



Belgian Cancer Registry

# Evaluation du dépistage du cancer colorectal en Wallonie, années de dépistage 2021-2024

CALCUL D'INDICATEURS D'ÉVALUATION

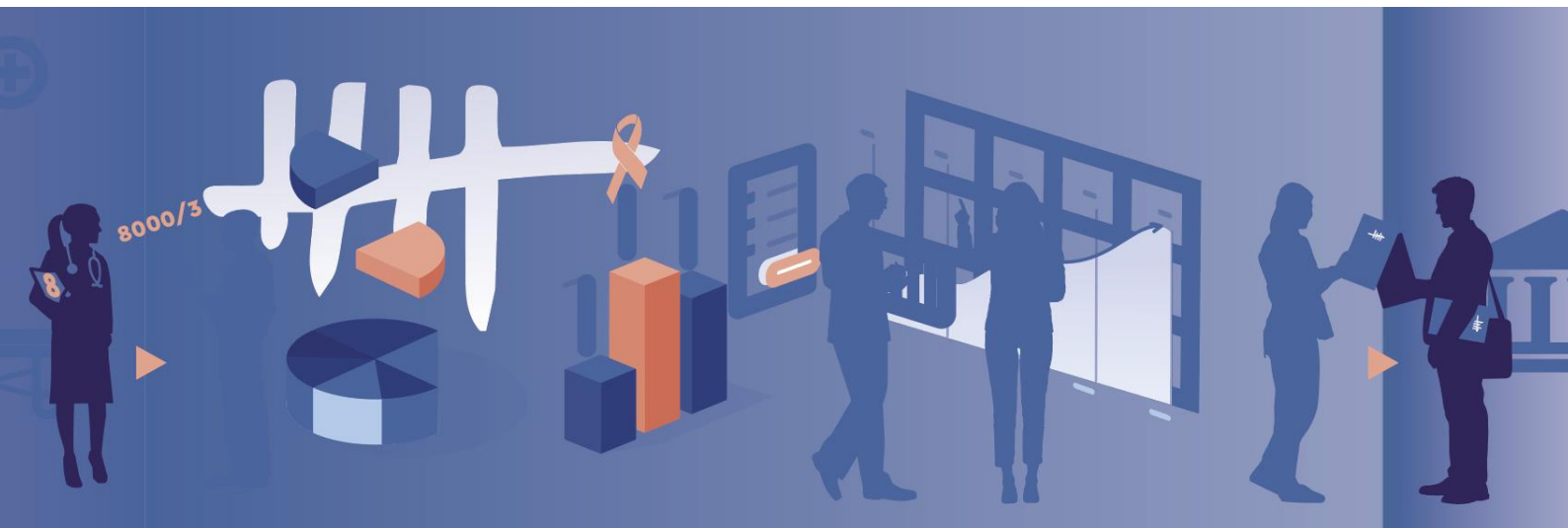


## AVIQ



## CCRef

Centre de Coordination et de Référence  
pour le dépistage des cancers





## 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, des 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 en Wallonie**

Le Centre de Coordination et de Référence pour le dépistage des cancers (CCRef) 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 Wallonie tous les deux ans par une lettre personnelle. Le iFOBT est réalisé par la personne à son domicile puis envoyé au CCRef. 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 au CCRef afin de l'informer de la prise en charge du/de la patient(e). En l'absence de réception de ce talon-réponse, un courrier est adressé au/à la patient(e) 15 jours après le courrier envoyé au médecin pour lui demander de prendre contact avec son médecin.

Afin d'organiser le dépistage de manière plus efficiente, le CCRef 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 du CCRef.

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

## 2. INCIDENCE ET MORTALITÉ DU CANCER COLORECTAL

En Wallonie, 2.725 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 troisième cause de décès par cancer (902 personnes sont décédées d'un cancer colorectal invasif en Wallonie en 2022). Plus de 94% des cancers colorectaux surviennent après 50 ans. L'incidence augmente avec l'âge, avec un âge moyen au moment du diagnostic de 71 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 en Wallonie 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	2.334 (79,3)	1.225 (141,8)	873 (31,1)	349 (40,4)	117 (4,0)	70 (8,2)
2005	2.331 (77,9)	1.204 (138,1)	906 (31,6)	338 (38,9)	121 (4,1)	81 (9,3)
2006	2.293 (75,9)	1.147 (132,1)	866 (29,7)	316 (37,2)	133 (4,4)	81 (9,3)
2007	2.350 (76,4)	1.152 (132,3)	954 (31,8)	350 (40,3)	174 (5,7)	94 (10,9)
2008	2.361 (75,8)	1.186 (134,9)	1.010 (32,9)	388 (45,0)	233 (7,5)	136 (15,3)
2009	2.395 (76,1)	1.261 (141,5)	931 (30,6)	315 (35,9)	242 (7,7)	155 (17,1)
2010	2.407 (75,6)	1.253 (138,5)	909 (28,7)	326 (36,2)	355 (11,2)	213 (23,5)
2011	2.557 (79,5)	1.341 (146,3)	927 (29,3)	345 (38,2)	638 (19,9)	388 (41,9)
2012	2.569 (79,0)	1.311 (139,8)	932 (28,8)	367 (40,2)	789 (24,0)	463 (48,5)
2013	2.609 (79,5)	1.322 (139,5)	960 (29,7)	336 (36,3)	1.014 (30,7)	654 (67,4)
2014	2.494 (74,9)	1.350 (139,2)	927 (28,1)	339 (35,9)	992 (29,9)	623 (63,9)
2015	2.514 (74,6)	1.319 (132,8)	906 (26,7)	349 (35,7)	1.050 (31,1)	648 (64,5)
2016	2.623 (77,4)	1.423 (141,6)	916 (27,2)	372 (37,6)	1.111 (32,6)	741 (72,5)
2017	2.648 (76,8)	1.466 (141,2)	965 (27,8)	386 (37,7)	1.240 (35,9)	850 (80,7)
2018	2.595 (74,4)	1.472 (137,8)	894 (25,3)	347 (32,5)	1.332 (38,1)	917 (85,6)
2019	2.665 (75,5)	1.452 (132,8)	912 (25,7)	372 (34,3)	1.427 (40,3)	1.009 (92,1)
2020	2.325 (65,1)	1.272 (114,2)	915 (25,3)	350 (31,4)	1.365 (38,0)	945 (84,5)
2021	2.600 (72,5)	1.500 (132,2)	864 (23,9)	358(31,5)	1.480 (41,1)	994 (87,5)
2022	2.638 (72,4)	1.438 (126,2)	902 (24,7)	386 (33,8)	1.511 (41,3)	1.031 (90,5)
2023	2.725 (73,8)	1.525 (133,4)	-	-	1.607 (43,4)	1.074 (94,0)

\* N : Nombre

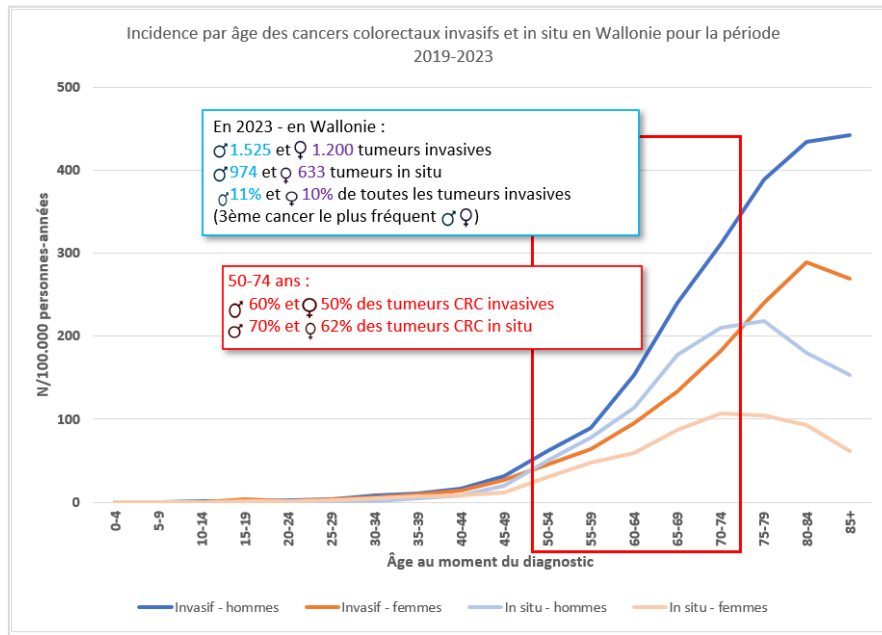
ESR : taux d'incidence/mortalité standardisés pour l'âge sur la population standard européenne de 2013 (N/100.000 personnes-années)

(§) Source : Statbel (Direction Générale Statistique – Statistics Belgium)

