Belgian Cancer Registry

Evaluation du dépistage du cancer colorectal à Bruxelles

CALCUL D'INDICATEURS D'ÉVALUATION ET TENDANCES POUR LA PÉRIODE 2014-2023

vivalis .brussels

BruPrev

Table des matières

1. Introduction 2
2. Aperçu des indicateurs les plus importants et tendances 2014-2023 3
3. Indicateurs concernant : population cible, couverture et surdépistage 7
3.1. Population cible éligible 7
3.2. Taux de couverture 10
3.3. Taux de personnes n'ayant jamais réalisé un dépistage 14
3.4. Surdépistage 14
4. Indicateurs concernant : le diagnostic des cancers et des adénomes 16
4.1. Pourcentage de iFOBT positifs 16
4.2. Taux de détection des cancers colorectaux et des adénomes, taux des cancers d'intervalle et cancers post-coloscopiques, et valeur prédictive, sensibilité et spécificité du test de dépistage 16
4.2.1. Taux de détection des cancers invasifs 16
4.2.2. Taux de détection des cancers in situ 17
4.2.3. Taux de détection des adénomes 18
4.2.4. Taux de cancers d'intervalle 21
4.2.5. Taux de cancers colorectaux post-coloscopiques 22
4.2.6. Valeur prédictive positive 22
4.2.7. Sensibilité du iFOBT 25
4.2.8. Spécificité du iFOBT 27
4.3. Distribution des cancers dépistés, des cancers d'intervalle et des cancers parmi les non participants selon le stade au moment du diagnostic 28
4.3.1. Distribution des stades au moment du diagnostic des cancers dépistés 29
4.3.2. Distribution des stades au moment du diagnostic des cancers d'intervalle 31
4.3.3. Distribution des stades au moment du diagnostic des cancers parmi les non participants 31
5. Indicateurs concernant : le suivi et le traitement 35
5.1. Taux de suivi 35
5.2. Proportion de coloscopies totales parmi toutes les coloscopies de suivi 35
5.3. Délai entre un test de dépistage positif et la coloscopie de suivi 36
5.4. Nombre d'interventions réalisées dans l'année suivant un iFOBT positif 38

5.5. Traitement pour les cancers colorectaux dépistés dans l'année qui suit un iFOBT positif 39

6. Conclusions et mise en perspective des résultats 41

7. Bibliographie 43

8. Annexes 43

1. INTRODUCTION

Cette annexe au rapport d'évaluation présente un aperçu des principaux indicateurs d'évaluation au dépistage du cancer du cancer colorectal sur une période de dix ans (2014-2023). Elle vise à fournir une vue d'ensemble des tendances observées au fil du temps, dans le but d'identifier les dynamiques marquantes et d'évaluer le programme de dépistage mené sur cette période.

Les tendances ont été calculées à l'aide de l'application JoinPoint du National Cancer Institute-USA (1, 2), qui permet d'évaluer la variation annuelle moyenne d'un indicateur donné sur toute la période d'analyse sur base du calcul du AAPC (Average Annual Percent Change). Lorsque l'AAPC est statistiquement significatif, cela signifie qu'une tendance claire et cohérente (à la hausse ou à la baisse) est présente dans les données. Dans ces cas, des graphiques spécifiques sont présentés. Ces graphiques incluent :

- les courbes de tendance, qui illustrent l'évolution des indicateurs au fil des années,
- les points d'inflexion, dans le cas où, sur la période étudiée, la tendance n'est pas linéaire. Chaque point correspond à l'année où un changement significatif dans la tendance a été observé,
- les APC (Annual Percent Change), qui détaillent les variations annuelles sur des sous-périodes spécifiques, définies par les points d'inflexion.

Pour l'interprétation des résultats, voici quelques précisions :

1. **Interprétation des graphiques**
   Les courbes de tendance montrent les variations des indicateurs année par année. Elles permettent d'observer visuellement les évolutions globales, ainsi que les éventuels changements.
   Les points d'inflexion mettent en lumière les années charnières, où une rupture significative dans la tendance a été identifiée. Ces points peuvent coïncider avec des changements dans les politiques de dépistage, l'introduction de nouvelles méthodes ou l'influence de facteurs externes.
2. **Signification de l'AAPC et de l'APC**
   Un AAPC positif et significatif traduit une augmentation moyenne constante de l'indicateur étudié sur la période analysée, tandis qu'un AAPC négatif indique une diminution moyenne constante.
   Les intervalles de confiance associés aux AAPC sont également fournis. Ils permettent d'évaluer la robustesse des estimations et d'identifier les indicateurs pour lesquels les résultats doivent être interprétés avec prudence.
   En complément, les APC permettent d'identifier les périodes spécifiques où la tendance s'est accélérée, ralentie, ou inversée. Cela permet de replacer les variations dans leur contexte et d'explorer les facteurs potentiels qui ont influencé ces évolutions. Un astérisque à côté de la valeur du APC indique que la tendance est statitiquement significative.
3. **Mise en perspective des résultats**
   Les tendances observées ne doivent pas être analysées de manière isolée : elles s'intègrent dans une dynamique globale et peuvent être influencées par des facteurs tels que l'adhésion des populations ciblées, la disponibilité des infrastructures ou encore l'impact de la pandémie de COVID-19.

L'objectif de cette annexe est donc double :

- Offrir une analyse descriptive et détaillée des tendances au cours du temps des indicateurs afin de mettre en lumière les dynamiques majeures de la période étudiée.
- Fournir les outils nécessaires pour interpréter les résultats de manière éclairée, en tenant compte des spécificités de chaque indicateur et de son contexte sous-jacent.

2. APERÇU DES INDICATEURS LES PLUS IMPORTANTS ET TENDANCES 2014-2023

Tableau 1 : Aperçu des indicateurs d'évaluation du dépistage du cancer colorectal et tendances, Bruxelles 2014-2023

Indicateur	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022 ($)	2023 ($,§)	AAPC %	AAPC 95% IC
1. Population cible, couverture et surdépistage												
Population cible complète, N	230295	234437	239890	244722	250674	248664	255282	259814	264367	295358	**2,5***	**(1,8 ;2,9)**
Personnes non éligibles pour raisons médicales, %	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	**1,4***	**(1,0 ;1,9)**
Population cible éligible, N	228657	232731	238057	242807	248698	246586	253154	257696	262161	293017	**2,5***	**(1,8 ;2,9)**
Personnes non invitées[1], %	13,1	15,7	16,0	16,8	18,5	18,6	20,1	19,5	23,4	19,5	**4,9***	**(3,0 ;6,8)**
Taux de couverture totale, % (2015-2023)[2]	NA	20,5	21,2	23,0	24,2	26,4	26,7	30,3	31,6	29,7	**5,3***	**(4,3 ;6,6)**
50-54 ans	NA	16,0	17,0	18,3	19,4	20,9	20,5	25,9	27,3	25,6	**7,0***	**(5,4 ;8,6)**
55-59 ans	NA	19,1	19,5	21,4	22,7	24,4	25,0	28,6	30,2	27,1	**5,3***	**(3,9 ;7,1)**
60-64 ans	NA	21,6	22,2	23,8	25,1	27,2	27,6	30,7	31,7	30,4	**4,8***	**(3,7 ;6,3)**
65-69 ans	NA	23,9	24,5	26,4	27,7	30,1	30,5	33,3	34,4	33,4	**4,6***	**(3,4 ;6,2)**
70-74 ans	NA	24,0	24,9	27,2	28,3	30,9	31,9	34,7	35,9	35,0	**5,1***	**(4,1 ;6,3)**
Hommes	NA	18,6	19,4	21,3	22,7	25,0	25,5	29,1	30,5	28,7	**6,1***	**(5,0 ;7,6)**
Femmes	NA	22,2	22,8	24,5	25,6	27,7	27,9	31,4	32,6	30,5	**4,6***	**(3,4 ;6,2)**
Taux de couverture dans le programme, % (2015-2023)[2]	NA	5,0	5,1	6,2	6,6	7,8	8,6	12,2	13,4	12,4	**14,5***	**(10,4 ;18,7)**
Taux de couverture hors programme, %	15,4	15,5	16,0	16,7	17,6	18,6	18,1	18,1	18,1	17,2	**1,7***	**(0,7 ;2,6)**
Personnes n'ayant jamais réalisé un dépistage, %	56,9	55,7	54,4	53,3	52,1	50,7	50,4	49,6	49,1	44,2	**-2,5***	**(-2,8 ;-2,0)**
Surdépistage chez les participants, % (2015-2023)[3]	NA	3,0	2,3	2,1	2,7	3,4	3,4	3,0	3,8	3,8	**5,8***	**(0,1 ;11,6)**

Résultat statistiquement significatif*

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

(§) Données de participation au programme de dépistage de janvier à juin 2023 inclus.

[1] Les personnes non invitées sont des personnes qui ne sont pas invitées au programme de dépistage en raison d'un refus exprimé, d'une coloscopie totale réalisée dans les 5 ans, d'une coloscopie virtuelle réalisée dans les 4 ans ou d'un iFOBT réalisé en 20XX-1.

[2] La couverture est un indicateur calculé sur 2 ans. Pour 2014, les données de test de dépistage iFOBT dans le programme ne sont pas disponibles pour 2013. Dès lors, il n'est pas possible de calculer un taux de couverture dans le programme et totale pour 2014.

[3] Les données de participation dans le programme ne sont pas disponibles avant 2014. Dès lors, il n'est pas possible de vérifier si une personne a effectué un iFOBT dans le programme < 20 mois après un iFOBT dans le programme pour 2014.

Indicateur	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022 ($)	2023 ($,§)	AAPC %	AAPC 95% IC
2. Résultats du dépistage, diagnostic des cancers et des adénomes												
Taux de positivité du iFOBT, %	5,2	4,2	6,0	6,5	6,0	6,9	8,0	7,2	5,4	5,3	1,0	(-2,3 ;4,5)
1er dépistage	5,9	4,6	6,6	6,1	6,2	7,3	8,5	8,0	6,5	6,2	2,2	(-3,2 ;8,4)
Dépistages suivants	4,5	3,9	5,5	6,9	5,8	6,4	7,3	6,5	4,1	4,8	-0,3	(-4,8 ;4,5)
Taux de détection (‰)												
Cancers invasifs	1,7	1,2	1,6	2,3	1,5	2,9	1,9	2,2	1,7	1,9	3,4	(-4,2 ;11,4)
1er dépistage	2,4	1,2	1,7	2,1	1,9	4,0	2,7	2,6	2,3	1,9	3,8	(-5,0 ;13,0)
Dépistages suivants	1,0	1,2	1,5	2,4	0,9	1,5	1,1	1,8	1,0	2,0	2,2	(-9,1 ;14,5)
Cancers in situ	1,0	1,9	3,0	2,8	2,5	2,2	2,9	1,5	1,1	1,8	3,4	(-3,7 ;9,2)
1er dépistage	0,7	2,0	3,7	2,4	2,7	2,2	2,1	2,0	1,4	2,3	**9,0***	**(0,9 ;18,3)**
Dépistages suivants	1,3	1,8	2,3	3,3	2,4	2,1	3,8	0,9	0,6	1,1	-4,8	(-14,3 ;3,2)
Adénomes	10,4	9,5	18,5	20,6	19,9	22,6	25,5	22,7	19,4	19,0	**9,5***	**(3,6 ;15,4)**
1er dépistage	11,8	9,1	17,7	16,7	18,6	23,1	27,6	23,1	23,8	21,1	**8,2***	**(3,3 ;13,4)**
Dépistages suivants	9,0	9,8	19,2	24,2	21,5	21,9	23,1	22,4	13,9	16,2	**7,8***	**(1,9 ;14,5)**
Taux de cancers d'intervalle, ‰ (2014-2022)[4]	2,0	2,8	1,7	2,2	1,3	1,8	1,6	1,4	1,3	NA	-6,8	(-13,4 ;0,4)
1er dépistage	2,1	2,8	2,3	1,9	1,2	1,9	1,7	1,1	1,4	NA	**-8,1***	**(-12,9 ;-2,8)**
Dépistages suivants	2,0	2,8	1,2	2,4	1,5	1,5	1,5	1,8	1,1	NA	-5,8	(-13,6 ;2,9)
Taux de cancers colorectaux post-coloscopiques, ‰ (2014-2019)[5]	0	0	0,5	0,3	0,5	0,1	NA	NA	NA	NA	NA[6]	NA
Valeur prédictive positive, %												
Cancers invasifs												
1er dépistage	5,5	2,1	3,4	4,1	4,1	7,0	3,8	4,2	4,2	4,0	2,0	(-5,5 ;10,2)
Dépistages suivants	2,6	3,8	3,1	3,8	1,9	2,9	1,5	3,1	2,8	5,3	3,3	(-9,2 ;14,6)
Cancers in situ												
1er dépistage	1,6	5,2	7,5	5,1	5,1	3,9	3,3	3,4	2,7	4,9	9,7	(-0,7 ;21,1)
Dépistages suivants	3,5	5,7	5,0	5,7	5,0	4,0	6,8	1,8	1,9	3,0	-8,1	(-15,9 ;0,7)
Adénomes												
1er dépistage	26,8	21,9	36,1	35,4	38,1	39,7	40,5	38,4	45,9	44,2	**6,5***	**(3,2 ;10,0)**
Dépistages suivants	21,7	30,2	39,1	41,1	44,7	41,2	40,0	42,2	40,5	42,9	**7,6***	**(6,2 ;8,8)**
Cancers invasifs												

[4] Des cancers d'intervalle d'une année 20XX peuvent encore se produire jusqu'en 20XX+2, les résultats ne sont donc pas encore complets à partir de 2021.

[5] Des cancers colorectaux post-coloscopiques d'une année 20XX peuvent encore se produire jusqu'en 20XX+5, les résultats ne sont donc pas encore complets à partir de l'année 2016.

[6] Etant donné qu'il n'y a pas eu de cancer colorectal post-coloscopique en 2014 et en 2015, l'analyse de tendances n'est pas possible pour cet indicateur.

Indicateur	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022 ($)	2023 ($,§)	AAPC	
											%	95% IC
Sensibilité du iFOBT, % (2014-2022)[7]												
Cancers invasifs	50,0	40,0	50,0	73,3	75,0	73,6	70,0	74,0	72,1	NA	6,9*	**(3,1 ;10,8)**
Cancers in situ	85,7	73,3	95,5	71,8	77,8	79,4	81,1	76,6	72,7	NA	-1,2	(-3,8 ;1,4)
Adénomes	32,8	36,4	53,7	54,3	51,2	55,1	57,0	52,5	51,8	NA	7,1*	**(4,5 ;9,6)**
Spécificité du iFOBT, % (2014-2022)[8]	96,0	97,0	96,3	96,1	96,3	95,8	95,0	95,4	96,8	NA	-0,0	(-0,3 ;0,2)
Distribution des cancers dépistés, des cancers d'intervalle et des cancers parmi les non participants selon le stade au moment du diagnostic (2014-2020)[9]												
Cancers dépistés, %	4,9	6,1	8,4	17,0	14,7	14,3	34,6	NA	NA	NA	33,7*	**(20,7 ;47,9)**
Stade inconnu	26,7	61,1	25,0	27,7	34,4	16,4	21,3	NA	NA	NA	-10,1	(-32,6 ;20,7)
Stade in situ	13,3	5,6	42,9	31,9	21,9	27,9	36,2	NA	NA	NA	21,9	(-4,6 ;56,2)
Stade I	20,0	5,6	10,7	17,0	18,8	18,0	17,0	NA	NA	NA	9,1	(-9,1 ;31,4)
Stade II	20,0	11,1	10,7	10,6	3,1	8,2	6,4	NA	NA	NA	-17,1	(-31,7 ;1,1)
Stade III	6,7	5,6	10,7	8,5	18,8	21,3	14,9	NA	NA	NA	22,4*	**(0,7 ;49,4)**
Stade IV	13,3	11,1	0	4,3	3,1	8,2	4,3	NA	NA	NA	NA[10]	NA
Cancers d'intervalle, %	4,5	5,5	3,9	6,5	3,7	4,7	8,1	NA	NA	NA	5,0	(-13,2 ;28,2)
Stade inconnu	14,3	12,5	0	44,4	25,0	15,0	18,2	NA	NA	NA	NA[10]	NA
Stade in situ	7,1	12,5	15,4	22,2	37,5	20,0	18,2	NA	NA	NA	14,0	(-0,1 ;33,9)
Stade I	7,1	12,5	23,1	5,6	12,5	20,0	9,1	NA	NA	NA	3,8	(-27,3 ;49,8)
Stade II	14,3	12,5	30,8	11,1	0	20,0	9,1	NA	NA	NA	NA[10]	NA
Stade III	28,6	37,5	15,4	16,7	25,0	15,0	18,2	NA	NA	NA	-9,2	(-27,1 ;13,9)
Stade IV	28,6	12,5	15,4	0	0	10,0	27,3	NA	NA	NA	NA[10]	NA
Cancers parmi les non participants, %	90,6	88,4	87,7	76,4	81,7	81,1	57,4	NA	NA	NA	-5,6*	**(-10,0 ;-1,0)**
Stade inconnu	20,4	20,1	16,8	11,8	14,6	9,2	12,8	NA	NA	NA	-10,4*	**(-16,6 ;-3,7)**
Stade in situ	13,2	13,1	12,7	12,3	13,5	20,7	17,9	NA	NA	NA	7,0*	**(2,5 ;11,7)**
Stade I	12,5	11,2	11,3	16,1	15,2	13,0	12,8	NA	NA	NA	2,4	(-4,9 ;10,2)
Stade II	19,3	19,3	18,9	14,2	20,2	13,8	10,3	NA	NA	NA	-9,6*	**(-14,7 ;-3,4)**
Stade III	21,4	20,5	24,1	23,2	18,5	20,5	25,6	NA	NA	NA	1,0	(-7,1 ;10,1)
Stade IV	13,2	15,8	16,2	22,3	18,0	22,8	20,5	NA	NA	NA	8,0*	**(1,3 ;15,2)**

[7] Etant donné le recul de 24 mois nécessaire pour l'identification des cancers d'intervalle, nous considérons que les chiffres sont définitifs jusqu'à l'année de dépistage 2021. Des chiffres provisoires ont été calculés (basés sur la CHP) pour l'année de dépistage 2022.

[8] Etant donné que les cancers après un iFOBT négatif peuvent être diagnostiqués avec un certain retard, nous considérons que les chiffres sont définitifs jusqu'à 2021. Des chiffres provisoires ont été calculés (basés sur la CHP) pour l'année 2022.

[9] Le stade au moment du diagnostic des cancers est possible par l'enregistrement du cancer (complet pour les cancers d'incidence jusque 2022). Etant donné que les cancers d'intervalle peuvent être diagnostiqués jusqu'à 24 mois après un iFOBT négatif, leurs stades sont disponibles jusqu'à l'année de dépistage 2020. Les cancers sont donc analysés jusque 2020.

[10] Etant donné qu'il n'y a pas eu de cas pour au moins une année, l'analyse de tendances n'est pas possible pour cet indicateur.

