50-54 (%)	5,5	6,4	6,1	4,1
55-59 (%)	5,0	6,6	5,6	4,6
60-64 (%)	6,4	8,0	6,4	4,8
65-69 (%)	7,6	9,3	7,5	6,1
70-74 (%)	8,5	9,8	8,3	6,4
<b>Total</b>				
<b>Nombre de iFOBT dans le programme</b>	71.174	57.540	80.690	43.633
<b>Nombre de iFOBT+</b>	5.487	5.140	6.268	2.669
<b>% iFOBT+</b>	7,7	8,9	7,8	6,1
Hommes (%)	8,9	10,0	8,7	7,1
Femmes (%)	6,5	7,9	6,9	5,1
50-54 (%)	6,2	7,3	6,6	4,6
55-59 (%)	6,5	7,8	6,7	5,5
60-64 (%)	7,5	9,1	7,7	5,8
65-69 (%)	8,7	10,1	8,7	7,0
70-74 (%)	9,8	10,6	9,5	7,4

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

**Figure 6 : Nombre de iFOBT dans le programme et pourcentage de iFOBT positifs, stratifiés par 1<sup>er</sup> dépistage et dépistages suivants et par sexe (NOUVEAU)**



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

**Conclusion :**

En 2021, 7,8% (N=6.268) des iFOBT dans le programme sont positifs. Ce chiffre est inférieur à celui de 2020 (8,9%; N=5.140) et à celui de 2019 (7,7% ; N=5.487). 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 9,1% en 2021 et 7,5% 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%).

Depuis 2019, les dépistages suivants sont plus nombreux que les 1<sup>er</sup> dépistages. En 2020 et 2021, les dépistages suivants représentaient respectivement 65% et 60% de la participation totale au dépistage. Nous pouvons voir à travers ces chiffres une certaine fidélisation des personnes qui ont déjà fait le dépistage; par contre il n'y a pas autant de nouveaux participants.

Comme déjà observé dans les rapports précédents, le taux de iFOBT positifs est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (8,7% contre 6,9% en 2021) ; 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 6,6% chez les 50-54 ans à 9,5% chez les 70-74 ans (pour l'année 2021).

## 4.2. TAUX DE DETECTION DES CANCERS COLORECTAUX ET DES ADENOMES

Un cancer ou un adénome détecté 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**
<b>Taux de détection cancers in situ N (‰)</b>	<b>234 (3,3)</b>	<b>199 (3,5)</b>	<b>200 (2,5)</b>	<b>89 (2,2)</b>
Premier dépistage N (‰)	134 (4,2)	102 (5,1)	110 (3,4)	44 (2,9)
Dépistages suivants N (‰)	100 (2,5)	97 (2,6)	90 (1,9)	45 (1,6)
<b>Taux de détection cancers invasifs N (‰)</b>	<b>202 (2,8)</b>	<b>121 (2,1)</b>	<b>184 (2,3)</b>	<b>95 (2,2)</b>
Premier dépistage N (‰)	122 (3,9)	69 (3,5)	118 (3,7)	56 (3,6)
Dépistages suivants N (‰)	80 (2,0)	52 (1,4)	66 (1,4)	39 (1,4)
<b>Taux de détection adénomes N (‰)</b>	<b>1.827 (25,7)</b>	<b>1.606 (27,9)</b>	<b>2.170 (26,9)</b>	<b>911 (20,9)</b>
Premier dépistage N (‰)	960 (30,3)	616 (30,8)	1.021 (31,9)	409 (26,5)
Dépistages suivants N (‰)	867 (21,9)	990 (26,4)	1.149 (23,6)	502 (17,8)

\*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 lors du 1<sup>er</sup> dépistage diminue entre 2019 et 2021 et diminue légèrement lors des dépistages suivants au cours de la même période.

Le taux de détection des cancers invasifs fluctue d'une année à l'autre mais montre une tendance à la baisse lors des dépistages suivants entre 2019 et 2022. 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 toujours plus élevé lors des premiers dépistages que lors des dépistages suivants.

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

Le taux de détection des adénomes avait nettement augmenté depuis 2016, tant pour un 1<sup>er</sup> dépistage que pour les dépistages suivants, suite au passage depuis 2016 au test iFOBT, qui est plus sensible que le gFOBT. Pour la période 2019-2021, nous voyons que les taux ont tendance à se stabiliser. Les taux de détection des adénomes avec le test iFOBT sont légèrement supérieurs aux normes européennes (13,3-22,3‰) [5]. Entre 2019 et 2021, les taux de détection des adénomes lors du premier dépistage et des dépistages suivants fluctuent. Le taux de détection des adénomes est plus élevé chez les hommes que les femmes (chiffres non rapportés dans ce rapport). 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, des dépistages suivants et total.**

Premier dépistage	2019	2020	2021*
Hommes N (‰)	22 (1,4)	15 (1,5)	17 (1,0)
Femmes N (‰)	22 (1,4)	12 (1,2)	12 (0,8)
Total N (‰)	44 (1,4)	27 (1,4)	29 (0,9)
<b>Dépistages suivants</b>			
Hommes N (‰)	25 (1,3)	30 (1,6)	20 (0,8)
Femmes N (‰)	32 (1,6)	22 (1,2)	23 (0,9)
Total N (‰)	57 (1,4)	52 (1,4)	43 (0,9)
<b>Total</b>			
Hommes N (‰)	47 (1,3)	45 (1,6)	37 (0,9)
Femmes N (‰)	54 (1,5)	34 (1,2)	35 (0,9)
Total N (‰)	101 (1,4)	79 (1,4)	72 (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 1,4 ‰ pour 2019 et 2020. Pour les dépistages suivants, le taux est de 1,4‰.

