Belgian Cancer Registry

Evaluation du dépistage du cancer colorectal à Bruxelles, années de dépistage 2021-2024

CALCUL D'INDICATEURS D'ÉVALUATION

vivalis .brussels

BruPrev

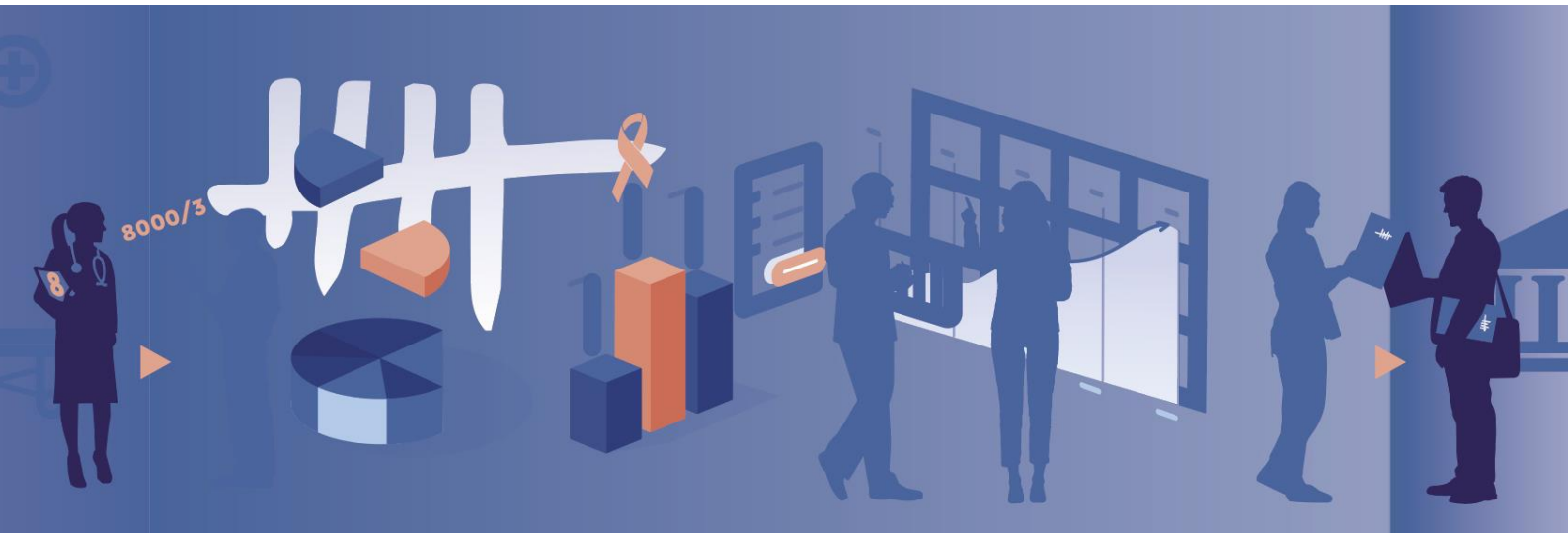


TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction 2

2. Incidence et mortalité du cancer colorectal 3

3. Population cible, couverture et surdépistage 7

3.1. Population cible éligible 7

3.2. Taux de couverture 7

3.3. Personnes n'ayant jamais réalisé un dépistage 7

3.4. Surdépistage 8

4. Résultats des indicateurs d'évaluation concernant les résultats du dépistage, le diagnostic des cancers et des adénomes 12

4.1. Nombre et pourcentage de iFOBT positifs 12

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 14

4.3. Distribution des cancers dépistés, cancers d'intervalle et des cancers parmi les non participants, selon le stade au moment du diagnostic 17

5. Indicateurs d'évaluation concernant le suivi et le traitement 20

5.1. Suivi après un iFOBT positif 20

5.2. Délai entre un test de dépistage positif et la coloscopie 22

5.3. Traitement après un iFOBT positif et après un cancer dépisté 23

6. Conclusion 25

7. Bibliographie 27

8. Annexes 27

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'organisation 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 MORTALITÉ DU CANCER COLORECTAL

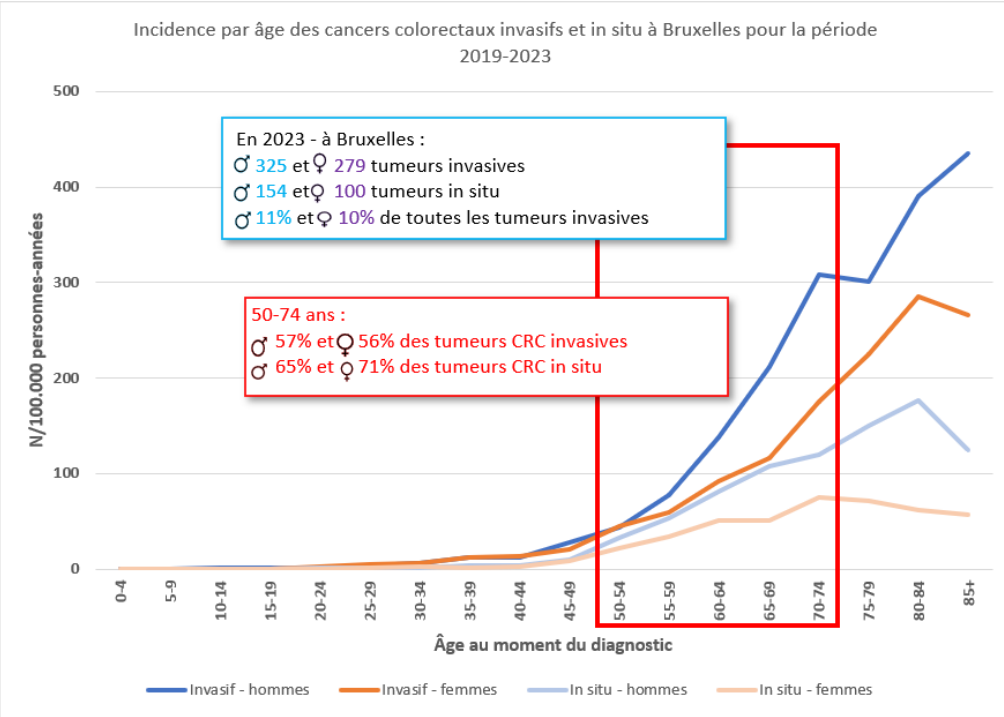
A Bruxelles, 604 nouveaux cas de cancer invasif colorectal ont été enregistrés en 2023 [6]. Ce cancer se situe en troisième position des cancers tant chez les hommes, après les cancers de la prostate et du poumon, que chez les femmes, après les cancers du sein et du poumon. C'est la seconde cause de décès par cancer (196 personnes sont décédées d'un cancer colorectal invasif à Bruxelles en 2022). 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 2004-2023