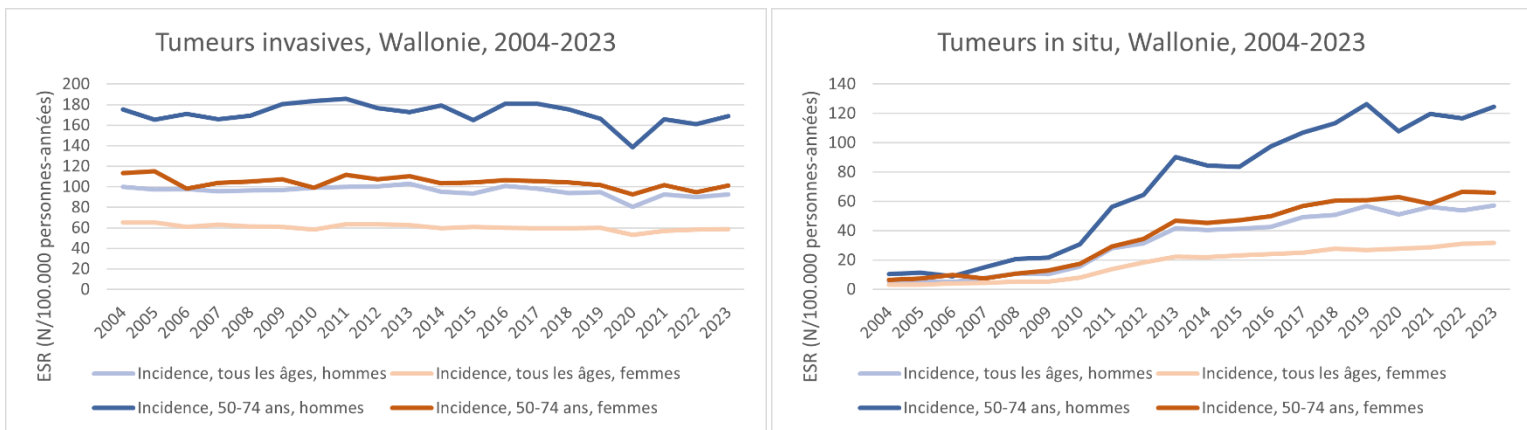
(-) Données pas encore disponibles au moment des analyses de ce rapport



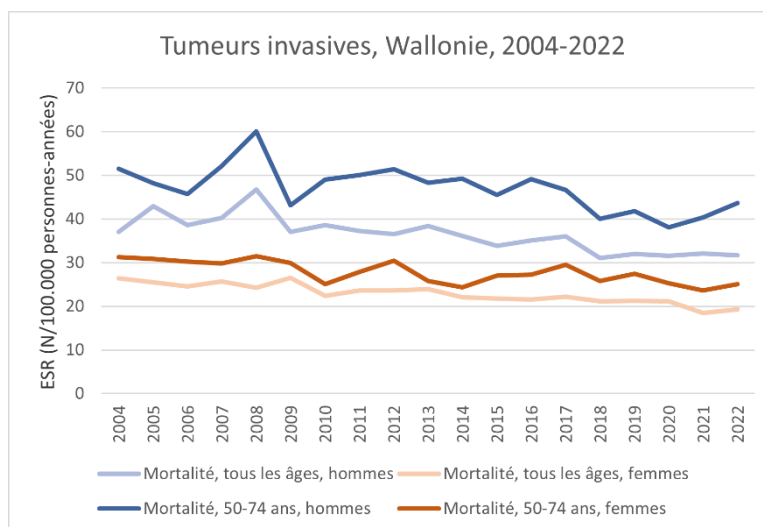
Figure 1 : Incidence par âge des cancers colorectaux invasifs et in situ en Wallonie pour la période 2019-2023



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



**Figure 3 : Évolution de la mortalité du cancer colorectal invasif par sexe en Wallonie pour les années 2004-2022**



### Conclusion :

La figure 1 montre l'incidence par âge en Wallonie, tant pour le cancer colorectal invasif que in situ. En 2023, 2.525 nouvelles tumeurs invasives et 1.607 nouvelles tumeurs in situ ont été diagnostiquées en Wallonie, dont respectivement 56,0% et 66,8% 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 117 (2004) à 1.607 (2023) pour les hommes et les femmes de tous les âges et de 70 (2004) à 1.074 (2023) pour la tranche d'âge 50-74 ans. Nous observons au cours de la période 2004-2023 une augmentation de l'incidence standardisée des cancers in situ pour tous les âges (Average Annual Percentage Change (AAPC) = 14,1\* (13,1 ; 15,0) avec 2 points d'inflexion en 2009 et 2012 ; l'Annual Percent Change (APC) 2004-2009 = 16,4\* (6,8 ; 21,0) APC 2009-2012 = 52,1\* (35,8 ; 59,8) APC 2012-2023 = 4,5\* (2,9 ; 5,8)) et pour la tranche d'âge 50-74 ans (AAPC = 13,8\* (12,7 ; 15,2) avec 2 points d'inflexion en 2007 et 2013, APC 2004-2007 = 8,0 (-6,8 ; 20,4) APC 2007-2013 = 35,8\* (29,8 ; 50,8) APC 2013-2023 = 3,9\* (1,8 ; 6,1)). Cette augmentation est plus prononcée chez les hommes que chez les femmes (résultats non montrés).

Concernant les tumeurs invasives (figure 2), le nombre moyen de nouveaux cas par an entre 2004 et 2023 est de 2.502 pour les hommes et femmes de tous les âges confondus et de 1.331 pour la tranche d'âge 50-74 ans. L'incidence diminue légèrement de 2004 à 2023 (AAPC = -0,4\* (-0,8 ; -0,1), sans point d'inflexion observé) pour tous les âges. Pour le groupe d'âge 50-74 ans, l'incidence a tendance à diminuer (AAPC = -0,4 (-0,9 ; 0,1)) sans que cette diminution ne soit significative.

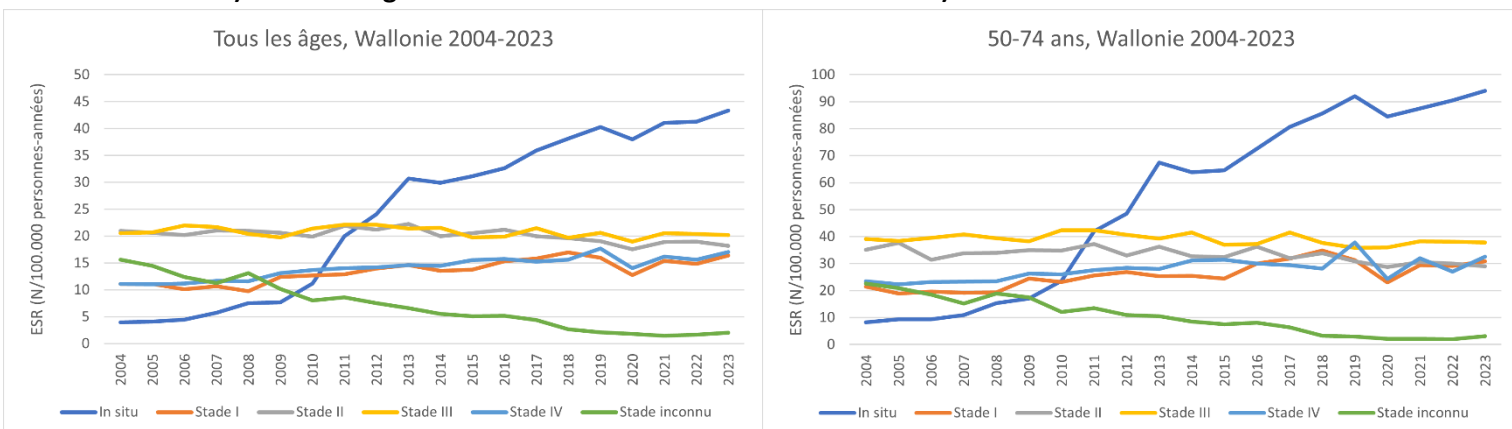
La mortalité (figure 3) liée aux tumeurs invasives diminue entre 2004 et 2022, à la fois pour tous les âges AAPC = -1,5\* (-1,9 ; -1,2), sans point d'inflexion observé, et pour le groupe d'âge 50-74 ans AAPC = -1,2\* (-1,9 ; -0,5), sans point d'inflexion. En moyenne par an, il y a eu 919 décès par cancer colorectal pour tous les âges confondus pour la période 2004-2022 dont 352 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) en Wallonie, par stade, pour tous les âges (A) et la tranche d'âge 50-74 ans (B), période 2004-2023**

**A) Tous les âges**

**B) 50-74 ans**



**Conclusion :**

Pour la période 2004-2023, la majorité des cancers diagnostiqués sont des cancers in situ, représentant 37% de tous les âges et 41% de la tranche d'âge 50-74 ans. Ils sont suivis des cancers de stade III (17% dans les deux groupes d'âge), par les stades II (15% et 13%), les stades IV (14% dans les deux groupes), les stades I (14% pour les 2 groupes), et enfin par les stades inconnus (2% et 1%).

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).

