Belgian Cancer Registry

Evaluation du dépistage du cancer colorectal à Bruxelles, années de dépistage 2020-2023

CALCUL D'INDICATEURS D'ÉVALUATION

vivalis .brussels

BruPrev

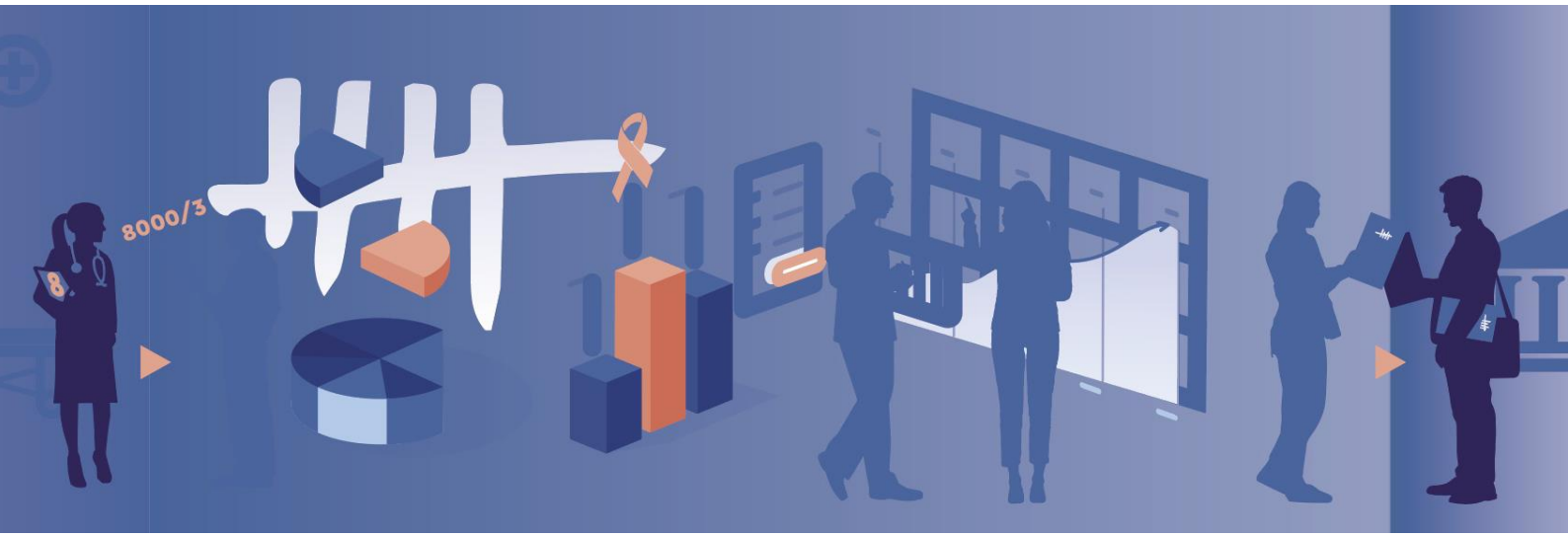


TABLE DES MATIERES

1. Introduction 2
2. Incidence et mortalité du cancer colorectal 3
3. Population cible, couverture et surdépistage 8
3.1. Population cible éligible 8
3.2. Taux de couverture 8
3.3. Personnes n'ayant jamais réalisé un dépistage 8
3.4. Surdépistage 9
4. Résultats des indicateurs d'évaluation concernant les résultats du dépistage, le diagnostic des cancers et des adénomes 13
4.1. Nombre et pourcentage de iFOBT positifs 13
4.2. Taux de détection des cancers colorectaux et des adénomes, taux des cancers d'intervalle et cancers post-coloscopiques, et valeur prédictive positive, sensibilité et spécificité du test de dépistage 15
4.3. Distribution des cancers dépistés, cancers d'intervalle et des cancers parmi les non participants, selon le stade au moment du diagnostic 18
5. Indicateurs d'évaluation concernant le suivi et le traitement 21
5.1. Suivi après un iFOBT positif et mécanisme fail-safe 21
5.2. Délai entre un test de dépistage positif et la coloscopie 23
5.3. Traitement après un iFOBT positif et après un cancer depisté 24
6. Conclusion 26
7. Bibliographie 28
8. Annexes 28

1. INTRODUCTION

Etant donné l'existence de techniques de détection de lésions à un stade précoce et la disponibilité de traitement, il a été démontré qu'un dépistage organisé de la population pour le cancer colorectal est efficace pour diminuer l'impact de ce cancer [1,2]. Le Conseil de l'Union européenne a recommandé que les Etats Membres mettent en place un programme de dépistage pour les hommes et les femmes âgés de 50 à 74 ans avec pour test de dépistage recommandé le test immunochimique (iFOBT) [3], suivi, en cas de positivité, d'une coloscopie de suivi. [4,5].

Programme de dépistage du cancer colorectal à Bruxelles

Le Centre Bruxellois de Coordination pour le Dépistage et la Prévention des cancers (Bruprev) est responsable de l'oganisation de ce programme. Il invite les femmes et les hommes de 50 à 74 ans ayant un numéro de Registre national belge et habitant en Région bruxelloise tous les deux ans par une lettre personnelle. Le iFOBT est réalisé par la personne à son domicile puis envoyé à Bruprev. Une lettre de résultat est adressée au médecin référent désigné par le participant. En cas de test « positif », une coloscopie totale est recommandée. Le médecin est invité à renvoyer le talon-réponse à Bruprev 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, Bruprev et la Fondation Registre du Cancer (Belgian Cancer Registry-BCR) collaborent et échangent des données. Le BCR est également chargé de l'évaluation du dépistage par le biais de calcul d'indicateurs d'évaluation. Pour réaliser ces missions, toutes les bases de données disponibles au BCR sont utilisées : 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), couplées entre elles et aux données de Bruprev.

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

2. INCIDENCE ET MORTALITE DU CANCER COLORECTAL

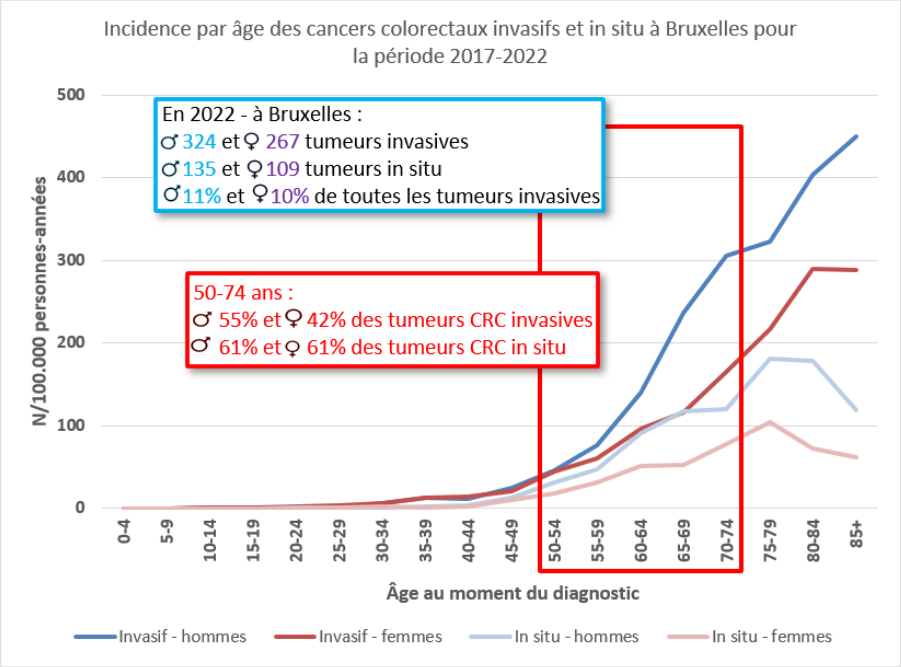
A Bruxelles, 591 nouveaux cas de cancer invasif colorectal ont été enregistrés en 2022 [6]. Ce cancer se situe en troisième position des cancers chez les hommes, après les cancers de la prostate et du poumon, et chez les femmes, après les cancers du sein et du poumon. C'est la seconde cause de décès par cancer (194 personnes sont décédées d'un cancer colorectal invasif à Bruxelles 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 69 ans chez les hommes et de 73 ans chez les femmes.

Tableau 1: Évolution de l'incidence des tumeurs colorectales invasives et in situ et de la mortalité par cancer colorectal à Bruxelles pour les hommes et femmes confondus, pour les années 2004-2022

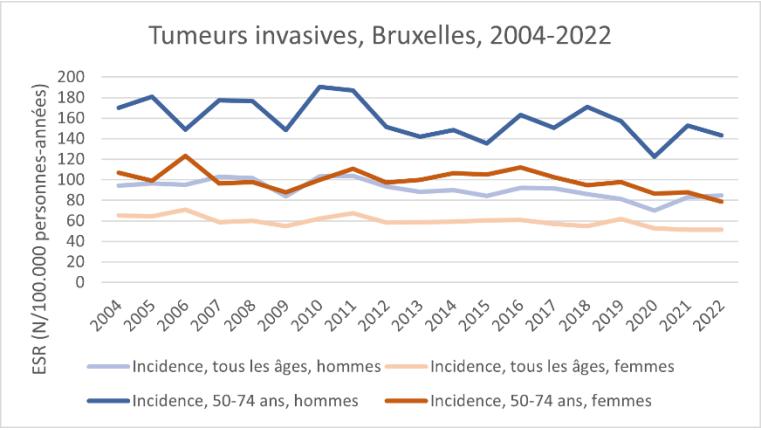
Années	Tumeurs invasives				Tumeurs in situ	
	Incidence		Mortalité (§)		Incidence	
	Tous les âges N (ESR*)	50-74 ans N (ESR*)	Tous les âges N (ESR*)	50-74 ans N (ESR*)	Tous les âges N (ESR*)	50-74 ans N (ESR*)
2004	626 (76,9)	300 (135,6)	253 (30,3)	88 (39,8)	37 (4,5)	18 (8,1)
2005	642 (77,8)	302 (135,5)	263 (31,7)	89 (40,8)	41 (5,2)	23 (10,4)
2006	661 (80,0)	296 (134,7)	269 (32,0)	95 (43,1)	49 (6,1)	25 (11,4)
2007	631 (76,0)	294 (132,9)	247 (29,1)	83 (38,1)	47 (5,6)	14 (6,4)
2008	641 (77,3)	293 (133,3)	237 (28,1)	87 (39,8)	81 (9,6)	41 (18,0)
2009	558 (66,9)	254 (115,1)	276 (32,5)	91 (41,3)	86 (10,4)	51 (21,9)
2010	676 (79,6)	317 (140,6)	247 (28,8)	82 (37,3)	104 (12,7)	63 (27,6)
2011	698 (83,1)	332 (145,3)	250 (28,9)	88 (39,1)	151 (18,4)	90 (38,6)
2012	621 (72,6)	282 (121,9)	241 (27,5)	79 (34,4)	196 (24,2)	115 (50,4)
2013	610 (71,0)	276 (118,7)	222 (25,3)	64 (27,4)	208 (25,0)	133 (55,3)
2014	620 (71,9)	300 (126,0)	224 (24,7)	64 (26,6)	213 (25,4)	128 (52,5)
2015	607 (69,7)	285 (119,2)	232 (26,4)	67 (29,2)	250 (29,6)	150 (61,5)
2016	643 (74,0)	330 (135,5)	206 (22,9)	71 (29,0)	280 (32,8)	165 (68,4)
2017	626 (71,5)	310 (124,7)	245 (27,1)	80 (32,7)	293 (34,9)	166 (66,0)
2018	603 (68,2)	330 (129,1)	230 (25,9)	93 (37,5)	268 (31,5)	156 (61,2)
2019	620 (70,2)	318 (124,6)	225 (25,1)	84 (33,5)	258 (29,2)	175 (67,0)
2020	537 (59,6)	268 (102,6)	201 (22,0)	78 (30,9)	215 (24,4)	130 (48,4)
2021	587 (65,0)	310 (117,3)	194 (21,9)	72 (27,9)	262 (29,0)	164 (60,5)
2022	591 (65,3)	290 (108,5)	-	-	244 (27,4)	149 (54,8)