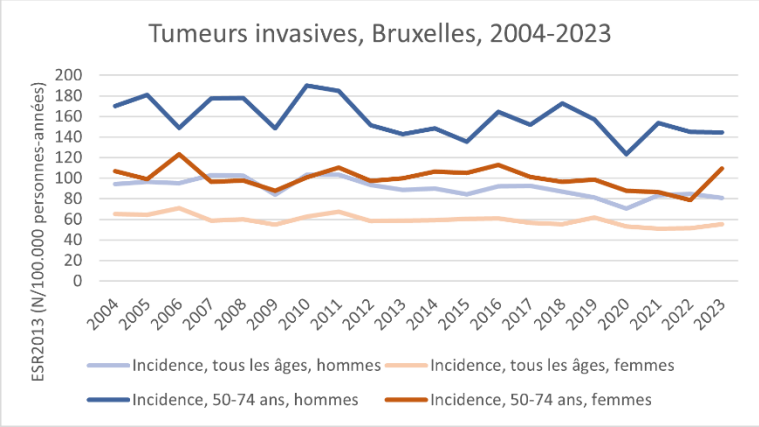
Années	Tumeurs invasives				Tumeurs in situ	
	Incidence		Mortalité (§)		Incidence	
	Tous les âges N (ESR*)	50-74 ans N (ESR*)	Tous les âges N (ESR*)	50-74 ans N (ESR*)	Tous les âges N (ESR*)	50-74 ans N (ESR*)
2004	626 (76,9)	300 (135,7)	247 (29,6)	85 (38,5)	37 (4,5)	18 (8,1)
2005	643 (77,9)	302 (135,5)	261 (31,6)	89 (40,8)	41 (5,2)	23 (10,4)
2006	661 (80,0)	296 (134,7)	267 (31,7)	93 (42,1)	49 (6,1)	25 (11,4)
2007	631 (76,0)	294 (132,9)	245 (28,9)	83 (38,1)	47 (5,6)	14 (6,4)
2008	643 (77,6)	294 (133,8)	234 (27,7)	86 (39,3)	81 (9,6)	41 (18,0)
2009	559 (67,0)	254 (115,1)	276 (32,3)	91 (41,3)	88 (10,6)	53 (22,8)
2010	678 (79,7)	317 (140,6)	247 (28,8)	82 (37,3)	104 (12,7)	63 (27,6)
2011	697 (82,9)	329 (1439)	250 (28,9)	88 (39,1)	152 (18,5)	91 (39,1)
2012	621 (72,6)	282 (121,9)	241 (27,5)	79 (34,4)	198 (24,4)	117 (51,0)
2013	613 (71,4)	277 (119,2)	222 (25,3)	64 (27,4)	208 (25,0)	132 (54,9)
2014	620 (71,9)	300 (126,0)	224 (24,7)	64 (26,6)	213 (25,4)	128 (52,5)
2015	608 (69,8)	285 (119,3)	232 (26,4)	67 (29,2)	251 (29,7)	151 (61,9)
2016	644 (74,2)	332 (136,4)	205 (22,8)	71 (29,0)	282 (33,0)	167 (69,3)
2017	628 (71,7)	310 (124,6)	245 (27,1)	80 (32,7)	299 (35,6)	171 (68,1)
2018	610 (69,0)	334 (130,9)	229 (25,8)	93 (37,5)	269 (31,5)	158 (61,9)
2019	622 (70,4)	319 (125,1)	226 (25,2)	85 (33,8)	259 (29,3)	176 (67,4)
2020	541 (59,9)	271 (103,7)	203 (22,1)	79 (31,3)	216 (24,4)	130 (48,4)
2021	591 (65,3)	309 (116,8)	196 (22,1)	72 (27,9)	266 (29,4)	166 (61,4)
2022	592 (65,5)	292 (109,4)	196 (22,1)	71 (28,2)	247 (27,7)	151 (55,5)
2023	604 (66,2)	340 (125,8)	-		254 (27,6)	171 (61,7)

***** 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 2019-2023



Figures 2 : Évolution de l'incidence des tumeurs colorectales invasives et in situ par sexe à Bruxelles pour les années 2004-2023



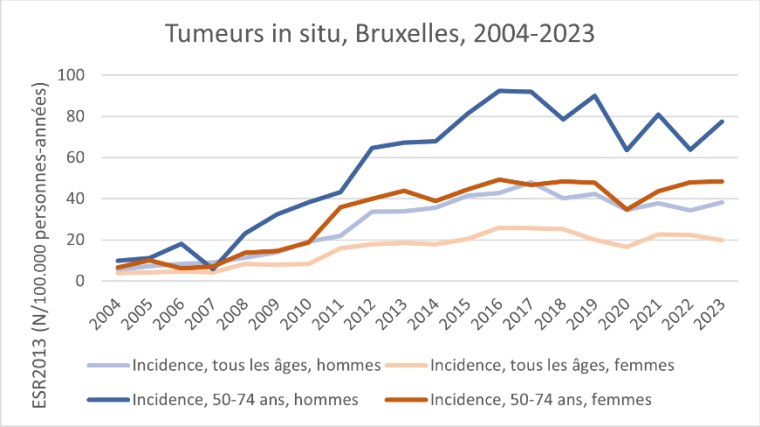
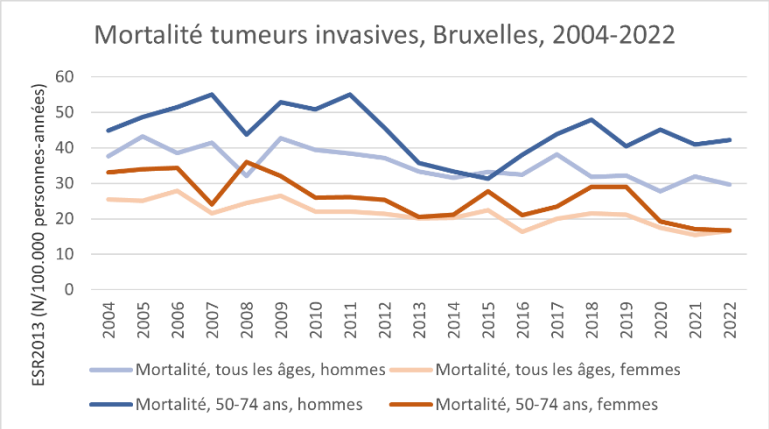


Figure 3 : Évolution de la mortalité du cancer colorectal par sexe à Bruxelles pour les années 2004-2022



Conclusion :

La figure 1 montre l'incidence par âge à Bruxelles, tant pour le cancer colorectal invasif que in situ. En 2023, 604 nouvelles tumeurs invasives et 254 nouvelles tumeurs in situ ont été diagnostiquées à Bruxelles, dont respectivement 56,3% et 67,3% dans la tranche d'âge de 50 à 74 ans. Pour le cancer colorectal invasif, le pic d'incidence se situe après 74 ans.

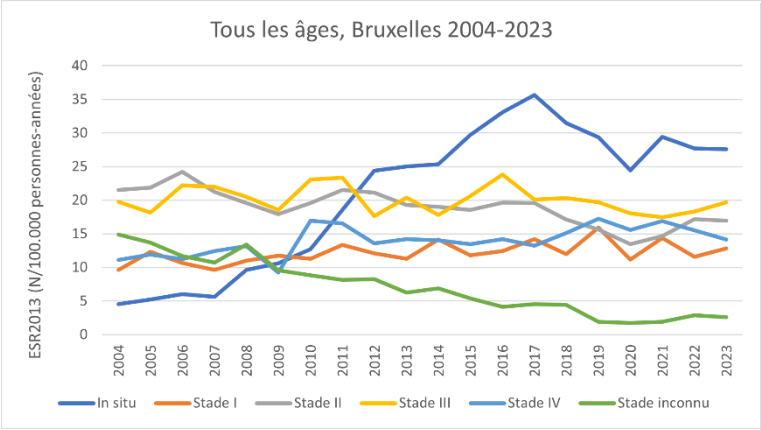
Concernant les tumeurs in situ (figure 2), le nombre de nouveaux cas par an a fortement augmenté entre 2004 et 2023, allant de 37 (2004) à 254 (2023) pour les hommes et les femmes de tous les âges et de 18 (2004) à 171 (2023) pour la tranche d'âge 50-74 ans. Nous observons au cours de la période 2004-2023 une augmentation des cancers in situ pour tous les âges (Average Annual Percentage Change (AAPC) = 9,5* (8,6 ; 14,1) avec 3 points d'inflexion en 2007, 2012 et 2017, l'Annual Percent Change (APC) 2004-2007 = 10,8 (-1,5 ; 19,9), APC 2007-2012 = 30,0* (24,9 ; 41,5), APC 2012-2017 = 7,1* (1,4 ; 15,1) et APC 2017-2023 = -4,0* (-11.1 ; -0,9)) et pour la tranche d'âge 50-54 ans (AAPC = 10,5* (8,3 ; 13,6) avec 2 points d'inflexion en 2007 et 2012 APC 2004-2007 = 2,1 (-23,8 ; 29,3) APC 2007-2012 = 42,8 (-7,6 ; 75,6) et APC 2012-2023 = 0,4 (-4,4 ; 8,9)).
Concernant les tumeurs invasives (figure 2), le nombre moyen de nouveaux cas par an entre 2004 et 2023 est de 622 pour les hommes et femmes de tous âges confondus et de 302 pour la tranche d'âge 50-74 ans. L'incidence diminue entre 2004 et 2023 (AAPC = -1,1* (-1,5 ; -0,6), sans point d'inflexion observé) pour tous les âges. Pour le groupe d'âge 50-74 ans, l'incidence diminue également (AAPC = -0,8* (-1,5 ; -0,2), sans point d'inflexion observé).