### 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	4	0,3	1	0,1	5	0,2
2016	5	0,3	10	0,6	15	0,4
2017	21	0,9	8	0,3	29	0,6
2018	14	0,6	10	0,4	24	0,5
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 et ces résultats nécessitent une période de suivi de 5 ans. De manière générale, le taux de cancers colorectaux post-coloscopie n'excède pas les 0,6‰.

### 4.5. VALEUR PREDICTIVE POSITIVE, SPECIFICITE, SENSIBILITE

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, des dépistages suivants et total**

	2019	2020	2021*	2022*,**
<b>VPP cancers in situ (%)</b>				
Premier dépistage (%)	5,8	6,0	4,6	4,6
Dépistages suivants (%)	4,3	3,8	3,2	3,7
<b>VPP cancers invasifs (%)</b>				
Premier dépistage (%)	5,2	4,1	4,9	5,9
Dépistages suivants (%)	3,5	2,0	2,3	3,2
<b>VPP adénomes (%)</b>				
Premier dépistage (%)	41,6	36,4	42,8	43,2
Dépistages suivants (%)	38,0	39,3	40,6	41,0

	2019	2020*	2021*	
<b>Sensibilité du iFOBT cancers in situ (%)</b>	83,7	85,2	85,9	
Premier dépistage (%)	86,6	89,6	89,6	
Dépistages suivants (%)	80,0	80,8	81,4	
<b>Sensibilité du iFOBT cancers invasifs (%)</b>	81,5	75,0	84,2	
Premier dépistage (%)	86,6	83,7	89,1	
Dépistages suivants (%)	74,6	65,9	77,1	
<b>Sensibilité du iFOBT adénomes (%)</b>	61,6	61,0	63,1	
Premier dépistage (%)	64,8	65,9	66,7	
Dépistages suivants (%)	57,2	58,6	60,6	
<b>Spécificité du iFOBT (%)</b>	95,4	94,3	95,3	
Premier dépistage (%)	94,9	93,4	94,7	
Dépistages suivants (%)	95,8	94,7	95,8	

\*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 :

La valeur prédictive positive (VPP) du iFOBT, quel que ce soit le type de lésion détectée (adénomes, adénomes avec dysplasie de haut grade/cancer in situ, cancer invasif) diminue légèrement, que ce soit pour le premier dépistage ou les dépistages suivants. Pour les cancers (in situ et invasifs), la VPP est inférieure pour les dépistages suivants que pour les premiers dépistages.

Un cancer invasif a été détecté chez 5% des personnes ayant fait un iFOBT dans le programme en premier dépistage qui ont eu un iFOBT positif suivi d'une coloscopie en 2021. Alors qu'un adénome a été détecté pour 43% de ces personnes en 2021. Ces valeurs tendent à augmenter par rapport à 2019. Cela pourrait être dû à un retour normal de suivi, par rapport aux suivis moins importants en raison de la pandémie de COVID-19.

Les valeurs prédictives positives des iFOBT sont comprises dans la fourchette de celles observées dans les directives européennes (19,6 - 40,3% pour les adénomes et 4,5 - 8,6% pour les cancers invasifs) [5]. Les valeurs rapportées dans les directives européennes [5] montrent donc également une valeur prédictive positive plus élevée pour les adénomes.

La VPP est supérieure de manière générale chez les hommes, comme observé dans les normes européennes [10]. Ceci peut s'expliquer par l'incidence plus élevée du cancer colorectal et des adénomes chez les hommes.

La sensibilité du iFOBT atteint 85.9% pour les cancers in situ, 89% pour les cancers invasifs et 67% pour les adénomes en 2021. Une étude de Zappa *et al.* rapporte que la sensibilité du test iFOBT pour les cancers colorectaux invasifs est de 82% [12]. Ceci correspond à la valeur que nous trouvons à partir de 2018. La sensibilité du test iFOBT est plus élevée pour le premier dépistage que pour les dépistages suivants.

La spécificité du iFOBT est élevée (~95%). 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 de différence entre les résultats du premier dépistage et des dépistages suivants.