Pour l'ensemble des âges, on observe une diminution des cancers de **stade II** (AAPC = -0,7\* (-1,1 ; -0,3) avec un point d'inflexion en 2013 APC 2004-2013 = 0,4\* (-0,4 ; 2,6) et APC 2013-2023 = -1,6\* (-3,7 ; -1,0)) et une diminution non significative des **stades III** (AAPC = -0,3 (-0,8 ; 0,2)). En revanche, les **stades IV** augmentent (AAPC = 2,3\* (1,6 ; 3,0) avec 1 point d'inflexion en 2013 APC 2004-2013 = 3,8\* (2,6 ; 9,1) et APC 2013-2023 = 1,0 (-3,3 ; 2,0)). Les cancers de **stade I** sont également en hausse (AAPC = 2,4\* (1,5 ; 3,2)).

Au niveau de la population 50-74 ans, la tendance est similaire : les cancers de **stade II** diminuent (AAPC = -0,9\* (-1,4 ; -0,4) les **stades III** diminuent non significativement (AAPC = -0,4 (-0,9 ; 0,1)). Les **stade IV** augmentent (AAPC = 1,7\* (0,8 ; 2,6), ainsi que les **stades I** (AAPC = 2,6 (1,5 ; 3,7)).

Enfin, les cancers de **stade inconnu** sont en diminution marquée, aussi bien pour l'ensemble des âges (AAPC = -10,3\* (-11,7 ; -9,4) avec 2 points d'inflexion en 2016 et 2021 APC 2004-2016 = -9,3\* (-10,7 ; -7,6), APC 2016-2021 = -22,5\* (-32,6 ; -18,6) et APC 2021-2023 = 20,6 (-1,0 ; 37,0)) que pour la population cible (AAPC = -10,7\* (-12,8 ; -9,2)) avec 2 points d'inflexion en 2016 et 2020 APC 2004-2016 = -8,7\* (-10,9 ; -5,7), APC 2016-2020 = -29,5\* (-41,1 ; -20,5) et APC 2020-2023 = 11,7 (-8,0 ; 48,5)). Cette diminution significative des stades inconnus tend à se stabiliser en fin de période. 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/](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 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 en Wallonie. 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 personnes 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	%
<b>Population cible complète**</b>	<b>1.172.956</b>	<b>100</b>	<b>1.175.831</b>	<b>100</b>	<b>1.177.306</b>	<b>100</b>	<b>1.179.018</b>	<b>100</b>
<b>Personnes non-éligibles pour raisons médicales</b>	<b>11.835</b>	<b>1,0</b>	<b>11.768</b>	<b>1,0</b>	<b>11.883</b>	<b>1,0</b>	<b>12.403</b>	<b>1,1</b>
Définitivement (ablation totale du côlon)	746	6,3	736	6,3	761	6,4	732	5,9
Provisoirement (cancer colorectal = 10 ans)	11.089	93,7	11.032	93,7	11.122	93,6	11.617	94,1
<b>Population cible éligible</b>	<b>1.161.121</b>		<b>1.164.063</b>		<b>1.165.423</b>		<b>1.166.615</b>	
50-54 ans	251.979		253.677		254.136		252.119	
55-59 ans	257.165		255.097		251.387		247.629	
60-64 ans	244.952		246.036		247.487		248.935	
65-69 ans	215.362		218.097		221.320		225.131	
70-74 ans	191.663		191.156		191.093		192.801	
Hommes	565.802		567.426		568.617		569.711	
Femmes	595.319		596.637		596.806		596.904	
<b>Personnes non-invitées en 20XX en raison de</b>	<b>225.575</b>	<b>19,2</b>	<b>249.306</b>	<b>21,2</b>	<b>256.057</b>	<b>21,7</b>	<b>273.978</b>	<b>23,2</b>
Coloscopies totales (< 5ans)	167.453	74,2	167.809	67,3	176.806	69,0	184.053	67,2
Coloscopies virtuelles (< 4 ans)	1.602	0,7	1.465	0,6	1.389	0,5	1.375	0,5
iFOBT dans le programme en 20XX-1	56.520	25,1	80.032	32,1	77.862	30,4	88.550	32,3
<b>Taux de couverture totale</b>	<b>339.216</b>	<b>29,2</b>	<b>362.683</b>	<b>31,2</b>	<b>382.066</b>	<b>32,8</b>	<b>407.058</b>	<b>34,9</b>
50-54 ans	58.581	23,2	62.044	24,5	66.430	26,1	71.693	28,4
55-59 ans	71.638	27,9	76.881	30,1	79.770	31,7	84.047	33,9
60-64 ans	74.305	30,3	79.780	32,4	84.586	34,2	90.238	36,2
65-69 ans	70.229	32,6	75.853	34,8	80.630	36,4	86.619	38,5
70-74 ans	64.463	33,6	68.125	35,6	70.650	37,0	74.461	38,6
Hommes	161.052	28,5	172.251	30,4	181.365	31,9	193.509	34,0
Femmes	178.164	29,9	190.432	31,9	200.701	33,6	213.549	35,8
<b>Taux de couverture dans le programme</b>	<b>139.394</b>	<b>12,0</b>	<b>160.772</b>	<b>13,8</b>	<b>169.410</b>	<b>14,5</b>	<b>186.076</b>	<b>16,0</b>
50-54 ans	26.751	10,6	29.676	11,7	32.273	12,7	36.623	14,5
55-59 ans	31.221	12,1	36.548	14,3	38.165	15,2	41.271	16,7
60-64 ans	30.329	12,4	35.340	14,4	37.383	15,1	41.063	16,5
65-69 ans	27.482	12,8	32.085	14,7	33.845	15,3	37.265	16,6
70-74 ans	23.611	12,3	27.123	14,2	27.744	14,5	29.854	15,5
Hommes	68.958	12,2	79.469	14,0	83.687	14,7	91.907	16,1
Femmes	70.436	11,8	81.303	13,6	85.723	14,4	94.169	15,8



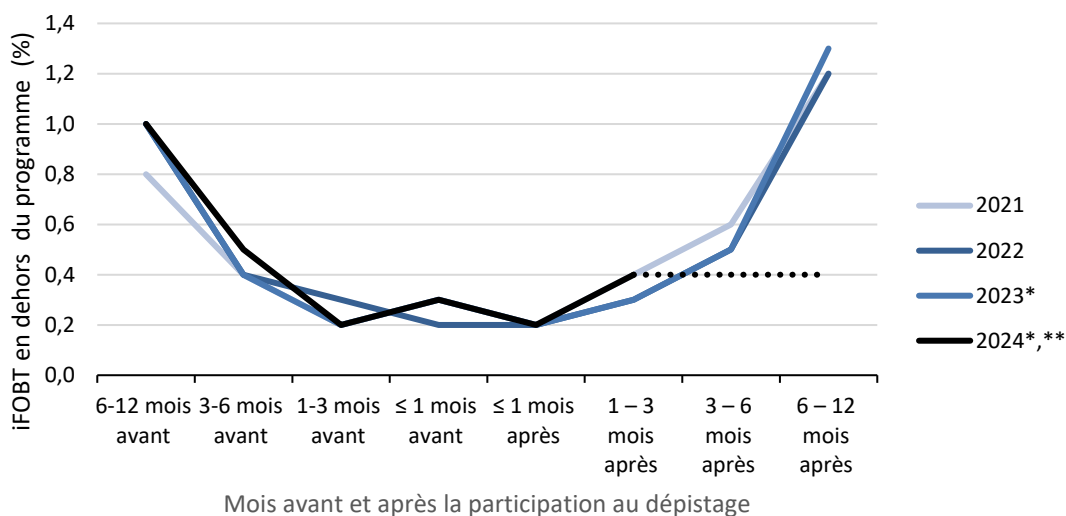
	2021		2022		2023*		2024*	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Taux de couverture hors programme</b>	<b>199.822</b>	<b>17,2</b>	<b>201.911</b>	<b>17,3</b>	<b>212.656</b>	<b>18,2</b>	<b>220.982</b>	<b>18,9</b>
50-54 ans	31.830	12,6	32.368	12,8	34.157	13,4	35.070	13,9
55-59 ans	40.417	15,7	40.333	15,8	41.605	16,6	42.776	17,3
60-64 ans	43.976	18,0	44.440	18,1	47.203	19,1	49.175	19,8
65-69 ans	42.747	19,8	43.768	20,1	46.785	21,1	49.354	21,9
70-74 ans	40.852	21,3	41.002	21,4	42.906	22,5	44.607	23,1
Hommes	92.094	16,3	92.782	16,4	97.678	17,2	101.602	17,8
Femmes	107.728	18,1	109.129	18,3	114.978	19,3	119.380	20,0
<b>Personnes ayant réalisé une coloscopie totale &lt; 5 ans avant 20XX sans iFOBT préalable</b>	<b>167.453</b>	<b>14,4</b>	<b>167.809</b>	<b>14,4</b>	<b>176.806</b>	<b>15,2</b>	<b>184.053</b>	<b>15,8</b>
<b>Personnes ayant réalisé une coloscopie virtuelle &lt; 4 ans avant 20XX sans iFOBT préalable</b>	<b>1.602</b>	<b>0,1</b>	<b>1.465</b>	<b>0,1</b>	<b>1.389</b>	<b>0,1</b>	<b>1.375</b>	<b>0,1</b>
<b>Personnes ayant réalisé un iFOBT hors programme &lt; 2 ans avant 20XX<sup>1</sup></b>	<b>30.767</b>	<b>2,6</b>	<b>32.637</b>	<b>2,8</b>	<b>34.461</b>	<b>3,0</b>	<b>35.554</b>	<b>3,0</b>
<b>Personnes n'ayant jamais réalisé un dépistage</b>	<b>569.619</b>	<b>49,1</b>	<b>564.201</b>	<b>48,5</b>	<b>557.620</b>	<b>47,9</b>	<b>554.853</b>	<b>47,6</b>
50-54 ans	146.364	58,1	149.055	58,8	150.822	59,4	154.128	61,1
55-59 ans	131.844	51,3	129.578	50,8	126.369	50,3	123.283	49,8
60-64 ans	114.269	46,7	112.963	45,9	111.785	45,2	110.957	44,6
65-69 ans	94.671	44,0	93.454	42,9	92.255	41,7	91.880	40,8
70-74 ans	86.251	44,8	82.431	43,1	79.086	41,5	76.529	40,1
Hommes	288.594	51,0	286.334	50,5	283.833	49,9	283.132	49,7
Femmes	281.025	47,2	277.867	46,6	273.787	45,9	271.721	45,5
<b>Surdépistage chez les participants</b>	<b>2.142</b>	<b>2,6</b>	<b>2.333</b>	<b>2,9</b>	<b>2.661</b>	<b>2,9</b>	<b>3.054</b>	<b>3,1</b>
iFOBT dans le programme < 20 mois après un iFOBT dans le programme	53	0,1	65	0,1	51	0,1	94	0,1
iFOBT dans le programme < 20 mois après un iFOBT hors programme	2.089	2,5	2.268	2,8	2.610	2,9	2.960	3,0