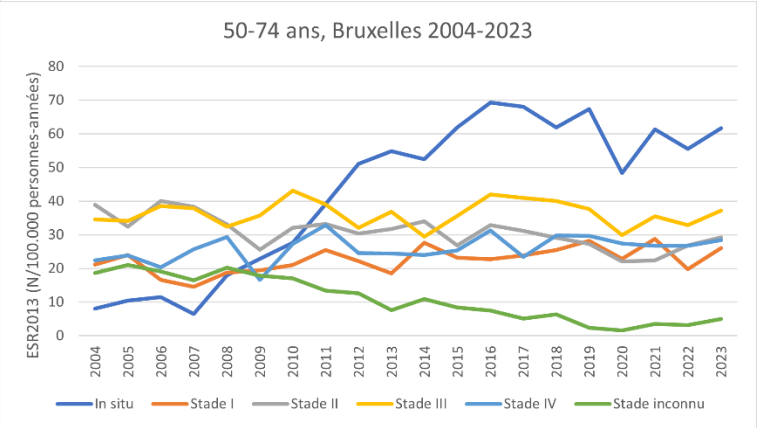
La mortalité liée aux tumeurs invasives du côlon diminue entre 2004 et 2022, à la fois pour tous les âges (AAPC = -1,9* (-2,6 ; -1,2), sans point d'inflexion), et pour le groupe d'âge 50-74 ans (AAPC = -2,2* (-2,9 ; -1,4) avec 3 points d'inflexion en 2011, 2014 et 2018 APC 2004-2011 = -0,5 (-1,9 ; 2,3) APC 2011-2014 = -12,9* (-16,7 ; -7,3), APC 2014-2018 = 9,0* (4,9 ; 16,7) et APC 2018-2022 = -6,9* (-12,4 ; -3,6)). En moyenne par an, il y a eu 234 décès par cancer colorectal pour tous les âges confondus pour la période 2004-2022 dont 80 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 2004-2023

A) Tous les âges **B) 50-74 ans**





Conclusion :

En 2023, le stade le plus fréquent au moment du diagnostic du cancer colorectal est le stade in situ, respectivement 30% et 33% pour tous les âges et pour la tranche d'âge 50-74 ans. Viennent ensuite les cancers de stade III (21% et 20%), de stade II (18% et 15%), de stade IV (15% pour les 2 groupes), de stade I (13% dans les 2 groupes d'âge) et de stade inconnu (3% pour les 2 groupes d'âge).

En ce qui concerne les **cancers in situ**, il y a une augmentation au cours du temps dans les deux groupes d'âge (voir conclusion de la figure 2).

Entre 2004 et 2023, pour tous les âges, nous observons une diminution des **stades II** (AAPC = -1,1* (-1,9 ; -0,4) sans point d'inflexion observé) et une diminution non significative des **stades III** (AAPC = -0,5 (-1,4 ; 0,5), sans point d'inflexion observé). Il y a une augmentation pour les **stades IV** (AAPC = 1,7* (0,6 ; 2,9) sans point d'inflexion observé) et des **stades I** (AAPC = 1,2* (0,1 ; 2,3), sans point d'inflexion observé).

Au niveau de la population-cible (50-74 ans), il apparait une diminution des cancers de **stade II** (AAPC = -1,9* (-2,9 ; -0,9), sans point d'inflexion) et une diminution non significative des cancers de **stade III** (AAPC = -0,1 (-1,1 ; 0,9) sans point d'inflexion observé). Il y a une augmentation non significative des cancers de **stade IV** (AAPC = 1,2 (-0,2 ; 2,5)). Pour les cancers de **stade I**, il y a une augmentation significative (AAPC = 1,7* (0,3 ; 3,1) sans point d'inflexion).

Concernant les **stades inconnus**, que ce soit pour tous les âges (AAPC = -8,4* (-9,7 ; -6,9) avec 2 points d'inflexion en 2017 et 2020 APC 2004-2017 = -8,7* (-10,2 ; -5,9), APC 2017-2020 = -28,8* (-34,7 ; -17,0) et APC 2020-2023 = 19,5* (4,3 ; 52,0)) ou pour les âges de la population cible (AAPC = -7,7* (-10,0 ; -5,4) avec 2 points d'inflexion en 2016 et 2020 APC 2004-2016 = -8,1* (-10,9 ; -3,0), APC 2016-2020 = -31,0* (-44,4 ; -19,3) et APC 2020-2023 = 37,9* (8,5 ; 102,2)), nous observons une diminution significative. Comme le taux d'incidence global semble 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 SURDÉPISTAGE

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) aux organismes de dépistage qui organisent le programme de dépistage du cancer colorectal, est composée des hommes et des femmes âgés de 50 à 74 ans en 20XX sur base de la date de naissance et du lieu de résidence à Bruxelles. 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 couverture, personnes jamais dépistées, surdépistage

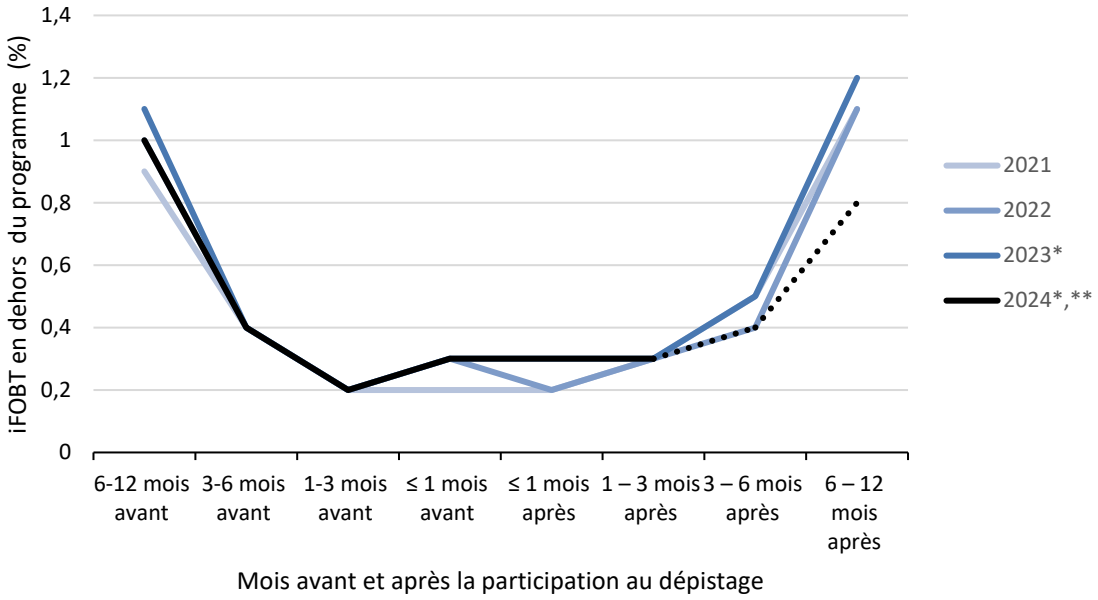
	2021		2022		2023*		2024*	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Population cible complète**	**298.039**	**100**	**304.997**	**100**	**312.503**	**100**	**320.371**	**100**
Individus non-éligibles pour raisons médicales	**2.184**	**0,7**	**2.292**	**0,8**	**2.380**	**0,8**	**2.508**	**0,8**
Définitivement (ablation totale du côlon)	105	4,8	111	4,8	131	5,5	123	4,9
Provisoirement (cancer colorectal = 10 ans)	2.079	95,2	2.181	95,2	2.249	94,5	2.385	95,1
Population cible éligible	**295.855**		**302.705**		**310.123**		**317.863**	
50-54 ans	79.585		81.215		82.705		83.484	
55-59 ans	70.016		71.601		73.237		75.141	
60-64 ans	58.912		61.059		62.944		64.891	
65-69 ans	48.002		48.656		50.083		52.026	
70-74 ans	39.340		40.174		41.154		42.321	
Hommes	145.636		149.537		153.897		158.333	
Femmes	150.219		153.168		156.226		159.530	
Personnes non-invitées en 20XX en raison de	**50.747**	**17,0**	**62.128**	**20,4**	**58.740**	**18,8**	**69.331**	**21,6**
Coloscopies totales (< 5ans)	40.574	79,9	41.418	66,7	44.448	76,7	46.691	67,3
Coloscopies virtuelles (< 4 ans)	341	0,7	285	0,5	249	0,4	236	0,3
IFOBT dans le programme en 20XX-1	9.832	19,4	20.425	32,9	14.043	23,9	22.404	32,2
Taux de couverture totale	**79.058**	**26,7**	**84.513**	**27,9**	**90.064**	**29,0**	**99.438**	**31,3**
50-54 ans	16.261	20,4	17.559	21,6	19.771	23,9	21.649	25,9
55-59 ans	17.760	25,4	19.190	26,8	19.767	27,0	22.311	29,7
60-64 ans	16.621	28,2	17.868	29,3	19.189	30,5	21.424	33,0
65-69 ans	15.100	31,5	15.891	32,7	16.787	33,5	18.467	35,5
70-74 ans	13.316	33,8	14.005	34,9	14.550	35,4	15.587	36,8
Hommes	37.205	25,5	40.070	26,8	43.172	28,1	47.858	30,2
Femmes	41.853	27,9	44.443	29,0	46.892	30,0	51.580	32,3
Taux de couverture dans le programme	**31.033**	**10,5**	**35.033**	**11,6**	**37.215**	**12,0**	**44.106**	**13,9**
50-54 ans	7.672	9,6	8.434	10,4	9.897	12,0	11.206	13,4
55-59 ans	7.486	10,7	8.630	12,1	8.307	11,3	10.349	13,8
60-64 ans	6.151	10,4	7.058	11,6	7.731	12,3	9.305	14,3
65-69 ans	5.263	11,0	5.917	12,2	6.130	12,2	7.331	14,1
70-74 ans	4.461	11,3	4.994	12,4	5.150	12,5	5.915	14,0
Hommes	15.419	10,6	17.498	11,7	18.778	12,2	22.153	14,0