* N : Nombre
ESR: taux d'incidence/mortalité standardisés pour l'âge sur la population standard européenne de 2013 (N/100.000 personnes-années)
(§) Source : Statbel (Direction Générale Statistique – Statistics Belgium)
(-) Données pas encore disponibles au moment des analyses de ce rapport

Figure 1 : Incidence par âge des cancers colorectaux invasifs et in situ à Bruxelles pour la période 2017-2022



Figures 2 : Évolution de l'incidence des tumeurs colorectales invasives et in situ par sexe à Bruxelles pour les années 2004-2022



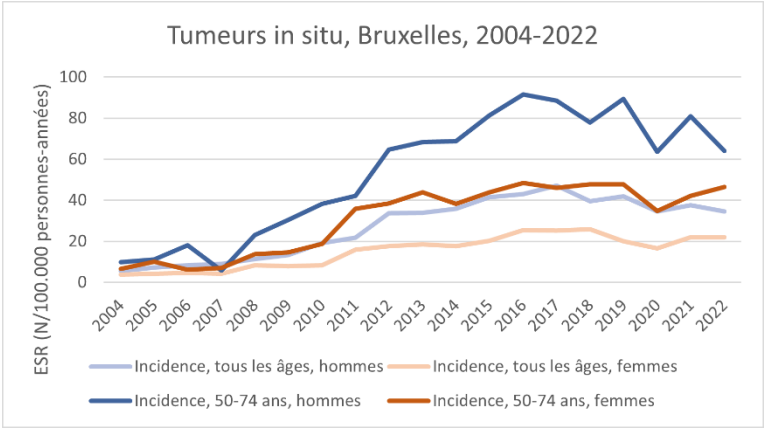
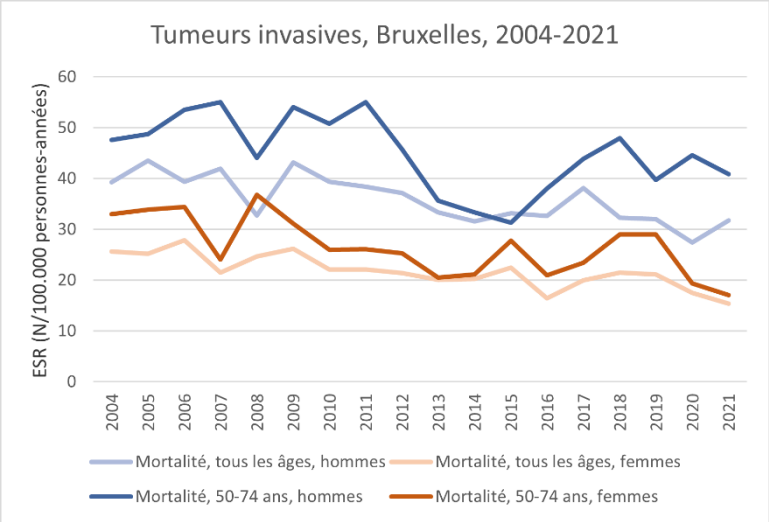


Figure 3 : Évolution de la mortalité du cancer colorectal par sexe à Bruxelles pour les années 2004-2021



Conclusion :

La figure 1 montre l'incidence par âge à Bruxelles, tant pour le cancer colorectal invasif que in situ. En 2022, 591 nouvelles tumeurs invasives et 244 nouvelles tumeurs in situ ont été diagnostiquées à Bruxelles, dont respectivement 49,1% et 61,1% dans la tranche d'âge de 50 à 74 ans. Pour le cancer colorectal invasif, le pic d'incidence se situe après 74 ans.

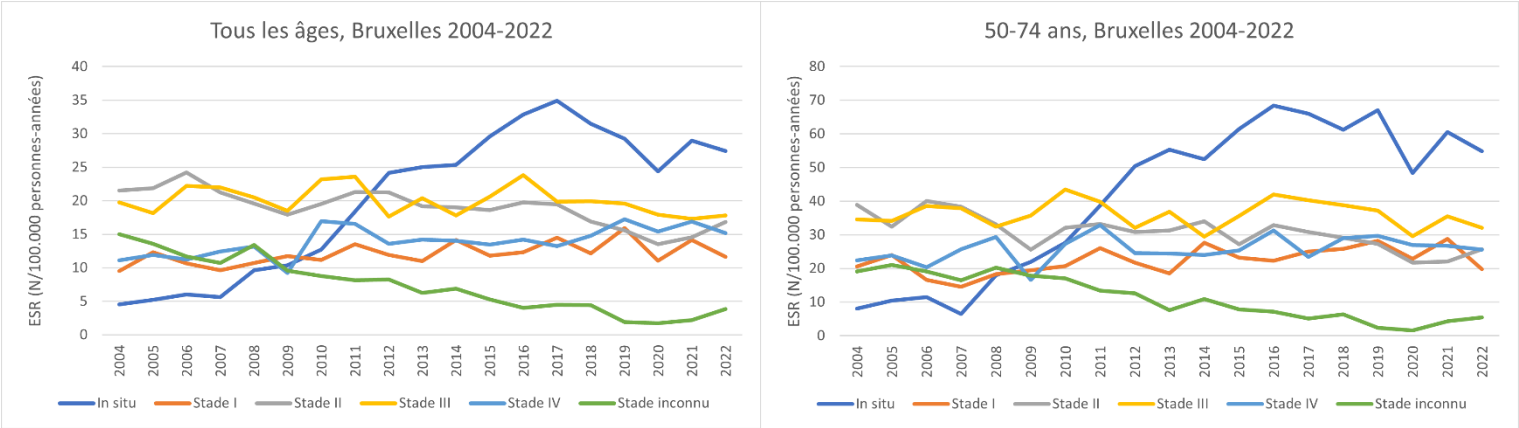
Concernant les tumeurs in situ, le nombre de nouveaux cas par an a fortement augmenté entre 2004 et 2022, allant de 37 (2004) à 244 (2022) pour les hommes et les femmes de tous les âges et de 18 (2004) à 149 (2022) pour la tranche d'âge 50-74 ans. Nous observons au cours de la période 2004-2022 une augmentation des cancers in situ pour tous les âges (Average Annual Percentage Change (AAPC) = 10,9* (8,6 ; 14,1) avec 2 points d'inflexion en 2007 et 2012, l'Annual Percent Change (APC) 2004-2007 = 1,7 (-23,1 ; 27,8), APC 2007-2012 = 42,8 (-0,3 ; 76,1) et APC 2012-2022 = 0,3 (-4,7 ; 5,8)) et pour la tranche d'âge 50-54 ans (AAPC = 10,0* (8,7 ; 11,1) avec 3 points d'inflexion en 2007, 2012 et 2017 APC 2004-2007 = 10,6 (-2,1 ; 19,4) APC 2007-2012 = 29,9* (24,7 ; 41,5) APC 2012-2017 = 7,4* (2,0 ; 15,3) APC 2017-2022 = -5,0* (-13,0 ; -1,3)). Cette augmentation est plus prononcée chez les femmes que chez les hommes (résultats non montrés).
Concernant les tumeurs invasives, le nombre moyen de nouveaux cas par an entre 2004 et 2022 est de 621 pour les hommes et femmes de tous âges confondus et de 300 pour la tranche d'âge 50-74 ans. L'incidence diminue entre 2004 et 2022 (AAPC = -1,1* (-1,6 ; -0,6), sans point d'inflexion observé) pour tous les âges. Pour le groupe d'âge 50-74 ans, l'incidence diminue également (AAPC = -1,0* (-1,7 ; -0,3), sans point d'inflexion observé).

La mortalité liée aux tumeurs invasives du côlon diminue entre 2004 et 2021, à la fois pour tous les âges (AAPC = -2,0* (-2,8 ; -1,1), sans point d'inflexion), et pour le groupe d'âge 50-74 ans (AAPC = -2,2* (-3,0 ; -1,6) avec 3 points d'inflexion en 2011, 2014 et 2018 APC 2004-2011 = -0,8 (-2,1 ; 1,4) APC 2011-2014 = -12,8* (-15,9 ; -81), APC 2014-2018 = 9,3* (5,6 ; 15,9) et APC 2018-2021 = -8,4* (-14,7 ; -3,8)). En moyenne par an, il y a eu 237 décès par cancer colorectal pour tous les âges confondus pour la période 2004-2021 dont 81 pour la tranche d'âge 50-74 ans.

*Indique que l'(A)APC est statistiquement significatif.

Figures 4: Évolution de l'incidence des cancers colorectaux (invasifs et in situ) à Bruxelles, par stade, pour tous les âges (A) et âge 50-74 ans (B), période 2004-2022

A) Tous les âges **B) 50-74 ans**



Conclusion :

Pour la période 2004-2022, la majorité des cancers sont des cancers in situ au moment du diagnostic, respectivement 22% et 26% pour tous les âges et pour la tranche d'âge 50-74 ans, suivis des cancers de stade III (22% et 21%), de stade II (20% et 18%), de stade IV (15% et 15%), de stade I (13% et 13%) et de stade inconnu (8% et 7%).