#### 4.6. DISTRIBUTION ET CARACTERISTIQUES DES CANCERS DEPISTES, CANCERS D'INTERVALLE ET CANCERS PARMIS LES NON PARTICIPANTS

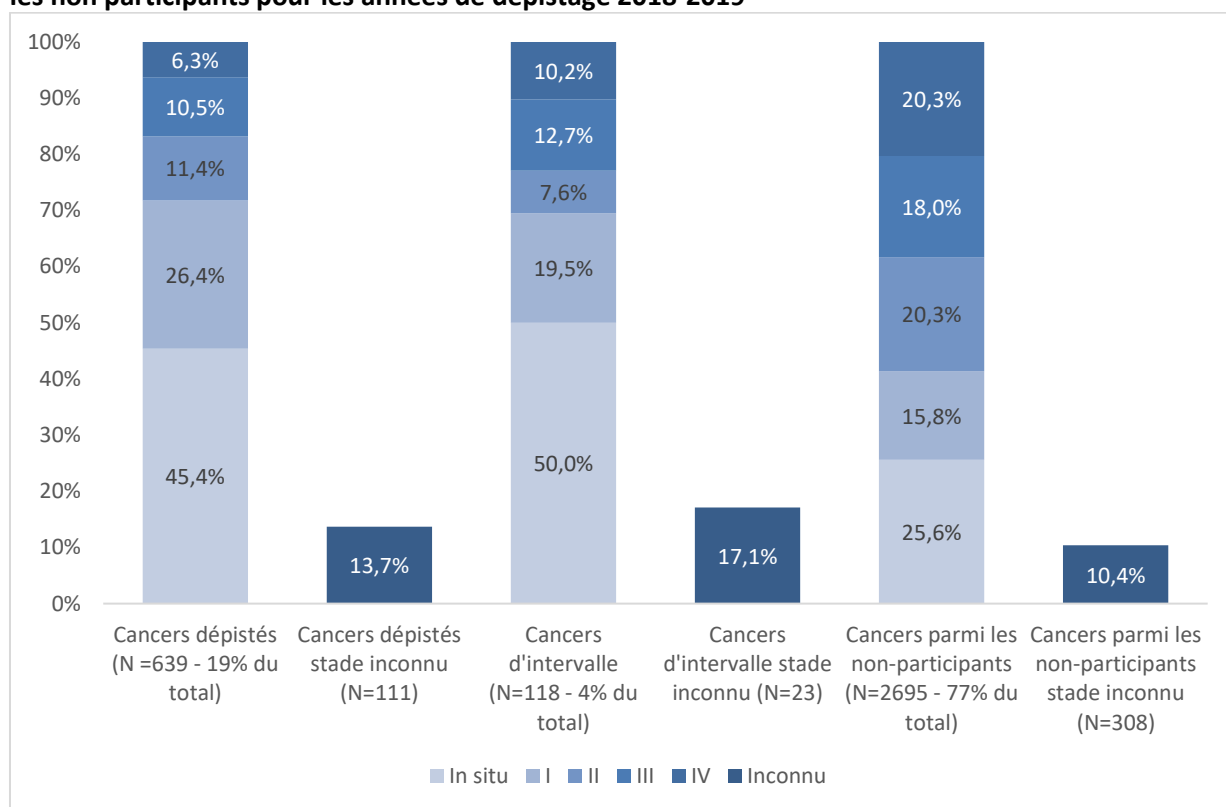
Définitions :

- **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	%
<b>Stades non connus</b>	111	<b>14,8</b>	23	<b>16,3</b>	308	<b>10,3</b>
<b>Stades connus</b>	639	<b>85,2</b>	118	<b>83,7</b>	2.695	<b>89,7</b>
<b>In situ</b>	290	<b>38,7</b>	59	<b>41,8</b>	691	<b>23,0</b>
<b>I</b>	169	<b>22,5</b>	23	<b>16,3</b>	425	<b>14,2</b>
<b>II</b>	73	<b>9,7</b>	9	<b>6,4</b>	547	<b>18,2</b>
<b>III</b>	67	<b>8,9</b>	15	<b>10,6</b>	485	<b>16,2</b>
<b>IV</b>	40	<b>5,3</b>	12	<b>8,5</b>	547	<b>18,2</b>
<b>Total</b>	750	<b>100</b>	141	<b>100</b>	3.003	<b>100</b>

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



**Conclusion :**

Pour la période de dépistage 2018-2019, 77% des cancers colorectaux présents au sein de la population cible du programme de dépistage ont été diagnostiqués parmi les non-participants (N=3.003). Ceci peut s'expliquer par un faible taux de participation au programme de dépistage. Les cancers dépistés et les cancers d'intervalle représentent respectivement 19% et 4% des cancers diagnostiqués dans la population cible (N = 750 et N = 141).

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. Et, en comparaison aux années antérieures à 2016 où le test gFOBt était utilisé, le pourcentage de cancers dépistés au stade in situ est nettement supérieur (cfr rapport précédent : en 2015 seulement 16.5 % de cancers dépistés avec stade connu étaient in situ).