	2021		2022		2023*		2024*	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Femmes	15.614	10,4	17.535	11,4	18.437	11,8	21.953	13,8
Taux de couverture hors programme	**48.025**	**16,2**	**49.480**	**16,3**	**52.849**	**17,0**	**55.332**	**17,4**
50-54 ans	8.589	10,8	9.125	11,2	9.874	11,9	10.443	12,5
55-59 ans	10.274	14,7	10.560	14,7	11.460	15,6	11.962	15,9
60-64 ans	10.470	17,8	10.810	17,7	11.458	18,2	12.119	18,7
65-69 ans	9.837	20,5	9.974	20,5	10.657	21,3	11.136	21,4
70-74 ans	8.855	22,5	9.011	22,4	9.400	22,8	9.872	22,9
Hommes	21.786	15,0	22.572	15,1	24.394	15,9	25.705	16,2
Femmes	26.239	17,5	26.908	17,6	28.455	18,2	29.627	18,6
Personnes ayant réalisé une coloscopie totale < 5 ans avant 20XX sans iFOBT préalable	**40.574**	**13,7**	**41.418**	**13,7**	**44.448**	**14,3**	**46.691**	**14,7**
Personnes ayant réalisé une coloscopie virtuelle < 4 ans avant 20XX sans iFOBT préalable	**341**	**0,1**	**285**	**0,1**	**249**	**0,1**	**236**	**0,1**
Personnes ayant réalisé un iFOBT hors programme < 2 ans avant 20XX[1]	**7.110**	**2,4**	**7.777**	**2,6**	**8.152**	**2,6**	**8.405**	**2,6**
Population cible éligible – personnes non invitées	**245.108**		**240.577**		**251.383**		**248.532**	
Personnes n'ayant jamais réalisé un dépistage	**161.967**	**54,7**	**159.828**	**52,8**	**162.835**	**52,5**	**167.374**	**52,7**
50-54 ans	52.890	66,5	51.981	64,0	52.618	63,6	54.511	65,3
55-59 ans	39.827	56,9	39.474	55,1	40.793	55,7	41.826	55,7
60-64 ans	30.052	51,0	29.942	49,0	30.531	48,5	31.228	48,1
65-69 ans	22.401	46,7	21.733	44,7	22.134	44,2	22.749	43,7
70-74 ans	16.797	42,7	16.698	41,6	16.759	40,7	17.060	40,3
Hommes	83.386	57,3	82.685	55,3	84.702	55,0	87.412	55,2
Femmes	78.581	52,3	77.143	50,4	78.133	50,0	79.962	50,1
Surdépistage chez les participants	**635**	**3,0**	**547**	**3,7**	**826**	**3,6**	**770**	**3,5**
iFOBT dans le programme < 20 mois après un iFOBT dans le programme	105	0,5	134	0,9	155	0,7	144	0,7
iFOBT dans le programme < 20 mois après un iFOBT hors programme	530	2,5	413	2,8	671	2,9	626	2,9

*Les chiffres pour ces années sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années.
** A partir de ce rapport, les années de naissance considérées ont été adaptées. Cela a pour conséquence une augmentation de cette population et un éventuel impact sur le résultat de certains indicateurs, en comparaison avec les rapports précédents.

[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 2021-2024



*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 2024 inclus.

Conclusion :

La **population cible complète** du dépistage du cancer colorectal est composée de 320.371 personnes en 2024, soit tous les hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans résidant à Bruxelles.
Dans cette population, 2.508 personnes sont **non éligibles pour raisons médicales** (ablation totale du côlon ou en suivi pour un cancer). La **population cible éligible** de 2024 est alors composée de 317.863 personnes. Parmi ces personnes, 69.331 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 248.532 personnes de la population cible éligible pour le dépistage de l'année 2024, c'est-à-dire 77% de la population cible complète.

Le **taux de couverture dans le programme** était de 10,5% en 2021 et est de 13,9% en 2024. En tenant compte des personnes non invitées, déjà couvertes, le taux de couverture dans le programme était de 13% en 2021 et de 18% en 2024. Quant au **taux de couverture hors programme**, il reste assez stable et oscille entre 16,2% (2021) et 17,4% (2024). En tenant compte des personnes non invitées, le taux de couverture hors programme était de 20% en 2021 et de 22% en 2024. Le **taux de couverture totale** a donc augmenté. Il était de 26,7% en 2021 et de 31,3% en 2024. 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. 32,3% des femmes étaient couvertes en 2024 pour 30,2% des hommes de la population cible éligible. Néanmoins, plus d'hommes sont couverts dans le programme (14,0% des hommes de la population cible éligible) que les femmes (13,8% des femmes de la population cible éligible). Hors programme, la tendance s'inverse avec 18,6% des femmes et 16,2% des hommes.

Le **taux de couverture totale** augmente avec l'âge sur la période 2021-2024. Il est de 25,9% chez les 50-54 ans en 2024 et progresse pour atteindre 36,8% chez les 70-74 ans. Cette tendance se retrouve aussi pour le **taux de couverture hors programme**, qui passe de 12,5% chez les plus jeunes (50-54 ans) à 22,9% chez les 70-74 ans. 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. Concernant le **taux de couverture dans le programme**, les taux les plus faibles sont observés dans les groupes d'âge les plus jeunes de la population cible : 13,4% chez les 50-54 ans et 13,8% chez les 55-59 ans. Les taux augmentent ensuite progressivement pour atteindre 14,3% chez les 60-64 ans, avant de se stabiliser autour de 14,0% chez les 70-74 ans.

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 virtuelle est de moins de 55% et tend à diminuer au cours du temps. C'est chez les personnes les plus jeunes que ce pourcentage est le plus élevé (50-54 ans avec 65,3% de jamais participants en 2024). Un travail de sensibilisation plus spécifique pourrait être entrepris auprès de ces personnes.

En 2024, 3,5% des personnes ont répété un test de dépistage sans que celui-ci ne soit indiqué (**surdépistage**). La majorité d'entre elles ont effectué un test de dépistage en dehors du programme (2,9%) 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 1,3% 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.

4. RÉSULTATS DES INDICATEURS D'ÉVALUATION CONCERNANT LES RÉSULTATS DU DÉPISTAGE, LE DIAGNOSTIC DES CANCERS ET DES ADÉNOMES

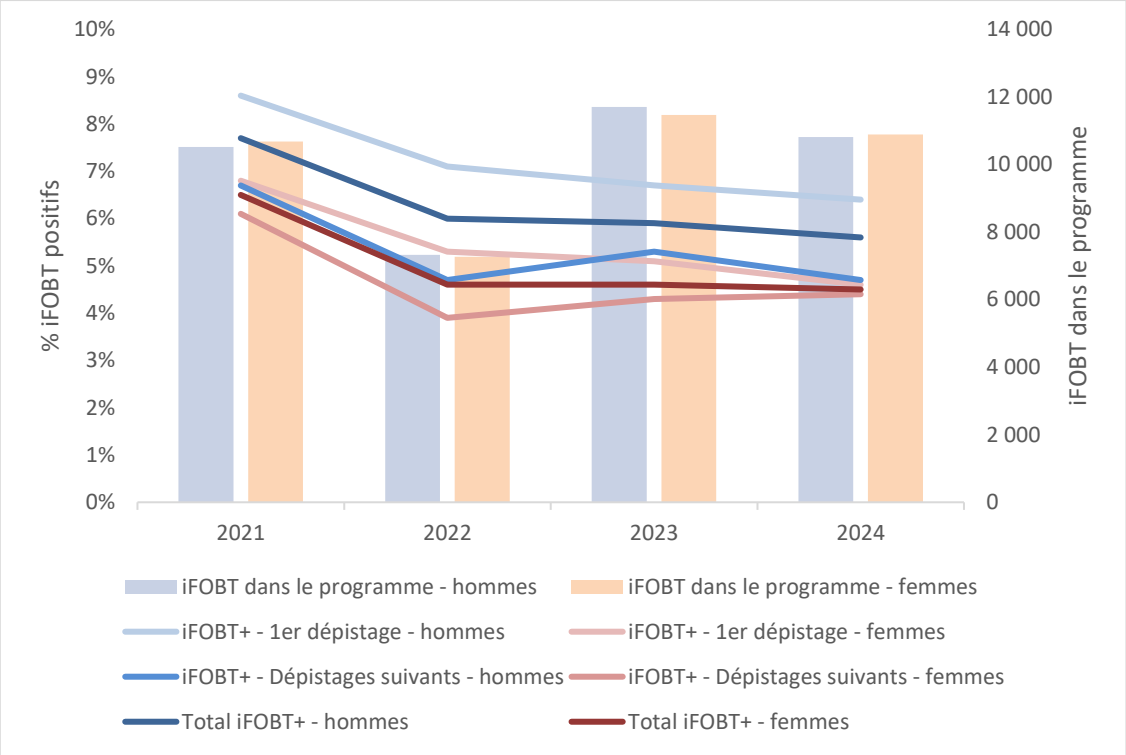
4.1. NOMBRE ET POURCENTAGE DE IFOBT POSITIFS