En ce qui concerne les **cancers in situ**, nous constatons une augmentation. Pour tous les âges, l'incidence en 2004 était de 4,5 /100.000 personnes-années et passe à 27,4 /100.000 personnes-années en 2022 (AAPC = 10,0* (8,7 ; 11,1) avec 3 points d'inflexion en 2007, 2012 et 2017 APC 2004-2007 = 10,6 (-2,1 ; 19,4), APC 2007-2012 = 29,9* (24,7 ; 41,5), APC 2012-2017 = 7,4* (2,0 ; 15,3) et APC 2017-2022 = -5,0* (-13,0 ; -1,3)). Pour le groupe d'âge cible, l'incidence passe de 8,1 à 54,8 /100.000 personnes-années (AAPC = 10,9* (8,6 ; 14,1) avec 2 points d'inflexion en 2007 et 2012 APC 2004-2007 = 1,7 (-23,1 ; 27,8), APC 2007-2012 = 42,8 (-0,3 ; 76,1) et APC 2012-2022 = 0,3 (-4,7 ; 8,6)).

Entre 2004 et 2022, pour tous les âges, nous observons une diminution des **stades II** (AAPC = -2,1* (-3,1 ; -1,1) sans point d'inflexion observé) et une diminution non significative des **stades III** (AAPC = -0,6 (-1,8 ; 0,6), sans point d'inflexion observé). Il y a une augmentation pour les **stades IV** (AAPC = 1,9* (0,7 ; 3,2) sans point d'inflexion observé) et des **stades I** (AAPC = 1,4* (0,1 ; 2,7), sans point d'inflexion observé).

Au niveau de la population-cible (50-74 ans), il apparait une diminution des cancers de **stade II** (AAPC = -2,3* (-3,3 ; -1,2), sans point d'inflexion) et une diminution non significative des cancers de **stade III** (AAPC = -0,2 (-1,5 ; 1,0) sans point d'inflexion observé). Il y a une augmentation non significative des cancers de **stade IV** (AAPC = 1,1 (-0,6 ; 2,7)). Pour les cancers de **stade I**, il y a une augmentation significative (AAPC = 1,8* (0,2 ; 3,5) sans point d'inflexion).

Concernant les **stades inconnus**, que ce soit pour tous les âges (AAPC = -7,6* (-9,4 ; -5,9) avec 2 points d'inflexion en 2017 et 2020 APC 2004-2017 = -8,8* (-10,3 ; -6,1), APC 2017-2020 = -29,7* (-36,9 ; -18,4) et APC 2020-2022 = 50,7* (18,6 ; 82,4)) et pour les âges de la population cible (AAPC = -7,3* (-12,6 ; -3,9) avec 2 points d'inflexion en 2017 et 2020 APC 2004-2017 = -9,1 (-12,6 ; 6,7), APC 2017-2020 = -36,8* (-51,2 ; -13,3) et APC 2020-2022 = 87,7 (-9,1 ; 185,0)), nous observons une diminution. Le taux

d'incidence global restant stable, les tumeurs de stade inconnu se redistribuent dans les différents stades.

*Indique que l'(A)APC est statistiquement significatif.

Pour plus de renseignements épidémiologiques, reportez-vous à notre site internet : https://belgian-cancer-registry.shinyapps.io/data_app/

3. POPULATION CIBLE, COUVERTURE ET SURDEPISTAGE

Les différents résultats décrits ci-dessous sont présentés dans le tableau 2.

3.1. POPULATION CIBLE ÉLIGIBLE

La population cible éligible pour le dépistage du cancer colorectal est sélectionnée à partir de la population cible complète, définie ci-dessous, et de certains critères.

La population cible complète , envoyée par la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS) à Bruprev, qui organise le programme de dépistage du cancer colorectal, est composée des hommes et des femmes âgés de 50 à 74 ans au 01/01/20XX sur base de la date de naissance et du lieu de résidence à Bruxelles. Bruprev transmet ces données au BCR. Toutefois, des personnes 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 cible complète – les individus non-éligibles = **la population cible éligible au dépistage**.
Toutefois, certaines **personnes ne sont pas invitées en 20XX**, en raison des critères suivants :

- Refus exprimés
- Les personnes qui ont subi une coloscopie totale ne sont pas invitées pendant une période de 5 ans après la date de la dernière coloscopie totale.
- Les personnes qui ont effectué une coloscopie virtuelle ne sont pas invitées pendant une période de 4 ans après la date de la dernière coloscopie virtuelle.
- Les personnes ayant réalisé un iFOBT dans le programme en 20XX-1 (recommandation d'un dépistage tous les 2 ans)

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

3.2. TAUX DE COUVERTURE

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, coloscopie totale ou virtuelle) durant l'intervalle de 2 ans recommandé entre deux dépistages [5], à savoir 20XX et 20XX-1.

3.3. PERSONNES N'AYANT JAMAIS RÉALISÉ UN DÉPISTAGE

Les personnes n'ayant jamais réalisé un dépistage du cancer colorectal : 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 (voir méthodologie) 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.

3.4. SURDÉPISTAGE

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 [5].

Tableau 2 : Population cible au dépistage, nombre de personnes invitées, taux de participation, taux de couverture, personnes jamais dépistée, surdépistage

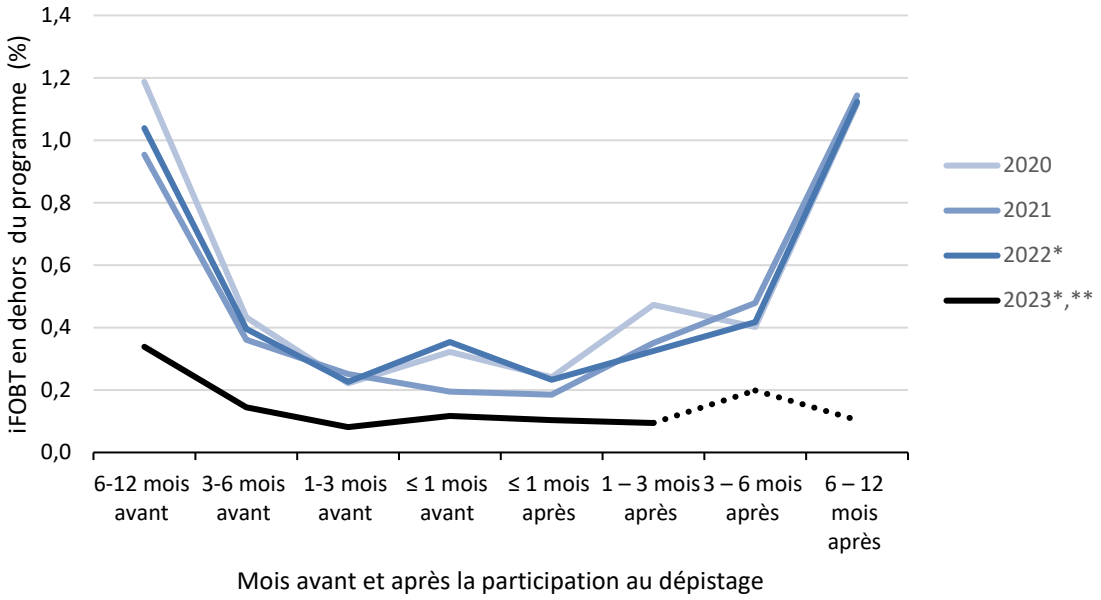
	2020		2021		2022*		2023*,**	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Population cible complète	**255.282**	**100**	**259.814**	**100**	**264.367**	**100**	**295.358**	**100**
Individus non-éligibles pour raisons médicales	**2.128**	**0,8**	**2.118**	**0,8**	**2.206**	**0,8**	**2.341**	**0,8**
Définitivement (ablation totale du côlon)	110	5,2	105	5,0	109	4,9	117	5,0
Provisoirement (cancer colorectal = 10 ans)	2.018	94,8	2.013	95,0	2.097	95,1	2.224	95,0
Population cible éligible	**253.154**		**257.696**		**262.161**		**293.017**	
50-54 ans	49.389		50.418		52.317		65.549	
55-59 ans	63.352		64.417		65.096		72.795	
60-64 ans	55.731		56.944		58.059		63.182	
65-69 ans	45.486		46.906		47.223		50.249	
70-74 ans	39.196		39.011		39.466		41.242	
Hommes	123.297		125.986		128.614		144.749	
Femmes	129.857		131.710		133.547		148.268	
Personnes non-invitées en 20XX en raison de	**50.887**	**20,1**	**50.288**	**19,5**	**61.296**	**23,4**	**57.215**	**19,5**
Coloscopies totales (< 5ans)	38.673	76,0	39.625	78,8	39.926	65,1	42.726	74,7
Coloscopies virtuelles (< 4 ans)	405	0,8	332	0,7	271	0,4	238	0,4
IFOBT dans le programme en 20XX-1	11.809	23,2	10.331	20,5	21.099	34,4	14.251	24,9
Population cible éligible – personnes non invitées	**202.267**		**207.408**		**200.865**		**235.802**	
Taux de couverture totale	**67.689**	**26,7**	**78.137**	**30,3**	**82.761**	**31,6**	**86.884**	**29,7**
50-54 ans	10.123	20,5	13.047	25,9	14.297	27,3	16.771	25,6
55-59 ans	15.849	25,0	18.454	28,6	19.636	30,2	19.730	27,1
60-64 ans	15.361	27,6	17.500	30,7	18.416	31,7	19.192	30,4
65-69 ans	13.864	30,5	15.612	33,3	16.246	34,4	16.773	33,4
70-74 ans	12.492	31,9	13.524	34,7	14.166	35,9	14.418	35,0
Hommes	31.500	25,5	36.720	29,1	39.235	30,5	41.611	28,7
Femmes	36.189	27,9	41.417	31,4	43.526	32,6	45.273	30,5
Taux de couverture dans le programme	**21.749**	**8,6**	**31.400**	**12,2**	**35.252**	**13,4**	**36.416**	**12,4**
50-54 ans	4.035	8,2	6.883	13,7	7.740	14,8	8.714	13,3
55-59 ans	5.512	8,7	7.895	12,3	8.926	13,7	8.422	11,6
60-64 ans	4.654	8,4	6.550	11,5	7.371	12,7	7.860	12,4