\*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.

<sup>1</sup> 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 2020-2024**



\*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 1.179.018 personnes en 2024, soit tous les hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans résidant en Wallonie.

Dans cette population, 12.403 personnes sont **non éligibles pour raisons médicales** (ablation totale du côlon ou en suivi pour cancer). La **population cible éligible** de 2024 est alors composée de 1.166.615 personnes. Parmi ces personnes, 279.978 personnes ne sont **pas invitées** car elles sont couvertes par un test de dépistage dans ou en dehors du programme ou encore par une coloscopie (totale ou virtuelle). Il restait 883.661 personnes de la population éligible pour le dépistage de l'année 2024, c'est-à-dire 75% de la population cible complète.

Le **taux de couverture dans le programme** était de 12% en 2021 et a augmenté chaque année pour arriver à 16% en 2024. En tenant compte des personnes non invitées, déjà couvertes, le taux de couverture dans le programme était de 15% en 2021 et a augmenté chaque année pour arriver à 21% en 2024. Quant au **taux de couverture hors programme**, il reste assez stable et oscille entre 17,2% (2021) et 18,9% (2024). En tenant compte des personnes non invitées, le taux de couverture hors programme augmente passant de 21,4% (2021) et 24,8% (2024). Le **taux de couverture totale** a donc augmenté. Il était de 29,2% en 2021 et de 34,9% 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. 35,8% des femmes étaient couvertes en 2024 et 34% des hommes de la population cible éligible. Néanmoins, plus d'hommes sont couverts dans le programme (16,1% des hommes de la population cible éligible) que les femmes (15,8% des femmes de la population cible éligible). Hors programme, la tendance s'inverse avec 17,8% des hommes et 20% des femmes



Le **taux de couverture totale** augmente avec l'âge, en 2024 il est de 28,4% chez les personnes de 50-54 ans et augmente à chaque tranche d'âge pour atteindre 38,6% chez les personnes de 70-74 ans. Cette même tendance s'observe pour le **taux de couverture hors programme**. 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. Pour le **taux de couverture dans le programme**, ce sont les plus jeunes (50-54 ans) et les plus âgés de la population cible (70-74 ans) qui sont un peu moins bien couverts.

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 50% 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 61,1% de jamais participants en 2024). Un travail de sensibilisation plus spécifique pourrait être entrepris auprès de ces personnes.

En 2024, 3,1% 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 dans le programme après un test hors programme (3,0%) et une minorité (0,1%) 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.

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

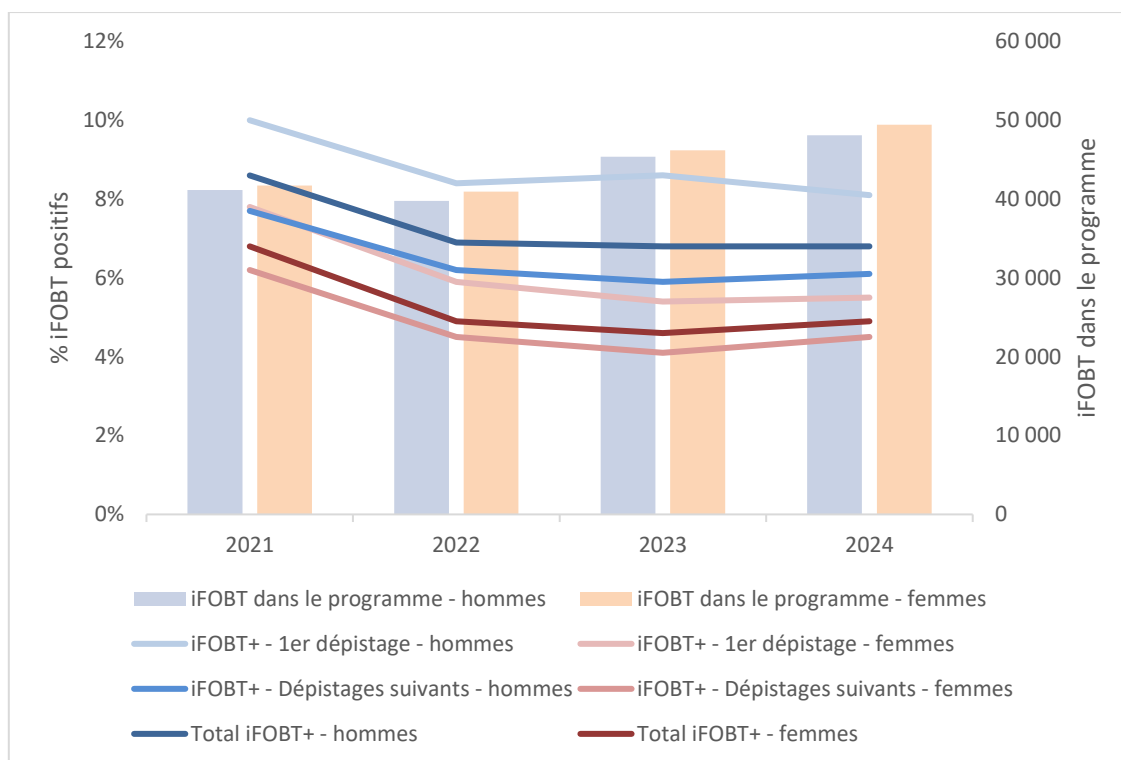
### 4.1. NOMBRE ET POURCENTAGE DE iFOBT POSITIFS

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

	2021	2022	2023	2024
<b>Premier dépistage</b>				
<b>Nombre de iFOBT dans le programme</b>	34.651	26.161	31.671	35.177
<b>Nombre de iFOBT+</b>	3.079	1.864	2.206	2.382
<b>% iFOBT+</b>	<b>8,9</b>	<b>7,1</b>	<b>7,0</b>	<b>6,8</b>
<b>Recommandation UE : 4,4% - 11,1%</b>				
Hommes (%)	10,0	8,4	8,6	8,1
Femmes (%)	7,8	5,9	5,4	5,5
50-54 (%)	6,7	5,1	5,3	5,0
55-59 (%)	8,1	6,9	6,9	6,8
60-64 (%)	10,2	8,0	7,9	7,6
65-69 (%)	11,7	10,0	9,3	9,2
70-74 (%)	13,5	11,4	10,9	10,8
<b>Dépistages suivants</b>				
<b>Nombre de iFOBT dans le programme</b>	48.223	54.575	59.875	62.349
<b>Nombre de iFOBT+</b>	3.324	2.891	3.013	3.310
<b>% iFOBT+</b>	<b>6,9</b>	<b>5,3</b>	<b>5,0</b>	<b>5,3</b>
Hommes (%)	7,7	6,2	5,9	6,1
Femmes (%)	6,2	4,5	4,1	4,5
50-54 (%)	6,2	3,9	3,8	3,8
55-59 (%)	5,7	4,4	4,1	4,2
60-64 (%)	6,4	4,9	4,6	5,1
65-69 (%)	7,5	6,1	5,7	5,9
70-74 (%)	8,3	6,5	6,4	6,8
<b>Total</b>				
<b>Nombre de iFOBT dans le programme</b>	82.874	80.736	91.546	97.526
<b>Nombre de iFOBT+</b>	6.403	4.755	5.219	5.692
<b>% iFOBT+</b>	<b>7,7</b>	<b>5,9</b>	<b>5,7</b>	<b>5,8</b>
Hommes (%)	8,6	6,9	6,8	6,8
Femmes (%)	6,8	4,9	4,6	4,9
50-54 (%)	6,6	4,7	4,8	4,6
55-59 (%)	6,7	5,2	5,0	5,1
60-64 (%)	7,7	5,6	5,5	5,8
65-69 (%)	8,7	6,9	6,5	6,7
70-74 (%)	9,5	7,3	7,2	7,5

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, stratifiés par 1<sup>er</sup> dépistage et dépistages suivants et par sexe**



**Conclusion :**

En 2024, 5,8% (N=5.692) des participants ont eu un iFOBT positif. Ce chiffre est supérieur à celui de 2023 (5,7%, N=5.219) et inférieur à celui de 2022 (5,9%, N=4.755). Le pourcentage de positivité est plus élevé pour un premier dépistage (6,8% en 2024) que pour les dépistages suivants (5,3% 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 le test iFOBT (entre 4,4% et 11,1%) [5].