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*
<b>iFOBT positifs (%)</b>	<b>7,7</b>	<b>8,9</b>	<b>7,8</b>	<b>6,1**</b>
Premier dépistage (4,4-11,1%)	8,9	10,4	9,1	7,5**
Dépistages suivants	6,8	8,2	6,9	5,4**
<b>Taux de détection cancers in situ (‰)</b>	<b>3,3</b>	<b>3,5</b>	<b>2,5</b>	<b>2,2</b>
Premier dépistage (‰)	4,2	5,1	3,4	2,9
Dépistages suivants (‰)	2,5	2,6	1,9	1,6
<b>Taux de détection cancers invasifs (‰) (1,8-9,5‰)</b>	<b>2,8</b>	<b>2,1</b>	<b>2,3</b>	<b>2,2</b>
Premier dépistage (‰)	3,9	3,5	3,7	3,6
Dépistages suivants (‰)	2,0	1,4	1,4	1,4
<b>Taux de détection adénomes (‰) (13,3-22,3‰)</b>	<b>25,7</b>	<b>27,9</b>	<b>26,9</b>	<b>20,9</b>
Premier dépistage (‰)	30,3	30,8	31,9	26,5
Dépistages suivants (‰)	21,9	26,4	23,6	17,8
<b>Taux de cancers d'intervalle (‰)</b>	<b>1,4</b>	<b>1,4</b>	<b>0,9</b>	
Premier dépistage (‰)	1,4	1,4	0,9	
Dépistages suivants (‰)	1,4	1,4	0,9	
<b>Taux de cancers colorectaux post-coloscopie (‰)</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
<b>VPP cancers in situ (%)</b>				
Premier dépistage (%)	5,8	6,0	4,6	4,6
Dépistages suivants (%)	4,3	3,8	3,2	3,7
<b>VPP cancers invasifs (%)</b>				
Premier dépistage (%) (4,5-8,6%)	5,2	4,1	4,9	5,9
Dépistages suivants (%)	3,5	2,0	2,3	3,2
<b>VPP adénomes (%)</b>				
Premier dépistage (%) (19,6-40,3%)	41,6	36,4	42,8	43,2
Dépistages suivants (%)	38,0	39,3	40,6	41,0
<b>Sensibilité du iFOBT cancers in situ (%)</b>	<b>83,7</b>	<b>85,2</b>	<b>85,9</b>	
Premier dépistage (%)	86,6	89,6	89,6	
Dépistages suivants (%)	80,0	80,8	81,4	
<b>Sensibilité du iFOBT cancers invasifs (%)</b>	<b>81,5</b>	<b>75,0</b>	<b>84,2</b>	
Premier dépistage (%)	86,6	83,7	89,1	
Dépistages suivants (%)	74,6	65,9	77,1	
<b>Sensibilité du iFOBT adénomes (%)</b>	<b>61,6</b>	<b>61,0</b>	<b>63,1</b>	
Premier dépistage (%)	64,8	65,9	66,7	
Dépistages suivants (%)	57,2	58,6	60,6	
<b>Spécificité du iFOBT (%)</b>	<b>95,4</b>	<b>94,3</b>	<b>95,3</b>	
Premier dépistage (%)	94,9	93,4	94,7	
Dépistages suivants (%)	95,8	94,7	95,8	

\*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 2021 et 2022 ne sont pas encore totalement complètes.

### 5.1. TAUX DE SUIVI : NOMBRE DE PERSONNES AYANT EFFECTUE UNE COLOSCOPIE APRES 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 iFOBT positifs			Taux de suivi (%)		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
2019	2.674	1.996	4.670	3.150	2.337	5.487	84,9	85,4	85,1
2020	2.316	1.910	4.226	2.847	2.293	5.140	81,3	83,3	82,2
2021*	2.966	2.352	5.318	3.484	2.784	6.268	85,1	84,5	84,8
2022*,**	1.315	920	2.235	1.566	1.103	2.669	84,0	83,4	83,7

\*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 supérieur à 80 % tant pour les hommes que pour les femmes. Cela signifie que plus de 80% des iFOBT positifs sont suivis par au moins 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. Pour l'année 2020, ce taux est un peu plus faible, surtout chez les hommes. Il pourrait y avoir un effet de la pandémie du COVID-19.

### 5.2. DELAI ENTRE UN TEST DE DEPISTAGE 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	282	11,0	239	12,2	521	11,5	521	11,5
31 jours - 45 jours	401	15,6	306	15,6	707	15,6	1.228	27,1
46 jours - 60 jours	392	15,2	295	15,0	687	15,1	1.915	42,2
61 jours - 90 jours	737	28,6	517	26,4	1.254	27,7	3.169	69,9
91 jours - 6 mois	633	24,6	486	24,8	1.119	24,7	4.288	94,6
6 - 12 mois	128	5,0	119	6,1	247	5,4	4.535	100
<b>Total</b>	2.573	100	1.962	100	4.535	100		

Année de dépistage 2020	Hommes		Femmes		Total			
	N	%	N	%	N	%	Nombre cumulé	Pourcentage cumulé
≤ 30 jours	299	13,4	228	12,1	527	12,8	527	12,8
31 jours - 45 jours	313	14,0	269	14,3	582	14,1	1.109	26,9
46 jours - 60 jours	379	14,2	279	14,8	598	14,5	1.707	41,4
61 jours - 90 jours	496	22,2	435	23,1	931	22,6	2.638	64,0
91 jours - 6 mois	670	29,9	560	29,8	1.230	29,9	3.868	93,9
6 - 12 mois	142	6,3	110	5,8	252	6,1	4.120	100
<b>Total</b>	2.239	100	1.881	100	4.120	100		