	2020		2021		2022*		2023*,**	
	N	%	N	%	N	%	N	%
65-69 ans	4.121	9,1	5.517	11,8	6.130	13,0	6.225	12,4
70-74 ans	3.427	8,7	4.555	11,7	5.085	12,9	5.195	12,6
Hommes	10.714	8,7	15.562	12,4	17.586	13,7	18.311	12,7
Femmes	11.035	8,5	15.838	12,0	17.666	13,2	18.105	12,2
Taux de couverture hors programme	**45.940**	**18,1**	**46.737**	**18,1**	**47.509**	**18,1**	**50.468**	**17,2**
50-54 ans	6.088	12,3	6.164	12,2	6.557	12,5	8.057	12,3
55-59 ans	10.337	16,3	10.559	16,4	10.710	16,5	11.308	15,5
60-64 ans	10.707	19,2	10.950	19,2	11.045	19,0	11.332	17,9
65-69 ans	9.743	21,4	10.095	21,5	10.116	21,4	10.548	21,0
70-74 ans	9.065	23,1	8.969	23,0	9.081	23,0	9.223	22,4
Hommes	20.786	16,9	21.158	16,8	21.649	16,8	23.300	16,1
Femmes	25.154	19,4	25.579	19,4	25.860	19,4	27.168	18,3
Personnes ayant réalisé une coloscopie totale < 5 ans avant 20XX sans iFOBT préalable	**38.673**	**15,3**	**39.625**	**15,4**	**39.926**	**15,2**	**42.726**	**14,6**
Personnes ayant réalisé une coloscopie virtuelle < 4 ans avant 20XX sans iFOBT préalable	**405**	**0,2**	**332**	**0,1**	**271**	**0,1**	**238**	**0,1**
Personnes ayant réalisé un iFOBT hors programme < 2 ans avant 20XX[1]	**6.862**	**2,7**	**6.780**	**2,6**	**7.312**	**2,8**	**7.504**	**2,6**
Personnes n'ayant jamais réalisé un dépistage	**127.527**	**50,4**	**127.905**	**49,6**	**128.779**	**49,1**	**129.508**	**44,2**
50-54 ans	29.682	60,1	30.263	60,0	31.256	59,7	36.687	56,0
55-59 ans	33.294	52,6	33.519	52,0	33.695	51,8	29.749	40,9
60-64 ans	26.993	48,4	27.068	47,5	27.269	47,0	26.894	42,6
65-69 ans	20.524	45,1	20.719	44,2	20.461	43,3	20.385	40,6
70-74 ans	17.034	43,5	16.336	41,9	16.098	40,8	15.793	38,3
Hommes	65.173	52,9	65.724	52,2	66.335	51,6	66.999	46,3
Femmes	62.354	48,0	62.181	47,2	62.444	46,8	62.509	42,2
Surdépistage chez les participants	**341**	**3,4**	**638**	**3,0**	**540**	**3,8**	**849**	**3,8**
iFOBT dans le programme < 20 mois après un iFOBT dans le programme	49	0,5	111	0,5	140	1,0	163	0,7
iFOBT dans le programme < 20 mois après un iFOBT hors programme	292	2,9	527	2,5	400	2,8	686	3,1

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

[1] Ces personnes sont invitées au programme de dépistage dans l'idée qu'elles participent au programme à l'avenir.

Figure 5 : Surdépistage parmi les participants au dépistage pour une période de 12 mois avant et après la participation au dépistage, années de dépistage 2020-2023



*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.

Conclusion :

La **population cible complète** du dépistage du cancer colorectal est composée de 295.358 personnes au 01/01/2023, soit tous les hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans résidant à Bruxelles.
Dans cette population, 2.341 personnes sont **non éligibles pour raisons médicales** (ablation totale du côlon ou en suivi pour un cancer). La **population cible éligible** de 2023 est alors composée de 293.017 personnes. Parmi ces personnes, 57.215 ne sont **pas invitées** car elles sont couvertes par un test de dépistage dans le programme ou encore par une coloscopie (totale ou virtuelle).Il restait 235.802 personnes de la population cible éligible pour le dépistage de l'année 2023, c'est-à-dire 80% de la population cible complète.

Le **taux de couverture dans le programme** était de 8,6% en 2020 et est de 12,4% en 2023. Quant au **taux de couverture hors programme**, il reste assez stable et oscille entre 17,2% (2023) et 18,1% (2020, 2021 et 2022). Le **taux de couverture totale** a donc augmenté. Il était de 26,7% en 2020 et de 29,7% en 2023. 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 coloscopie 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. 30,5% des femmes étaient couvertes en 2023 pour 28,7% des hommes de la population cible éligible. Néanmoins, plus d'hommes sont couverts dans le programme (12,7% des hommes de la population cible éligible) que les femmes (12,2% des femmes de la population cible éligible). Hors programme, la tendance s'inverse avec 18,3% des femmes et 16,1% des hommes.

Pour le **taux de couverture dans le programme**, il y a un pic à 13,3% pour la tranche d'âge la plus jeune (50-54 ans) et il y a une augmentation entre les tranches d'âge de 55-59 ans (11,6%) à 70-74 ans (12,6%). Le taux de couverture hors programme augmente progressivement entre les tranches d'âge (12,3% pour les 50-54 ans et 22,4% pour les 70-74 ans), et il en va de même pour le taux de couverture totale (25,6% pour les 50-54 ans et 35,0% pour les 70-74 ans) en 2023. Toutefois, il faut rappeler que la couverture hors programme reprend l'ensemble des personnes qui ont réalisé un test iFOBT hors programme, ou une coloscopie (complète ou virtuelle) mais pas uniquement dans le cadre d'un dépistage, mais aussi éventuellement d'une prise en charge ou d'un suivi.

Le pourcentage **de personnes n'ayant jamais réalisé un dépistage**, que ce soit par une participation dans le programme de dépistage ou par un iFOBT en dehors du programme, ou une coloscopie complète ou vrituelle est de moins de 50% et tend à diminuer au cours du temps. C'est chez les personnes les plus jeunes (50-54 ans) que ce pourcentage est le plus élevé (56% en 2023). Un travail de sensibilisation plus spécifique pourrait être entrepris auprès de ces personnes.

En 2023, 3,8% des personnes ont répété un test de dépistage sans que celui-ci ne soit indiqué (**surdépistage**). La majorité d'entre elles ont réitéré un test de dépistage en dehors du programme (3,1%) et une minorité (0,7%) ont effectué un test dans le programme alors qu'elles étaient déjà couvertes par un test de dépistage dans le programme.

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.

4. RESULTATS DES INDICATEURS D'EVALUATION CONCERNANT LES RESULTATS DU DEPISTAGE, LE DIAGNOSTIC DES CANCERS ET DES ADENOMES

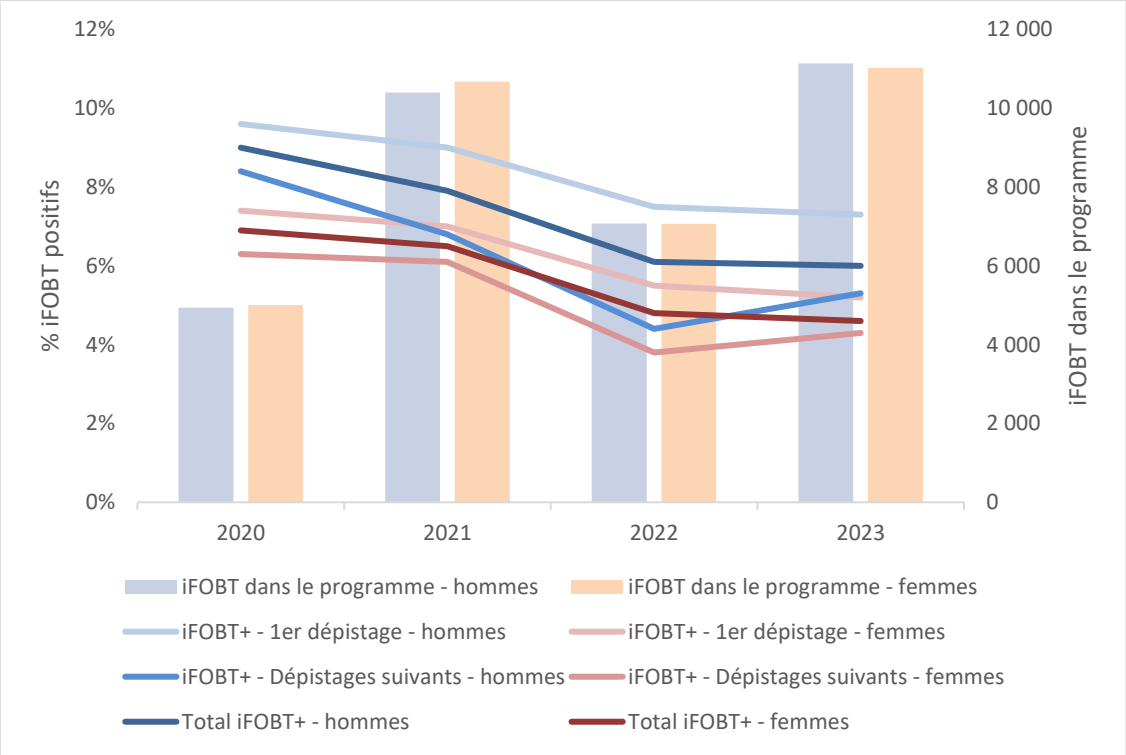
4.1. NOMBRE ET POURCENTAGE DE IFOBT POSITIFS

Tableau 3: Nombre et pourcentage de iFOBT positifs, stratifié par 1er dépistage et dépistages suivants, par sexe et par âge

	2020	2021	2022	2023
Premier dépistage				
Nombre de iFOBT dans le programme	5.185	10.433	7.907	8.481
Nombre de iFOBT+	443	834	513	527
% FOBT+ **Recommandation UE: 4,4% - 11,1%**	**8,5**	**8,0**	**6,5**	**6,2**
Hommes (%)	9,6	9,0	7,5	7,3
Femmes (%)	7,4	7,0	5,5	5,2
50-54 (%)	6,2	6,3	5,1	4,3
55-59 (%)	7,8	7,4	5,2	5,4
60-64 (%)	9,6	8,5	6,7	7,2
65-69 (%)	10,4	10,3	7,7	7,6
70-74 (%)	13,0	10,8	10,7	10,9
Dépistages suivants				
Nombre de iFOBT dans le programme	4.754	10.635	6.240	13.681
Nombre de iFOBT+	348	687	256	653
% iFOBT+	**7,3**	**6,5**	**4,1**	**4,8**
Hommes (%)	8,4	6,8	4,4	5,3
Femmes (%)	6,3	6,1	3,8	4,3
50-54 (%)	7,5	5,5	2,8	3,4
55-59 (%)	6,8	6,1	3,5	4,3
60-64 (%)	6,7	5,5	4,2	5,0
65-69 (%)	6,1	6,9	4,4	5,2
70-74 (%)	10,4	8,4	5,8	5,8
Total				
Nombre de iFOBT dans le programme	9.939	21.068	14.147	22.162
Nombre de iFOBT+	791	1.521	769	1.180
% iFOBT+	**8,0**	**7,2**	**5,4**	**5,3**
Hommes (%)	9,0	7,9	6,1	6,0
Femmes (%)	6,9	6,5	4,8	4,6
50-54 (%)	6,4	6,1	4,5	4,0
55-59 (%)	7,3	6,7	4,4	4,7
60-64 (%)	8,0	6,7	5,4	5,7
65-69 (%)	7,8	8,2	6,0	5,9
70-74 (%)	11,5	9,3	8,2	7,2

Les chiffres jaunes sont les normes européennes. Si la valeur d'un indicateur particulier est inférieure ou supérieure à ces directives, elle est marquée en rouge.