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

	2021	2022	2023	2024
Premier dépistage				
Nombre de iFOBT dans le programme	11.012	7.781	9.642	10.460
Nombre de iFOBT+	854	483	570	578
% FOBT+ **Recommandation UE: 4,4% - 11,1%**	**7,8**	**6,2**	**5,9**	**5,5**
Hommes (%)	8,6	7,1	6,7	6,4
Femmes (%)	6,8	5,3	5,1	4,6
50-54 (%)	6,2	4,8	4,2	4,3
55-59 (%)	7,2	5,3	5,3	5,8
60-64 (%)	8,8	6,3	7,2	5,5
65-69 (%)	10,1	12,0	11,0	8,7
70-74 (%)	10,8	12,0	11,0	8,7
Dépistages suivants				
Nombre de iFOBT dans le programme	10.188	6.821	13.527	11.239
Nombre de iFOBT+	650	290	650	512
% iFOBT+	**6,4**	**4,3**	**4,8**	**4,6**
Hommes (%)	6,7	4,7	5,3	4,7
Femmes (%)	6,1	3,9	4,3	4,4
50-54 (%)	5,3	2,7	3,4	3,3
55-59 (%)	6,0	3,5	4,4	3,8
60-64 (%)	5,3	4,5	5,1	4,3
65-69 (%)	6,8	4,5	5,1	5,3
70-74 (%)	8,3	5,9	5,8	6,4
Total				
Nombre de iFOBT dans le programme	21.200	14.602	23.169	21.699
Nombre de iFOBT+	1.504	773	1.220	1.090
% iFOBT+	**7,1**	**5,3**	**5,3**	**5,0**
Hommes (%)	7,7	6,0	5,9	5,6
Femmes (%)	6,5	4,6	4,6	4,5
50-54 (%)	6,1	4,3	4,0	4,0
55-59 (%)	6,6	4,4	4,8	4,7
60-64 (%)	6,7	5,3	5,8	4,7
65-69 (%)	8,1	5,9	5,8	6,0
70-74 (%)	9,2	8,3	7,2	7,1

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 2024, 5% (N=1.090) des participants ont eu un iFOBT positif. Ce chiffre est assez similaire à ceux de 2023 et 2022 (respectivement 5,3%, N=1.220 et 5,3% N=773) et inférieur à celui de 2021 (7,1%, N=1.504). Le pourcentage de positivité est plus élevé pour un premier dépistage (5,5% en 2024) que pour les dépistages suivants (4,6% en 2024), 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 tests iFOBT (entre 4,4% et 11,1%) [5].

Les dépistages suivants sont à peine plus nombreux que les premiers dépistages en 2023 et en 2024. En 2024, les dépistages suivants représentent 52% de la participation totale au dépistage. Une fidélisation de la participation suggèrerait une proportion de iFOBT des dépistages suivants plus élevée, par rapport aux premiers dépistages.

Le taux de iFOBT positifs est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (5,6% contre 4,5% en 2024) ; 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 2024, il est de 4,0% chez les 50-54 ans et de 7,1% 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

	2021	2022*	2023*	2024*,**
Taux de détection cancers invasifs (N(N/1000))	**43 (2,0)**	**25 (1,7)**	**47 (2,0)**	**17 (1,6)**
Premier dépistage (N(N/1000)) Recommandation UE : 1,8 -9,5‰	27 (2,5)	18 (2,3)	28 (2,9)	10 (2,3)
Dépistages suivants (N(N/1000))	16 (1,6)	7 (1,0)	19 (1,4)	7 (1,2)
Taux de détection cancers in situ (N(N/1000))	**34 (1,6)**	**19 (1,3)**	**35 (1,5)**	**16 (1,5)**
Premier dépistage (N(N/1000))	23 (2,1)	15 (1,9)	22 (2,3)	10 (2,3)
Dépistages suivants (N(N/1000))	11 (1,1)	4 (0,6)	13 (1,0)	6 (1,0)
Taux de détection adénomes (N(N/1000))	**470 (22,2)**	**271 (18,6)**	**405 (17,5)**	**152 (14,6)**
Premier dépistage (N(N/1000)) Recommandation UE :13,3-22,3‰	244 (22,2)	173 (22,2)	198 (20,5)	80 (18,1)
Dépistages suivants (N(N/1000))	226 (22,2)	98 (14,4)	207 (15,3)	72 (12,1)
	2021	2022*	2023*	
Taux de cancers d'intervalle (N(N/1000))	**35 (1,7)**	**29 (2,0)**	**29 (1,3)**	
Hommes (N(N/1000))	17 (1,6)	13 (1,8)	16 (1,4)	
Femmes (N(N/1000))	18 (1,7)	16 (2,2)	13 (1,1)	
Premier dépistage (N(N/1000))	**14 (1,3)**	**16 (2,1)**	**18 (1,9)**	
Hommes (N(N/1000))	8 (1,4)	6 (1,5)	6 (1,2)	
Femmes (N(N/1000))	6 (1,1)	10 (2,6)	12 (2,5)	
Dépistages suivants (N(N/1000))	**21 (2,1)**	**13 (1,9)**	**11 (0,8)**	
Hommes (N(N/1000))	9 (1,8)	7 (2,1)	10 (1,5)	

Femmes (N(N/1000))	12 (2,3)	6 (1,7)	1 (0,1)	
	2017	**2018**	**2019***	**2020***
Taux de cancers colorectaux post-colosco-piques (N(N/1000))	**3 (0,3)**	**5 (0,7)**	**3 (0,3)**	**1 (0,1)**
Hommes (N(N/1000))	1 (0,3)	3 (0,9)	1 (0,2)	1 (0,2)
Femmes (N(N/1000))	2 (0,4)	2 (0,5)	2 (0,3)	0 (0)
	2021	**2022***	**2023***	**2024*,****
VPP cancers invasifs (%)				
Premier dépistage (%) Recommandation UE: 4,5-8,6%	4,2	4,5	6,3	5,0
Dépistages suivants (%)	2,7	2,5	3,7	3,4
VPP cancers in situ (%)				
Premier dépistage (%)	3,6	3,9	4,9	5,0
Dépistages suivants (%)	2,1	1,7	2,5	2,9
VPP adénomes (%)				
Premier dépistage (%) Recommandation UE: 19,6-40,3%	37,7	44,8	43,4	40,2
Dépistages suivants (%)	42,5	40,9	40,2	34,8
	2021	**2022***	**2023***	
Sensibilité du iFOBT cancers invasifs (%)	**73,2**	**67,4**	**79,7**	
Premier dépistage (%)	82,1	74,2	75,6	
Dépistages suivants (%)	62,5	53,3	87,0	
Sensibilité du iFOBT cancers in situ (%)	**73,6**	**62,5**	**70,0**	
Premier dépistage (%)	81,8	71,4	73,3	
Dépistages suivants (%)	60,0	45,5	65,0	
Sensibilité du iFOBT adénomes (%)	**52,5**	**43,2**	**48,1**	
Premier dépistage (%)	52,1	48,4	51,2	
Dépistages suivants (%)	52,9	35,8	45,5	
Spécificité du iFOBT (%)	**95,5**	**96,9**	**96,8**	
Premier dépistage (%)	94,9	96,5	96,7	
Dépistages suivants (%)	96,1	97,3	96,9	

*Les chiffres pour ces années sont provisoires. Les chiffres (après couplage avec la base de données CIB 2023) du taux de détection du cancer colorectal et du taux de cancers d'intervalle sont définitifs jusqu'à l'année de dépistage 2021 et quasi définitifs pour l'année de dépistage 2022 (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 2023. La base de données AIM est encore incomplète pour 2023 et 2024.
**Données de participation au programme de dépistage de janvier à juin 2024 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 1,6 et 2,0 ‰ pour la période 2021-2024. Ce taux est toujours plus élevé lors des premiers dépistages que lors des dépistages suivants. Pour 2021-2024, le taux de détection des cancers invasifs lors du premier dépistage 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 entre 1,0 et 1,6‰.
Le taux de détection des cancers in situ lors d'un premier dépistage fluctue entre 1,9 et 2,3 ‰ pour la période 2021-2024.Pour les dépistages suivants, le taux varie de 0,6 à 1,1 ‰.
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 2021-2024, nous observons une tendance à la diminution. Les taux de détection des adénomes avec le test iFOBT au premier dépistage sont dans la fourchette des chiffres des autres programmes de dépistage européens (13,3-22,3 ‰) [5], ils se situent entre 18,1 et 22,2 ‰.
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 1,3‰ et 2,1‰ lors du premier dépistage, et entre 0,8‰ et 2,1‰ pour les dépistages suivants sur la période 2021-2023.