Année de dépistage 2021*	Hommes		Femmes		Total			
	N	%	N	%	N	%	Nombre cumulé	Pourcentage cumulé
≤ 30 jours	355	15,9	302	16,1	657	12,7	657	12,7
31 jours - 45 jours	427	19,1	357	19,0	784	15,2	1.441	27,9
46 jours - 60 jours	422	18,8	332	17,7	754	14,6	2.195	42,5
61 jours - 90 jours	722	32,2	585	31,1	1.307	25,3	3.502	67,8
91 jours - 6 mois	799	35,7	612	32,5	1.411	27,3	4.913	95,1
6 - 12 mois	146	6,5	106	5,6	252	4,9	5.165	100
<b>Total</b>	2.871	128	2.294	122	5.165	100		

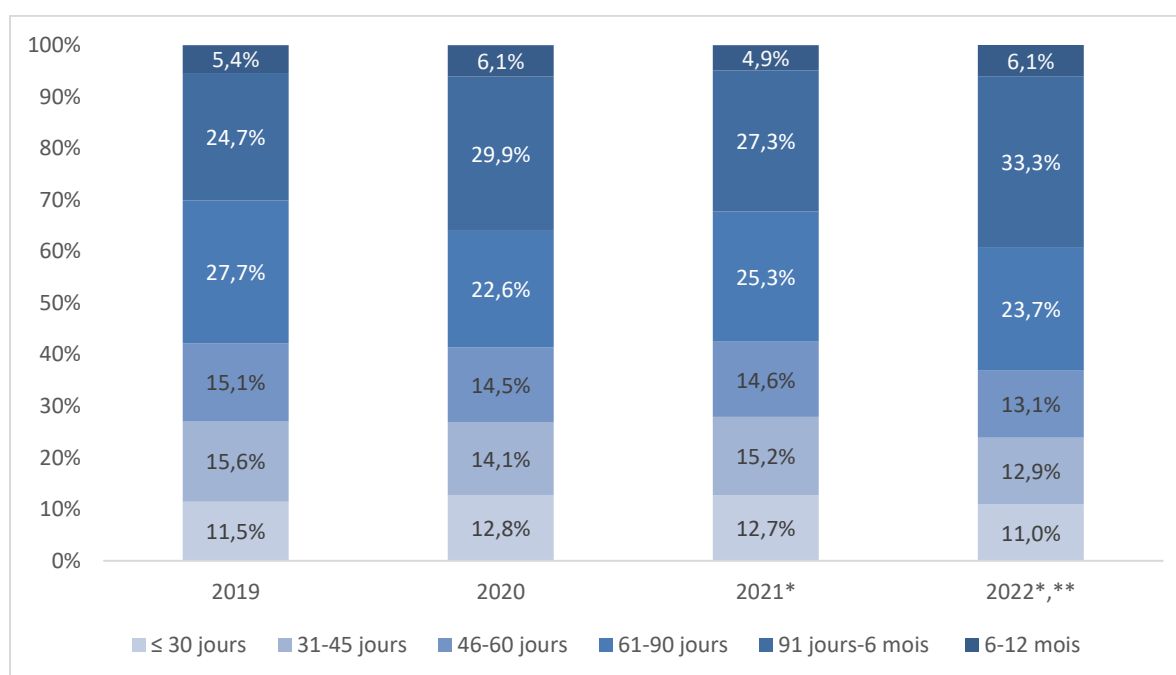
Année de dépistage 2022*,**	Hommes		Femmes		Total			
	N	%	N	%	N	%	Nombre cumulé	Pourcentage cumulé
≤ 30 jours	148	11,6	90	10,0	238	11,0	238	11,0
31 jours - 45 jours	152	11,9	127	14,1	279	12,9	517	23,8
46 jours - 60 jours	158	12,4	126	14,0	284	13,1	801	36,9
61 jours - 90 jours	308	24,2	206	22,9	514	23,7	1.315	60,6
91 jours - 6 mois	427	33,5	297	33,1	724	33,3	2.039	93,9
6 - 12 mois	80	6,3	52	5,8	132	6,1	2.171	100
<b>Total</b>	1.273	100	898	100	2.171	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, moins de 13% des personnes avec un iFOBT positif ont eu une coloscopie dans les 30 jours qui ont suivi. Un peu moins de la moitié ont eu une coloscopie de suivi dans les 60 jours qui ont suivi. Entre 64 et 70% de toutes les coloscopies ont été réalisées dans les 90 jours suivant le iFOBT positif. La diminution de ce dernier pourcentage pour l'année 2020 (64%) 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 68% des coloscopies ayant eu 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 en Wallonie, 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 APRES 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	2.802	2.524	90,1
	Femmes	2.123	1.919	90,4
	Total	4.925	4.443	90,2
2020	Hommes	2.393	2.203	92,1
	Femmes	2.011	1.844	91,7
	Total	4.404	4.047	91,9
2021*	Hommes	3.101	2.824	91,1
	Femmes	2.451	2.241	91,4
	Total	5.552	5.065	91,2
2022*,**	Hommes	1.361	1.257	92,4
	Femmes	958	883	92,2
	Total	2.319	2.140	92,3

\*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, 90-93% 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. REPETITION DU iFOBT COMME UNIQUE SUIVI (SANS COLOSCOPIE) APRES UN iFOBT POSITIF