Indicateur	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022 ($)	2023 ($,§)	AAPC %	AAPC 95% IC
3. Indicateurs d'évaluation concernant le suivi et le traitement												
Interventions après un iFOBT positif												
Taux de suivi (coloscopies), %	84,3	86,0	85,6	86,4	85,8	86,0	82,6	84,2	86,6	83,0	-0,2	(-0,6 ;0,2)
Taux de coloscopies complètes parmi toutes les coloscopies, %	90,6	87,9	90,2	90,8	90,9	90,7	91,5	90,9	92,6	92,6	**0,4***	**(0,1 ;0,6)**
Délai entre l'analyse d'un iFOBT positif et une coloscopie de suivi, %												
≤ 30 jours	29,8	24,8	20,1	19,0	19,7	20,1	20,9	19,0	17,9	14,8	**-7,2***	**(-8,6 ;-5,7)**
31 jours – 45 jours	19,8	16,3	20,1	15,7	19,1	22,5	18,2	19,6	18,2	18,2	0,3	(-2,7 ;3,4)
46 jours – 60 jours	17,8	15,3	16,9	17,9	15,7	16,9	15,3	14,6	16,0	12,0	**-2,6***	**(-5,0 ;-0,2)**
61 jours – 90 jours	19,0	19,8	20,1	25,1	20,5	21,6	16,9	23,5	23,2	25,2	2,0	(-1,3 ;5,4)
91 jours – 6 mois	10,3	19,3	17,9	17,9	20,8	15,1	20,4	19,0	17,7	24,6	4,7	(-0,6 ;10,2)
6 mois – 12 mois	3,3	4,5	4,3	4,4,	4,2	3,8	8,3	4,3	6,9	5,0	5,0	(-3,8 ;14,5)
Colectomies totales parmi les interventions après un iFOBT positif, %	1,1	0	0	1,1	0	0	0	0	0,4	0	NA[10]	NA
Colectomies partielles parmi les interventions après un iFOBT positif, %	9,8	5,4	7,8	10,8	7,8	12,1	5,7	8,1	9,1	6,8	-0,5	(-8,4 ;7,7)
Polypectomies parmi les interventions après un iFOBT positif, %	89,1	93,2	89,5	85,9	90,7	86,8	91,3	91,5	89,1	92,6	0,2	(-0,5 ;0,8)
Autres interventions colorectales après un iFOBT positif, %	0	1,4	2,6	2,2	1,5	1,1	3,0	0,4	1,4	0,6	NA[10]	NA
Interventions après un cancer invasif dépisté												
Colectomies totales parmi les cancers invasifs dépistés, %	0	0	0	0	0	0	0	0	3,2	0	NA[10]	NA
Colectomies partielles parmi les cancers invasifs dépistés, %	81,8	50,0	100	68,2	66,7	74,4	66,7	72,2	71,0	58,8	-1,3	(-5,9 ;3,5)
Polypectomies parmi les cancers invasifs dépistés, %	9,1	25,0	0	13,6	16,7	7,7	19,0	13,0	9,7	23,5	NA[10]	NA
Autres interventions colorectales parmi les cancers invasifs dépistés, %	0	12,5	0	0	16,7	7,7	4,8	1,9	6,5	0	NA[10]	NA
Aucun traitement connu parmi les cancers invasifs dépistés, %	9,1	12,5	0	18,2	0	10,3	9,5	13,0	9,7	17,6	NA[10]	NA

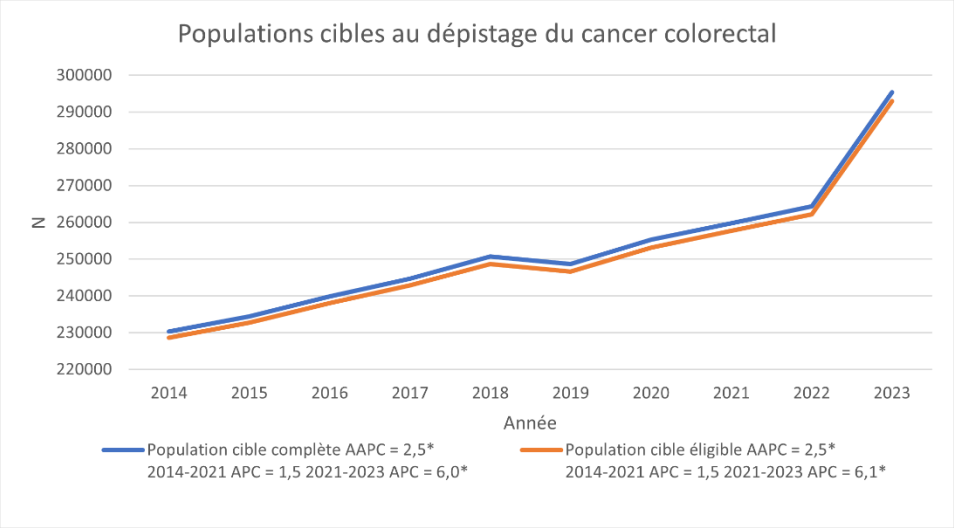
[10] Etant donné qu'il n'y a pas eu de cas pour au moins une année, l'analyse de tendances n'est pas possible pour cet indicateur.

3. INDICATEURS CONCERNANT : POPULATION CIBLE, COUVERTURE ET SUR-DEPISTAGE

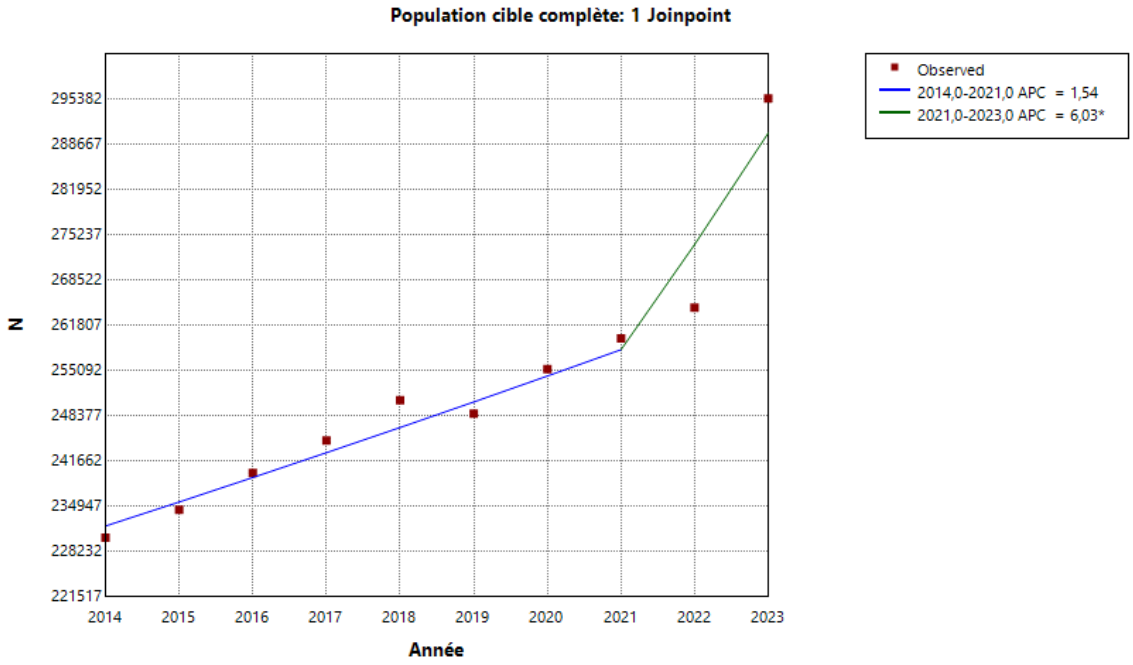
3.1. POPULATION CIBLE ELIGIBLE

La population cible complète au dépistage du cancer colorectal augmente de manière significative sur toute la période 2014-2023 (AAPC = 2,5*). Il existe un point d'inflexion en 2021 avec une augmentation non significative (APC = 1,5) entre 2014 et 2021 et une augmentation significative (APC = 6,0*) entre 2021 et 2023.
La population cible éligible suit les mêmes tendances. Il y a une augmentation sur la période (AAPC = 2,5*) avec le même point d'inflexion en 2021. Entre 2014 et 2021, il y a également une augmentation non significative (APC = 1,5) suivie d'une augmentation significative (APC = 6,1*) entre 2021 et 2023.

Graphique 1A : Populations cibles au dépistage du cancer colorectal, 2014-2023

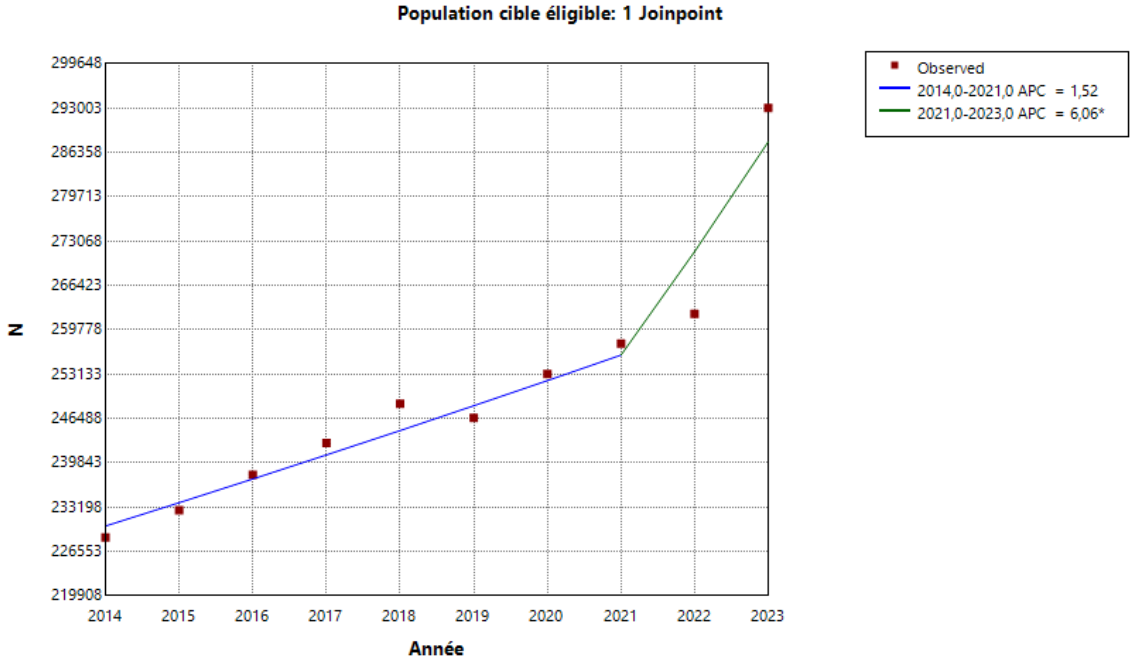


Graphique 1B : Evolution de la population cible complète au dépistage du cancer colorectal, 2014-2023



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 1 Joinpoint.

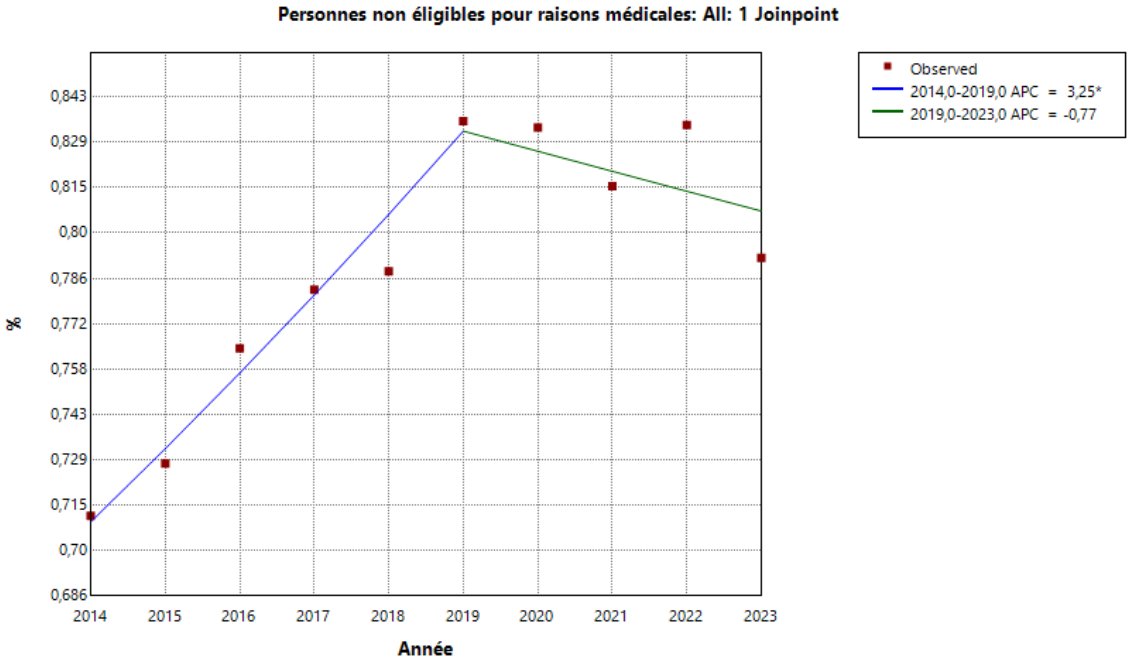
Graphique 1C : Evolution de la population cible éligible au dépistage du cancer colorectal, 2014-2023



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 1 Joinpoint.

Le taux de **personnes non éligibles pour raisons médicales** sont des personnes non éligibles au programme de dépistage du cancer colorectal en raison de : ablation totale du côlon, cancers colorectal invasif ou in situ dans les 10 ans précédents. Ce taux augmente de manière significative sur toute la période 2014-2023 (AAPC = 1,4*) avec une augmentation significative sur la période 2014-2019 (APC = 3,2*) et une diminution non significative entre 2019 et 2023 (APC = -0,8).

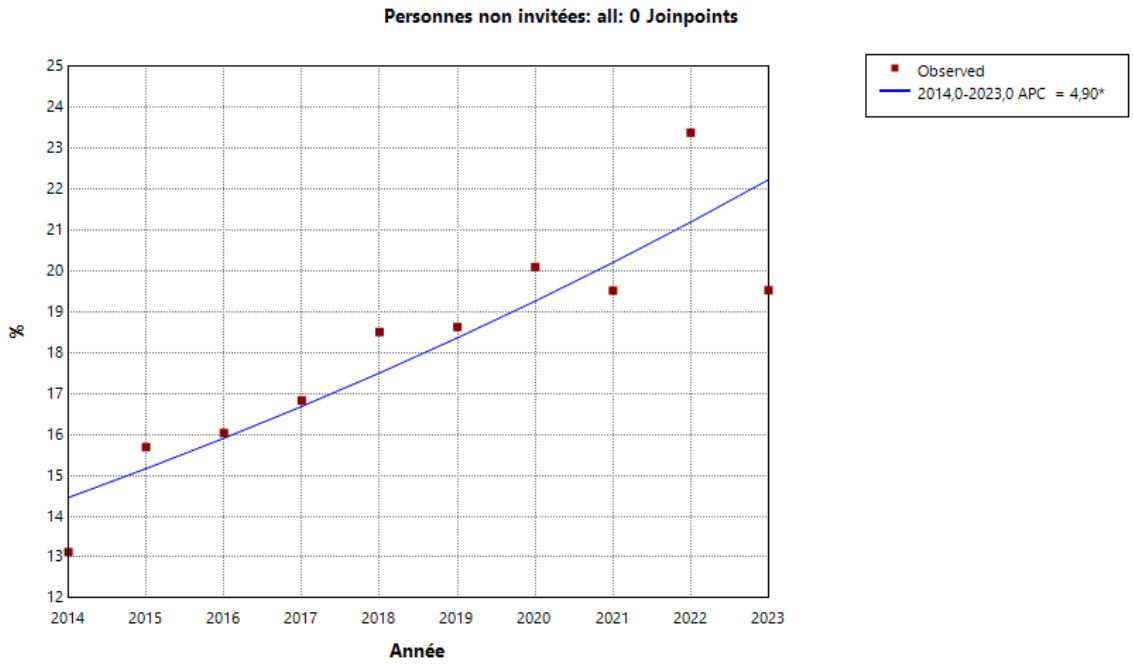
Graphique 1D : Evolution du % de personnes non éligibles au dépistage du cancer colorectal pour raisons médicales, 2014-2023



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 1 Joinpoint.

Le taux de **personnes non invitées** (en raison d'une refus exprimé, d'une coloscopie totale dans les 5 ans, d'une coloscopie virtuelle dans les 4 ans ou d'un iFOBT dans le programme dans les 2 ans) augmente de manière significative (AAPC = 4,9*) entre 2014 et 2023. Il n'y a pas de point d'inflexion observé dans cette augmentation.

Graphique 1E : Evolution du taux de personnes non invitées au dépistage du cancer colorectal, 2014-2023



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

3.2. TAUX DE COUVERTURE

Le taux de couverture (totale, dans ou hors programme) croît, de manière significative, sur toute la période 2015-2023 pour toutes les catégories d'âge et pour les hommes et les femmes.

Pour cette période, il y a une augmentation du **taux de couverture totale** (AAPC = 5,3*). Il y a un point d'inflexion en 2021. Entre 2015 et 2021, il y a une augmentation significative (APC = 6,8*). Entre 2021 et 2023, cette augmentation devient non significative et est moindre (APC = 0,8).

Les tendances sont similaires dans les tranches d'âge. Pour les personnes âgées de **50 à 54 ans**, le taux de couverture totale augmente (AAPC = 7,0*). Il n'y a pas de point d'inflexion dans cette augmentation. Pour les personnes âgées de **55 à 59 ans**, on observe une augmentation non significative (AAPC = 5,3). Il y a une forte augmentation entre 2015 et 2021 (APC = 7,2*) et une légère diminution, non significative, entre 2021 et 2023 (APC = -0,2). Pour les hommes et les femmes de **60 à 64 ans**, il y a une augmentation du taux de couverture totale (AAPC = 4,8*). Il y a également une plus forte augmentation entre 2015 et 2021 (APC = 6,2*) par rapport à 2021-2023 (APC = 1,0), où elle devient non significative. Pour la catégorie d'âge **65-69 ans**, l'augmentation est également significative (AAPC = 4,6*), avec une plus grande augmentation entre 2015 et 2021 (APC = 5,9*) qu'entre 2021 et 2023 (APC = 1,0), où elle devient non significative. Pour la tranche d'âge la plus âgée, **70-74 ans**, il y a une augmentation sur toute la période (AAPC = 5,1*) avec une plus forte tendance entre 2015-2021 (APC = 6,5*) qu'entre 2021-2023 (APC = 1,1*).

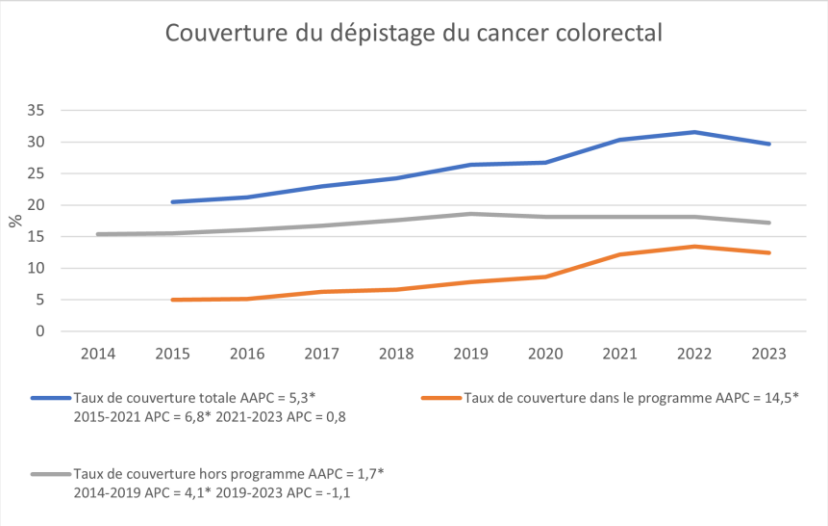
Les mêmes tendances sont observées pour le taux de couverture totale entre les **hommes et les femmes**. Il y a une augmentation sur toute la période (pour les hommes, AAPC = 6,1* et pour les femmes, AAPC = 4,6*). Un point d'inflexion en 2021 est également observé où il y a une plus forte aug-

mentation entre 2015 et 2021 (respectivement APC = 7,9* et 6,0*) par rapport à 2021-2023 (APC = 1,1 et 0,6). Cette dernière augmentation n'est pas significative autant chez les hommes que chez les femmes.