Les dépistages suivants sont plus nombreux que les premiers dépistages. En 2024, les dépistages suivants représentent 64% de la participation totale au dépistage.

Le taux de iFOBT positifs est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (6,8% contre 4,9% 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 4,6% chez les 50-54 ans et de 7,5% 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-coloscopique 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 apparaître 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*,**
<b>Taux de détection cancers invasifs (N(N/1000))</b>	<b>190 (2,3)</b>	<b>159 (2,0)</b>	<b>203 (2,2)</b>	<b>99 (2,0)</b>
Premier dépistage (N(N/1000))	123 (3,5)	79 (3,0)	121 (3,8)	52 (3,0)
<b>Recommandation UE : 1,8 -9,5%</b>				
Dépistages suivants (N(N/1000))	67 (1,4)	80 (1,5)	82 (1,4)	47 (1,4)
<b>Taux de détection cancers in situ (N(N/1000))</b>	<b>227 (2,7)</b>	<b>193 (2,4)</b>	<b>180 (2,0)</b>	<b>94 (1,9)</b>
Premier dépistage (N(N/1000))	128 (3,7)	95 (3,6)	97 (3,1)	42 (2,5)
Dépistages suivants (N(N/1000))	99 (2,1)	98 (1,8)	83 (1,4)	52 (1,6)
<b>Taux de détection adénomes (N(N/1000))</b>	<b>2.225 (26,8)</b>	<b>1.645 (20,4)</b>	<b>2.017 (22,0)</b>	<b>1.092 (21,7)</b>
Premier dépistage (N(N/1000))	1.071 (30,9)	660 (25,2)	884 (27,9)	428 (25,0)
<b>Recommandation UE :13,3-22,3%</b>				
Dépistages suivants (N(N/1000))	1.154 (23,9)	985 (18,0)	1.133 (18,9)	664 (20,0)
	<b>2021</b>	<b>2022*</b>	<b>2023*</b>	
<b>Taux de cancers d'intervalle (N(N/1000))</b>	<b>113 (1,4)</b>	<b>117 (1,4)</b>	<b>97 (1,1)</b>	
Hommes (N(N/1000))	56 (1,4)	58 (1,5)	51 (1,1)	
Femmes (N(N/1000))	57 (1,4)	59 (1,4)	46 (1,0)	
Premier dépistage (N(N/1000))	<b>45 (1,3)</b>	<b>34 (1,3)</b>	<b>34 (1,1)</b>	
Hommes (N(N/1000))	27 (1,6)	15 (1,2)	19 (1,2)	
Femmes (N(N/1000))	18 (1,0)	19 (1,4)	15 (0,9)	
Dépistages suivants (N(N/1000))	<b>68 (1,4)</b>	<b>83 (1,5)</b>	<b>63 (1,1)</b>	
Hommes (N(N/1000))	29 (1,2)	43 (1,6)	32 (1,1)	



Femmes (N(N/1000))	39 (1,6)	40 (1,4)	31 (1,0)	
	2017	2018	2019*	2020*
Taux de cancers colorectaux post-coloscopiques (N(N/1000))	<b>22 (0,4)</b>	<b>26 (0,5)</b>	<b>36 (0,5)</b>	<b>11 (0,2)</b>
Hommes (N(N/1000))	18 (0,7)	17 (0,7)	22 (0,6)	8 (0,3)
Femmes (N(N/1000))	4 (0,2)	9 (0,3)	14 (0,4)	3 (0,1)
	2021	2022*	2023*	2024*,**
VPP cancers invasifs (%)				
Premier dépistage (%) Recommandation UE: 4,5-8,6%	4,7	5,0	6,4	5,6
Dépistages suivants (%)	2,3	3,4	3,1	3,2
VPP cancers in situ (%)				
Premier dépistage (%)	5,1	6,0	5,2	4,5
Dépistages suivants (%)	3,6	4,1	3,3	3,5
VPP adénomes (%)				
Premier dépistage (%) Recommandation UE: 19,6-40,3%	42,1	42,3	47,1	46,0
Dépistages suivants (%)	40,6	41,3	44,6	45,4
	2021	2022*	2023*	
Sensibilité du iFOBT cancers invasifs (%)	<b>77,7</b>	<b>73,5</b>	<b>81,4</b>	
Premier dépistage (%)	83,7	80,2	89,6	
Dépistages suivants (%)	69,8	68,0	71,7	
Sensibilité du iFOBT cancers in situ (%)	<b>82,3</b>	<b>79,8</b>	<b>80,2</b>	
Premier dépistage (%)	87,7	89,5	84,7	
Dépistages suivants (%)	75,9	72,0	75,6	
Sensibilité du iFOBT adénomes (%)	<b>55,0</b>	<b>47,0</b>	<b>55,7</b>	
Premier dépistage (%)	58,4	51,5	63,1	
Dépistages suivants (%)	52,2	44,4	51,1	
Spécificité du iFOBT (%)	<b>95,4</b>	<b>96,6</b>	<b>96,9</b>	
Premier dépistage (%)	94,8	96,1	96,5	
Dépistages suivants (%)	95,8	96,8	97,1	

\*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 2<sup>ème</sup> 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 de ces variations.

Le taux de détection total des cancers invasifs fluctue légèrement d'une année à l'autre mais est relativement stable au cours du temps (entre 1,5 et 2,3‰ pour la période 2021-2024). Il est plus élevé lors des premiers dépistages que des dépistages suivants, ce qui est attendu. Pour 2021-2024, le taux de détection des cancers invasifs des premiers dépistages (entre 3,0 et 3,8‰) se situe dans la fourchette reprise dans les directives européennes (1,8 - 9,5 ‰) [5]. Le taux de détection des cancers invasifs lors des dépistages suivants est assez stable entre 1,4 et 1,5‰ pour la période 2021-2024.

Le taux de détection des cancers in situ lors du 1<sup>er</sup> dépistage diminue entre 2021 et 2024 (de 3,7 à 2,5‰) et diminue plus légèrement lors des dépistages suivants au cours de la même période (de 2,1 à 1,4‰). 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 1<sup>er</sup> 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 légère tendance à la diminution. Néanmoins, les taux de détection des adénomes avec le test iFOBT pour les premiers dépistages (entre 25,0 et 30,9‰) sont supérieurs, aux chiffres repris dans les recommandations européennes (13,3-22,3‰) [5]. 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 1,3‰ lors du premier dépistage, et entre 1,1‰ et 1,5‰ 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. Seuls les résultats pour les années 2017 et 2018 sont donc complets. De manière générale, le taux de cancers colorectaux post-coloscopiques n'excède pas les 1‰ et se situe pour 2017-2020 entre 0,2 et 0,5‰.

**Valeur prédictive positive (VPP)** : plus la VPP est élevée, plus le nombre de faux positifs est faible. Pour les cancers in situ et les adénomes, la VPP fluctue mais semble diminuer légèrement entre 2023 et 2024, que ce soit pour le premier dépistage ou les dépistages suivants. Pour les cancers invasifs, la VPP diminue légèrement en 2024 après l'augmentation observée entre 2021 et 2023. Quel que soit le type de lésion détectée, la VPP des dépistages suivants est inférieure à celle des premiers dépistages.

En 2024, un cancer invasif a été détecté chez 5,6% des participants à un premier dépistage ayant eu un iFOBT positif suivi d'une coloscopie, tandis qu'un adénome a été détecté dans 46,0% des cas.

La valeur prédictive positive des cancers invasifs au premier dépistage demeure dans la fourchette de directives européennes (4,5 - 8,6%) [5]. En revanche, la valeur prédictive positive des adénomes au premier dépistage dépasse toujours largement les recommandations européennes sur la période 2021-2024 (19,6 - 40,3%) [5].