L'examen de suivi recommandé après un iFOBT positif est une coloscopie totale. La répétition du iFOBT 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	130	4,1	126	5,4	256	4,7
Répétition du iFOBT sans coloscopie	47	1,5	58	2,5	105	1,9
Nombre total de iFOBT positifs	3.150		2.337		5.487	

Année de dépistage 2020	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Répétition du iFOBT	139	4,9	128	5,6	267	5,2
Répétition du iFOBT sans coloscopie	64	2,2	52	2,3	116	2,3
Nombre total de iFOBT positifs	2.847		2.293		5.140	

Année de dépistage 2021*	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Répétition du iFOBT	143	4,1	154	5,5	<b>297</b>	<b>4,7</b>
Répétition du iFOBT sans coloscopie	49	1,4	71	2,6	<b>120</b>	<b>1,9</b>
<b>Nombre total de iFOBT positifs</b>	<b>3.484</b>		<b>2.784</b>		<b>6.268</b>	

Année de dépistage 2022*,**	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Répétition du iFOBT	67	4,3	53	4,8	<b>120</b>	<b>4,5</b>
Répétition du iFOBT sans coloscopie	32	2,0	23	2,1	<b>55</b>	<b>2,1</b>
<b>Nombre total de iFOBT positifs</b>	<b>1.566</b>		<b>1.103</b>		<b>2.669</b>	

\*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, 4,7%-5,2% des personnes avec un iFOBT dans le programme positif ont effectué un autre iFOBT dans l'année. Environ 1,9-2,3% ont été suivi avec un autre iFOBT sans avoir effectué de coloscopie en 2019-2021.

### 5.5. NOMBRE DE PERSONNES POUR LESQUELLES UN ECHANTILLON A ETE PRELEVE ENDEANS 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	1.851	58,8	1.164	49,8	<b>3.015</b>	<b>54,9</b>
<b>iFOBT positifs</b>	<b>3.150</b>		<b>2.337</b>		<b>5.487</b>	

Année de dépistage 2020	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Prélèvement endéans les 12 mois	1.542	54,2	1.023	44,6	<b>2.565</b>	<b>49,9</b>
<b>iFOBT positifs</b>	<b>2.847</b>		<b>2.293</b>		<b>5.140</b>	

Année de dépistage 2021*	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Prélèvement endéans les 12 mois	2.018	57,9	1.341	48,2	<b>3.359</b>	<b>53,6</b>
<b>iFOBT positifs</b>	<b>3.484</b>		<b>2.784</b>		<b>6.268</b>	

Année de dépistage 2022*,**	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Prélèvement endéans les 12 mois	904	57,7	492	44,6	<b>1.396</b>	<b>52,3</b>
<b>iFOBT positifs</b>	<b>1.566</b>		<b>1.103</b>		<b>2.669</b>	

\*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 50-55% des personnes avec un iFOBT dans le programme positif. Ce pourcentage est un peu plus bas en 2020, cela pourrait être dû à un effet de la pandémie de COVID-19.

### 5.6. EXAMENS DE SUIVI ET MECANISME 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	476	15,1	341	14,6	817	14,9
Dont pas de suivi	358	11,4	243	10,4	601	11,0
Suivi approprié	2.674	84,9	1.996	85,4	4.670	85,1
Nombre de iFOBT positifs	3.150	100	2.337	100	5.487	100

Année de dépistage 2020	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Suivi non approprié	531	18,7	383	16,7	914	17,8
Dont pas de suivi	388	13,6	278	12,1	666	13,0
Suivi approprié	2.316	81,3	1.910	83,3	4.226	82,2
Nombre de iFOBT positifs	2.847	100	2.293	100	5.140	100

Année de dépistage 2021*	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Suivi non approprié	518	14,9	432	15,5	950	15,2
Dont pas de suivi	388	11,1	307	11,0	695	11,1
Suivi approprié	2.966	85,1	2.352	84,5	5.318	84,8
Nombre de iFOBT positifs	3.484	100	2.784	100	6.268	100

Année de dépistage 2022*,**	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Suivi non approprié	250	11,9	183	16,6	433	16,2
Dont pas de suivi	186	11,9	136	12,3	322	12,1
Suivi approprié	1.316	84,0	920	83,4	2.236	83,8
Nombre de iFOBT positifs	1.566	100	1.103	100	2.669	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 :**

Pour les années 2019 à 2022, aucun examen de suivi n'a été retrouvé pour 11%-13% des personnes ayant eu un iFOBT dans le programme positif. Environ 15-16% de ces personnes n'ont pas été suivies de manière appropriée. En 2020, ce pourcentage augmente jusque 18%, suggérant un éventuel impact de la pandémie COVID 19. Toutefois, pour rappel, ce résultat inclut les personnes sans examen de suivi connu, et les données de suivi des années de dépistage 2021 et 2022 ne sont pas encore complètes.