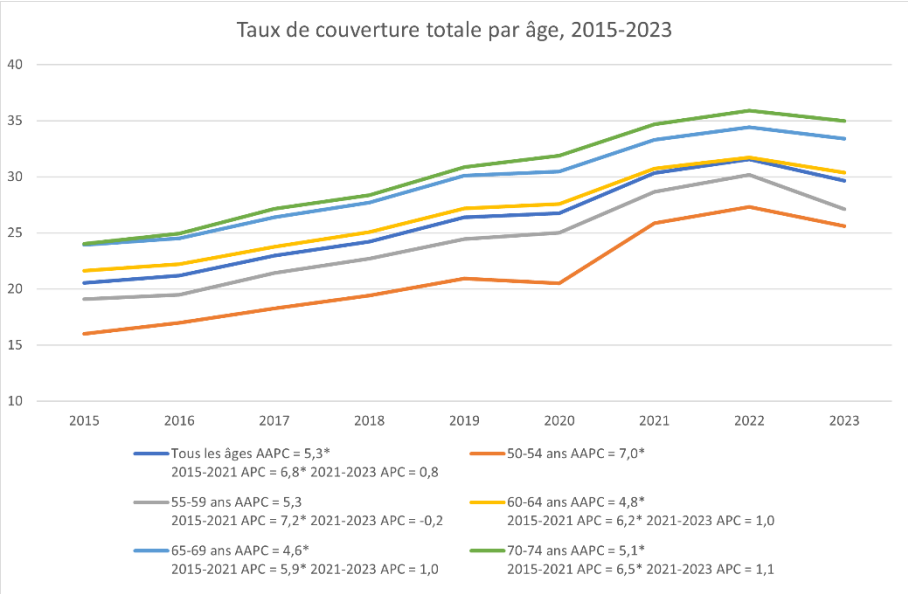
Concernant le **taux de couverture dans le programme**, on observe une augmentation (AAPC = 14,5*) sur la période 2015-2023. Il n'y a pas de point d'inflexion observé.

Pour le **taux de couverture hors programme**, sur la période 2014-2023, il y a une augmentation (AAPC = 1,7*). On observe une augmentation entre 2014 et 2019 plus forte (APC = 4,1*), par rapport à 2019-2023 où elle n'est plus significative (APC = 1,1).

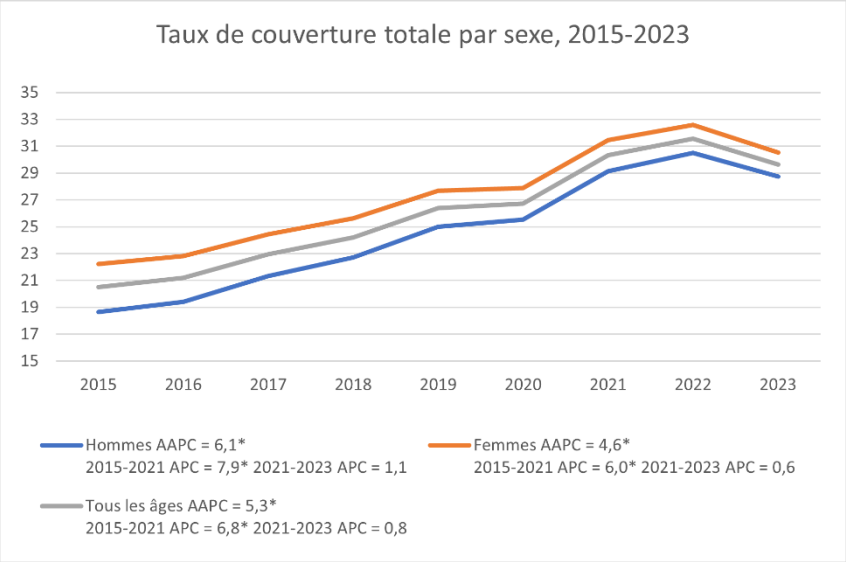
Graphique 2A : Taux de couverture totale, dans et hors programme du dépistage du cancer colorectal, 2014-2023



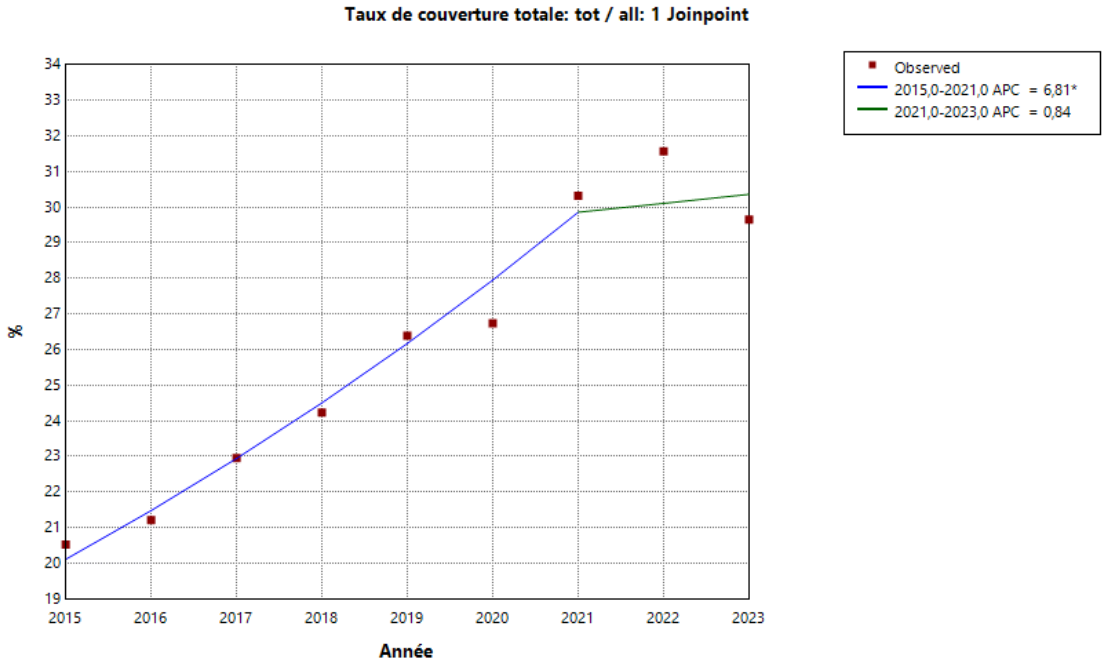
Graphique 2B : Taux de couverture totale du dépistage du cancer colorectal par groupe d'âge, 2015-2023



Graphique 2C : Taux de couverture totale du dépistage du cancer colorectal par sexe, 2014-2023

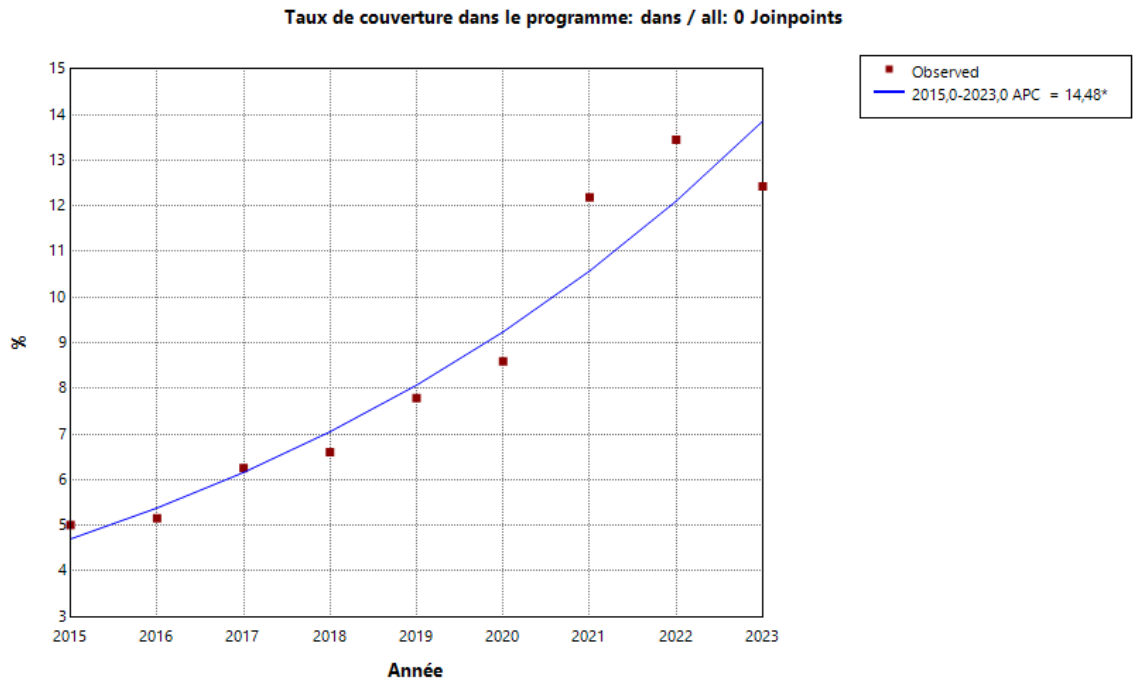


Graphique 2D : Evolution du taux de couverture totale du dépistage du cancer colorectal, 2015-2023



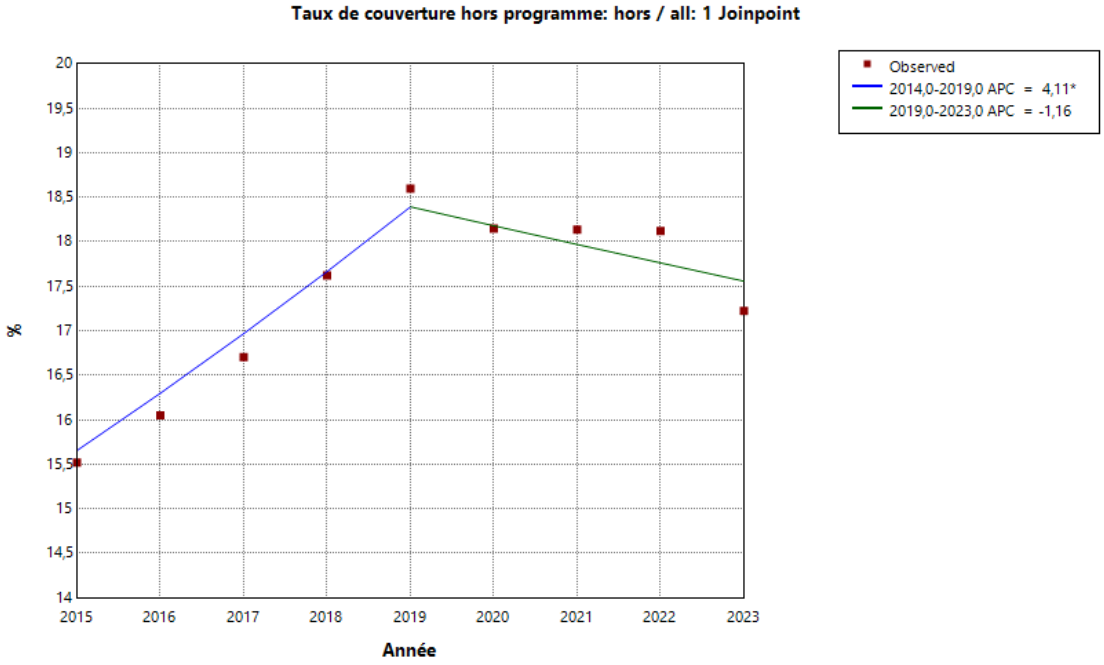
* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 1 Joinpoint.

Graphique 2E : Evolution du taux de couverture dans le programme de dépistage du cancer colorectal, 2015-2023



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

Graphique 2F : Evolution du taux de couverture en-dehors du programme de dépistage du cancer colorectal, 2014-2023

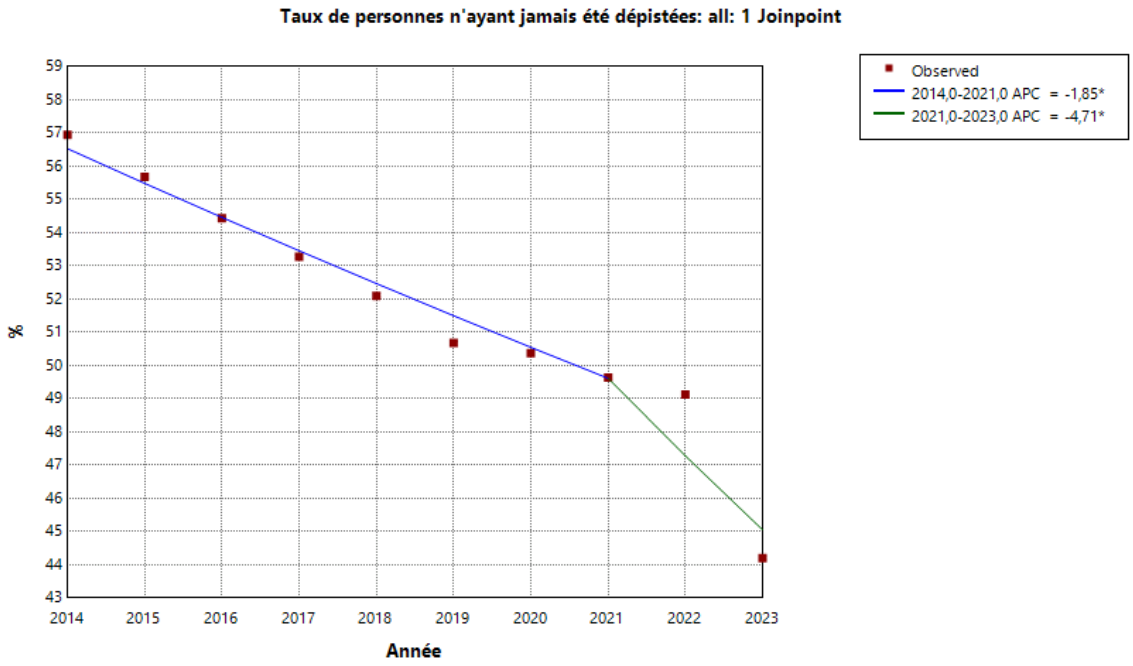


* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 1 Joinpoint.

3.3. TAUX DE PERSONNES N'AYANT JAMAIS REALISE UN DEPISTAGE

Le **taux de personnes n'ayant jamais réalisé un dépistage** du cancer colorectal diminue d'année en année sur la période 2014-2023 (AAPC = -2,5*). Un point d'inflexion est observé en 2021. Entre 2014 et 2021, une diminution significative (APC = -1,8*) est observée. A partir de 2021, cette décroissance augmente (APC = -4,7*) et reste significative.

Graphique 3 : Evolution du taux de personnes n'ayant jamais réalisé un dépistage du cancer colorectal, 2014-2023

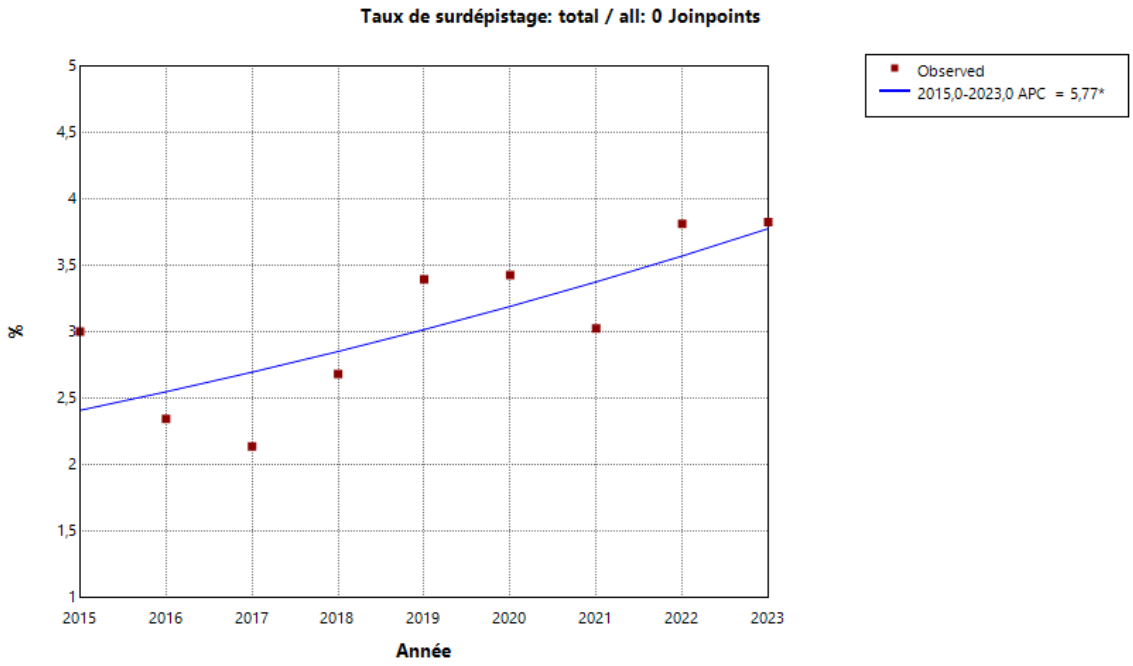


* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 1 Joinpoint.

3.4. SURDÉPISTAGE

Le taux de surdépistage chez les participants augmente de manière significative sur toute la période 2014-2023 (AAPC = 5,8*), sans point d'inflexion.

Graphique 4 : Evolution du taux de surdépistage du cancer colorectal, 2014-2023



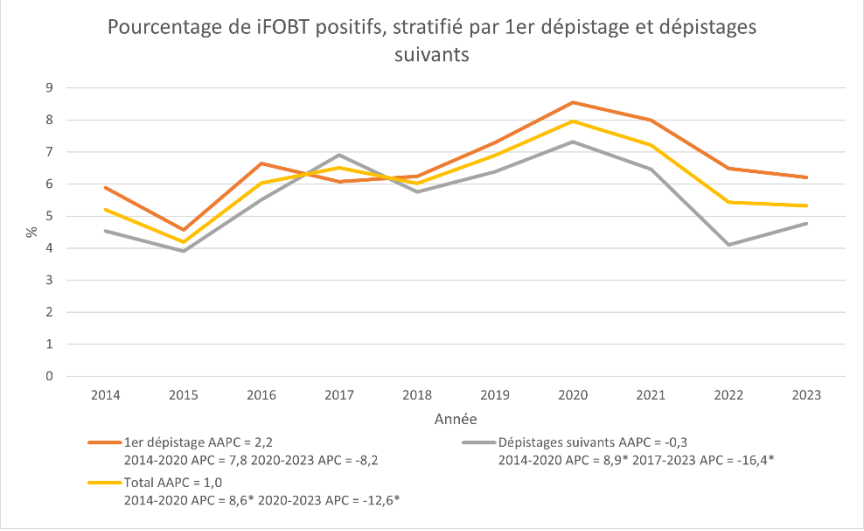
* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

4. INDICATEURS CONCERNANT : LE RESULTAT DU DEPISTAGE ET LE DIAGNOSTIC DES CANCERS ET DES ADENOMES

4.1. POURCENTAGE DE IFOBT POSITIFS

Sur la période 2014-2023, **le taux de positivité du iFOBT** augmente de manière non significative (AAPC = 1,0). Il y a un point d'inflexion en 2020. Entre 2014 et 2020, il y a une augmentation significative (APC = 8,6*). Entre 2020 et 2023, la tendance s'inverse et il y a une diminution significative (APC = -12,6*).
Selon les recommandations de l'Union européenne (3), le % de iFOBT positifs, au **premier dépistage**, doit se trouver entre 4,4 et 11,1%. Pour la période 2014-2023, il y a une augmentation non significatice de ce taux (APC = 2,2). Il y a un point d'inflexion en 2020. Entre 2014 et 2020, il y a une augmentation non significative (APC = 7,8). Entre 2020 et 2023, il y a une diminution, non significative (APC = -8,2). Les taux se trouvent dans la fourchette des recommandations européennes sur toute la période 2014-2023.
Concernant les **dépistages suivants**, il apparait une diminution non significative (AAPC = -0,3). Il y a un point d'inflexion en 2020. Entre 2014 et 2020, il y a une augmentation (APC = 8,9*) significative. Entre 2020 et 2023, il y a une diminution (APC = -16,4*), significative.