Figure 6 : Nombre de iFOBT dans le programme et pourcentage de iFOBT positifs, stratifié par 1er dépistage et dépistages suivants et par sexe



Conclusion :

En 2023, 5,3% (N=1.180) des participants ont eu un iFOBT positif. Ce chiffre est assez similaire à celui de 2022 (5,4%, N=769) et inférieur à celui de 2021 (7,2%, N=1.521). Le pourcentage de positivité est plus élevé pour un premier dépistage (6,2% en 2023) que pour les dépistages suivants (4,8% en 2023), ce qui est attendu. Ce pourcentage est conforme aux autres programmes de dépistage repris dans les directives européennes concernant le premier cycle de dépistage de la population avec les test iFOBT (entre 4,4% et 11,1%) [5].

Les dépistages suivants sont plus nombreux que les premiers dépistages en 2021 et en 2023. En 2023, les dépistages suivants représentent 62% de la participation totale au dépistage.

Le taux de iFOBT positifs est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (6,0% contre 4,6% en 2023) ; 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 [7].

Le taux de positivité augmente avec l'âge. En 2023, il est de 4,0% chez les 50-54 ans et de 7,2% chez les 70-74 ans.

4.2. TAUX DE DÉTECTION DES CANCERS COLORECTAUX ET DES ADÉNOMES, TAUX DES CANCERS D'INTERVALLE ET CANCERS POST-COLOSCOPIQUES, ET VALEUR PRÉDICTIVE POSITIVE, SENSIBILITÉ ET SPÉCIFICITÉ DU TEST DE DÉPISTAGE

Définitions :

Un cancer ou un adénome dépisté par le programme de dépistage est un cancer colorectal ou un adénome diagnostiqué dans les 24 mois suivant un iFOBT positif et dans les 6 mois suivant une coloscopie réalisée dans le cadre d'un examen de suivi d'un iFOBT positif.

Un cancer d'intervalle est un cancer colorectal diagnostiqué dans les 24 mois après un iFOBT négatif [8,9]. 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.

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

Tableau 4 : Taux de détection des cancers invasifs, des cancers in situ et des adénomes, cancers d'intervalle, cancers colorectaux post-coloscopiques, valeur prédictive positive, sensibilité et spécificité

	2020	2021*	2022*	2023*,**
Taux de détection cancers invasifs (N(N/1000))	**19 (1,9)**	**46 (2,2)**	**24 (1,7)**	**16 (1,9)**
Premier dépistage (N(N/1000)) **Recommandation UE : 1,8 -9,5‰**	14 (2,7)	27 (2,6)	18 (2,3)	9 (1,9)
Dépistages suivants (N(N/1000))	5 (1,1)	19 (1,8)	6 (1,0)	7 (2,0)
Taux de détection cancers in situ (N(N/1000))	**29 (2,9)**	**31 (1,5)**	**15 (1,1)**	**15 (1,8)**
Premier dépistage (N(N/1000))	11 (2,1)	21 (2,0)	11 (1,4)	11 (2,3)
Dépistages suivants (N(N/1000))	18 (3,8)	10 (0,9)	4 (0,6)	4 (1,1)
Taux de détection adénomes (N(N/1000))	**253 (25,5)**	**479 (22,7)**	**275 (19,4)**	**156 (19,0)**
Premier dépistage (N(N/1000)) **Recommandation UE :13,3-22,3‰**	143 (27,6)	241 (23,1)	188 (23,8)	99 (21,1)
Dépistages suivants (N(N/1000))	110 (23,1)	238 (22,4)	87 (13,9)	57 (16,2)
	2020	**2021***	**2022***	
Taux de cancers d'intervalle (N(N/1000))	**16 (1,6)**	**30 (1,4)**	**18 (1,3)**	
Hommes (N(N/1000))	8 (1,6)	15 (1,4)	7 (1,0)	
Femmes (N(N/1000))	8 (1,6)	15 (1,4)	11 (1,6)	
Premier dépistage (N(N/1000))	**9 (1,7)**	**11 (1,1)**	**11 (1,4)**	
Hommes (N(N/1000))	4 (1,5)	6 (1,1)	3 (0,8)	
Femmes (N(N/1000))	5 (2,0)	5 (1,0)	8 (2,0)	
Dépistages suivants (N(N/1000))	**7 (1,5)**	**19 (1,8)**	**7 (1,1)**	
Hommes (N(N/1000))	4 (1,7)	9 (1,8)	4 (1,3)	

Femmes (N(N/1000))	3 (1,2)	10 (1,8)	3 (1,0)	
	2016	**2017**	**2018***	**2019***
Taux de cancers colorectaux post-colosco-piques (N(N/1000))	**3 (0,5)**	**3 (0,3)**	**4 (0,5)**	**1 (0,1)**
Hommes (N(N/1000))	1 (0,3)	1 (0,2)	3 (0,9)	0 (0)
Femmes (N(N/1000))	2 (0,6)	2 (0,4)	1 (0,3)	1 (0,2)
	2020	**2021***	**2022***	**2023*,****
VPP cancers invasifs (%)				
Premier dépistage (%) Recommandation UE: 4,5-8,6%	3,8	4,2	4,2	4,0
Dépistages suivants (%)	1,5	3,1	2,8	5,3
VPP cancers in situ (%)				
Premier dépistage (%)	3,3	3,4	2,7	4,9
Dépistages suivants (%)	6,8	1,8	1,9	3,0
VPP adénomes (%)				
Premier dépistage (%) Recommandation UE: 19,6-40,3%	40,5	38,4	45,9	44,2
Dépistages suivants (%)	40,0	42,2	40,5	42,9
	2020	**2021***	**2022***	
Sensibilité du iFOBT cancers invasifs (%)	**70,0**	**74,0**	**72,1**	
Premier dépistage (%)	84,2	83,8	77,4	
Dépistages suivants (%)	45,5	63,9	58,3	
Sensibilité du iFOBT cancers in situ (%)	**81,1**	**76,6**	**72,7**	
Premier dépistage (%)	66,7	83,3	73,3	
Dépistages suivants (%)	94,7	64,7	71,4	
Sensibilité du iFOBT adénomes (%)	**57,0**	**52,5**	**51,8**	
Premier dépistage (%)	58,8	52,8	55,1	
Dépistages suivants (%)	54,6	52,2	45,6	
Spécificité du iFOBT (%)	**95,0**	**95,4**	**96,8**	
Premier dépistage (%)	94,6	94,7	96,3	
Dépistages suivants (%)	95,3	96,0	97,4	

*Les chiffres pour ces années sont provisoires. Les chiffres (après couplage avec la base de données CIB 2022) du taux de détection du cancer colorectal et du taux de cancers d'intervalle sont définitifs jusqu'à l'année de dépistage 2020 et quasi définitifs pour l'année de dépistage 2021 (basé sur le CHP). La plupart des cancers d'intervalle n'étant détectés que la 2ème année après le test de dépistage, le taux de cancers d'intervalle n'est calculé que jusqu'à l'année de dépistage 2022. La base de données AIM est encore incomplète pour 2022 et 2023.
**Données de participation au programme de dépistage de janvier à juin 2023 inclus.
Les chiffres jaunes sont les normes européennes. Si la valeur d'un indicateur particulier est inférieure ou supérieure à ces directives, elle est marquée en rouge.

Conclusion :

Taux de détection des cancers colorectaux et des adénomes : 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 total des cancers invasifs se situe entre 1,7 et 2,2 ‰ pour la période 2020-2023. Ce taux est toujours plus élevé lors des premiers dépistages que lors des dépistages suivants. Pour 2020-2023, le taux de détection des cancers invasifs lors du premier dépistage diminue au cours la période (2,7 à 1.9 ‰) et se situe dans la même fourchette que les autres pays européens (1,8 - 9,5 ‰), reprise dans les directives européennes [5]. Le taux de détection des cancers invasifs lors des dépistages suivants fluctue d'une année à l'autre de 1,0 à 2,0‰.
Le taux de détection des cancers in situ lors d'un premier dépistage fluctue entre 1,4 et 2,3 ‰ pour la période 2020-2023.Pour les dépistages suivants, le taux varie de 0,6 à 3,8 ‰.
On observe également un taux de détection 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 [7,10].
Le taux de détection des adénomes avait nettement augmenté depuis 2016, tant pour un premier dépistage que pour les dépistages suivants, suite au passage au test iFOBT, qui est plus sensible que le test gFOBT. Pour la période 2020-2023, nous voyons que les taux ont tendance à légèrement diminuer. Les taux de détection des adénomes avec le test iFOBT au premier dépistage sont supérieurs aux chiffres des autres programmes de dépistage européens (13,3-22,3‰) [5] pour 2020-2022 (23,1 – 27,6 ‰) mais est dans les normes pour 2023 (21,1 ‰). 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 [10,11].

Cancers d'intervalle :Le taux de cancers d'intervalle après un iFOBT négatif varie entre 1,1‰ et 1,7‰ lors du premier dépistage, et entre 1,1‰ et 1,8‰ pour les dépistages suivants.

Cancers colorectaux post-coloscopiques : Le nombre de cancers colorectaux post-coloscopiques est très faible et ces résultats nécessitent une période de suivi de 5 ans. De manière générale, le taux de cancers colorectaux post-coloscopiques n'excède pas les 1‰ et se situe, pour 2016-2019, entre 0,1 et 0,5‰.