**5.7. NOMBRE TOTAL D'INTERVENTIONS REALISEES DANS L'ANNEE 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	1	0,1	0	0,0	1	0,0
Colectomie partielle	134	9,8	86	10,7	220	10,1
Polypectomie	1.216	88,7	704	87,6	1.920	88,3
Autres interventions colorectales	20	1,5	14	1,7	34	1,6
<b>Nombre total d'interventions après un iFOBT positif</b>	<b>1.371</b>	<b>100</b>	<b>804</b>	<b>100</b>	<b>2.175</b>	<b>100</b>
<b>Nombre de iFOBT positifs</b>	<b>3.150</b>		<b>2.337</b>		<b>5.487</b>	

Année de dépistage 2020	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Colectomie totale	1	0,1	3	0,3	4	0,2
Colectomie partielle	67	6,0	72	10,2	139	7,7
Polypectomie	1.025	92,4	607	86,3	1.632	90,1
Autres interventions colorectales	16	1,4	24	3,4	40	2,2
<b>Nombre total d'interventions après un FOBT positif</b>	<b>1.109</b>	<b>100</b>	<b>703</b>	<b>100</b>	<b>1.812</b>	<b>100</b>
<b>Nombre de iFOBT positifs</b>	<b>2.847</b>		<b>2.293</b>		<b>5.140</b>	

Année de dépistage 2021*	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Colectomie totale	1	0,1	3	0,3	4	0,2
Colectomie partielle	119	8,1	74	8,0	193	8,1
Polypectomie	1.331	90,5	830	90,1	2.161	90,4
Autres interventions colorectales	19	1,3	14	1,5	33	1,4
<b>Nombre total d'interventions après un iFOBT positif</b>	<b>1.470</b>	<b>100</b>	<b>921</b>	<b>100</b>	<b>2.391</b>	<b>100</b>
<b>Nombre de iFOBT positifs</b>	<b>3.484</b>		<b>2.784</b>		<b>6.268</b>	

Année de dépistage 2022*,**	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Colectomie totale	3	0,4	0	0,0	3	0,3
Colectomie partielle	48	6,8	25	7,2	73	7,0
Polypectomie	644	91,9	319	91,7	963	91,8
Autres interventions colorectales	6	0,9	4	1,1	10	1,0
<b>Nombre total d'interventions après un iFOBT positif</b>	<b>701</b>	<b>100</b>	<b>348</b>	<b>100</b>	<b>1.049</b>	<b>100</b>
<b>Nombre de iFOBT positifs</b>	<b>1.566</b>		<b>1.103</b>		<b>2.669</b>	

\*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 approche les 40% pour la période 2019-2022 avec une petite diminution en 2020 à 35% (2020) qui pourrait s'expliquer par un éventuel impact de la pandémie COVID-19. Toutefois, les données de suivi des années de dépistage 2021 et 2022 ne sont pas encore complètes. La polypectomie est l'intervention la plus fréquente après un iFOBT positif (88-92%). Pour 7-10% des interventions, il s'agit d'une colectomie (totale ou partielle).

### 5.8. TRAITEMENT ET MECANISME 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	1	0,7	0	0,0	1	0,5
Colectomie partielle	106	73,6	62	80,5	168	76,0
Polypectomie	13	9,0	6	7,8	19	8,6
Autres interventions colorectales	10	6,9	3	3,9	13	5,9
Aucun traitement connu	14	9,7	6	7,8	20	9,0
<b>Nombre total de cancers dépistés</b>	<b>144</b>	<b>100</b>	<b>77</b>	<b>100</b>	<b>221</b>	<b>100</b>

Année de dépistage 2020	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Colectomie totale	1	1,4	0	0,0	1	0,8
Colectomie partielle	53	75,7	47	83,9	100	79,4
Polypectomie	4	5,7	5	8,9	9	7,1
Autres interventions colorectales	5	7,1	2	3,6	7	5,6
Aucun traitement connu	7	10,0	2	3,6	9	7,1
<b>Nombre total de cancers dépistés</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	<b>56</b>	<b>100</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

Année de dépistage 2021*	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Colectomie totale	0	0,0	2	2,9	2	1,0
Colectomie partielle	99	78,0	53	75,7	152	77,2
Polypectomie	15	11,8	3	4,3	18	9,1
Autres interventions colo-rectales	5	3,9	6	8,6	11	5,6
Aucun traitement connu	8	6,3	6	8,6	14	7,1
<b>Nombre total de cancers dépistés</b>	<b>127</b>	<b>100</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	<b>197</b>	<b>100</b>

Année de dépistage 2022*,**	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Colectomie totale	3	4,3	0	0,0	3	3,1
Colectomie partielle	39	56,5	20	69,0	59	60,2
Polypectomie	15	21,7	5	17,2	20	20,4
Autres interventions colo-rectales	4	5,8	0	0,0	4	4,1
Aucun traitement connu	8	11,6	4	13,8	12	12,2
<b>Nombre total de cancers dépistés</b>	<b>69</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

\*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	%
<b>Nombre de cancers in situ dépistés</b>	<b>779</b>	
Polypectomie	495	63,5
Colectomie totale	1	0,1
Colectomie partielle	71	9,1
<b>Nombre de cancers invasifs dépistés</b>	<b>642</b>	
Polypectomie	66	10,3
Colectomie totale	7	1,1
Colectomie partielle	479	74,6

\*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 interventions colorectales les plus fréquentes pour les cancers colorectaux dépistés sont les polypectomies et les colectomies partielles. Un peu plus de 60% des adénomes et des cancers in situ sont réséqués par une polypectomie et 10% par une colectomie partielle. Pour les cancers invasifs, une colectomie partielle est généralement réalisée (76%) et pour seulement 10% c'est une polypectomie. Le pourcentage de cancers dépistés pour lesquels aucun traitement n'est connu s'élève à 16-19%.