La VPP est supérieure chez les hommes, par rapport aux femmes (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.

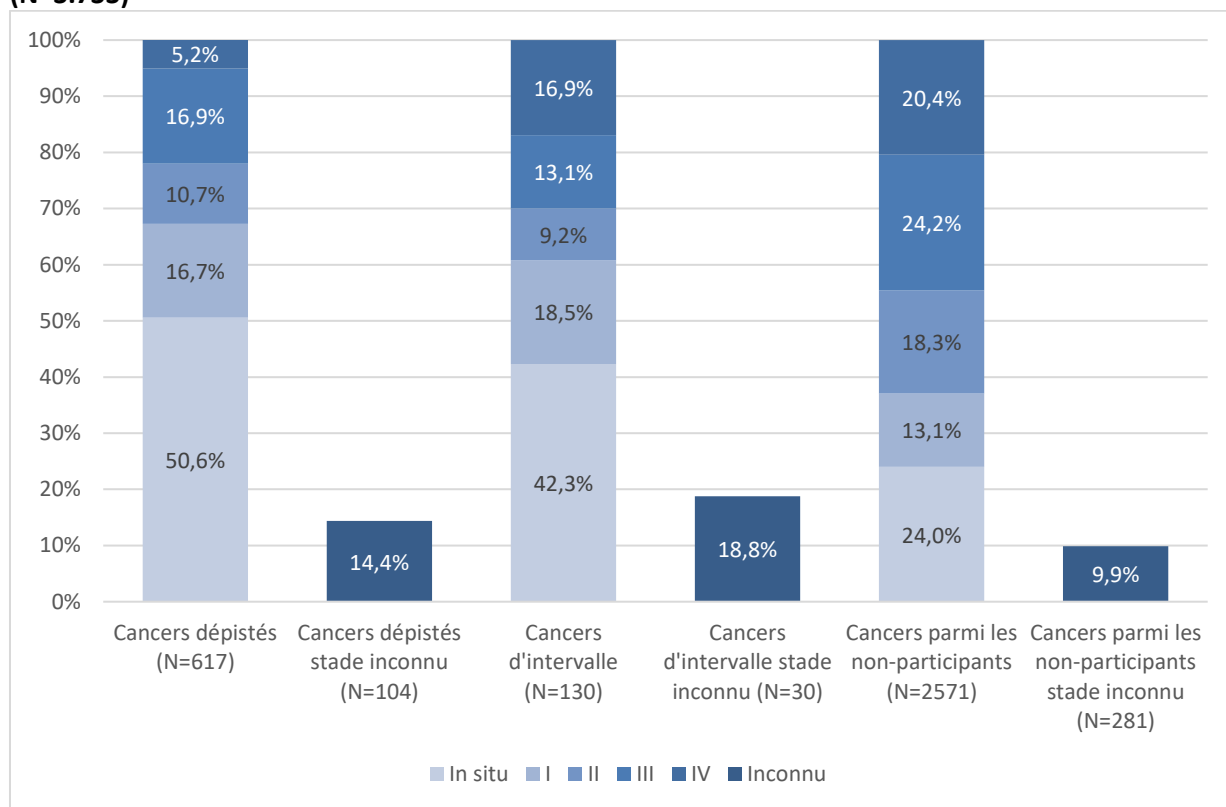
**Sensibilité** : Plus la sensibilité est élevée, plus le nombre de lésions manquées est faible (moins de faux négatifs). Elle est de 81% pour les cancers invasifs, 80% pour les cancers in situ et 56% pour les adénomes en 2023.

Des études rapportent que la sensibilité du test iFOBT pour les cancers colorectaux invasifs au premier dépistage est de 79% [9, 12]. Ceci correspond à la valeur que nous trouvons à partir de 2017. 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 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 notable entre les résultats du premier dépistage et des dépistages suivants.

#### 4.3. DISTRIBUTION DES CANCERS DÉPISTÉS, DES CANCERS D'INTERVALLE ET DES CANCERS PARMIS 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=3.733)**



#### Conclusion :

Pour la période de dépistage 2020-2021, 76% des cancers colorectaux présents au sein de la population cible du programme de dépistage ont été diagnostiqués parmi les non-participants (N=2.852). Ceci peut s'expliquer par un faible taux de participation au programme de dépistage. Les cancers dépistés et les cancers d'intervalle représentent respectivement 19% et 4% des cancers diagnostiqués dans la population cible (N=721 et N=160).

Parmi les stades connus, les cancers colorectaux dépistés le sont plus fréquemment aux stades in situ et I (67,3%) tandis que parmi les non-participants, les cancers colorectaux sont plus souvent diagnostiqués aux stades II+ (62,9%). Le programme de dépistage du cancer colorectal par le iFOBT permet donc de diagnostiquer plus de cancers à un stade précoce de la maladie. Et, en comparaison aux années antérieures à 2016 où le test gFOBT était utilisé, le pourcentage de cancers dépistés in situ est nettement supérieur (Cfr ancien rapport : en 2015 seulement 16,5 % de cancers dépistés avec stade connu étaient in situ).

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

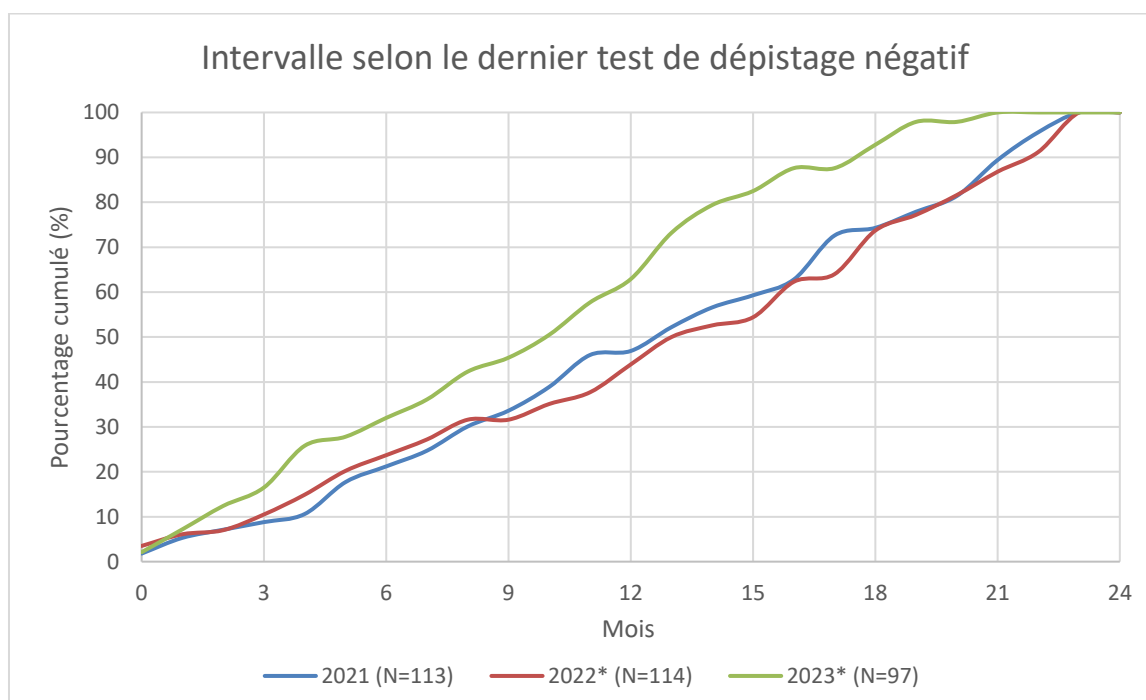
Pour augmenter l'impact du dépistage sur la morbidité et la mortalité liées à la maladie, une augmentation de la participation au programme de dépistage est recommandée.

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

Intervalle (mois)	2021			2022*			2023*		
	N=113			N=114			N=97		
	N	%	% cum	N	%	% cum	N	%	% cum
0-3	10	8,8	8,8	12	10,5	10,5	16	16,5	16,5
4-6	14	12,4	21,2	15	13,2	23,7	14	15,5	32,0
7-9	14	12,4	33,6	9	7,9	31,6	13	13,4	45,4
10-12	15	13,3	46,9	14	12,3	43,9	17	17,5	62,9
13-15	14	12,4	59,3	12	10,5	54,4	19	19,6	82,5
16-18	17	15,0	74,3	22	19,3	73,7	10	10,3	92,8
19-21	17	15,0	89,4	15	13,2	86,8	7	7,2	100
22-24	12	10,6	100	15	13,2	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 calculés 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 :

Entre 44 et 63% des cancers d'intervalle sont diagnostiqués dans la première année après un test de dépistage négatif pour 2021-2023. La courbe cumulative des cancers d'intervalle ne montre pas de point d'inflexion clair mais a tendance à augmenter légèrement plus à partir d'environ 12 mois.