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 2017-2020, entre 0,1 et 0,7‰.

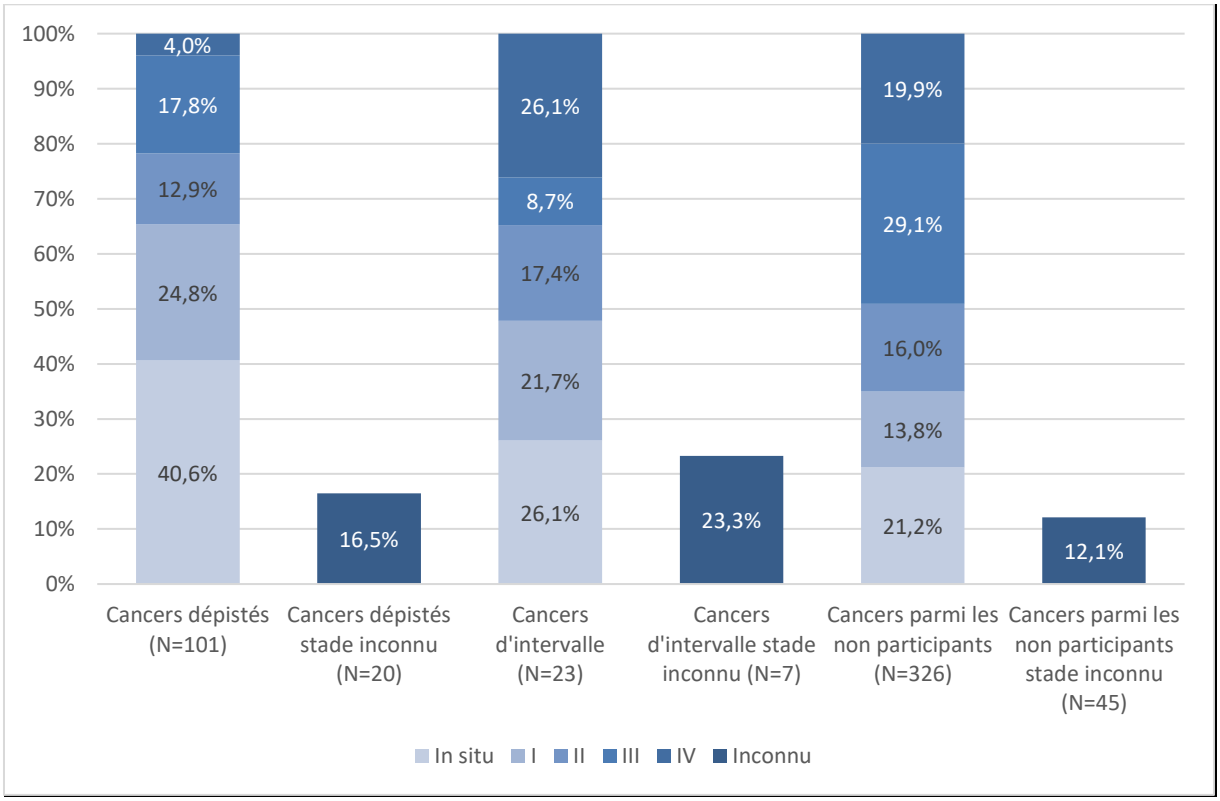
Valeur prédictive positive (VPP) : La VPP reflète la proportion de tests positifs confirmés par une coloscopie. Plus la VPP est élevée, plus le nombre de faux positifs est faible. Quel que soit le type de lésion détectée, la VPP des dépistages suivants est inférieure de celle des premiers dépistages, à l'exception des adénomes en 2021, où on observe l'inverse.
En 2024, un cancer invasif a été confirmé chez 5,0% des participants à un premier dépistage ayant eu un iFOBT positif, une proportion semblable aux recommandations européennes (4,5-8,6%) [5]. Pour les adénomes, la VPP atteint 40,2% en 2024 pour les premiers dépistages. Après avoir augmenté en 2022 et 2023 au-delà des normes européennes (19,6 – 40,3%) [5], la VPP des adénomes diminue et revient dans l'intervalle attendu.
Comme observé dans les directives européennes [11], la VPP est globalement plus élevée chez les hommes (chiffres non rapportés dans ce rapport). 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 80% pour les cancers invasifs, 70% pour les cancers in situ et 48% pour les adénomes en 2023. 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 sensibilité 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 95,5 et 97% pour 2021-2023). 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 2020-2021 (N = 522)



Conclusion :

Pour la période de dépistage 2020-2021, 71% des cancers colorectaux présents au sein de la population cible du programme de dépistage ont été diagnostiqués parmi les non-participants (N=371). Ceci peut s'expliquer par un faible taux de participation au programme de dépistage. Les cancers dépistés et les cancers d'intervalle représentent respectivement 23% et 6% des cancers diagnostiqués dans la population cible (N=121 et N=30, respectivement).

Parmi les stades connus, les cancers colorectaux dépistés sont plus fréquemment diagnostiqués aux stades in situ et I (65,4%) tandis que parmi les non-participants, les cancers colorectaux sont plus souvent diagnostiqués au stade II+ (65%). Le programme de dépistage du cancer colorectal par le iFOBT permet donc de diagnostiquer les cancers à un stade précoce de la maladie.

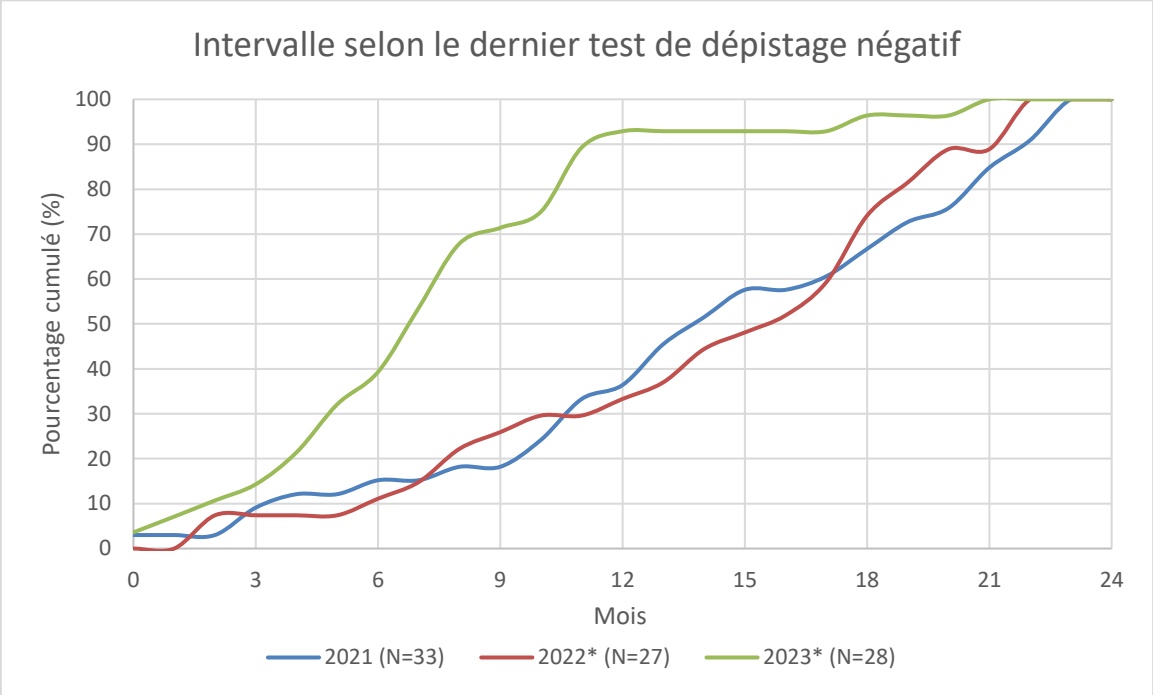
Un éventuel biais de sélection parmi les personnes participant au dépistage ne peut être exclu (statut socio-économique, âge, personnes avec des risques élevés et des symptômes qui participent tout de même au programme, …). Des études supplémentaires seraient utiles.