Graphique 5 : % de iFOBT positifs, stratifié par 1er dépistage et dépistages suivants, 2014-2023

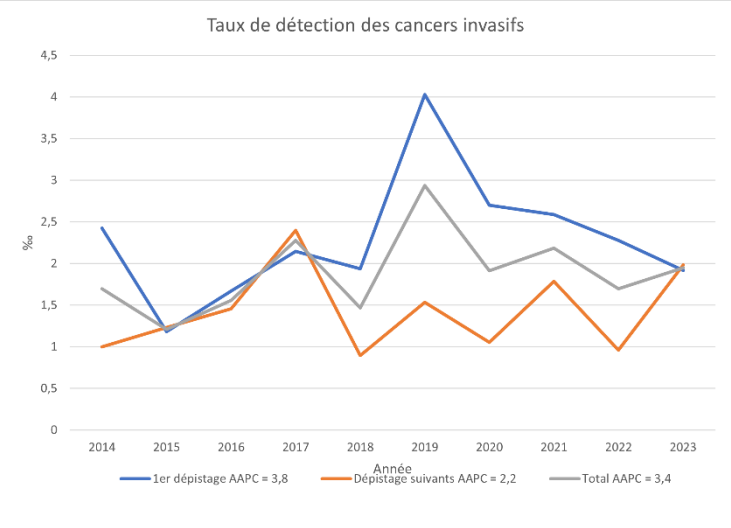


4.2. TAUX DE DETECTION DES CANCERS COLORECTAUX ET DES ADENOMES, TAUX DES CANCERS D'INTERVALLE ET CANCERS POST-COLOSCOPIQUES, ET VALEUR PREDICTIVE, SENSIBILITE ET SPECIFICITE DU TEST DE DEPISTAGE

4.2.1. TAUX DE DETECTION DES CANCERS INVASIFS

Le **taux de détection total des cancers invasifs** augmente de manière non significative (AAPC = 3,4). Il n'y pas de point d'inflexion.
Le **taux de détection des cancers invasifs au premier dépistage** augmente de manière non significative (AAPC = 3,8). Il n'y a pas de point d'inflexion.
Le **taux de détection des cancers invasifs aux dépistages suivants** augmente de manière non significative (AAPC = 2,2). Il n'y a pas de point d'inflexion.

Graphique 6A : Taux de détection des cancers invasifs, 2014-2023



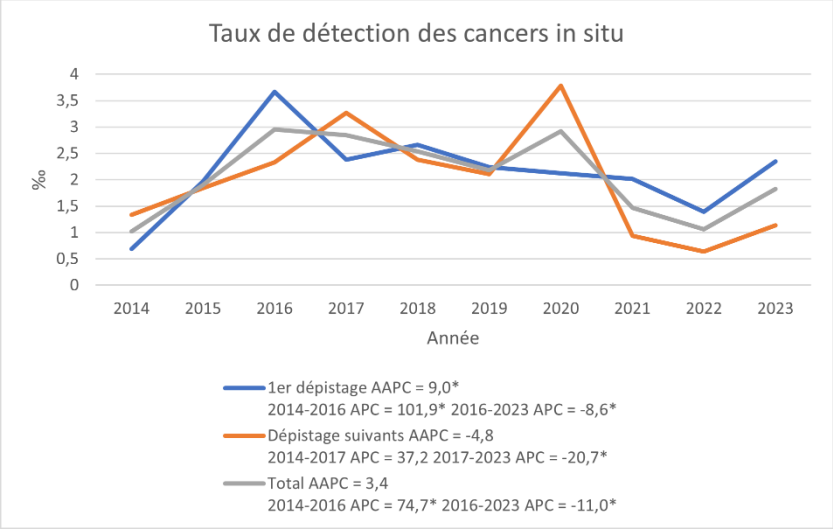
4.2.2. TAUX DE DETECTION DES CANCERS IN SITU

Le **taux de détection total des cancers in situ** augmente de manière non significative (AAPC = 3,4). Il y a un point d'inflexion en 2016. Entre 2014 et 2016, il y a une augmentation (APC = 74,7*) significative. Entre 2016 et 2023, la tendance s'inverse et il y a une diminution significative (APC = -11,0*).

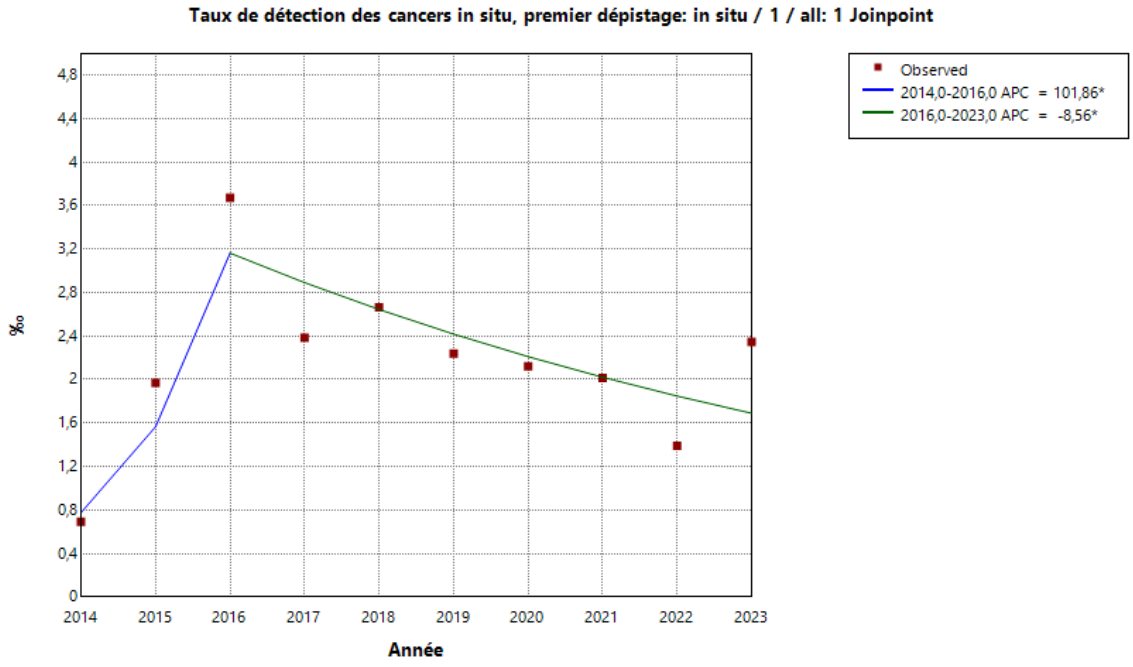
Le **taux de détection des cancers in situ au premier dépistage** augmente de manière significative (AAPC = 9,0*). Il y a un point d'inflexion en 2016. Entre 2014 et 2016, il y a une augmentation significative (APC = 101,9*). Entre 2016 et 2023, il y a une diminution (APC = -8,6*), significative.

Le **taux de détection des cancers in situ aux dépistages suivants** diminue de manière non significative (AAPC = -4,8). Cependant, il existe un point d'inflexion en 2017. Entre 2014 et 2017, le taux de détection augmente de manière non significative (APC = 37,2). Entre 2017 et 2023, il diminue significativement (APC = -20,7*).

Graphique 6B : Taux de détection des cancers in situ, 2014-2023



Graphique 6C : Evolution du taux de détection des cancers in situ au premier dépistage, 2014-2023



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 1 Joinpoint.

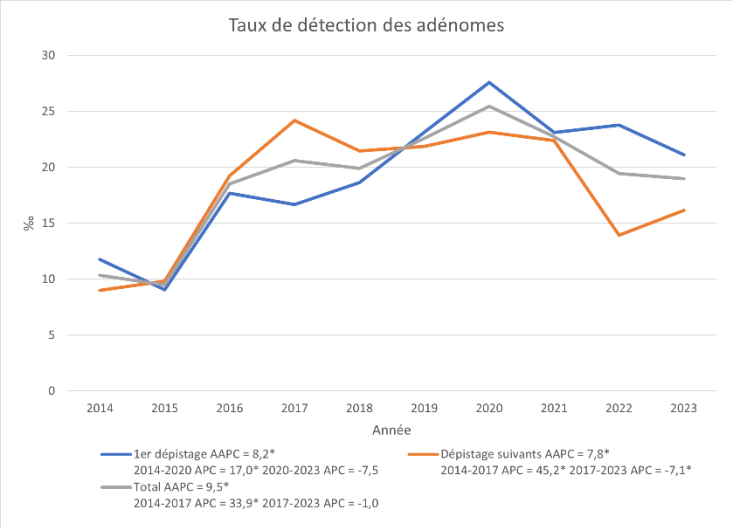
4.2.3. TAUX DE DETECTION DES ADENOMES

En 2016, le programme de dépistage est passé du test à base de résine Gaïac (gFOBT-Hemoccult®) au test immunologique spécifique de l'hémoglobine humaine (iFOBT), plus fiable et plus sensible (4). On peut observer, par ce passage, un taux de détection des adénomes qui augmente fortement. Le **taux de détection des adénomes** augmente significativement sur la période 2014-2023 (AAPC = 9,5*). Entre 2014 et 2017, il y a une augmentation significative (APC = 33,9*). Pour la période 2017-2023, ce taux diminue (APC = -1,0), mais de façon non significative.

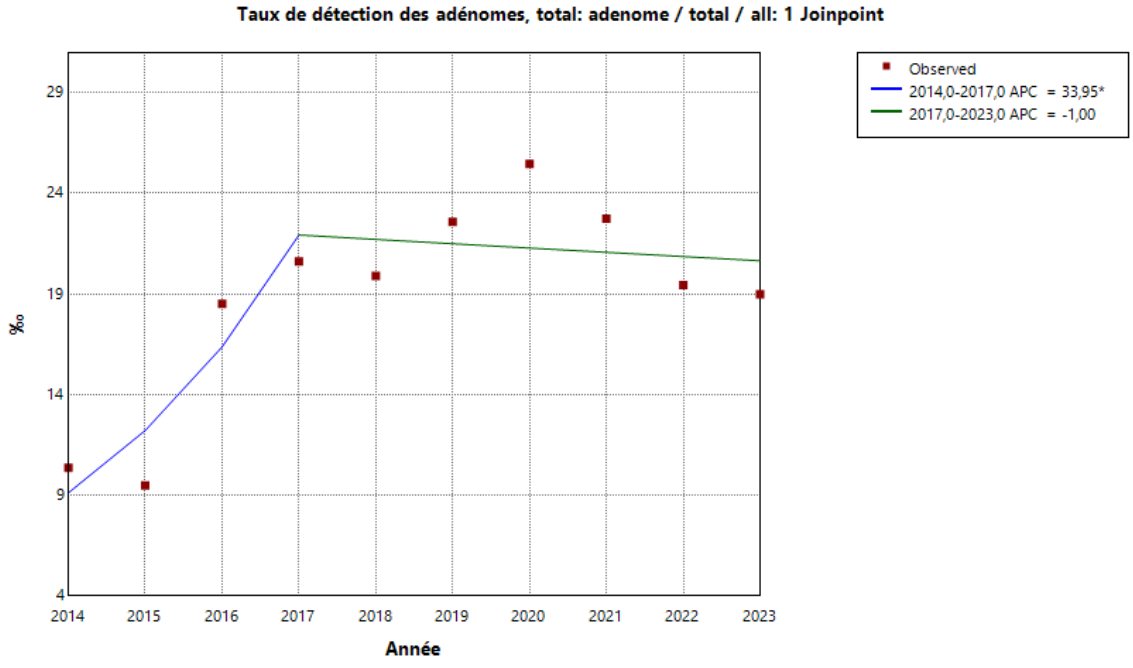
Pour le **taux de détection des adénomes au premier dépistage**, il y a une augmentation (AAPC = 8,2*). Il y a un point d'inflexion en 2020. Il y a une augmentation entre 2014 et 2020 (APC de 17,0*) et une diminution entre 2020 et 2023 (APC = -7,5), mais elle n'est pas significative. Selon les recommandations de l'Union européenne, le taux de détection des adénomes au premier dépistage doit se trouver entre 13,3 et 22,3‰ (3). Le taux de détection des adénomes du programme de dépistage bruxellois était inférieur en 2014 et 2015 et supérieur en 2019-2022 à ces recommandations.

Pour les **dépistages suivants**, il y a une augmentation significative sur la période (AAPC = 7,8*). Il y a un point d'inflexion en 2017. Entre 2014 et 2017 il y a une augmentation (APC = 45,2*) suivie d'une diminution significative entre 2017 et 2023 (APC = -7,1*).

Graphique 6D : Taux de détection des adénomes, 2014-2023

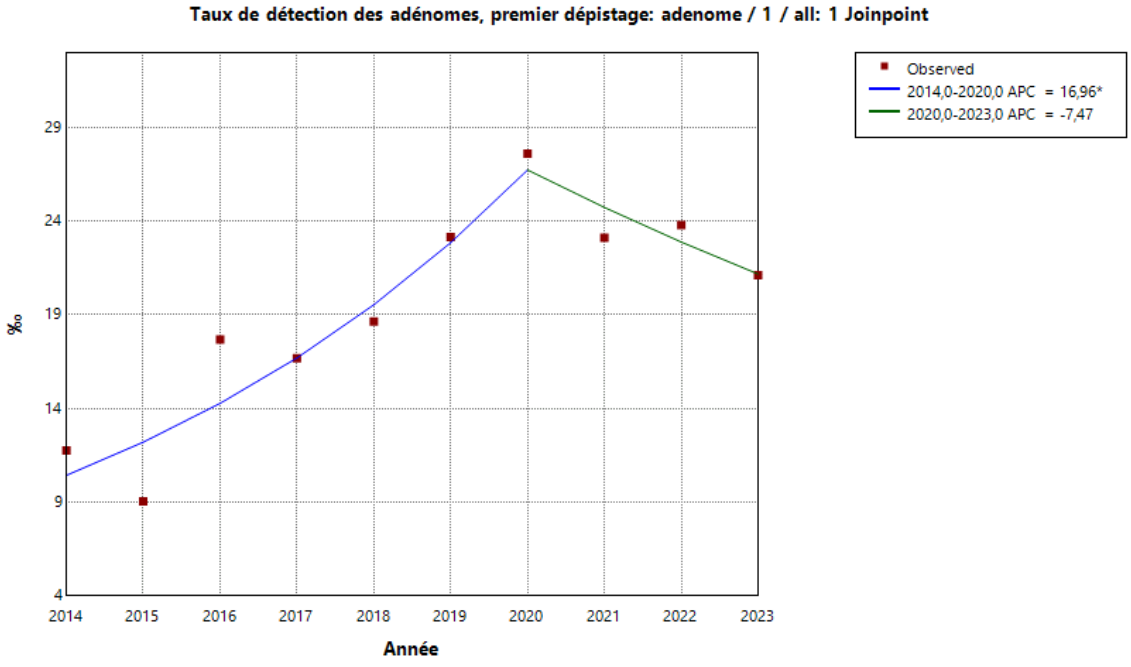


Graphique 6E : Evolution du taux de détection des adénomes, total, 2014-2023



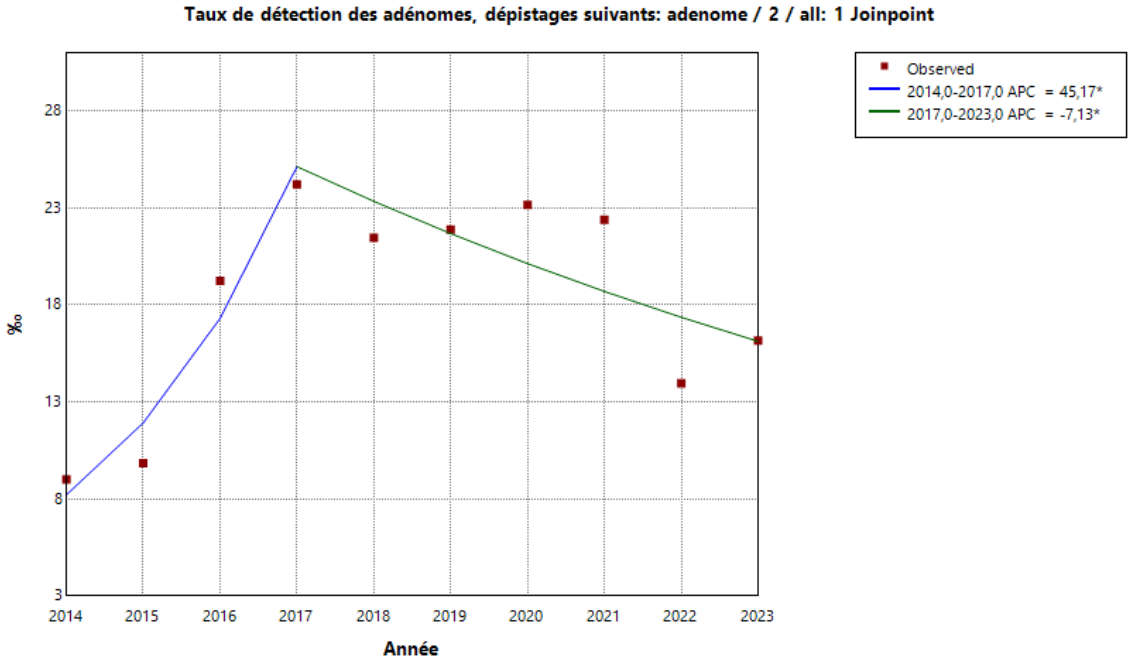
* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 1 Joinpoint.

Graphique 6F : Evolution du taux de détection des adénomes, premier dépistage, 2014-2023



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 1 Joinpoint.

Graphique 6G : Evolution du taux de détection des adénomes, dépistages suivants, 2014-2023

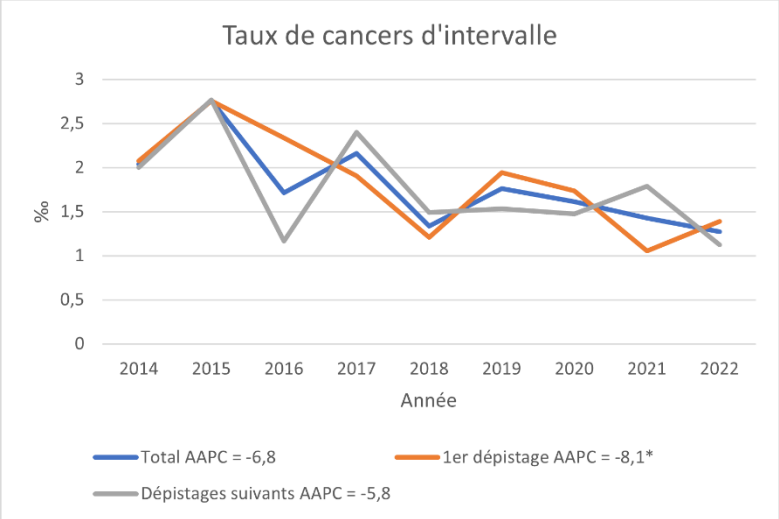


* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 1 Joinpoint.