## 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	%
<b>Nombre de personnes avec un iFOBT positif</b>	<b>6.403</b>	100	<b>4.755</b>	100	<b>5.219</b>	100	<b>2.847</b>	100
Hommes	3.554	100	2.735	100	3.103	100	1.648	100
Femmes	2.849	100	2.020	100	2.116	100	1.199	100
<b>Nombre de personnes avec un suivi</b>	<b>5.690</b>	<b>88,9</b>	<b>4.196</b>	<b>88,2</b>	<b>4.717</b>	<b>90,4</b>	<b>2.568</b>	<b>90,2</b>
Hommes	3.157	88,8	2.412	88,2	2.795	90,1	1.473	89,4
Femmes	2.533	88,9	1.784	88,3	1.922	90,8	1.095	91,3
<b>Coloscopies (complètes, polypectomies, coloscopies partielles et virtuelles)</b>	<b>5.430</b>	<b>84,8</b>	<b>4.009</b>	<b>84,3</b>	<b>4.519</b>	<b>86,6</b>	<b>2.465</b>	<b>86,6</b>
Hommes	3.026	85,1	2.308	84,4	2.691	86,7	1.415	85,9
Femmes	2.404	84,4	1.701	84,2	1.828	86,4	1.050	87,6
<b>Dont prélèvement endéans les 12 mois</b>	<b>3.443</b>	<b>53,8</b>	<b>2.601</b>	<b>54,7</b>	<b>3.048</b>	<b>58,4</b>	<b>1.653</b>	<b>58,1</b>
Hommes	2.078	58,5	1.637	59,9	1.951	62,9	1.025	62,2
Femmes	1.365	47,9	964	47,7	1.097	51,8	628	52,4
<b>Suivis autres que coloscopie</b>	<b>260</b>	<b>4,1</b>	<b>187</b>	<b>3,9</b>	<b>198</b>	<b>3,8</b>	<b>103</b>	<b>3,6</b>
Hommes	131	3,7	104	3,8	104	3,4	58	3,5
Femmes	129	4,5	83	4,1	94	4,4	45	3,8
<b>Répétition du iFOBT sans coloscopie</b>	<b>123</b>	<b>1,9</b>	<b>96</b>	<b>2,0</b>	<b>104</b>	<b>2,0</b>	<b>55</b>	<b>1,9</b>
Hommes	49	1,4	50	1,8	47	1,5	29	1,8
Femmes	74	2,6	46	2,3	57	2,7	26	2,2
<b>Imagerie/chirurgie</b>	<b>137</b>	<b>2,1</b>	<b>91</b>	<b>1,9</b>	<b>94</b>	<b>1,8</b>	<b>48</b>	<b>1,7</b>
Hommes	82	2,3	54	2,0	57	1,8	29	1,8
Femmes	55	1,9	37	1,8	37	1,7	19	1,6
<b>Aucun suivi connu</b>	<b>713</b>	<b>11,1</b>	<b>559</b>	<b>11,8</b>	<b>502</b>	<b>9,6</b>	<b>279</b>	<b>9,8</b>
Hommes	397	11,2	323	11,8	308	9,9	175	10,6
Femmes	316	11,1	236	11,7	194	9,2	104	8,7

\*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%	91,3	91,6	91,9	93,3
Hommes	91,0	91,7	92,5	92,9
Femmes	91,6	91,4	91,1	93,7
Coloscopies partielles	7,4	7,4	7,0	5,7
Hommes	7,6	7,6	6,5	6,2
Femmes	7,0	7,0	7,9	5,1
Coloscopies virtuelles	1,4	1,1	1,0	1,0
Hommes	1,3	0,7	1,0	0,9
Femmes	1,4	1,6	1,0	1,2

\*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 d'environ 87% tant pour les hommes que pour les femmes en 2023-2024.

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 2023-2024 un prélèvement d'échantillon a été réalisé endéans les 12 mois pour environ 58% des personnes avec un iFOBT positif.

**Suivis autres que coloscopie :** environ 4% 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, 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 2021-2024, environ 2% des participants avec un iFOBT positif ont effectué une imagerie ou une chirurgie par la suite. Cette proportion est en légère diminution sur la période.

**Aucun suivi connu :** Pour la période 2021-2024, entre 10 et 12% 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
<b>N</b>												
≤ 30 jours	359	304	663	237	173	410	236	204	440	157	129	286
31 jours - 45 jours	436	369	805	268	208	476	350	224	574	156	158	314
46 jours - 60 jours	431	344	775	308	229	537	367	237	604	208	158	366
61 jours - 90 jours	733	594	1 327	547	401	948	617	441	1 058	328	215	543
91 jours - 6 mois	818	618	1 436	716	543	1 259	850	548	1 398	417	311	728
6 - 12 mois	152	117	269	145	107	252	171	128	299	98	59	157
<b>%</b>												
≤ 30 jours	12,3	13,0	12,6	10,7	10,4	10,6	9,1	11,4	10,1	11,5	12,5	11,9
31 jours - 45 jours	14,9	15,7	15,3	12,1	12,5	12,3	13,5	12,6	13,1	11,4	15,3	13,1
46 jours - 60 jours	14,7	14,7	14,7	13,9	13,8	13,8	14,2	13,3	13,8	15,2	15,3	15,3
61 jours - 90 jours	25,0	25,3	25,2	24,6	24,1	24,4	23,8	24,7	24,2	24,0	20,9	22,7
91 jours - 6 mois	27,9	26,3	27,2	32,2	32,7	32,4	32,8	30,8	32,0	30,6	30,2	30,4
6 - 12 mois	5,2	5,0	5,1	6,5	6,4	6,5	6,6	7,2	6,8	7,2	5,7	6,6
<b>% cum</b>												
≤ 30 jours	12,3	13,0	12,6	10,7	10,4	10,6	9,1	11,4	10,1	11,5	12,5	11,9
31 jours - 45 jours	27,1	28,7	27,8	22,7	22,9	22,8	22,6	24,0	23,2	22,9	27,9	25,1
46 jours - 60 jours	41,9	43,4	42,5	36,6	36,7	36,7	36,8	37,3	37,0	38,2	43,2	40,4
61 jours - 90 jours	66,9	68,7	67,7	61,2	60,9	61,1	60,6	62,1	61,2	62,2	64,1	63,0
91 jours - 6 mois	94,8	95,0	94,9	93,5	93,6	93,5	93,4	92,8	93,2	92,8	94,3	93,4
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, un peu moins de 12% des participants ont eu une coloscopie de suivi dans les 30 jours après un résultat de iFOBT positif. Plus ou moins de 40% des participants ont eu une coloscopie de suivi dans les 60 jours après un iFOBT positif. 63% des coloscopies ont été réalisées dans les 90 jours suivant le iFOBT positif. Depuis 2021, nous constatons une légère diminution du pourcentage, passant de 68% des coloscopies ayant eu lieu dans les 90 jours à 61-63% pour 2022-2024.

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 de dépistage positif. Toutefois, nous ne pouvons pas tout à fait comparer nos chiffres à ce résultat car en Wallonie, il n'y a pas de données disponibles concernant la date à laquelle le médecin réfère le patient pour une coloscopie. C'est donc la date du iFOBT qui a été choisie.