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

Intervalle (mois)	2021			2022*			2023*		
	N=33			N=27			N=28		
	N	%	% cum	N	%	% cum	N	%	% cum
0-3	3	9,1	9,1	2	7,4	7,4	4	14,3	14,3
4-6	2	6,1	15,2	1	3,7	11,1	7	25,0	39,3
7-9	1	3,0	18,2	4	14,8	25,9	9	32,1	71,4
10-12	6	18,2	36,4	2	7,4	33,3	6	21,4	92,9
13-15	7	21,2	57,6	4	14,8	48,1	0	0	92,9
16-18	3	9,1	66,7	7	25,9	74,1	1	3,6	96,4
19-21	6	18,2	84,8	4	14,8	88,9	1	3,6	100
22-24	5	15,2	100	3	11,1	100	0	0	100

*La base de données d'enregistrement des cancers est complète jusqu'à l'année d'incidence 2023 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 2021. Sur base du CHP colon, des chiffres provisoires d'incidence pour 2024 peuvent être donnés et donc des résultats provisoires pour les années de dépistage 2022 et 2023.

Figure 8 : Répartition cumulative des cancers d'intervalle



*La base de données d'enregistrement des cancers est complète jusqu'à l'année d'incidence 2023 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 2021. Sur base du CHP colon, des chiffres provisoires d'incidence pour 2024 peuvent être donnés et donc des résultats provisoires pour les années de dépistage 2022 et 2023.

Conclusion :

33 à 36% des cancers d'intervalle sont diagnostiqués dans la première année après un test de dépistage négatif pour la période 2021-2022. 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. Pour l'année 2023, la majorité des cancers d'intervalle ont été diagnostiqués avant les 12 mois. Cette évolution doit être interprétée avec prudence et devra être confirmée dans les prochains rapports, lorsque les données seront complètes et que des éléments d'explication seront disponibles.

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

5.1. SUIVI APRÈS UN IFOBT POSITIF

Tableau 6 : Indicateurs de suivi après un iFOBT positif

Année de dépistage	2021		2022		2023*		2024*,**	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nombre de personnes avec un iFOBT positif	**1.504**	100	**773**	100	**1.220**	100	**516**	100
Hommes	812	100	438	100	687	100	272	100
Femmes	692	100	335	100	533	100	244	100
Nombre de personnes avec un suivi	**1.252**	**83,2**	**657**	**85,0**	**1.028**	**84,3**	**425**	**82,4**
Hommes	677	83,4	367	83,8	576	83,8	222	81,6
Femmes	575	83,1	290	86,6	452	84,8	203	83,2
Coloscopies (complètes, polypectomies, coloscopies partielles et virtuelles)	**1.191**	**79,2**	**627**	**81,1**	**972**	**79,7**	**407**	**78,9**
Hommes	644	79,3	349	79,7	547	79,6	211	77,6
Femmes	547	79,0	278	83,0	425	79,7	196	80,3
Dont prélèvement endéans les 12 mois	**763**	**50,7**	**430**	**55,6**	**641**	**52,5**	**273**	**52,9**
Hommes	454	55,9	260	59,4	382	55,6	160	58,8
Femmes	309	44,7	170	50,7	259	48,6	113	46,3
Suivis autres que coloscopie	**61**	**4,1**	**30**	**3,9**	**56**	**4,6**	**18**	**3,5**
Hommes	33	4,1	18	4,1	29	4,2	11	4,0
Femmes	28	4,0	12	3,8	27	5,1	7	2,9
Répétition du iFOBT sans coloscopie	**30**	**2,0**	**12**	**1,6**	**31**	**2,5**	**6**	**1,2**
Hommes	15	1,8	6	1,4	12	1,7	3	1,1
Femmes	15	2,2	6	1,8	19	3,6	3	1,2
Imagerie/chirurgie	**31**	**2,1**	**18**	**2,3**	**25**	**2,0**	**12**	**2,3**
Hommes	18	2,2	12	2,7	17	2,5	8	2,9
Femmes	13	1,9	6	1,8	8	1,5	4	1,6
Aucun suivi connu	**252**	**16,8**	**116**	**15,0**	**192**	**15,7**	**91**	**17,6**
Hommes	135	16,6	71	16,2	111	16,2	50	18,4
Femmes	117	16,9	45	13,4	81	15,2	41	16,8

*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 2024 inclus.

Tableau 7 : Distribution des types de coloscopies

Année de dépistage	2021	2022	2023*	2024*,**
	%	%	%	%
Coloscopies totales et polypectomies Recommandation UE : 90-95%	**90,9**	**92,7**	**91,1**	**91,0**
Hommes	89,4	92,1	90,7	91,0
Femmes	98,7	93,4	91,6	90,9
Coloscopies partielles	**8,2**	**5,9**	**8,4**	**8,3**
Hommes	9,7	6,0	8,7	8,1
Femmes	6,4	5,9	8,0	8,6
Coloscopies virtuelles	**0,9**	**1,4**	**0,5**	**0,7**
Hommes	0,9	1,9	0,5	0,9
Femmes	0,9	0,7	0,4	0,5

*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 2024 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 par coloscopie, tous types de coloscopies confondus (coloscopie totale, virtuelle ou incomplète ou une polypectomie), est de 79% en 2024.
Toutefois, la coloscopie complète est l'examen recommandé lorsqu'un iFOBT est positif. Parmi toutes les coloscopies réalisées, **91 à 93%** sont des coloscopies totales (ou des polypectomies au cours d'une coloscopie totale) entre 2021 et 2024. 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 2021-2024 un prélèvement d'échantillon a été réalisé endéans les 12 mois pour environ 51-56% des personnes avec un iFOBT positif.

Suivis autres que coloscopie : 3-5% des personnes avec un iFOBT positif ont été suivies par un examen autre qu'une coloscopie en 2021-2024.

- **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 2021-2024, environ 1,2-2,5% 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 2021-2024, environ 2% des participants avec un iFOBT positif ont effectué une imagerie ou une chirurgie par la suite.

Aucun suivi connu : pour la période 2021-2024, entre 15 et 18% 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

	2021			2022			2023*			2024*,**		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
	N											
≤ 30 jours	110	111	221	61	45	106	99	67	166	43	35	78
31 jours - 45 jours	140	96	236	64	53	117	84	78	162	30	29	59
46 jours - 60 jours	94	79	173	45	48	93	73	54	127	28	30	58
61 jours - 90 jours	143	130	273	86	59	145	126	93	219	50	37	87
91 jours - 6 mois	127	92	219	64	49	113	111	106	217	50	52	102
6 - 12 mois	24	28	52	25	20	45	46	23	69	10	12	22
	%											
≤ 30 jours	17,2	20,7	18,8	17,7	16,4	17,1	18,4	15,9	17,3	20,4	17,9	19,2
31 jours - 45 jours	21,9	17,9	20,1	18,6	19,3	18,9	15,6	18,5	16,9	14,2	14,9	14,5
46 jours - 60 jours	14,7	14,7	14,7	13,0	17,5	15,0	13,5	12,8	13,2	13,3	15,4	14,3
61 jours - 90 jours	22,4	24,3	23,3	24,9	21,5	23,4	23,4	22,1	22,8	23,7	19,0	21,4
91 jours - 6 mois	19,9	17,2	18,7	18,6	17,9	18,3	20,6	25,2	22,6	23,7	26,7	25,1
6 - 12 mois	3,8	5,2	4,4	7,2	7,3	7,3	8,5	5,5	7,2	4,7	6,2	5,4
	% cum											
≤ 30 jours	17,2	20,7	18,8	17,7	16,4	17,1	18,4	15,9	17,3	20,4	17,9	19,2
31 jours - 45 jours	39,2	38,6	38,9	36,2	35,8	36,0	34,0	34,4	34,2	34,6	32,8	33,7
46 jours - 60 jours	53,9	53,4	53,7	49,3	53,3	51,1	47,5	47,3	47,4	47,9	48,2	48,0
61 jours - 90 jours	76,3	77,6	76,9	74,2	74,8	74,5	70,9	69,4	70,2	71,6	67,2	69,5
91 jours - 6 mois	96,2	94,8	95,6	92,8	92,7	92,7	91,5	94,5	92,8	95,3	93,8	94,6
6 - 12 mois	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*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 2024 inclus.