Suite à un recalcul de cet indicateur, les chiffres avec le rapport des années 2019-2022 peuvent différer. Le détail complet de cet indicateur est retranscrit dans le rapport de tendances pour les années 2014-2019

Valeur prédictive positive (VPP) : Plus la VPP est élevée, plus le nombre de faux positifs est faible. . Quel que soit le type de lésion détectée, la VPP des dépistages suivants est inférieure de celle des premiers dépistages, hormis pour les cancers invasifs en 2023, les cancers in situ en 2020 et pour les adénomes en 2022 où on observe l'inverse.
Un cancer invasif a été détecté chez 4,0% des participants à un premier dépistage qui ont eu un iFOBT positif suivi d'une coloscopie en 2023. Alors qu'un adénome a été détecté pour 44,2% de ces personnes. Ces valeurs tendent à augmenter par rapport à 2020. Cela pourrait être dû à un retour normal du suivi, par rapport aux suivis moins importants en raison de la pandémie de COVID-19.
La valeur prédictive positive des cancers invasifs au premier dépistage est comprise dans la fourchette de celles observées dans les directives européennes (4,5 - 8,6%) [5]. En revanche, la valeur prédictive

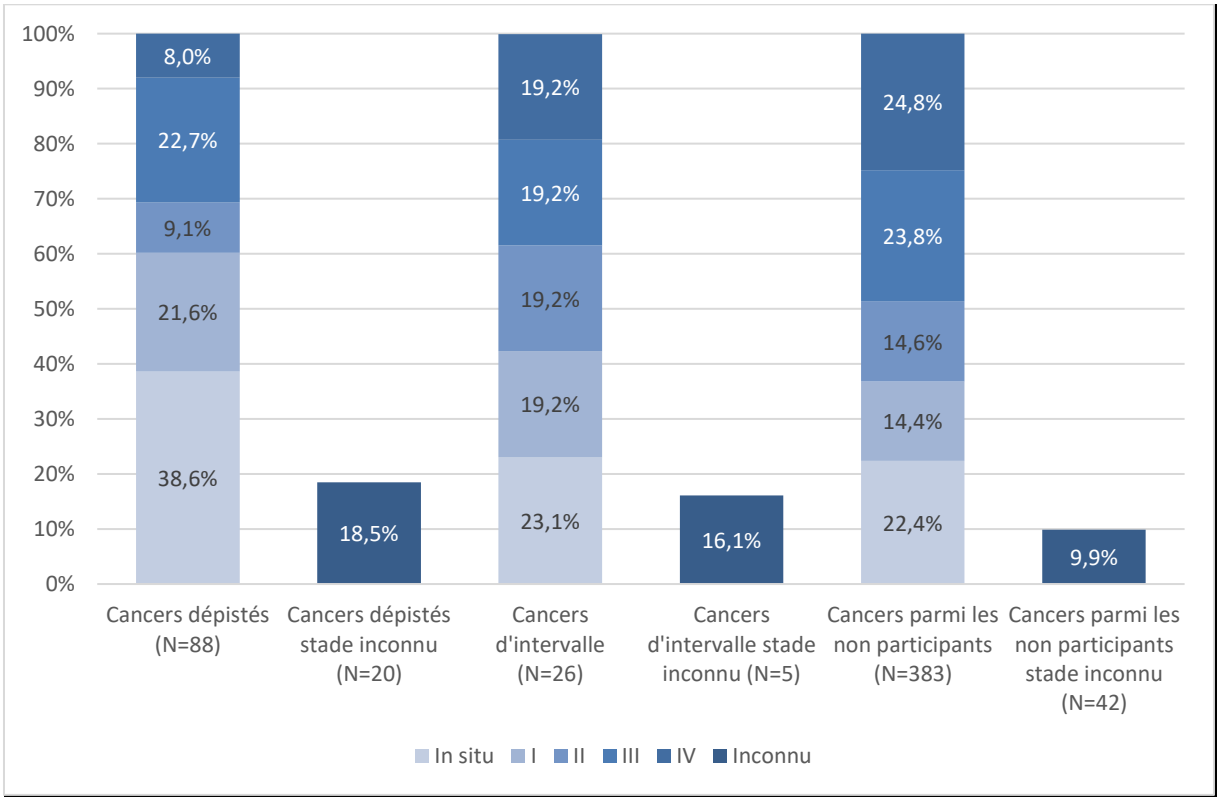
des adénomes est supérieure aux recommandations européennes en 2020, 2022 et 2023 (19,6 - 40,3%) [5].
La VPP est supérieure de manière générale chez les hommes (chiffres non rapportés dans ce rapport), comme observé dans les normes européennes [11]. Ceci peut s'expliquer par l'incidence plus élevée du cancer colorectal et des adénomes chez les hommes par rapport aux femmes.

Sensibilité : Plus la sensibilité est élevée, plus le nombre de lésions manquées est faible (moins de faux négatifs). Elle est de 72% pour les cancers invasifs, 73% pour les cancers in situ et 52% pour les adénomes en 2022. Des études rapportent que la sensibilité du test iFOBT pour les cancers colorectaux invasifs au premier dépistage est de 79% [9,12]. Ceci correspond aux valeurs de sensibilités dans le programme de dépistage. La sensibilité du test iFOBT est plus élevée pour le premier dépistage que pour les dépistages suivants, quel que soit le type de lésion.

Spécificité : Plus la spécificité du test est élevée, plus le nombre de faux positifs est faible. Elle est élevée (entre 95 et 97% pour 2020-2022). Il y a donc peu de cas de iFOBT positifs pour lesquels aucun cancer ou adénome n'est retrouvé par la suite . Il n'y a pas de différence entre les résultats du premier dépistage et des dépistages suivants.

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

Figure 7 : Distribution des cancers dépistés, des cancers d'intervalle et des cancers parmi les non participants, selon le stade au moment du diagnostic, pour les années de dépistage 2019-2020 (N = 564)



Conclusion :

Pour la période de dépistage 2019-2020, 75% des cancers colorectaux présents au sein de la population cible du programme de dépistage ont été diagnostiqués parmi les non-participants (N=425). 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 6% des cancers diagnostiqués dans la population cible (N=108 et N=31, respectivement).

Parmi les stades connus, les cancers colorectaux dépistés sont plus fréquemment diagnostiqués aux stades in situ et I (60,2%) tandis que parmi les non-participants, les cancers colorectaux sont plus souvent diagnostiqués au stade II+ (63,2%). Le programme de dépistage du cancer colorectal par le iFOBT permet donc de diagnostiquer les cancers à un stade précoce de la maladie.

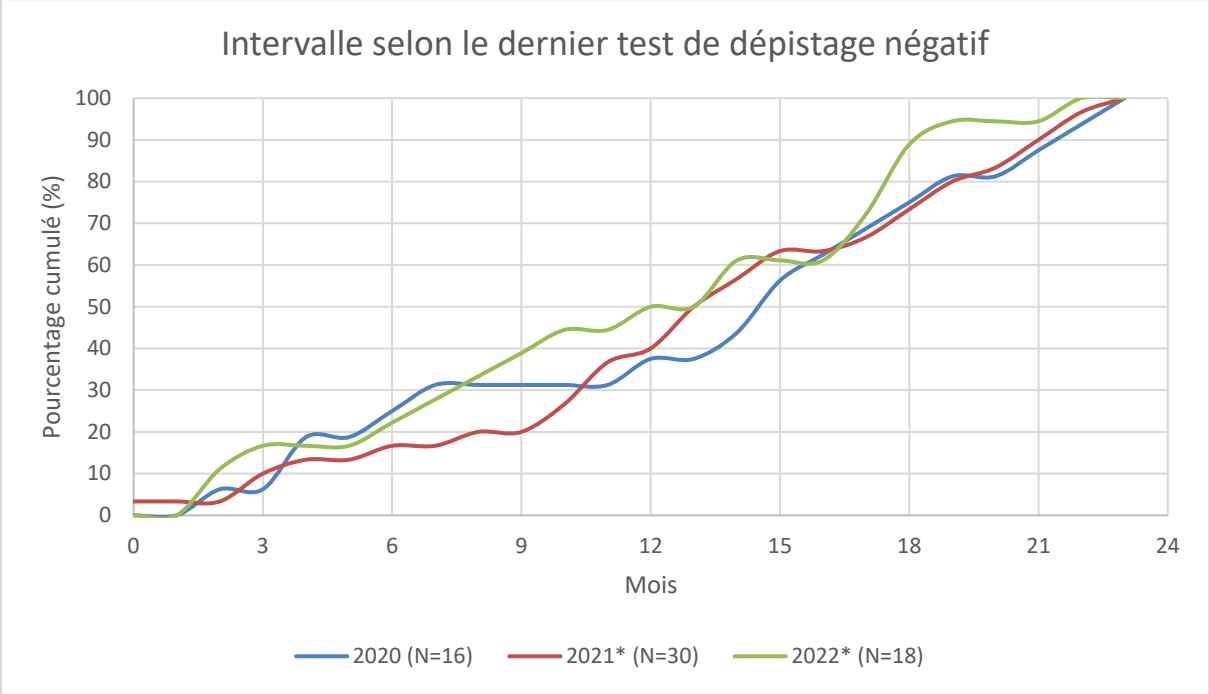
Un éventuel biais de sélection parmi les personnes participant au dépistage ne peut être exclu (statut socio-économique, âge, personnes avec des risques élevés et des symptômes qui participent tout de même au programme,…). Des études supplémentaires seraient utiles.

Tableau 5 : Répartition des cancers d'intervalle selon le délai depuis le iFOBT (NOUVEAU)

Intervalle (mois)	2020			2021*			2022*		
	N=16			N=30			N=18		
	N	%	Cum%	N	%	Cum%	N	%	Cum%
0-3	1	6,3	6,3	3	10,0	10,0	3	16,7	16,7
4-6	3	18,8	25,0	2	6,7	16,7	1	5,6	22,2
7-9	1	6,3	31,3	1	3,3	20,0	3	16,7	38,9
10-12	1	6,3	37,5	6	20,0	40,0	2	11,1	50,0
13-15	3	18,8	56,3	7	23,3	63,3	2	11,1	61,1
16-18	3	18,8	75,0	3	10,0	73,3	5	27,8	88,9
19-21	2	12,5	87,5	5	16,7	90,0	1	5,6	94,4
22-24	2	12,5	100	3	10,0	100	1	5,6	100

*La base de données d'enregistrement des cancers est complète jusqu'à l'année d'incidence 2022 et un suivi de 24 mois est nécessaire pour enregistrer les cancers d'intervalle, les résultats définitifs peuvent être calculées jusqu'à et y compris l'année de dépistage 2020. Sur base du CHP colon, des chiffres provisoires d'incidence pour 2023 peuvent être donnés et donc des résultats provisoires pour les années de dépistage 2021 et 2022.