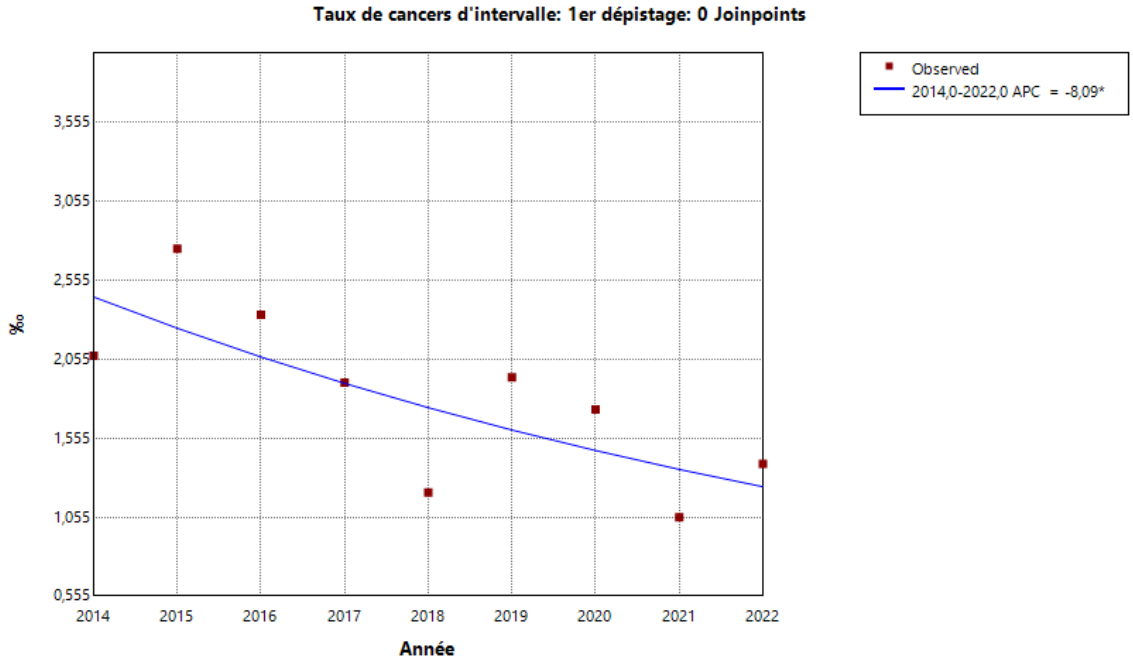
4.2.4. TAUX DE CANCERS D'INTERVALLE

Le **taux de cancers d'intervalle** diminue de manière non significative de sur toute la période 2014-2022 (AAPC = -6,8), sans point d'inflexion observé. Concernant le taux de cancers d'intervalle au **premier dépistage**, il y a une diminution significative sur toute la période (AAPC = -8,1*). Il n'y a pas de point d'inflexion observé dans cette diminution. Concernant le taux de cancers d'intervalle aux **dépistages suivants**, une diminution est observée (AAPC = -5,8) sans point d'inflexion, mais n'est pas significative.

Graphique 7A : Taux de cancers d'intervalle, 2014-2022



Graphique 7B : Evolution du taux de cancers d'intervalle, premier dépistage, 2014-2022

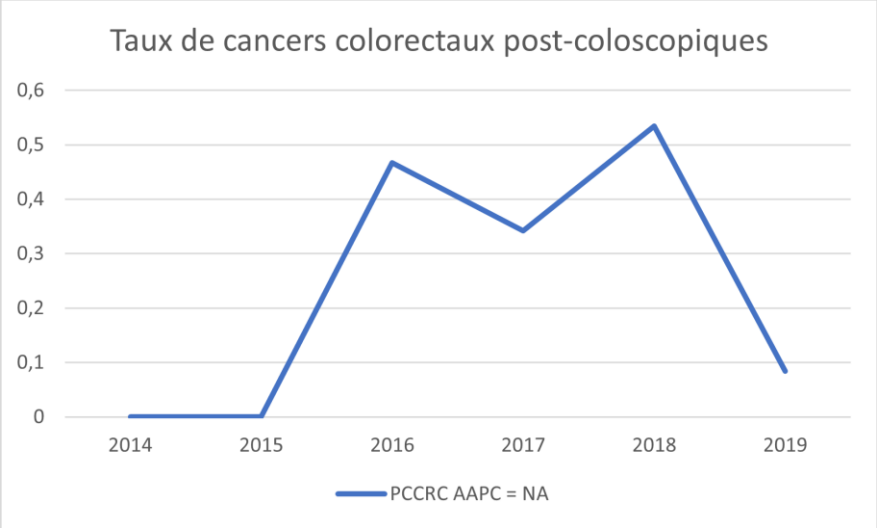


* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

4.2.5. TAUX DE CANCERS COLORECTAUX POST-COLOSCOPIQUES

Le nombre de **cancers colorectaux post-coloscopiques** est très faible. Pour la période 2014-2019, l'analyse de tendances n'est pas possible étant donné qu'il n'y a pas eu de PCCRC en 2014 et 2015. Par ailleurs, les nombres étant très faibles, il se peut qu'il y ait une variation aléatoire des résultats.

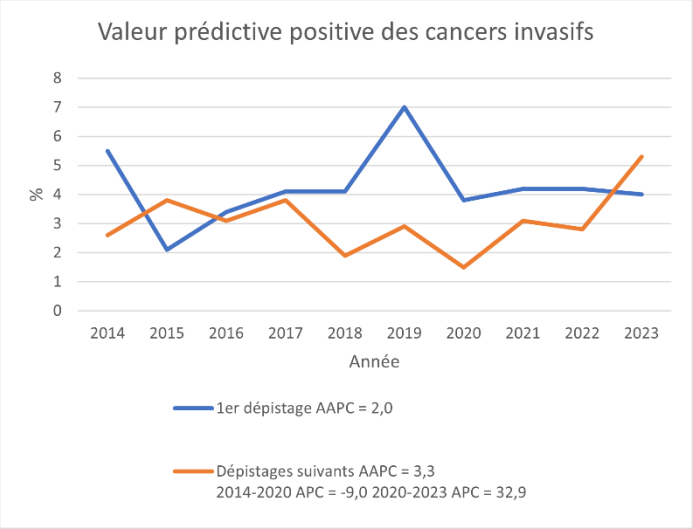
Graphique 8 : Taux de cancers colorectaux post-coloscopiques, 2014-2019



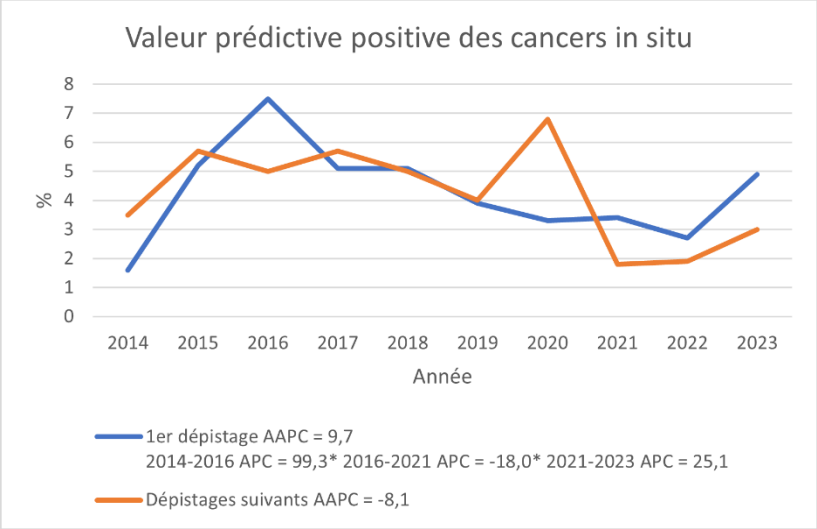
4.2.6. VALEUR PRÉDICTIVE POSITIVE

Pour la période 2014-2023, la **valeur prédictive positive des cancers invasifs au premier dépistage** augmente (AAPC = 2,0) de manière non significative. Il n'y a pas de point d'inflexion observé.
Pour les **dépistages suivants**, il y a une augmentation (AAPC = 3,3) non significative. Il y a un point d'inflexion en 2020. Entre 2014 et 2020, il y a une diminution non significative (APC = -9,0). Entre 2020 et 2023, il y a une augmentation non significative (APC = 32,9).
Pour la période 2014-2023, la **valeur prédictive positive des cancers in situ au premier dépistage** augmente (AAPC = 9,7) de manière non significative. Il y a 2 points d'inflexion observés en 2016 et en 2021. Entre 2014 et 2016, il y a une forte augmentation (APC = 99,3*), significative. Entre 2016 et 2021, une diminution significative est observée (APC = -18,0*). Entre 2021 et 2023, il y a une augmentation (APC = 25,1) non significative. Pour les **dépistages suivants**, sur la période 2014-2023, il y a une diminution non significative (AAPC = -8,1). Il n'y a pas de point d'inflexion observé.
Pour la période 2014-2023, **la valeur prédicitve positive des adénomes au premier dépistage** augmente (AAPC = 6,5*). Cette augmentation significative apparaît comme constante, il n'y a pas de point d'inflexion observé. Concernant la **valeur prédictive positive des adénomes aux dépistages suivants**, elle augmente également sur la période 2014-2023 (AAPC = 7,6*). Un point d'inflexion est observé en 2016. Entre 2014 et 2016, il y a une forte augmentation significative (APC = 36,9*). Entre 2016 et 2023, il y a une légère augmentation (APC = 0,4), non significative.
L'augmentation de la valeur prédictive positive pour les adénomes est liée à l'amélioration des pratiques, au passage au test iFOBT par rapport au test gFOBT en 2016 permettant une sensibilité plus accrue aux lésions précoces (4).

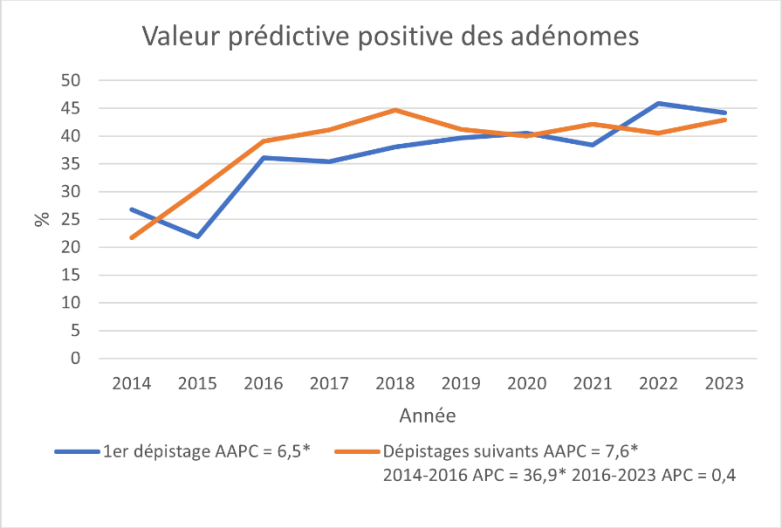
Graphique 9A : Valeur prédicitive positive des cancers invasifs, 2014-2023



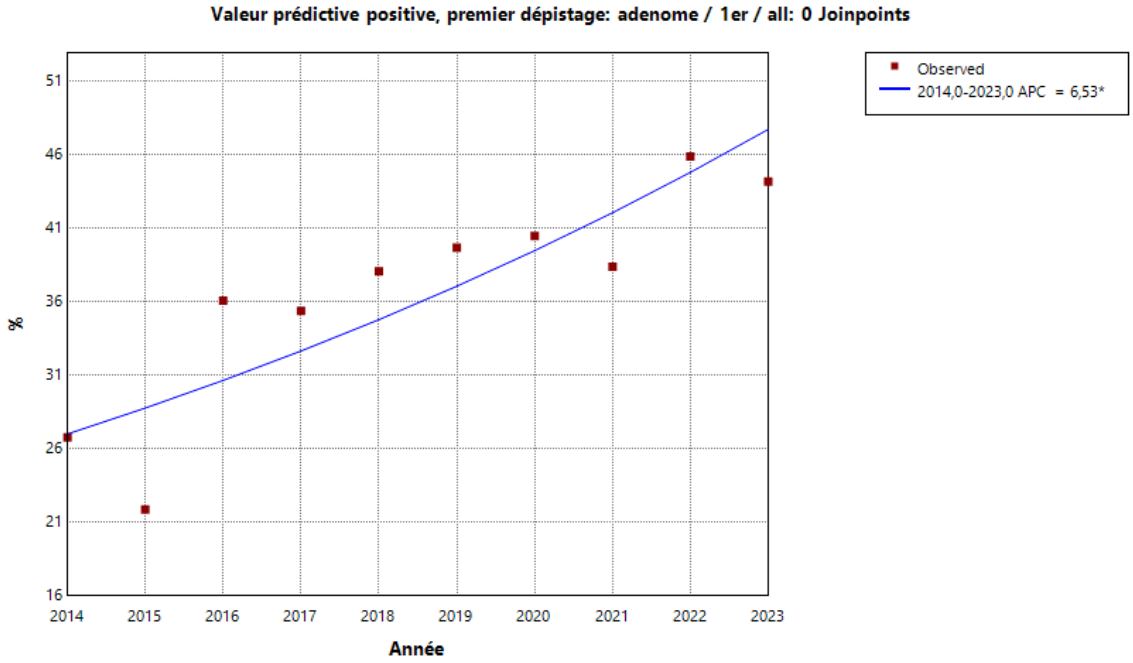
Graphique 9B : Valeur prédictive positive des cancers in situ, 2014-2023



Graphique 9C : Valeur prédicitive des adénomes, 2014-2023

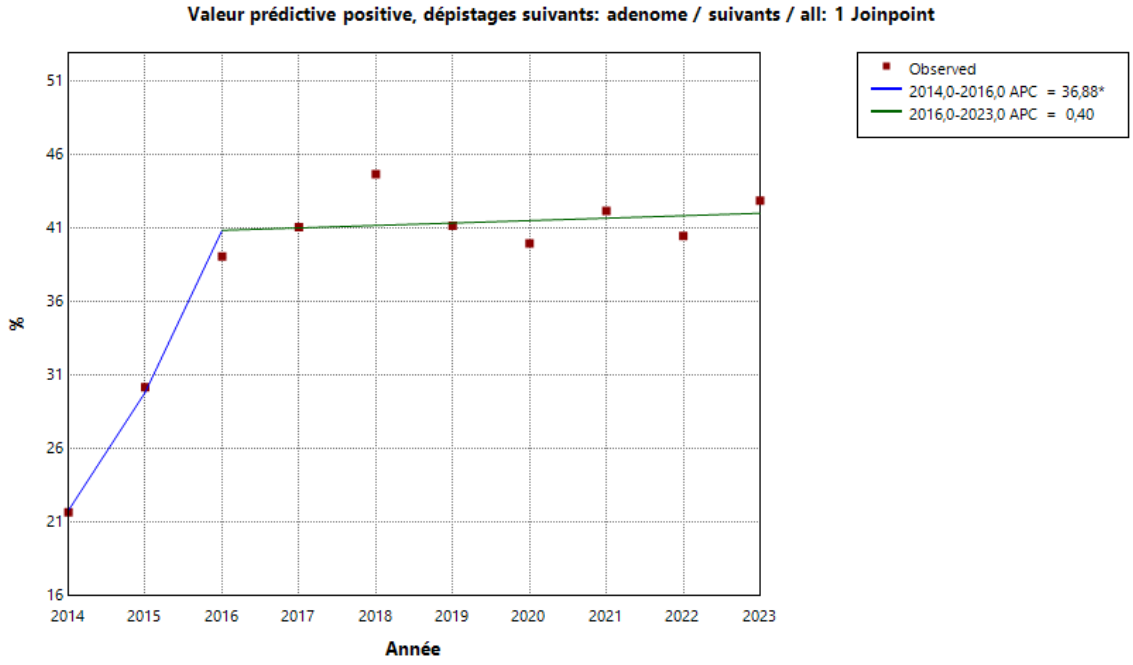


Graphique 9D : Evolution de la valeur prédictive positive des adénomes, premier dépistage, 2014-2023



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

Graphique 9E : Evolution de la valeur prédictive positive des adénomes, dépistages suivants, 2014-2023



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 1 Joinpoint.

4.2.7. SENSIBILITÉ DU IFOBT

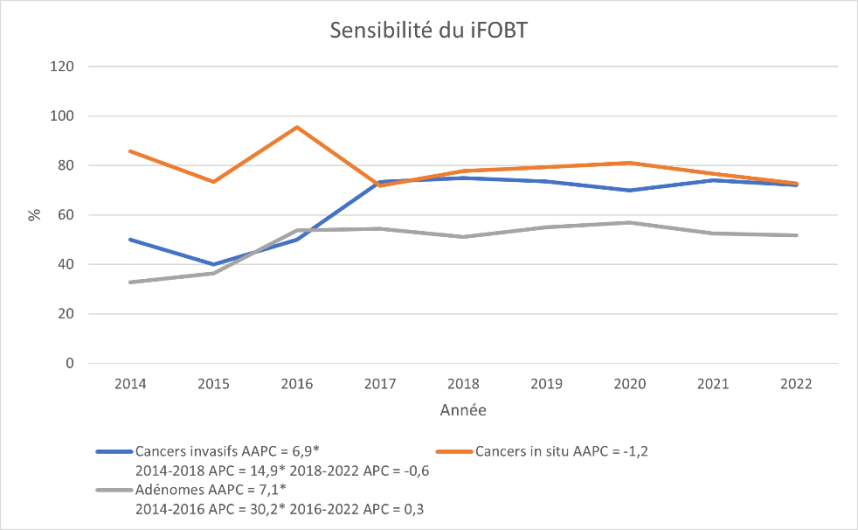
Pour la période 2014-2022, on observe une augmentation significative de la **sensibilité du iFOBT pour les cancers invasifs** (AAPC = 6,9*). Il y a un point d'inflexion en 2018. Entre 2014 et 2018, il y a une augmentation significative (APC = 14,9*). A partir de 2018, il apparaît une diminution (APC = -0,6) non significative.

En 2014-2022, il y a une diminution de la **sensibilité du iFOBT pour les cancers in situ** (AAPC = -1,2). Cette diminution n'est pas significative et il n'y a pas de point d'inflexion observé.

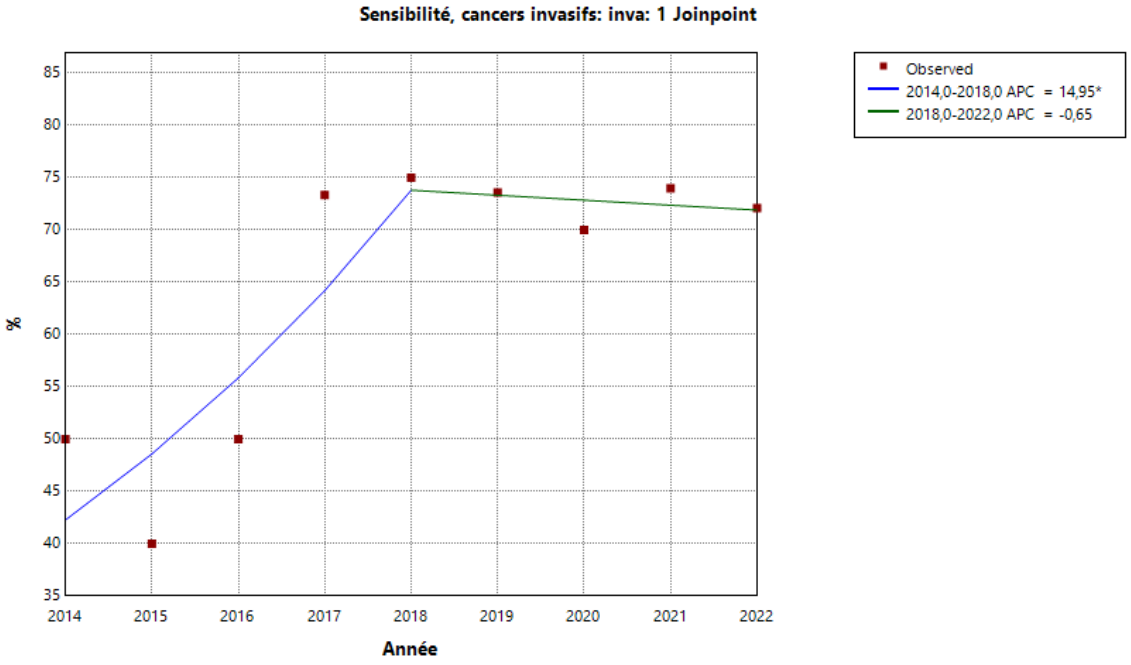
Sur la même période 2014-2022, il y a une augmentation significative de la **sensibilité du iFOBT pour les adénomes** (AAPC = 7,1*). Il y a un point d'inflexion en 2016. Entre 2014 et 2016, il y a une forte augmentation significative (APC = 30,2*) et à partir de 2016, il y a une augmentation moindre, non significative (APC = 0,3).

Cette augmentation globale de la sensibilité du iFOBT, et surtout jusqu'en 2017, est correlée avec le passage au test iFOBT par rapport au test gFOBT en 2016.