Les données concernant le suivi ne sont pas encore complètes pour les années de dépistage 2021 et 2022.

## 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	4.670	85,1	4.226	82,2	5.318	84,8	2.235	83,7
Nombre de jours d'intervalle entre un iFOBT positif et une coloscopie : % cumulé de coloscopies dans les 30 jours	11,5		12,8		12,7		11,0	
Nombre de jours d'intervalle entre un iFOBT positif et une coloscopie : % cumulé de coloscopies dans les 60 jours	42,2		41,4		42,5		36,9	
Nombre de jours d'intervalle entre un iFOBT positif et une coloscopie : % cumulé de coloscopies dans les 90 jours	69,9		64,0		67,8		60,6	
Proportion de coloscopies totales parmi toutes les coloscopies réalisées après un iFOBT positif <b>(90-95%)</b>	4.443	90,2	4.047	91,9	5.065	91,2	2.140	92,3
Nombre de personnes pour lesquelles un iFOBT a été répété dans l'année suivant un iFOBT positif	256	4,7	267	5,2	297	4,7	120	4,5
Nombre de personnes pour lesquelles un prélèvement a été nécessaire dans l'année après un iFOBT positif	3.015	54,9	2.565	49,9	3.359	53,6	1.396	52,3
Mécanisme fail-safe : Nombre de personnes sans suivi approprié dans l'année suivant un iFOBT positif	817	14,9	914	17,8	950	15,2	433	16,2
Nombre total d'interventions effectuées dans l'année suivant un iFOBT positif	2.175		1.812		2.391		1.049	
Polypectomie	1.920	88,3	1.632	90,1	2.161	90,4	963	91,8
Colectomie totale	1	0,0	4	0,2	4	0,2	3	0,3
Colectomie partielle	220	10,1	139	7,7	193	8,1	73	7,0
<b>2019-2022*,**</b>								
	N				%			
<b>Nombre de cancers in situ dépistés</b>	<b>779</b>							
Polypectomie	489				63,3			
Colectomie totale	1				0,1			
Colectomie partielle	71				9,2			
<b>Nombre de cancers invasifs dépistés</b>	<b>642</b>							
Polypectomie	60				9,6			
Colectomie totale	3				0,5			
Colectomie partielle	475				75,9			

\*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



## 6. CONCLUSION

- En 2019, le programme de dépistage enregistrait un taux de participation des personnes invitées de 12,1%. En 2021, ce taux était de 16,9%.
- Après une augmentation en 2020 (7,7% en 2019 et 8,9% en 2020), on observe une diminution du pourcentage de iFOBT positifs en 2021 (7,8%) et 2022 (6,1%), à la fois pour le premier dépistage et pour les dépistages suivants. 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 2.5 et 3.5‰. 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 dans la même fourchette que dans les autres pays européens (1,8 - 9,5 ‰) [5]. Les taux de détection des adénomes est légèrement supérieur aux normes européennes (13,3-22,3‰) [5] : entre 25.7 et 27.9‰. 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 85,9% pour les cancers in situ, 84,2% pour les cancers invasifs et 63,1% pour les adénomes en 2021. La spécificité du test est élevée (94,3-95,4%), 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 ( 71,8% des cancers dépistés avec stade connu) tandis que chez les non-participants, les cancers colorectaux sont plus souvent diagnostiqués aux stades II+ (58,6% 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. Pour augmenter l'impact du dépistage, une augmentation de la participation au programme de dépistage est recommandée.
- Dans plus de 80% des cas, une coloscopie est effectuée après un iFOBT positif. Dans la majorité des cas (>90%), il s'agit d'une coloscopie totale. Aucun suivi n'a été enregistré endéans les 12 mois suivant le test de dépistage pour 11,1% des iFOBT positifs en 2021. 4,7% des personnes avec un résultat de dépistage positif ont été suivies à l'aide d'une répétition du iFOBT sans avoir effectué de coloscopie en 2021. Le délai entre l'iFOBT et la coloscopie de suivi semble avoir diminué en 2020, probablement en raison de la pandémie de COVID-19 mais reste stable depuis. 15,2% des personnes avec un iFOBT est positif n'ont pas été suivies correctement en 2021 c'est-à-dire avec une coloscopie, une colectomie ou un prélèvement endéans les 12 mois. Ce pourcentage était de 18% en 2020 (probablement en raison du 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 pour 49,9% des iFOBT positifs en 2020 et 53,6% en 2021. Il s'agit principalement d'une biopsie et/ou d'une polypectomie lors d'une coloscopie. Une colectomie partielle est nécessaire pour environ 7-10% des iFOBT positifs. Les interventions colorectales les plus fréquentes sont une polypectomie ou une colectomie partielle (elles représentent à elles deux plus de 95% 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](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-WALLONIE