Figure 8 : Répartition cumulative des cancers d'intervalle (NOUVEAU)



*La base de données d'enregistrement des cancers est complète jusqu'à l'année d'incidence 2022 et un suivi de 24 mois est nécessaire pour enregistrer les cancers d'intervalle, les résultats définitifs peuvent être calculées jusqu'à et y compris l'année de dépistage 2020. Sur base du CHP colon, des chiffres provisoires d'incidence pour 2023 peuvent être donnés et donc des résultats provisoires pour les années de dépistage 2021 et 2022.

Conclusion :

37 à 50% des cancers d'intervalle sont diagnostiqués dans la première année après un test de dépistage négatif pour la période 2020-2022. La courbe cumulative des cancers d'intervalle ne montre pas de point d'inflexion clair mais a tendance à augmenter légèrement plus rapidement à partir d'environ 12 mois.

5. INDICATEURS D'EVALUATION CONCERNANT LE SUIVI ET LE TRAITEMENT

5.1. SUIVI APRÈS UN IFOBT POSITIF ET MÉCANISME FAIL-SAFE

Tableau 6 : Indicateurs de suivi après un iFOBT positif et mécanisme fail-safe

Année de dépistage	2020		2021		2022*		2023*,**	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nombre de personnes avec un iFOBT positif	**791**	100	**1.521**	100	**769**	100	**471**	100
Hommes	446	100	824	100	432	100	271	100
Femmes	345	100	697	100	337	100	200	100
Nombre de personnes avec un suivi	**653**	**82,6**	**1.280**	**84,2**	**666**	**86,6**	**391**	**83,0**
Hommes	375	84,1	701	85,1	974	86,6	223	82,3
Femmes	278	80,6	579	83,1	292	86,6	168	84,0
Coloscopies (complètes, polypectomies, coloscopies partielles et virtuelles)	**618**	**78,1**	**1.216**	**79,9**	**638**	**83,0**	**380**	**80,7**
Hommes	357	80,0	665	80,7	359	83,1	219	80,8
Femmes	261	75,7	551	79,1	279	82,8	161	80,5
Dont prélèvement endéans les 12 mois	**395**	**49,9**	**783**	**51,5**	**433**	**56,3**	**261**	**55,4**
Hommes	238	53,4	467	56,7	261	60,4	166	61,3
Femmes	157	45,5	316	45,3	172	51,0	95	47,5
Suivis autres que coloscopie	**52**	**6,6**	**97**	**6,4**	**45**	**5,9**	**14**	**3,0**
Hommes	18	4,0	36	4,4	15	3,5	4	1,5
Femmes	17	4,9	28	4,0	13	3,9	7	3,5
Répétition du iFOBT sans coloscopie	**18**	**2,3**	**31**	**2,0**	**11**	**1,4**	**8**	**1,7**
Hommes	7	1,6	16	1,9	5	1,2	2	0,7
Femmes	11	3,2	15	2,1	6	1,8	6	3,0
Imagerie/chirurgie	**17**	**2,1**	**33**	**2,2**	**17**	**2,2**	**3**	**0,6**
Hommes	11	2,5	20	2,4	10	2,3	2	0,7
Femmes	6	1,7	13	1,9	7	2,1	1	0,5
Aucun suivi connu	**138**	**17,4**	**241**	**15,8**	**103**	**13,4**	**80**	**17,0**
Hommes	71	15,9	123	14,9	58	13,4	48	17,7
Femmes	67	19,4	118	16,9	45	13,4	32	16,0

*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.

Tableau 7 : Distribution des types de coloscopies

Année de dépistage	2020	2021	2022*	2023*,**
	%	%	%	%
Coloscopies totales et polypectomies Recommandation UE : 90-95%	**91,5**	**90,9**	**92,6**	**92,6**
Hommes	91,4	89,6	92,1	90,5
Femmes	91,7	92,5	93,2	95,6
Coloscopies partielles	**7,7**	**8,2**	**6,2**	**6,6**
Hommes	7,8	9,5	6,3	8,2
Femmes	7,6	6,7	6,2	4,4
Coloscopies virtuelles	**0,8**	**0,9**	**1,2**	**0,8**
Hommes	0,8	0,9	1,6	1,4
Femmes	0,7	0,9	0,7	0,0

*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.
Les chiffres jaunes sont les normes européennes. Si la valeur d'un indicateur particulier est inférieure ou supérieure à ces directives, elle est marquée en rouge.

Conclusion :

Taux de suivi : la proportion de suivi, tous types de suivis confondus, est analysée. Le taux de suivi est d'environ 83% tant pour les hommes que pour les femmes en 2023. Plus de 80% des iFOBT positifs sont suivis par au moins une coloscopie (tous types confondus : coloscopie totale, virtuelle ou incomplète ou une polypectomie), avec un seul examen pris en compte par personne. Pour l'année 2020, ce taux est un peu plus faible (78%), surtout chez les femmes (76%). Il pourrait y avoir un effet de la pandémie du COVID-19.

Toutefois, la coloscopie complète est l'examen recommandé lorsqu'un iFOBT est positif. Parmi toutes les coloscopies réaliées, **91 à 93%** sont des coloscopies totales ou des polypectomies en 2020-2023. Cette proportion correspond aux recommandations européennes de 90% (acceptable) à 95% (souhaitable) [5].

Nombre de personnes pour lesquelles un échantillon a été prélevé endéans les 12 mois suivant un iFOBT positif : pour la période 2020-2023 un prélèvement d'échantillon a été réalisé endéans les 12 mois pour environ 50-56% des personnes avec un iFOBT positif.

Suivis autres que coloscopie : 3-6% des personnes avec un iFOBT positif ont été suivies par un examen autre qu'une coloscopie en 2020-2023. :

- **Répétition du iFOBT comme unique suivi (sans coloscopie) après un iFOBT positif :** la répétition du iFOBT ne correspond pas aux recommandations pour un suivi correct et doit donc être évitée. Pour la période 2020-2023, eviron 1.5-2% des participants avec un iFOBT positif ont effectué un autre iFOBT sans avoir effectué de coloscopie dans l'année.
- **Imagerie et chirurgie :** Pour la période 2020-2022, environ 2% des participants avec un iFOBT positif ont effectué une imagerie ou une chirurgie par la suite. Les chiffres pour 2023 sont nettement inférieurs mais nous ne pouvons en tenir compte étant donné que les données de l'AIM sont incomplètes pour cette année-là.

Aucun suivi connu : pour la période 2020-2023, entre 13 et 17% des participants avec un iFOBT positif n'ont pas eu de suivi du tout. Pour ces personnes, un mécanisme fail-safe serait approprié.

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

Pour tous les participants au programme de dépistage avec un iFOBT positif suivi d'une coloscopie, le délai entre l'analyse du iFOBT et la coloscopie (totale, incomplète et polypectomie) a été calculé.

Tableau 8 : Délai entre l'analyse d'un iFOBT positif et une coloscopie de suivi

	2020			2021			2022*			2023*,**		
	N											
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
≤ 30 jours	81	45	126	112	113	225	66	45	111	33	20	53
31 jours - 45 jours	63	47	110	135	97	232	63	50	113	38	27	65
46 jours - 60 jours	55	37	92	95	77	172	45	54	99	25	18	43
61 jours - 90 jours	50	52	102	146	132	278	84	60	144	47	43	90
91 jours - 6 mois	76	47	123	130	94	224	62	48	110	48	40	88
6 - 12 mois	23	27	50	26	25	51	25	18	43	11	7	18
	%											
≤ 30 jours	23,3	17,6	20,9	17,4	21,0	19,0	19,1	16,4	17,9	16,3	12,9	14,8
31 jours - 45 jours	18,1	18,4	18,2	21,0	18,0	19,6	18,3	18,2	18,2	18,8	17,4	18,2
46 jours - 60 jours	15,8	14,5	15,3	14,8	14,3	14,6	13,0	19,6	16,0	12,4	11,6	12,0
61 jours - 90 jours	14,4	20,4	16,9	22,7	24,5	23,5	24,3	21,8	23,2	23,3	27,7	25,2
91 jours - 6 mois	21,8	18,4	20,4	20,2	17,5	19,0	18,0	17,5	17,7	23,8	25,8	24,6
6 - 12 mois	6,6	10,6	8,3	4,0	4,6	4,3	7,2	6,5	6,9	5,4	4,5	5,0
	% cum											
≤ 30 jours	23,3	17,6	20,9	17,4	21,0	19,0	19,1	16,4	17,9	16,3	12,9	14,8
31 jours - 45 jours	41,4	36,1	39,1	38,4	39,0	38,7	37,4	34,5	36,1	35,1	30,3	33,1
46 jours - 60 jours	57,2	50,6	54,4	53,1	53,3	53,2	50,4	54,2	52,1	47,5	41,9	45,1
61 jours - 90 jours	71,6	71,0	71,3	75,8	77,9	76,7	74,8	76,0	75,3	70,8	69,7	70,3
91 jours - 6 mois	93,4	89,4	91,7	96,0	95,4	95,7	92,8	93,5	93,1	94,6	95,5	95,0
6 - 12 mois	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

*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.

Conclusion :

Pour 2023, seulement 15% des participants ont eu une colocospie de suivi dans les 30 jours après un résultat de iFOBT positif. 45% des participants ont eu une coloscopie de suivi dans les 60 jours après un iFOBT positif. 70% des coloscopies ont été réalisées dans les 90 jours suivant le iFOBT positif. Ces chiffres sont un peu plus élevés d'environ 5 % pour les années antérieures, très probablement car les données de l'AIM sont plus complètes pour ces années-là.