Graphique 10A : Sensibilité du iFOBT pour les cancers invasifs, in situ et les adénomes, 2014-2022

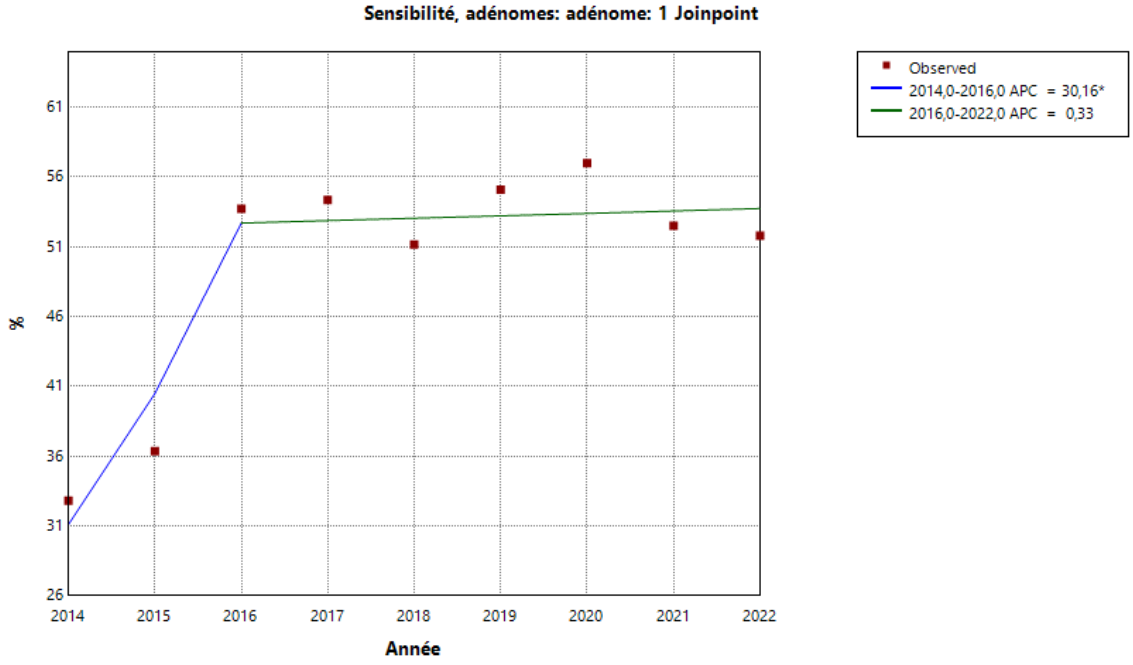


Graphique 10B : Evolution de la sensibilité du test iFOBT aux cancers invasifs, 2014-2022



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 1 Joinpoint.

Graphique 10C : Evolution de la sensibilité du test iFOBT aux adénomes, 2014-2022

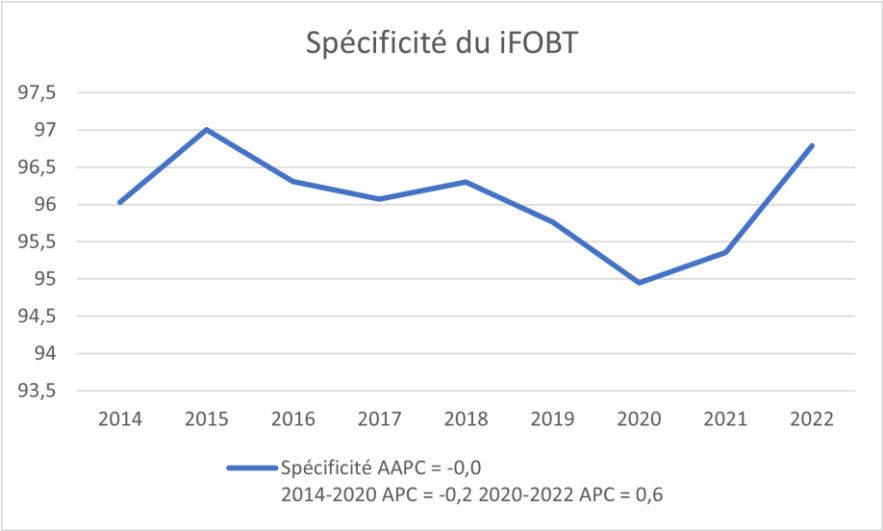


* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 1 Joinpoint.

4.2.8. SPÉCIFICITÉ DU IFOBT

Sur la période de 2014 à 2022, la **spécificité** du iFOBT se trouve entre 94,9% et 97,0% et il y a une très légère diminution non significative (AAPC = -0,0). On observe un point d'inflexion en 2020 . Entre 2014 et 2020, la spécificité a diminué de manière non significative (APC = -0,2). Entre 2020 et 2022, il y a une augmentation (APC = 0,6), mais elle n'est pas significative.

Graphique 11 : Sépcificité du test iFOBT, 2014-2022

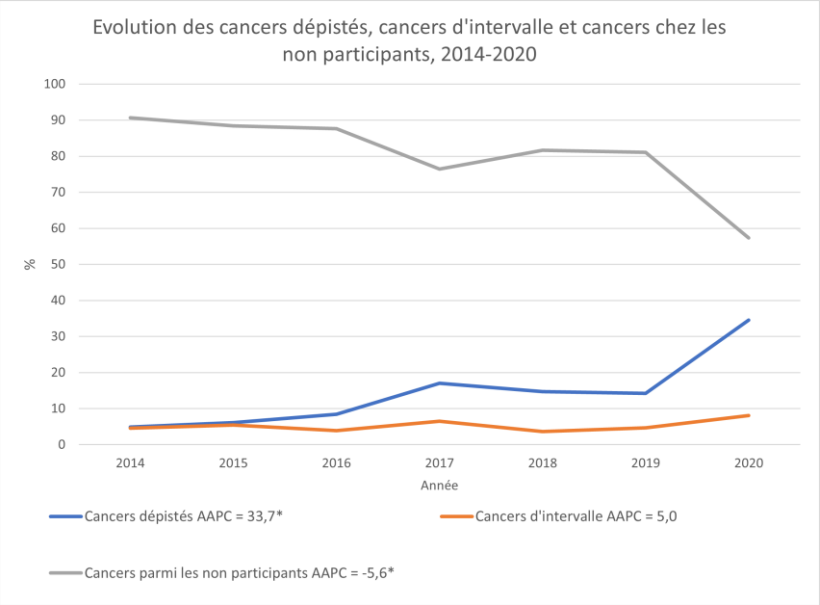


4.3. DISTRIBUTION DES CANCERS DÉPISTÉS, DES CANCERS D'INTERVALLE ET DES CANCERS PARMI LES NON PARTICIPANTS SELON LE STADE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC

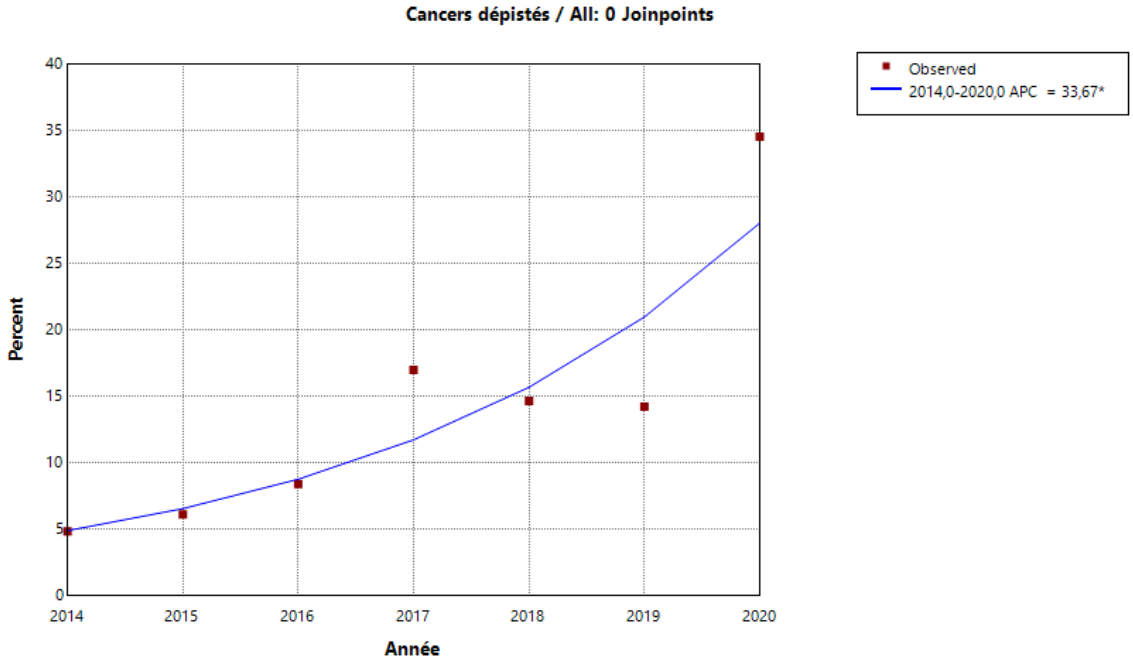
Ces données sont rapportées pour la période 2014-2020. En effet, le stade au moment du diagnostic des cancers est possible par l'enregistrement du cancer (complet pour les cancers d'incidence jusque 2022). Cependant, les cancers d'intervalle peuvent être diagnostiqués jusqu'à 24 mois après un iFOBT négatif, les chiffres concernant les taux de cancers d'intervalle sont définitifs jusqu'à l'année de dépistage 2021 et quasi définitifs pour l'année de dépistage 2022. Le stade des cancers d'intervalle n'est complet qu'à partir de l'année 2020. Ces cancers sont donc analysés jusque l'année de dépistage 2020. Les proportions de chaque stade sont calculées sur tous les cancers (stades connus et inconnus confondus).

Au cours de cette période, nous constatons une augmentation significative de la proportion de **cancers dépistés** parmi tous les cancers colorectaux (AAPC = 33,7*).
La proportion de **cancers d'intervalle** sur la période ne montre pas de tendance significative (AAPC = 5,0).
Concernant la proportion de **cancers parmi les non participants**, il y a une diminution significative sur la période (AAPC = -5,6*).

Graphique 12A : Evolution de la proportion des cancers dépistés, cancers d'intervalle et cancers chez les non participants parmi tous les cancers colorectaux, 2014-2020

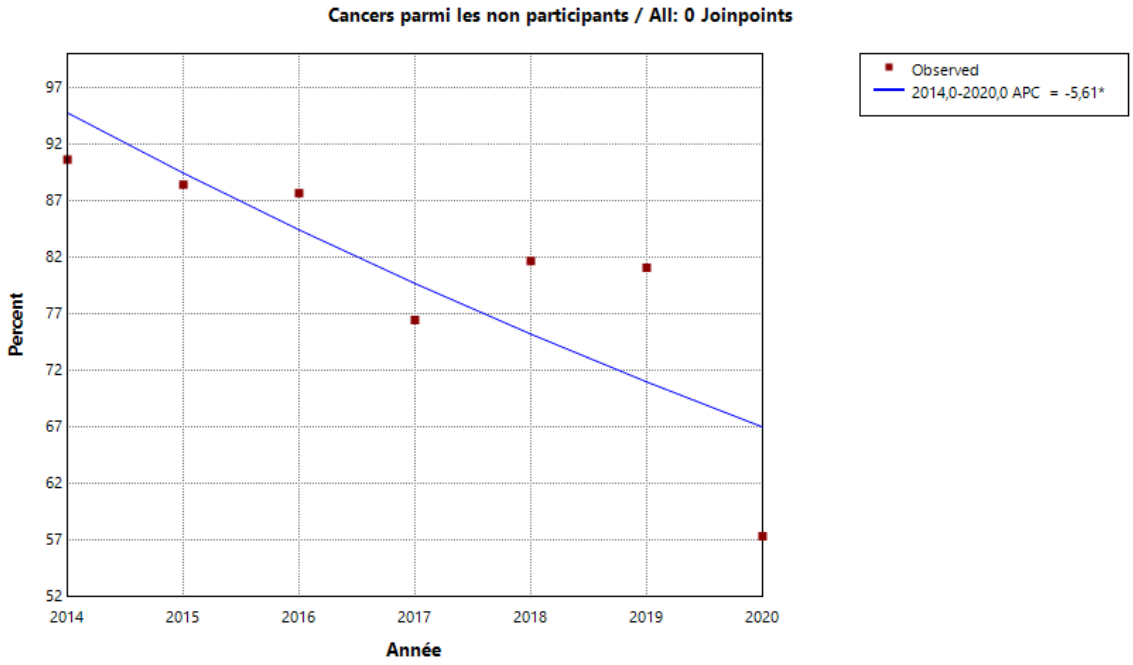


Graphique 12B : Evolution du % de cancers dépistés, 2014-2020



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

Graphique 12C : Evolution du % de cancers parmi les non participants, 2014-2020



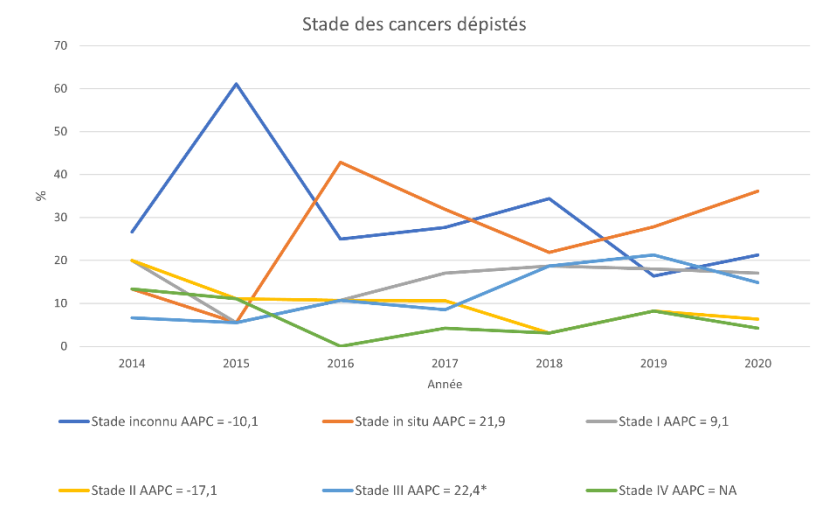
* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

4.3.1. DISTRIBUTION DES STADES AU MOMENT DU DIAGNOSTIC DES CANCERS DÉPISTÉS

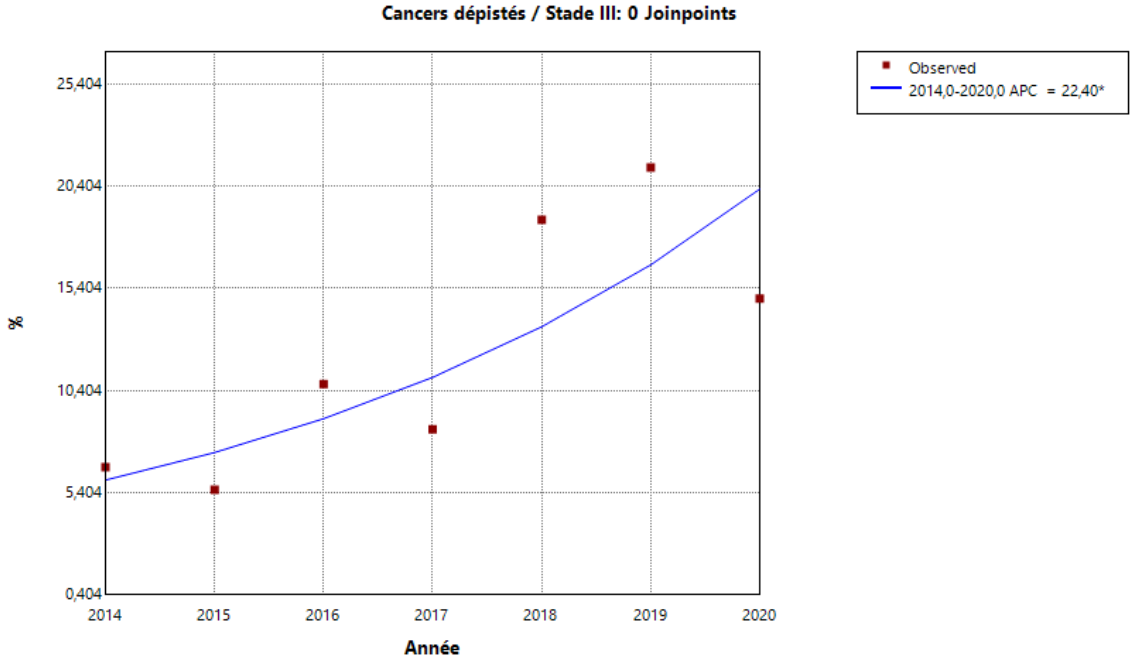
Concernant les cancers dépistés de **stade in situ**, entre 2014 et 2020, une augmentation non significative de la proportion de ces cancers est observée (AAPC = 21,9).

Pour les cancers dépistés au **stade I**, il y a une augmentation non significative sur la période 2014-2020 (AAPC = 9,1).
La proportion de cancers dépistés au **stade II** au moment du diagnostic a diminué de manière non significative sur la période 2014-2020 (AAPC = -17,1).
Le % des cancers dépistés au **stade III** augmente (AAPC = 22,4*) de manière significative.
Concernant les cancers dépistés au **stade IV**, étant donné qu'il n'y a pas eu de cas pour l'année de dépistage 2016, l'analyse de tendances n'est pas possible.
Pour la période 2014-2020, le % des cancers dépistés au **stade inconnu** a diminué de manière non significative sur toute la période (AAPC = -10,1). Il n'y a pas de point d'inflexion observé.

Graphique 12D : Stades des cancers dépistés, 2014-2020



Graphique 12E : Evolution du taux de tumeurs dépistées au stade III, 2014-2020

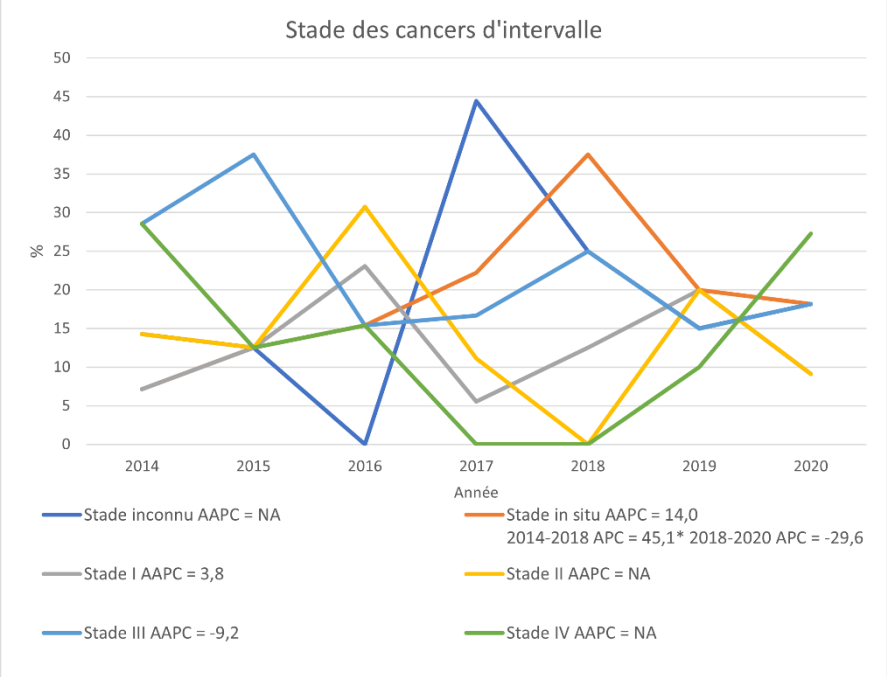


* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

4.3.2. DISTRIBUTION DES STADES AU MOMENT DU DIAGNOSTIC DES CANCERS D'INTERVALLE

Concernant les cancers d'intervalle de **stade in situ**, entre 2014 et 2020, une augmentation non significative de la proportion de ces cancers est observée (AAPC = 14,0). Il y a un point d'inflexion en 2018. Dès lors, entre 2014 et 2018, il y a une augmentation significative (APC = 45,1*) et entre 2018 et 2020, il y a une diminution non significative (APC = -29,6).
Pour les cancers au **stade I**, il y a une augmentation non significative sur la période 2014-2020 (AAPC = 3,8).
L'analyse de tendances pour les cancers d'intervalle de **stade II** n'est pas possible étant donné qu'il n'y a pas eu de cas pour l'année de dépistage 2018.
Le % des cancers de **stade III** diminue (AAPC = -9,2) de manière non significative.
Concernant les cancers d'intervalle de **stade IV**, l'analyse de tendances n'est pas possible car il n'y a pas eu de cas pour les années de dépistage 2017-2018.
Pour la période 2014-2020, l'analyse de tendances du % des cancers d'intervalle de **stade inconnu** n'est pas possible étant donné qu'il n'y a pas de cancers d'intervalle de stade inconnu pour l'année de dépistage 2016.