Conclusion :

Pour 2024, seulement 19% des participants ont eu une coloscopie de suivi dans les 30 jours après un résultat de iFOBT positif. 48% 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 légèrement plus élevés 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 DÉPISTÉ

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

Année de dépistage	2021		2022		2023*		2024*,**	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nombre d'interventions après un iFOBT positif	**494**	100	**289**	100	**456**	100	**188**	100
Hommes	310	100	178	100	274	100	113	100
Femmes	184	100	111	100	182	100	75	100
Colectomie totale	**0**	**0,0**	**1**	**0,3**	**1**	**0,2**	**0**	**0,0**
Hommes	0	0,0	1	0,6	1	0,4	0	0,0
Femmes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Colectomie partielle	**40**	**8,1**	**26**	**9,0**	**42**	**9,2**	**14**	**7,4**
Hommes	29	9,4	15	8,4	23	8,4	7	6,2
Femmes	11	6,0	11	9,9	19	10,4	7	9,3
Polypectomie	**452**	**91,5**	**258**	**89,3**	**404**	**88,6**	**172**	**91,5**
Hommes	281	90,6	158	88,8	243	88,7	105	92,9
Femmes	171	92,9	100	90,1	161	88,5	67	89,3
Autres interventions colorectales	**2**	**0,4**	**4**	**1,4**	**9**	**2,0**	**2**	**1,1**
Hommes	0	0,0	4	2,2	7	2,6	1	0,9
Femmes	2	1,1	0	0,0	2	1,1	1	1,3
Nombre total de cancers invasifs dépistés	**52**	100	**31**	100	**51**	100	**30**	100
Hommes	38	100	20	100	27	100	13	100
Femmes	14	100	11	100	24	100	17	100
Colectomie totale	**0**	**0,0**	**1**	**3,2**	**1**	**2,0**	**0**	**0,0**
Hommes	0	**0,0**	1	**5,0**	1	**3,7**	0	**0,0**
Femmes	0	**0,0**	0	**0,0**	0	**0,0**	0	**0,0**
Colectomie partielle	**37**	**71,1**	**23**	**74,2**	**39**	**76,5**	**18**	**60,0**
Hommes	27	**71,0**	15	**75,0**	21	**77,8**	8	**61,5**
Femmes	10	**71,4**	8	**72,7**	18	**75,0**	10	**58,8**
Polypectomie	**6**	**11,5**	**4**	**12,9**	**5**	**9,8**	**5**	**16,7**
Hommes	5	**13,2**	1	**5,0**	2	**7,4**	2	**15,4**
Femmes	1	**7,1**	3	**27,3**	3	**12,5**	3	**17,6**
Autres interventions colorectales	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**
Hommes	0	**0,0**	0	**0,0**	0	**0,0**	0	**0,0**
Femmes	0	**0,0**	0	**0,0**	0	**0,0**	0	**0,0**
Aucun traitement connu	**9**	**17,3**	**3**	**9,7**	**6**	**11,8**	**7**	**23,3**
Hommes	6	**15,8**	3	**15,0**	3	**11,1**	3	**23,1**
Femmes	3	**21,4**	0	**0,0**	3	**12,5**	4	**23,5**

	Cancers in situ 2021-2024*,**		Cancers invasifs 2021-2024*,**	
Colectomie totale	0	0,0	2	1,2
Colectomie partielle	7	5,9	117	71,3
Polypectomie	72	61,0	20	12,2
Total des cancers dépistés	118		164	

*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 2024 inclus.

Conclusion :

Nombre total d'interventions réalisées dans l'année suivant un iFOBT positif : le pourcentage d'interventions colorectales après un iFOBT positif (1.504 iFOBT positifs en 2021, 773 en 2022, 1.220 en 2023, 516 pour la première moitié de 2024) est de 33% en 2021 et, après une légère augmentation, de 37% pour la période 2022-2024. Ce taux plus faible en 2021 pourrait s'expliquer par un éventuel impact de la pandémie COVID-19. La polypectomie est l'intervention la plus fréquente après un iFOBT positif (92% en 2024). Pour 7,4% des interventions, il s'agit d'une colectomie (7,4% de partielle et 0% de totale) en 2024.

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 (74,4%, 76,5% et 60,0% respectivement en 2022, 2023 et 2024), suivies des polypectomies (12,9 %, 9,8% et 16,7% en 2022-2024). Le pourcentage de cancers invasifs dépistés pour lesquels aucun traitement n'est connu s'élève à 9,7% et 11,8% en 2022 et 2023. Le pourcentage augmente jusqu'à 23,3% en 2024, mais les données pour cette année sont encore incomplètes.

61% des cancers in situ (pour les années de dépistage 2021-2024) sont réséqués par une polypectomie et 6% par une colectomie partielle. En comparaison avec les cancers invasifs (2021-2024), une colectomie partielle est généralement réalisée (71%) et pour 12%, il s'agit d'une polypectomie.

6. CONCLUSION

En 2023, 604 nouveaux **cancers colorectaux invasifs** et 254 nouveaux **cancers colorectaux in situ** ont été diagnostiqués à Bruxelles, dont respectivement 56% et 67% dans la tranche d'âge 50-74 ans. **Pour la tranche d'âge 50-74 ans, l'incidence des tumeurs invasives** diminue significativement entre 2021 et 2024, passant de 135,7 à 125,8/100.000. La **mortalité** liée aux cancers colorectaux invasifs diminue significativement entre 2004 et 2022, pour tous les âges (passant de 29,6 à 22,1/100.000 personnes-années) et pour le groupe d'âge 50-74 ans (passant de 38,5 à 28,2/100.000).

Population cible et taux de couverture : en 2024, la population cible complète au dépistage du cancer colorectal est de 320.371 personnes. De cette population, 0,8% des personnes ne sont pas éligibles pour raisons médicales et 21,6% ne sont pas invitées en raison d'une couverture dans ou hors programme. Le taux de couverture totale est de 31,3%. Le taux de couverture dans le programme compte pour 13,9%.

Personnes n'ayant jamais réalisé un dépistage et surdépistage : en 2024, 52,7% de la population cible éligible sont des personnes n'ayant jamais réalisé un dépistage. Parmi les participants, 3,5% ont effectué un test de dépistage inapproprié (surdépistage).

Résultats du dépistage

- Le **pourcentage d'iFOBT positifs** est globalement stable **(**5,3% en 2022 et 2023 et 5,0% en 2024). Cette stabilité s'observe aussi bien lors des premiers dépistages que lors des dépistages suivants. Le taux augmente avec l'âge et est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Par ailleurs, seuls 52% des participants le sont pour les dépistages suivants en 2024, ce qui suggère une faible fidélisation.
- **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 2021-2024, se situe dans la même fourchette que dans les autres pays européens (1,8 - 9,5 ‰) [5] au premier dépistage.
  - Cancers in situ entre 2021 et 2024 : entre 1,3 et 1,6‰.
  - Adénomes : entre 18,1 et 22,2‰ pour les 1ers dépistages en 2021-2024, ce qui est dans les normes européennes (13,3-22,3‰) [5].
- Le **taux de cancers d'intervalle** entre 2021 et 2023, sur 1.000 participants, moins de 2 personnes se sont vus diagnostiquer d'un cancer colorectal après un résultat de dépistage négatif.
- La **sensibilité du iFOBT** atteint 79,7% pour les cancers invasifs, 70,0% pour les cancers in situ et 48,1% pour les adénomes en 2023. 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 2020-2021, les cancers colorectaux (avec stade connu) sont plus fréquemment dépistés aux stades in situ et I (65,4% des cancers) tandis que chez les non-participants, les cancers colorectaux sont plus souvent diagnostiqués aux stades II+ (65% des cancers). Le programme

de dépistage du cancer colorectal permet donc de diagnostiquer plus de cancers à un stade précoce.

Suivi et traitement

- Dans environ 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 2024, 3,5% des participants avec un iFOBT positif ont reçu un **suivi autre que la coloscopie** (iFOBT répété ou imagerie ou chirurgie). En 2024, **aucun suivi** n'a été enregistré endéans les 12 mois suivant le iFOBT positif pour 17,6% 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 19% des participants ont eu une coloscopie de suivi dans les 30 jours après un résultat de iFOBT positif en 2024.
- Des **prélèvements** ont été effectués pour 52,9% des personnes qui ont eu un iFOBT positif en 2023.
- Une **colectomie** (totale ou partielle) a été réalisée pour environ 7% des iFOBT positifs en 2024. Les interventions colorectales les plus fréquentes sont les polypectomies et les colectomies partielles (elles représentent à elles deux près de 99% de toutes les interventions effectuées après un iFOBT positif).
- La majorité des cancers in situ sont réséqués par une polypectomie (61% pour 2021-2024), tandis que pour les cancers invasifs, une colectomie partielle est l'intervention la plus fréquente (71% pour 2021-2024).

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 2021-2024-BRUXELLES