5.3. 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	%
<b>Nombre d'interventions après un iFOBT positif</b>	<b>2.418</b>	100	<b>1.880</b>	100	<b>2.264</b>	100	<b>1.253</b>	100
Hommes	1.487	100	1.211	100	1.479	100	786	100
Femmes	931	100	669	100	786	100	467	100
<b>Colectomie totale</b>	<b>4</b>	<b>0,2</b>	<b>3</b>	<b>0,2</b>	<b>3</b>	<b>0,1</b>	<b>2</b>	<b>0,2</b>
Hommes	1	0,1	3	0,2	2	0,1	2	0,3
Femmes	3	0,3	0	0,0	1	0,1	0	0,0
<b>Colectomie partielle</b>	<b>192</b>	<b>7,9</b>	<b>156</b>	<b>8,3</b>	<b>197</b>	<b>8,7</b>	<b>85</b>	<b>6,8</b>
Hommes	118	7,9	101	8,3	124	8,4	48	6,1
Femmes	74	7,9	55	8,2	73	9,3	37	7,9
<b>Polypectomie</b>	<b>2.189</b>	<b>90,5</b>	<b>1.702</b>	<b>90,5</b>	<b>2.039</b>	<b>90,0</b>	<b>1.148</b>	<b>91,6</b>
Hommes	1.349	90,7	1.098	90,7	1.338	90,5	729	92,7
Femmes	840	90,2	604	90,3	701	89,2	419	89,7
<b>Autres interventions colorectales</b>	<b>33</b>	<b>1,4</b>	<b>19</b>	<b>1,0</b>	<b>26</b>	<b>1,1</b>	<b>18</b>	<b>1,4</b>
Hommes	19	1,3	9	0,7	15	1,0	7	0,9
Femmes	14	1,5	10	1,5	11	1,4	11	2,4
<b>Nombre total de cancers invasifs dépistés</b>	<b>209</b>	100	<b>172</b>	100	<b>215</b>	100	<b>105</b>	100
Hommes	135	100	115	100	146	100	64	100
Femmes	74	100	57	100	69	100	41	100
<b>Colectomie totale</b>	<b>2</b>	<b>1,0</b>	<b>3</b>	<b>1,7</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>	<b>1</b>	<b>1,0</b>
Hommes	0	0,0	3	2,6	0	0,0	1	1,6
Femmes	2	2,7	0	0,0	1	1,4	0	0,0
<b>Colectomie partielle</b>	<b>160</b>	<b>76,6</b>	<b>121</b>	<b>70,3</b>	<b>154</b>	<b>71,6</b>	<b>61</b>	<b>58,1</b>
Hommes	104	77,0	75	65,2	100	68,5	32	50,0
Femmes	56	75,7	46	80,7	54	78,3	29	70,7
<b>Polypectomie</b>	<b>17</b>	<b>8,1</b>	<b>20</b>	<b>11,6</b>	<b>26</b>	<b>12,1</b>	<b>27</b>	<b>25,7</b>
Hommes	15	11,1	16	13,9	19	13,0	21	32,8
Femmes	2	2,7	4	7,0	7	10,1	6	14,6
<b>Autres interventions colorectales</b>	<b>13</b>	<b>6,2</b>	<b>8</b>	<b>4,7</b>	<b>12</b>	<b>5,6</b>	<b>4</b>	<b>3,8</b>
Hommes	5	3,7	8	7,0	10	6,8	1	1,6
Femmes	8	10,8	0	0,0	2	2,9	3	7,3
<b>Aucun traitement connu</b>	<b>17</b>	<b>8,1</b>	<b>20</b>	<b>11,6</b>	<b>22</b>	<b>10,2</b>	<b>12</b>	<b>11,4</b>
Hommes	11	8,1	13	11,3	17	11,6	9	14,1
Femmes	6	8,1	7	12,3	5	7,2	3	7,3
	<b>Cancers in situ 2021-2024 *,**</b>				<b>Cancers invasifs 2021-2024*,**</b>			
<b>Colectomie totale</b>	3		0,4		9		1,0	
<b>Colectomie partielle</b>	50		6,2		560		73,9	
<b>Polypectomie</b>	518		64,5		104		13,7	
<b>Total des cancers dépistés</b>	803				758			

\*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 (6403 iFOBT positifs en 2021, 4755 en 2022, 5219 en 2023 et 2847 en 2024) se situe entre 38 et 44% pour la période 2021-2024. La polypectomie est l'intervention la plus fréquente après un iFOBT positif (92% en 2024). Pour 7% des interventions, il s'agit d'une colectomie (6,8% de partielle et 0,2% de totale).

**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 parmi les cancers invasifs dépistés les plus fréquentes sont les colectomies partielles (58-77% entre 2021 et 2024), suivies des polypectomies (8-26% pour 2021-2024). Le pourcentage de polypectomie comme intervention à la suite d'un cancer dépisté augmente en 2024, passant de 8-12% pour 2021-2023 à 26% en 2024. 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 seraient disponibles. Le pourcentage de cancers invasifs dépistés pour lesquels aucun traitement n'est connu se trouve entre 8 et 12% pour 2021-2024.

Plus de 60% 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 (74%) et pour 14% il s'agit d'une polypectomie.



## 6. CONCLUSION

En 2023, 2.725 nouveaux **cancers colorectaux invasifs** et 1.607 nouveaux **cancers colorectaux in situ** ont été diagnostiqués en Wallonie, dont respectivement 56% et 67% dans la tranche d'âge 50-74 ans. **Pour cette tranche d'âge, l'incidence des tumeurs invasives** ne montre pas de tendance nette globale, mais elle tend à diminuer entre 2017 et 2022, passant de 141,8 (en 2004) à 133,4/100.000 (en 2023). La **mortalité** liée aux cancers colorectaux invasifs diminue significativement entre 2004 et 2022, tant pour tous les âges (passant de 31,1 à 24,7/100.000) que pour le groupe 50-74 ans (passant de 40,4 à 33,8/100.000).

**Population cible et taux de couverture** : en 2024, la population cible complète du dépistage du cancer colorectal est de 1.179.018 personnes. Parmi celles-ci, 1,1% ne sont pas éligibles pour raisons médicales et 23,2% ne sont pas invitées en raison d'une couverture antérieure, dans ou hors programme. Le taux de couverture totale atteint 34,9%. Le taux de couverture dans le programme compte pour 16,0%.

**Personnes n'ayant jamais réalisé un dépistage et surdépistage** : en 2024, 47,6% de la population cible éligible sont des personnes n'ayant jamais réalisé un dépistage. Parmi les participants, 3,1% ont effectué un test de dépistage inapproprié (surdépistage).

### Résultats du dépistage

- On observe une légère diminution du **pourcentage de iFOBT positifs** : 7,7% en 2021, 5,9% en 2022, 5,7% en 2023 et 5,8% en 2024, tant pour le premier dépistage que lors des 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** : le taux de détection fluctue légèrement d'une année à l'autre sur la période 2021-2024, mais demeure dans la fourchette des recommandations européennes pour un premier dépistage (1,8 - 9,5 ‰) [5].
  - **Cancers in situ** : le taux de détection diminue entre 2021 et 2024 (passant de 2,7 à 1,9‰).
  - **Adénomes** : le taux de détection des adénomes au premier dépistage (27,9-25‰ pour 2023-2024) est supérieur aux normes européennes (13,3-22,3‰) [5].
- La **sensibilité du iFOBT** atteint 81% pour les cancers invasifs, 80% pour les cancers in situ et 56% pour les adénomes en 2023. Ces pourcentages reflètent la proportion de faux négatifs selon le type de lésion : plus la sensibilité est élevée, moins il y a de faux négatifs. La **spécificité** du test est élevée (95-97% pour 2021-2023), indiquant une faible proportion de tests iFOBT positifs ne conduisant finalement à aucune lésion détectée (peu de faux positifs).
- **Distribution des cancers selon le stade au moment du diagnostic** : Pour les années de dépistage 2020-2021, les cancers colorectaux (avec stade connu) sont plus fréquemment dépistés aux stades in situ et I (67,3% des cancers avec stade connu) tandis que chez les non-participants, les cancers colorectaux sont plus souvent diagnostiqués aux stades II+ (62,9% des can-



cers avec stade connu). Le programme de dépistage du cancer colorectal permet donc de diagnostiquer davantage de cancers à un stade précoce. Pour augmenter l'impact du dépistage, une augmentation de la participation au programme de dépistage est recommandée.

### Suivi et traitement

- Dans près de 85% des cas, une **coloscopie** est effectuée après un iFOBT positif, dont plus de 92% sont des coloscopies totales. Cette proportion se situe dans les recommandations européennes de 90% (acceptable) à 95% (souhaitable) [5]. En 2024, 3,6% des participants avec un iFOBT positif ont reçu un **suivi autre que la coloscopie** (iFOBT répété ou imagerie ou chirurgie), et **aucun suivi** n'a été enregistré endéans les 12 mois suivant le iFOBT positif dans 9,8% des cas. Grâce à un **mécanisme de fail-safe**, ces personnes pourraient être contactées, notamment via les médecins généralistes, afin d'effectuer la coloscopie recommandée après un test positif.
- Des **prélèvements** ont été effectués chez 58% des personnes ayant eu un iFOBT positif en 2024.
- Seuls 10 à 13% des participants ont eu une **coloscopie de suivi dans les 30 jours** après un résultat de iFOBT positif en 2021-2024. Entre 61 et 67% des participants ont bénéficié d'une coloscopie de suivi dans les 90 jours sur la même période.
- Une **colectomie** (totale ou partielle) a été réalisée pour environ 7 à 9% des iFOBT positifs, principalement de colectomies partielles (~ 99%). Les interventions colorectales les plus courantes sont les polypectomies (entre 90 et 92% pour 2021-2024). Les polypectomies et les colectomies partielles représentent à elles deux plus de 95% de toutes les interventions effectuées après un iFOBT positif.
- La majorité des cancers in situ sont réséqués par une polypectomie (64,5% pour 2021-2024), tandis que pour les cancers invasifs, la colectomie partielle est l'intervention la plus fréquente (74% pour 2021-2024).



## 7. BIBLIOGRAPHIE

1. 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
2. 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.
3. Hol L, van Leerdam ME, van Ballegooijen M, van Vuuren AJ, van Dekken H, Reijerink JC, van der Tocht 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.
4. European Commission, 2022. European Health Union: Commission welcomes adoption of new EU cancer screening recommendations. [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip\\_22\\_7548](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_22_7548)
5. European Commission, 2010. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. Segnan N, Patnick J, von Karsa L (Eds.), International Agency for research on Cancer Luxembourg, first ed.
6. Belgian Cancer Registry, Brussels, 2024, <https://kankerregister.org>
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. Definition and taxonomy of interval colorectal cancers: a proposal for standardising nomenclature, S Sanduleanu et al. *Colorectal Cancer Screening Committee, World Endoscopy Organization*
9. 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).
10. 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.
11. 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.
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-WALLONIE