Graphique 12F : Stades des cancers d'intervalle, 2014-2020

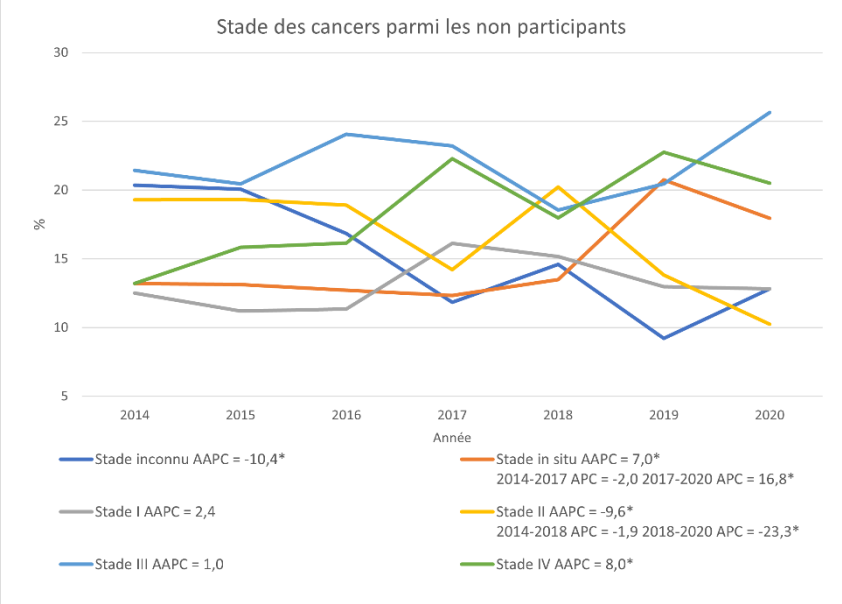


4.3.3. DISTRIBUTION DES STADES AU MOMENT DU DIAGNOSTIC DES CANCERS PARMI LES NON PARTICIPANTS

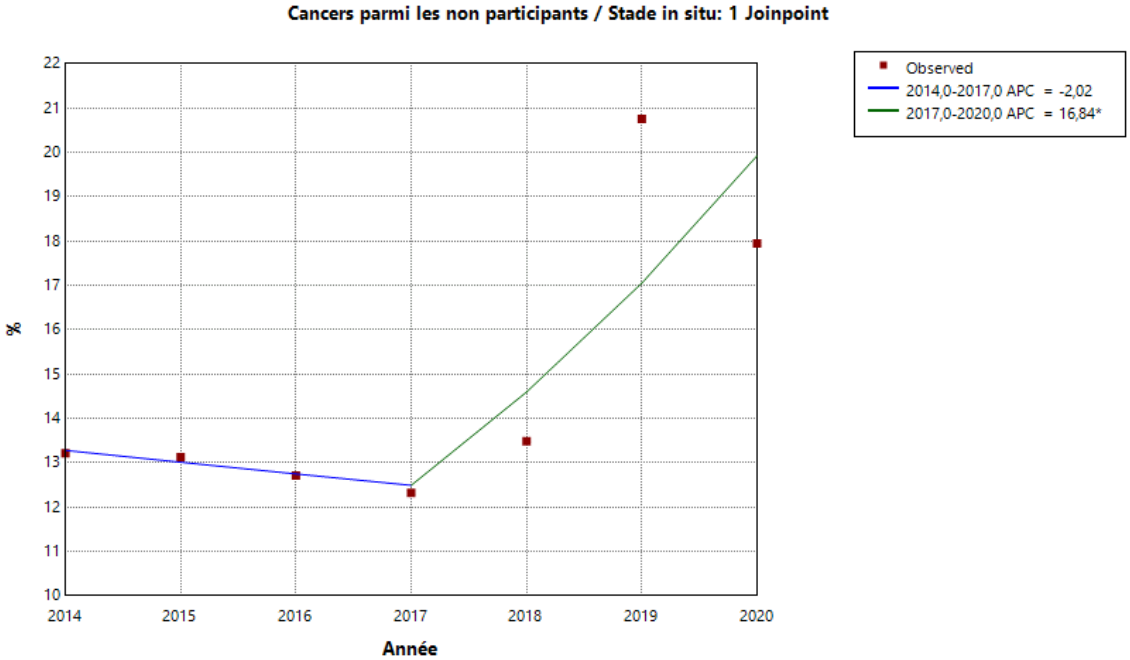
Concernant les cancers parmi les non participants de **stade in situ**, entre 2014 et 2020, une augmentation de la proportion de ces cancers est observée (AAPC = 7,0*). Il y a un point d'inflexion en 2017. Entre 2014 et 2017, il y a une diminution non significative (APC = -2,0) et entre 2017 et 2020, il y a une augmentation significative (APC = 16,8*).
Pour les cancers au **stade I**, il y a une augmentation non significative sur la période 2014-2020 (AAPC = 2,4).
La proportion de cancers au **stade II** au moment du diagnostic a diminué de manière significative sur la période 2014-2020 (AAPC = -9,6*). Il y a un point d'inflexion en 2018. Entre 2014 et 2018, il y a une diminution non significative (APC = -1,9). Entre 2018 et 2020, la diminution est plus importante et devient significative (APC = -23,3*).
Le pourcentage de cancers de **stade III** augmente (AAPC = 1,0) de manière non significative.

Concernant les cancers de **stade IV**, il y a une augmentation (AAPC = 8,0*) significative sur la période 2014-2020.
Pour la période 2014-2020, le % des cancers parmi les non participants au **stade inconnu** a diminué de manière significative sur toute la période (AAPC = -10,4*). Il n'y a pas de point d'inflexion observé.

Graphique 12G : Stade des cancers parmi les non participants, 2014-2020

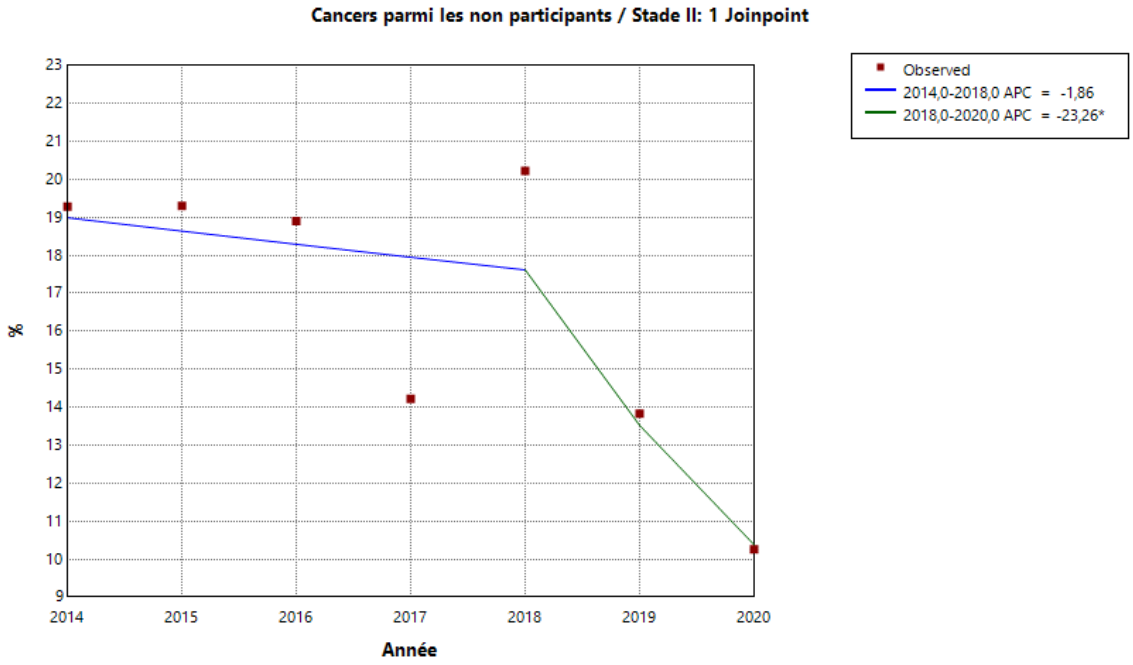


Graphique 12H : Evolution du taux de cancers parmi les non participants de stade in situ, 2014-2020



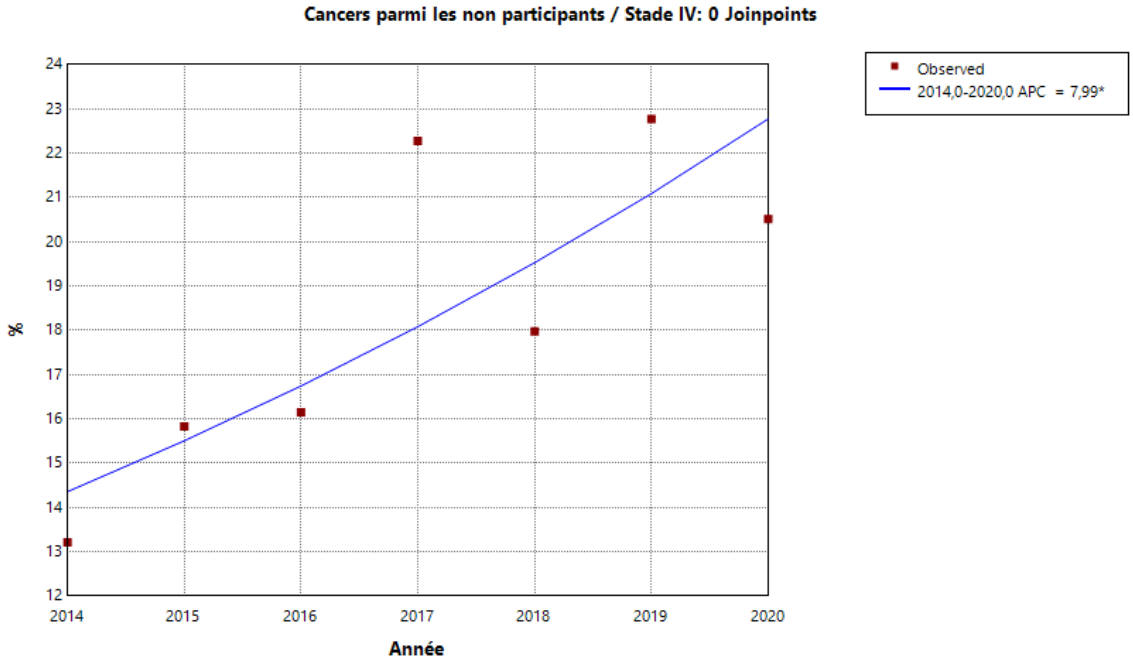
* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 1 Joinpoint.

Graphique 12I : Evolution du taux de cancers parmi les non participants de stade II, 2014-2020



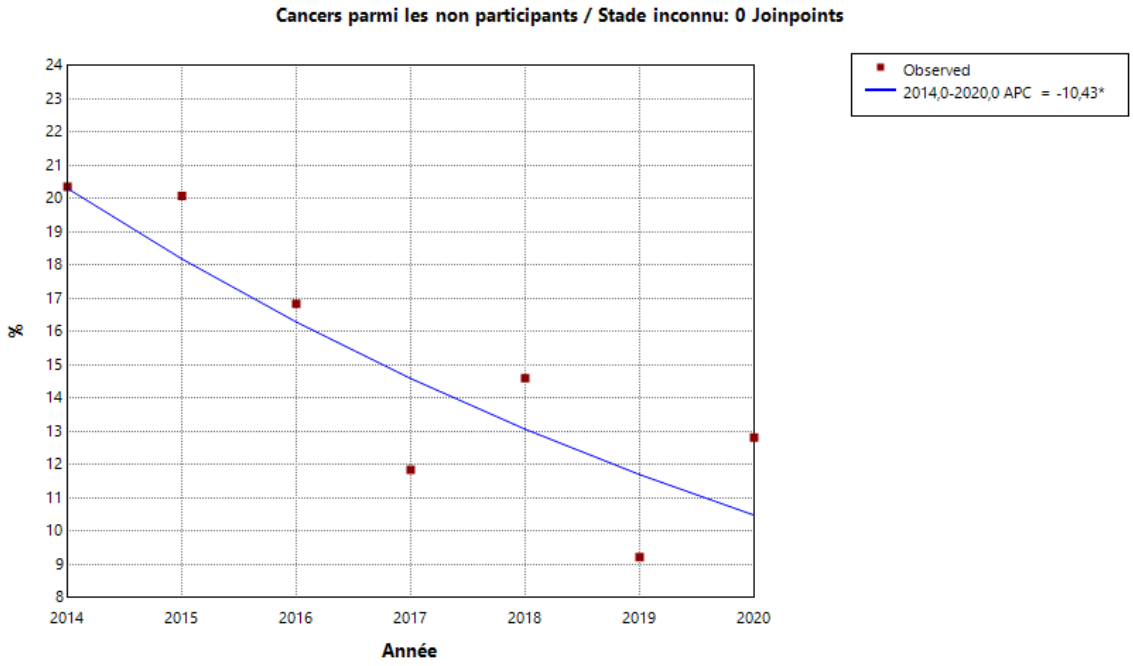
* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 1 Joinpoint.

Graphique 12J : Evolution du taux de cancers parmi les non participants de stade IV, 2014-2020



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

Graphique 12K : Evolution du taux de cancers parmi les non participants de stade inconnu, 2014-2020



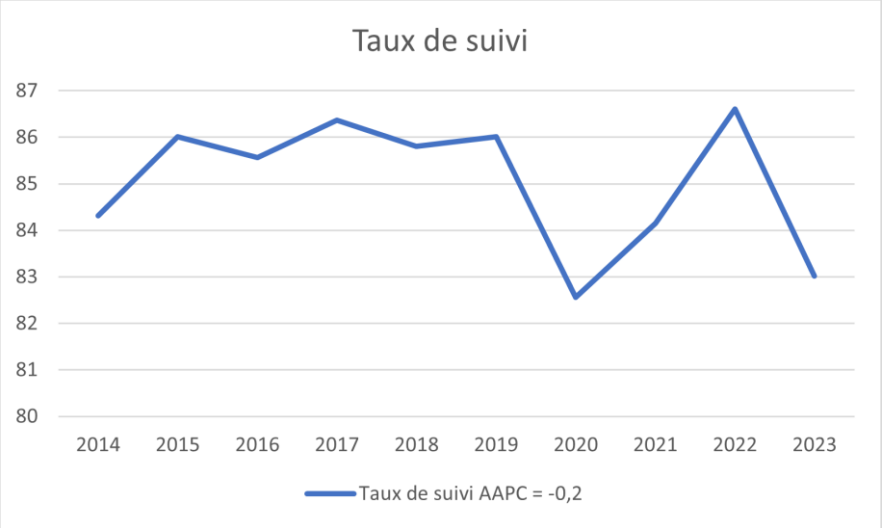
* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

5. INDICATEURS CONCERNANT : LE SUIVI ET LE TRAITEMENT

5.1. TAUX DE SUIVI

Lorsqu'un iFOBT est positif, c'est la coloscopie qui est l'examen de suivi recommandé.
Le taux de suivi par coloscopie se trouve entre 82,5% (2020) et 86,6% (2022). Sur toute la période de 2014 à 2023, le taux de suivi par coloscopie diminue légèrement de manière non significative (AAPC = -0,2), sans point d'inflexion observé.

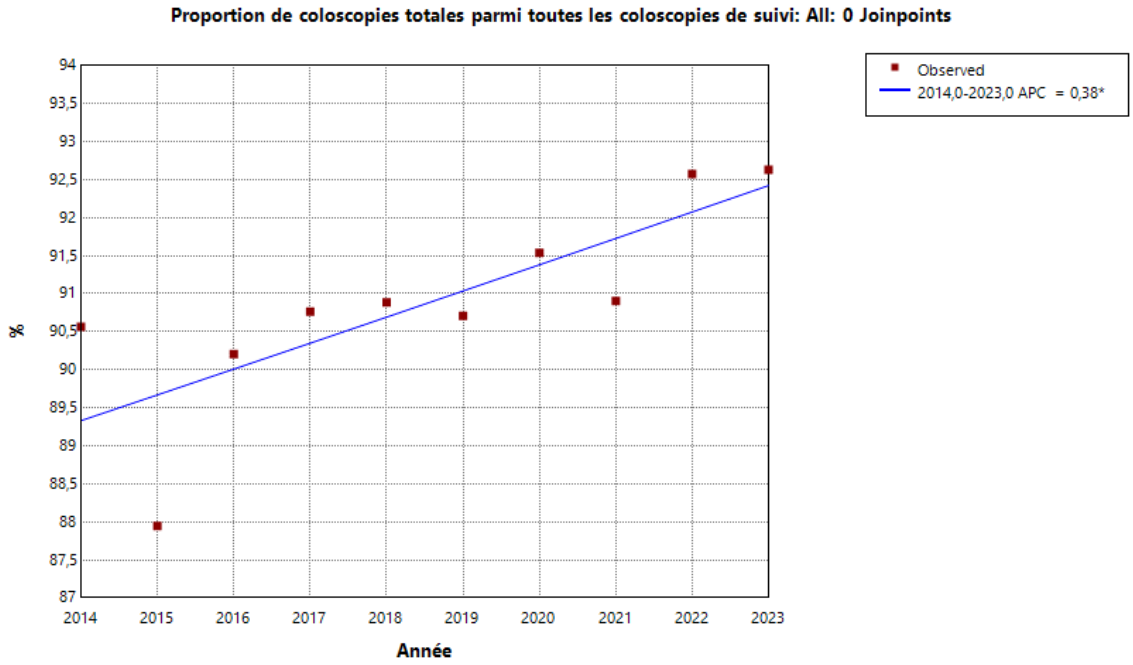
Graphique 13 : Taux de suivi par coloscopie après un iFOBT positif, 2014-2023



5.2. PROPORTION DE COLOSCOPIES TOTALES PARMI TOUTES LES COLOSCOPIES DE SUIVI

Il s'agit de la 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 (quelle qu'elle soit) dans l'année suivant un iFOBT positif.
Selon les recommandations de l'Union européenne (3), cette proportion devrait être la plus grande possible mais d'au moins 90% (acceptable) à 95% (désirable). Ces recommandations sont atteintes dès 2014 (à l'exception de 2015). Cette proportion est, par ailleurs, en augmentation sur toute la période 2014-2023 (AAPC = 0,4*), sans point d'inflexion observé.