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

5.3. TRAITEMENT APRÈS UN IFOBT POSITIF ET APRÈS UN CANCER DEPISTÉ

Tableau 9 : Nombre d'interventions après un iFOBT positif et après un cancer dépisté

Année de dépistage	2020		2021		2022*		2023*,**	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nombre d'interventions après un iFOBT positif	**263**	100	**505**	100	**285**	100	**176**	100
Hommes	155	100	318	100	174	100	112	100
Femmes	108	100	187	100	111	100	64	100
Colectomie totale	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**1**	**0,4**	**0**	**0,0**
Hommes	0	0,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0
Femmes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Colectomie partielle	**15**	**5,7**	**41**	**8,1**	**26**	**9,1**	**12**	**6,8**
Hommes	11	7,1	29	9,1	14	8,0	10	8,9
Femmes	4	3,7	12	6,4	12	10,8	2	3,1
Polypectomie	**240**	**91,3**	**462**	**91,5**	**254**	**89,1**	**163**	**92,6**
Hommes	144	92,9	289	90,9	155	89,1	102	91,1
Femmes	96	88,9	173	92,5	99	89,2	61	95,3
Autres interventions colorectales	**8**	**3,0**	**2**	**0,4**	**4**	**1,4**	**1**	**0,6**
Hommes	0	0,0	0	0,0	4	2,3	0	0,0
Femmes	8	7,4	2	1,1	0	0,0	1	1,6
Nombre total de cancers invasifs dépistés	**21**	100	**54**	100	**31**	100	**17**	100
Hommes	15	100	40	100	19	100	12	100
Femmes	6	100	14	100	12	100	5	100
Colectomie totale	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**1**	**3,2**	**0**	**0,0**
Hommes	0	**0,0**	0	**0,0**	1	**5,3**	0	**0,0**
Femmes	0	**0,0**	0	**0,0**	0	**0,0**	0	**0,0**
Colectomie partielle	**14**	**66,7**	**39**	**72,2**	**22**	**71,0**	**10**	**58,8**
Hommes	12	**80,0**	28	**70,0**	14	**73,7**	8	**66,7**
Femmes	2	**33,3**	11	**78,6**	8	**66,7**	2	**40,0**
Polypectomie	**4**	**19,0**	**7**	**13,0**	**3**	**9,7**	**4**	**23,5**
Hommes	3	**20,0**	5	**12,5**	1	**5,3**	3	**25,0**
Femmes	1	**16,7**	2	**14,3**	2	**16,7**	1	**20,0**
Autres interventions colorectales	**1**	**4,8**	**1**	**1,9**	**2**	**6,5**	**0**	**0,0**
Hommes	0	**0,0**	1	**2,5**	0	**0,0**	0	**0,0**
Femmes	1	**16,7**	0	**0,0**	2	**16,7**	0	**0,0**
Aucun traitement connu	**2**	**9,5**	**7**	**13,0**	**3**	**9,7**	**3**	**17,6**
Hommes	0	**0,0**	6	**15,0**	3	**15,8**	1	**8,3**
Femmes	2	**33,3**	1	**7,1**	0	**0,0**	2	**40,0**

	Cancers in situ 2020-2023 *,**		Cancers invasifs 2020-2023*,**	
Colectomie totale	0	0,0	1	0,8
Colectomie partielle	5	5,2	85	69,7
Polypectomie	56	57,7	18	14,8
Total des cancers dépistés	97		122	

*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.

Conclusion :

Nombre total d'interventions réalisées dans l'année suivant un iFOBT positif : le pourcentage d'interventions colorectales après un iFOBT positif (791 iFOBT positifs en 2020, 1521 en 2021, 769 en 2022, 471 en 2023) est de 37% pour la période 2022-2023 et il y a une petite diminution en 2020-2021 à 33%, qui pourrait s'expliquer par un éventuel impact de la pandémie COVID-19. La polypectomie est l'intervention la plus fréquente après un iFOBT positif (93% en 2023). Pour 6,8% des interventions, il s'agit d'une colectomie (6,8% de partielle et 0% de totale) en 2023.

Traitement des cancers invasifs dépistés : pour tous les cancers invasifs dépistés, il a été vérifié si une intervention colorectale a été effectuée et la nature de celle-ci. Les interventions colorectales les plus fréquentes pour les cancers colorectaux invasifs dépistés sont les colectomies partielles (72%, 71% en 2021-2022), suivies des polypectomies (13%, 10% en 2021-2022). Le pourcentage de cancers invasifs dépistés pour lesquels aucun traitement n'est connu s'élève à 13% et 10% en 2021 et 2022.

Environ 60% des cancers in situ (pour les années de dépistage 2020-2023) sont réséqués par une polypectomie et 5% par une colectomie partielle. En comparaison avec les cancers invasifs (2020-2023), une colectomie partielle est généralement réalisée (70%) et pour 15% il s'agit d'une polypectomie.

6. CONCLUSION

En 2022, 591 nouveaux **cancers colorectaux invasifs** et 244 nouveaux **cancers colorectaux in situ** ont été diagnostiqués à Bruxelles, dont respectivement 49% et 61% dans la tranche dâge 50-74 ans. **Pour la tranche d'âge 50-74 ans, l'incidence des tumeurs invasives** diminue significative mais entre 2004 et 2022, passant de 135,6 à 108,5/100.000. La **mortalité** liée aux cancers colorectaux invasifs diminue significativcement entre 2004 et 2021, pour tous les âges (passant de 30,3 à 21,9/100.000) et pour le groupe d'âge 50-74 ans (passant de 39,8 à 27,9/100.000).

Population cible et taux de couverture : en 2023, la population cible complète au dépistage du cancer colorectal est de 295.358 personnes. De cette population, 0,8% des personnes ne sont pas éligibles pour raisons médicales et 19,5% ne sont pas invitées en raison d'une couverture dans ou hors programme. Le taux de couverture totale est de 29,7%. Le taux de couverture dans le programme compte pour 12,4%.

Personnes n'ayant jamais réalisé un dépistage et surdépistage : en 2023, 44,2% de la population cible éligible sont des personnes n'ayant jamais réalisé un dépistage. Parmi les participants, 3,8% ont effectué un test de dépistage inapproprié (surdépistage).

Résultats du dépistage

- On observe une diminution du **pourcentage de iFOBT positifs :** 8,0% en 2020, 7,2% en 2021, 5,4% en 2022 et 5,3% en 2023, 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.
- **Taux de détection** : point d'attention : les faibles effectifs peuvent amener à des fluctuations aléatoires. Le taux de détection est généralement plus élevé lors des premiers dépistages que lors des dépistages suivants et plus élevé chez les hommes que chez les femmes.
  - Cancers invasifs : fluctue d'une année à l'autre mais, pour 2020-2023, se situe dans la même fourchette que dans les autres pays européens (1,8 - 9,5 ‰) [5] au premier dépistage.
  - Cancers in situ entre 2020 et 2023 : entre 1,1 et 2,9‰.
  - Adénomes : entre 23,1 et 27,6‰ pour 2020-2022, ce qui est supérieur aux normes européennes (13,3-22,3‰) [5] et 21,1‰ pour 2023, ce qui est dans les normes.
- Le **taux de cancers d'intervalle** est de 1,6‰ en 2020. Sur 1.000 participants, moins de 2 personnes se verront diagnostiquer d'un cancer colorectal après un résulat de dépistage négatif.
- La **sensibilité du iFOBT** atteint 72,1% pour les cancers invasifs, 72,7% pour les cancers in situ et 51,8% pour les adénomes en 2022. Ces pourcentages sont le reflet des faux négatifs selon le type de lésion présente; plus la sensibilité est élevée, moins il y a de faux négatifs. La **spécificité** du test est élevée (95-97%), il y a donc peu de iFOBT positifs pour lesquels aucun cancer ou adénome n'est retrouvé par la suite (peu de faux positifs).
- **Distribution des cancers selon le stade de la maladie au diagnostic** : Pour les années de dépistage 2019-2020, les cancers colorectaux (avec stade connu) sont plus fréquemment dépistés aux stades in situ et I (60,2% des cancers avec stade connu) tandis que chez les non-participants, les cancers colorectaux sont plus souvent diagnostiqués aux stades II+ (63,2% des

cancers avec stade connu). Le programme de dépistage du cancer colorectal permet donc de diagnostiquer plus de cancers à un stade précoce.

Suivi et traitement

- Dans plus de 80% des cas, une **coloscopie** est effectuée après un iFOBT positif. Dans plus de 91% des cas, il s'agit d'une coloscopie totale. Cette proportion correspond aux recommandations européennes de 90% (acceptable) à 95% (souhaitable) [5]. En 2023, 3,0% des participants avec un iFOBT positif ont reçu un **suivi autre que la coloscopie** (iFOBT répété ou imagerie ou chirurgie). En 2023, **aucun suivi** n'a été enregistré endéans les 12 mois suivant le iFOBT positif pour 17,0% des cas. Grâce à un **mécanisme de fail-safe**, ces personnes pourraient être contactées, éventuellement via les médecins généralistes, afin d'effectuer une coloscopie.
- Seulement 15 à 21% des participants ont eu une coloscopie de suivi dans les 30 jours après un résultat de iFOBT positif en 2020-2023.
- Des **prélèvements** ont été effectués pour 55,4% des personnes qui ont eu un iFOBT positif en 2023.
- Une **colectomie** (totale ou partielle) a été réalisée pour environ 7 à 9% des iFOBT positifs. Les interventions colorectales les plus fréquentes sont les polypectomies et les colectomies partielles (elles représentent à elles deux plus de 99% de toutes les interventions effectuées après un iFOBT positif).
- La majorité des cancers in situ sont réséqués par une polypectomie (58% pour 2020-2023), tandis que pour les cancers invasifs, une colectomie partielle est l'intervention la plus fréquente (70% pour 2020-2023).

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 Commision, 2022. European Health Union: Commission welcomes adoption of new EU cancer screening recommendations. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_22_7548
5. European Commission, 2010. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. Segnan N, Patnick J, von Karsa L (Eds.), International Agency for research on Cancer Luxembourg, first ed.
6. Hol L, van Leerdam ME, van Ballegooijen M, van Vuuren AJ, van Dekken H, Reijerink JC, van der Togt AC, Habbema JD, Kuipers EJ. Screening for colorectal cancer: randomised trial comparing guaiac-based and immunochemical faecal occult blood testing and flexible sigmoidoscopy. Gut, 2010:59(1):62-8. doi: 10.1136/gut.2009.177089.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. Definition and taxonomy of interval colorectal cancers: a proposal for standardising nomenclature, S Sanduleanu et al. Colorectal Cancer Screening Committee,World Endoscopy Organization
11. 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).
12. Lee JK, Liles EG, Bent S, Levin TR, Corley DA. Accuracy of fecal immunochemical tests for colorectal cancer: systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med. 2014 Feb 4;160(3):171. doi: 10.7326/M13-1484.

8. ANNEXES

MÉTHODOLOGIE DU CALCUL DES INDICATEURS D'ÉVALUATION DÉPISTAGE CANCER COLORECTAL 2020-2023-BRUXELLES