Graphique 14 : Evolution de la proportion de coloscopies totales parmi toutes les coloscopies de suivi, 2014-2023



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

5.3. DELAI ENTRE UN TEST DE DEPISTAGE POSITIF ET LA COLOSCOPIE DE SUIVI

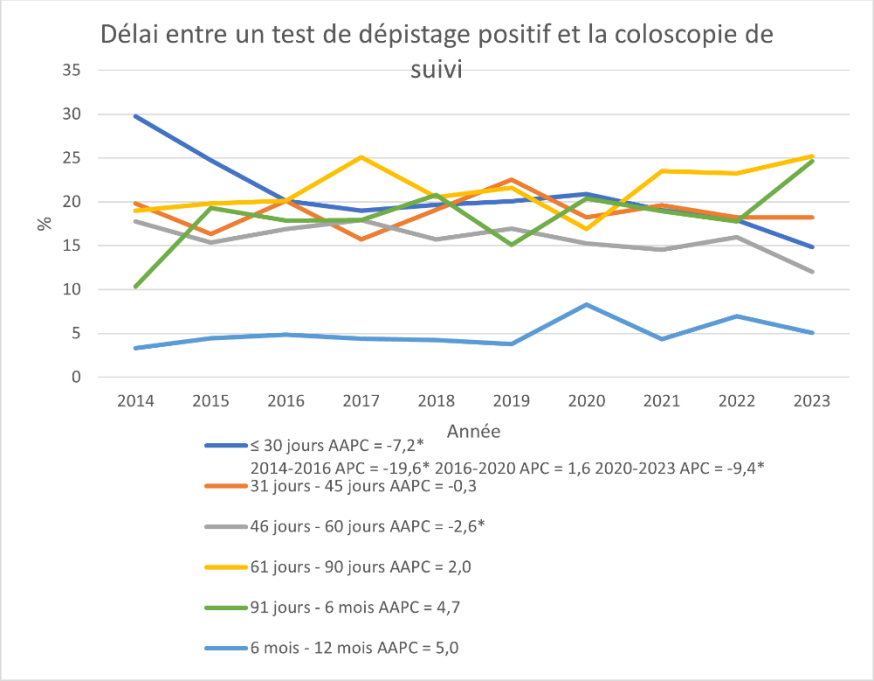
Pour la période de 2014 à 2023, la proportion de personnes avec un suivi endéans les **30 jours** a diminué significativement (AAPC = -7,2*). Deux points d'infexion sont observés, en 2016 et en 2020. Entre 2014 et 2016, il y a une forte dimuntion (APC = -19,6*), entre 2016 et 2020, il y a une légère augmentation non significative (APC = 1,6), et entre 2020 et 2023, il y a, de nouveau, une diminution significative (APC = -9,4*).

Concernant la proportion de personne avec un suivi entre **31 et 45 jours**, sur la période 2014-2023, il y a une augmentation (AAPC = 0,3) non significative.

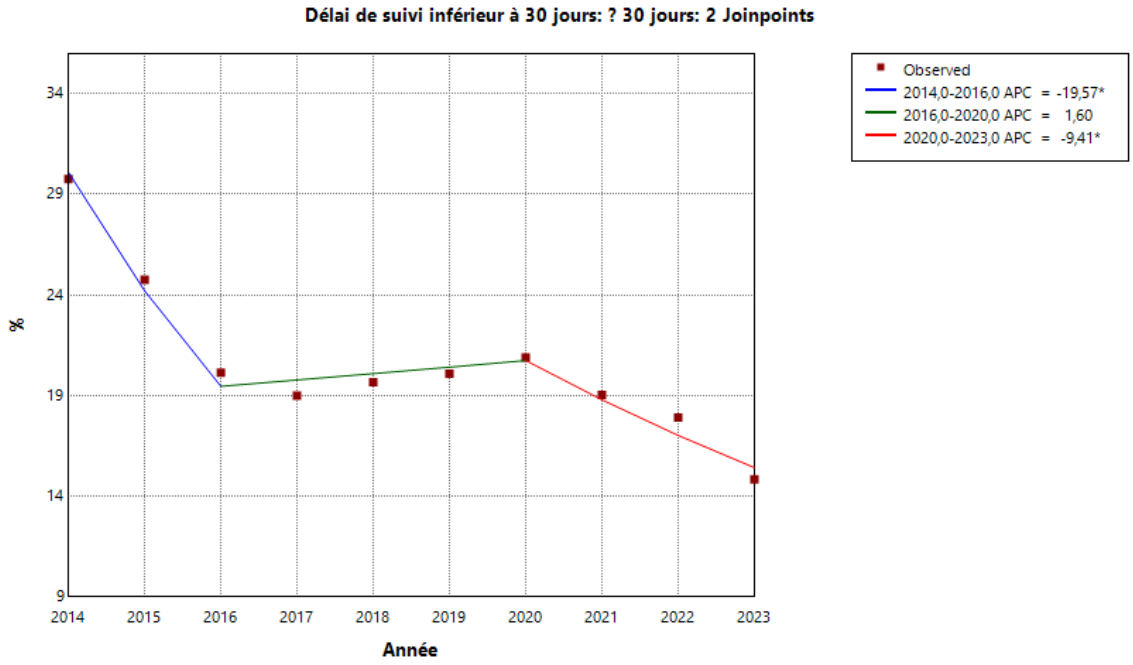
Pour la période de **46 jours à 60 jours**, il y a une diminution sur la période (AAPC = -2,6*), sans point d'inflexion observé.

Les proportions de personnes avec un suivi entre **61 jours à 90 jours** (AAPC = 2,0), entre **91 jours et 6 mois** (AAPC = 4,7) et entre **6 mois et 12 mois** (AAPC = 5,0) augmentent de manière non significative sur la période.

Graphique 15A : Délai entre un test de dépistage positif et la coloscopie de suivi, 2014-2023

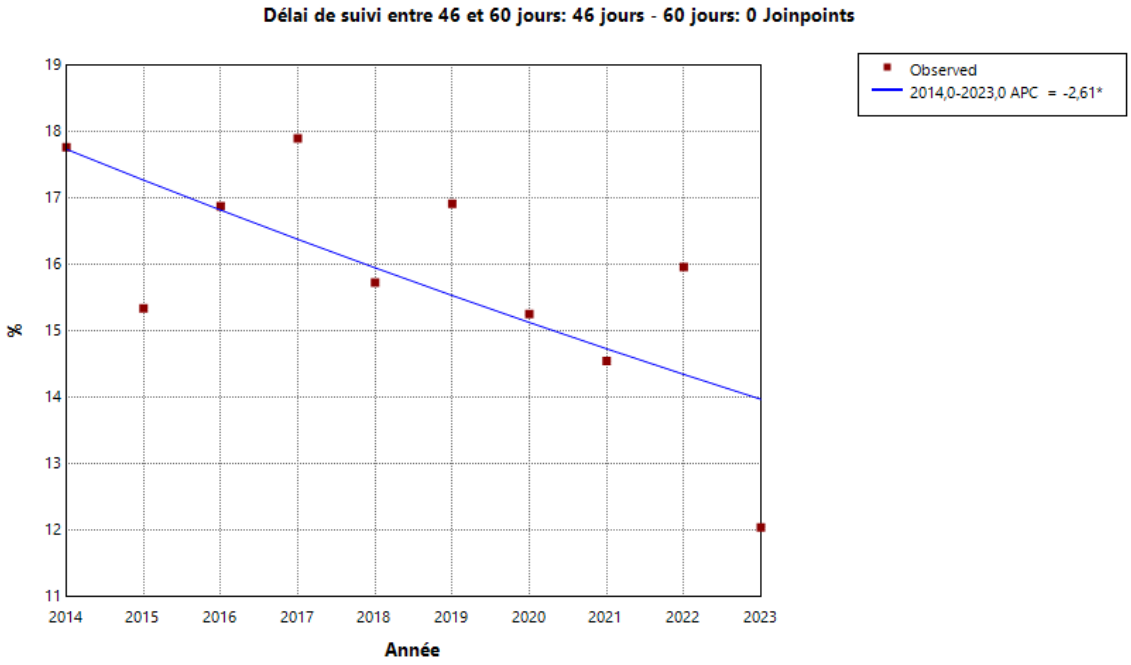


Graphique 15B : Evolution du délai entre un test de dépistage positif et la coloscopie de suivi ≤ 30 jours, 2014-2023



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 2 Joinpoints.

Graphique 15C : Evolution du délai entre un test de dépistage positif et la coloscopie de suivi entre 46 et 60 jours, 2014-2023



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

5.4. NOMBRE D'INTERVENTIONS REALISEES DANS L'ANNEE SUIVANT UN IFOBT POSITIF

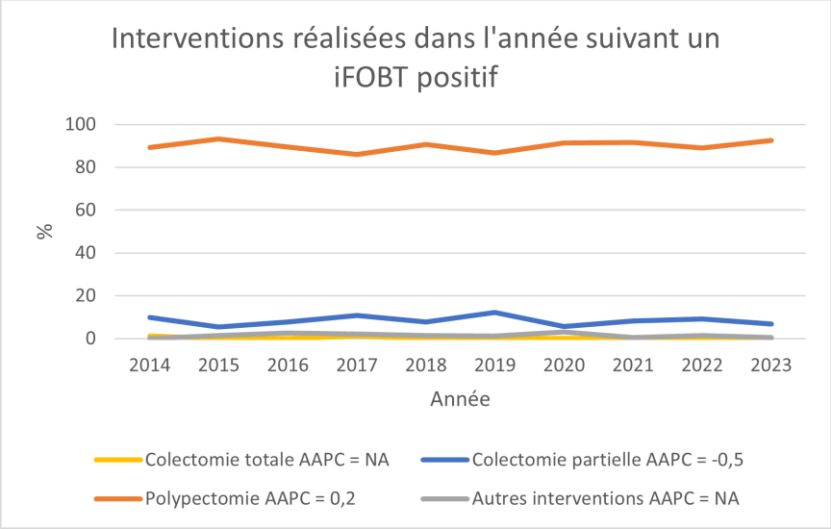
L'analyse des tendances des **colectomies totales** réalsées dans l'année suivant un iFOBT positif n'est pas possible à cause des nombres trop faibles (il n'y a pas eu de colectomie totale dans l'année suivant un iFOBT positif pour les années de dépistage 2015-2016, 2018-2021 et 2023).

La proportion de **colectomies partielles** parmi les interventions réalisées dans l'année après un iFOBT positif a diminué de manière non significative sur la période 2014-2023 (AAPC = -0,5). Il n'y a pas de point d'inflexion observé.

La proportion de **polypectomies** a, quant à elle, légèrement augmenté (AAPC = 0,2) de manière non significative, sans point d'inflexion observé.

Concernant les **autres interventions**, l'analyse de tendances n'est pas possible étant donné qu'il n'y en a pas eu en 2014.

Graphique 16 : Nombre d'interventions réalisées dans l'année suivant un iFOBT positif, 2014-2023



5.5. TRAITEMENT POUR LES CANCERS COLORECTAUX DEPISTES DANS L'ANNEE QUI SUIT UN IFOBT POSITIF

Pour tous les cancers dépistés, il a été vérifié si une intervention colorectale a été effectuée dans l'année suivant la date d'incidence du cancer colorectal.

Les tendances des **colectomies totales** ne sont pas possibles à cause des nombres trop faibles (il n'y a eu de colectomie totale parmi les cancers dépistés réalisée qu'en 2022).

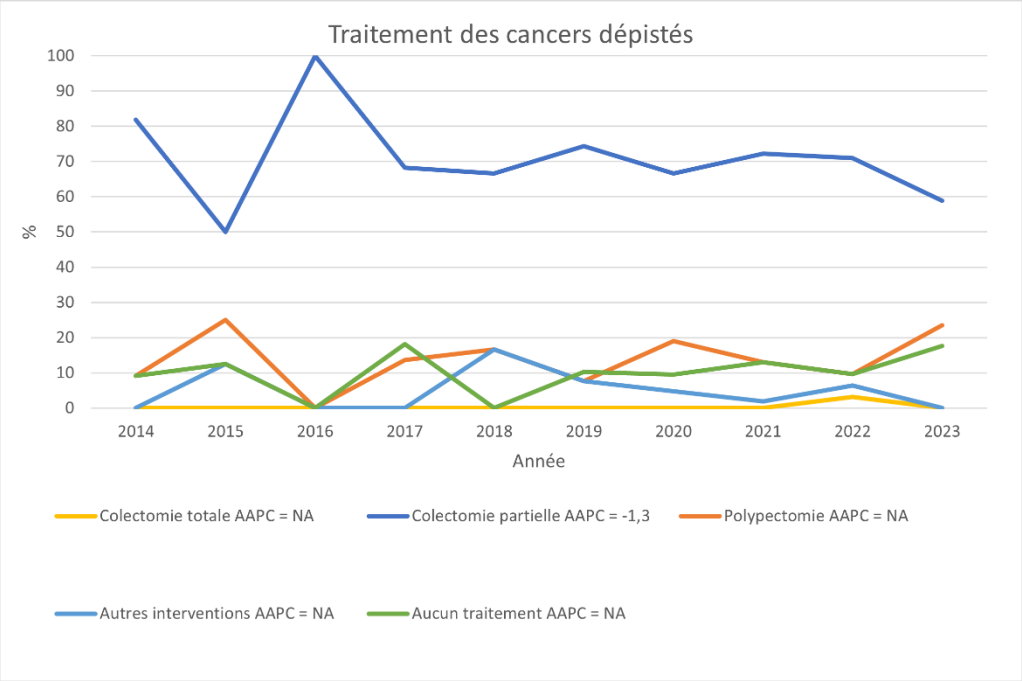
La **colectomie partielle** est un traitement dont l'utilisation aurait tendance à diminuer (AAPC = -1,3), mais pas de manière significative. Il n'y a pas de point d'inflexion.

Concernant les **polypectomies**, entre 2014 et 2023, l'analyse de tendances n'est pas possible. Il n'y a pas eu de polypectomie comme traitement de cancer dépisté en 2016.

L'analyse de tendances des **autres interventions** n'est pas non plus possible du fait qu'il n'y en ait pas eu en 2014, 2016-2017 et en 2023.

L'analyse de tendances de **l'absence de traitement connu pour les cancers dépistés dans l'année suivant un iFOBT positif** n'est pas possible étant donné qu'il n'y a pas eu de cancers dépistés pour lesquels aucun traitement n'a été connu en 2016 et en 2018. Toujours, il est à noter que les données de l'AIM ne sont pas encore complètes pour les année 2022 et 2023. Il y a également de grandes fluctuations pour certaines années, du fait des faibles nombres de cancers dépistés, cet indicateur est donc à interpréter avec prudence.

Graphique 17 : Traitement pour les cancers colorectaux dépistés dans l'année qui suit un iFOBT positif, 2014-2023



6. CONCLUSIONS ET MISE EN PERSPECTIVE DES RESULTATS

Les objectifs de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en matière de dépistage du cancer colorectal incluent l'augmentation continue de la couverture, l'amélioration de la détection précoce des cancers, ainsi qu'une réduction des inégalités d'accès au dépistage (5).

Nous observons à travers ce rapport que la **couverture totale** du dépistage du cancer colorectal est en augmentation significative pour toutes les tranches d'âge au cours de la période 2015-2023. Ce taux est passé de 20,5% en 2015 à 29,7% en 2023. La tendance à la hause de la couverture totale du dépistage sur la période est plus élevée chez les hommes que chez les femmes.
En ce qui concerne les groupes d'âge, le taux de couverture totale a augmenté dans tous les groupes d'âge avec une augmentation plus marquée dans la tranche d'âge la plus jeune (hommes et femmes de 50 à 54 ans) passant de 16,0% en 2015 à 25,6% en 2023. C'est dans cette tranche d'âge que le taux de couverture totale est le plus faible.
Les **taux de couverture dans le programme** (12,4% en 2023) et **hors programme** (17,2% en 2023) sont tous les deux en augmentation significative sur la période, avec une augmentation plus marquée pour le taux de couverture dans le programme (5% en 2015 à 12.4% en 2023).
En outre, le taux de **personnes n'ayant jamais réalisé un dépistage** diminue de manière significative sur la période 2014-2023, passant de 56,9% en 2014 à 44,2% en 2023.
Le % de **surdépistage** montre une augmentation significative, passant de 3,0% (en 2015) à 3,8% (2023) sur la période 2015-2023.

Concernant le **taux de positivité du iFOBT**, les recommandations européennes préconisent un taux de positivité entre 4,4 et 11,1% au **premier dépistage** (3). Le taux de positivité au premier dépistage est en augmentation non significative et se trouve dans les normes sur toute la période étudiée. En 2023, ce taux est de 6,2%. Pour les **dépistages suivants**, ce taux varie entre 3,9% (2015) et 7,3% (2020) sans montrer de tendance nette au cours de la période.
Par ailleurs, le **taux de détection global des cancers invasifs** ne montre pas de tendance nette et varie de 1,7‰ en 2014 à 1,9‰ en 2023. Le **taux de détection global des cancers in situ** est en augmentation non significative et passe de 1,0‰ en 2014 à 1,8‰ en 2023, avec une augmentation plus marquée et significative pour les premiers dépistages. Le **taux de détection global des adénomes** est, quant à lui, en augmentation significative et passe de 10,4‰ en 2014 à 19,0‰ en 2023.
Le **taux de cancers d'intervalle** montre une diminution non significative, passant de 2,0‰ en 2014 à 1,3‰ en 2022. Cette diminution est significative pour les 1ers dépistages.
La **valeur prédictive positive** augmente de manière significative pour les **adénomes au premier dépistage**, passant de 26,8% en 2014 à 44,2% en 2023. Pour les **adénnomes aux dépistages suivants**, elle augmente également de manière significative, passant de 21,7% en 2014 à 42,9% en 2023. En revanche, elle fluctue pour les **cancers invasifs au premier dépistage** (entre 2,1% et 7,0% sur la période) et aux **dépistages suivants** (entre 1,5% et 5,3%) ainsi que pour les cancers in situ (entre 1,6% et 7,5% au **premier dépistage** et entre 1,8% et 6,8% aux **dépistages suivants**).
La **sensibilité pour les cancers invasifs** augmente de manière significative sur la période 2014-2022 passant de 50,0% (2014) à 72,1% (2022). La **sensibilité pour les cancers in situ** ne montre pas de tendance nette et fluctue entre 71,8% (2017) et 95,5% (2016). La **sensibilité pour les adénomes** augmente de manière significative entre 2014 et 2022. Elle passe de 32,8% (2014) à 51,8% (2022). La **spécificité**,

en revanche, diminue légèrement de manière non significative, oscillant entre 97,0% (2015) et 95,0% (2020).

Sur l'ensemble des cancers diagnostiqués en 2020, la proportion de **cancers dépistés** est de 35% contre 8% de **cancers d'intervalle** et 57% de **cancers diagnostiqués chez les non participants** (année de dépistage 2020)**.** La proportion de cancers dépistés a augmenté de manière significative depuis 2014 (4,9% en 2014 et 34,6% en 2020), en lien avec l'augmentation du taux de couverture dans le programme de dépistage.
Par ailleurs, les cancers dépistés sont diagnostiqués à un **stade plus précoce** (17,0% de stade I en 2020 contre 12,8% chez les non participants). Tandis que les cancers de **stades II+** sont plus fréquents parmi les cancers diagnostiqués chez les non participants (56,4%) et les cancers d'intervalle (54,6%) que parmi les cancers dépistés (25,6%).

Pour ce qui est du **suivi des patients avec un iFOBT positif**, la proportion de personnes suivies après un dépistage anormal reste supérieure à 80% tout au long de la période avec une fluctuation entre 82.6% en 2020 et 86.6% en 2022, mais le pourcentage de coloscopie totale (le suivi recommandé après un test iFOBT positif) augmente légèrement de manière significative et est supérieure à 90% (92.6% en 2023).. En outre, 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% des participants avec un test de dépistage positif reste encore à atteindre. En effet, une diminution de la proportion de personnes avec un **suivi endéans les 30 jours** (passant de 29,8% en 2014 à 14,8% en 2023) est observée. Il faut attendre plus de 60 jours pour dépasser les 50% (70,2% après 90 jours en 2023). De plus, il y a une diminution significative de la proportion de personnes avec un **suivi dans les 46 à 60 jours** après l'analyse du iFOBT. En revanche, une augmentation (non significative) des suivis au-delà de 61 jours est observée.

7. BIBLIOGRAPHIE

1. National Cancer Institute, APC/AAPC/Tau Confidence Intervals, https://surveillance.cancer.gov/help/joinpoint/setting-parameters/method-and-parameters-tab/apc-aapc-tau-confidence-intervals
2. Clegg LX, Hankey BF, Tiwari R, Feuer EJ, Edwards BK. Estimating average annual percent change in trend analysis. Statistics in Medicine 2009; 28(29): 3670-82
3. 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.
4. 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.
5. World Health Organization, 2023. Colorectal cancer. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer

8. ANNEXES

MÉTHODOLOGIE INDICATEURS DE QUALITÉ DÉPISTAGE CANCER COLORECTAL 2020-2023-WALLONIE