2021

14

Santé

Neuchâtel 2021

Le cancer en Suisse, rapport 2021

État des lieux et évolutions

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la statistique OFS

Nationale Krebsregistrierungsstelle
Organe national d'enregistrement du cancer
Servizio nazionale di registrazione dei tumori
National Agency for Cancer Registration

Kinderkrebsregister
Registre du cancer de l'enfant
Registro dei tumori pediatrici
Childhood Cancer Registry

Domaine «Santé»

Publications actuelles sur des thèmes apparentés

Presque tous les documents publiés par l'OFS sont disponibles gratuitement sous forme électronique sur le portail Statistique suisse (www.statistique.ch). Pour obtenir des publications imprimées, veuillez passer commande par téléphone (058 463 60 60) ou par e-mail (order@bfs.admin.ch).

Manuel de codage médical 2022, Le manuel officiel des règles de codage en Suisse
Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2021, numéro OFS: 544-2200, 234 pages

Santé – Statistique de poche 2020
Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2021, numéro OFS: 1541-2000, 44 pages

Statistique médicale des hôpitaux, Tableaux standard 2019
Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2020, numéro OFS: su-b-14.04.01.02-MKS-2019

Statistique des causes de décès. La mortalité en Suisse et les principales causes de décès, en 2018
Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2021, numéro OFS: 1258-1800, 8 pages

Domaine «Santé» sur Internet

Portail Statistique suisse
www.statistique.ch → Santé ou www.health-stat.admin.ch
La thématique du cancer en Suisse est directement accessible par www.cancer.bfs.admin.ch

Le cancer en Suisse, rapport 2021

État des lieux et évolutions

Rédaction Pasquale Cirillo;
Anita Feller, ONEC;
Martin Hošek;
Claudia Kuehni, RCdE;
Matthias Lorez, ONEC;
Eleftheria Michalopoulou, RCdE;
Verena Pfeiffer, RCdE;
Shelagh Redmond, RCdE;
Elodie Roy, OFS;
Thomas Rüegger, OFS;
Ben Spycher, RCdE;
Ulrich Wagner, ONEC;
Rolf Weitkunat, OFS

Éditeur Office fédéral de la statistique (OFS)
Organe national d'enregistrement du cancer (ONEC)
Registre du Cancer de l'Enfant (RCdE)

www.cancer.bfs.admin.ch
www.onec.ch
www.registretumeursenfants.ch

Neuchâtel 2021

Éditeur: Office fédéral de la statistique (OFS)
Organe national d'enregistrement du cancer (ONEC)
Registre du Cancer de l'Enfant (RCdE)

Renseignements: Service d'information Santé, OFS, Section Santé,
tél. + 41 (0)58 463 67 00, gesundheit@bfs.admin.ch

Rédaction: Pasquale Cirillo, Anita Feller, Martin Hošek, Claudia Kuehni, Matthias Lorez, Eleftheria Michalopoulou, Verena Pfeiffer, Shelagh Redmond, Elodie Roy, Thomas Rüegger, Ben Spycher, Ulrich Wagner, Rolf Weitkunat

Direction de projet Elodie Roy, OFS

Comité de pilotage Elodie Roy, OFS; Thomas Rüegger, OFS; Rolf Weitkunat, OFS

Lectorat Volker Arndt; Karim Burkhardt, ONEC; Lorenza Oprandi, ONEC

Série: Statistique de la Suisse

Domaine: 14 Santé

Langue du texte original: allemand et français

Mise en page: section DIAM, Prepress/Print

Graphiques: section DIAM, Prepress/Print

Cartes: section DIAM, ThemaKart

En ligne: www.statistique.ch

Imprimés: www.statistique.ch
Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel,
order@bfs.admin.ch, tél. 058 463 60 60
Impression réalisée en Suisse

Copyright: OFS, Neuchâtel 2021
La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée.

Numéro OFS: 1178-2100

ISBN: 978-3-303-14334-6

Publication actualisée, mai 2022. Les graphiques suivants ont été corrigés: G 4.4.6, G 4.13.6, G 4.24.6b, G 4.25, G 5.1, G 5.2, G 5.4

Table des matières

Remerciements 5

Préfaces 6

L'essentiel en bref 8

1 Introduction 10

2 Introduction aux données et méthodes 11

2.1 Sources et qualité des données 11

2.2 Présentation du contenu 11

3 Généralités sur le cancer en Suisse 15

3.1 Nouveaux cas et décès 15

3.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population 18

3.3 Facteurs de risque 21

3.4 Stratégies de prévention 21

3.5 Les cancers de l'enfant et de l'adolescent 22

4 Localisations cancéreuses 25

4.1 Cancer de la cavité buccale et du pharynx 26

4.2 Cancer de l'œsophage 30

4.3 Cancer de l'estomac 34

4.4 Cancer colorectal 38

4.5 Cancer du foie 42

4.6 Cancer de la vésicule et des voies biliaires 46

4.7 Cancer du pancréas 50

4.8 Cancer du larynx 54

4.9 Cancer du poumon 58

4.10 Mésothéliome de la plèvre 62

4.11 Mélanome de la peau 66

4.12 Cancer du sein 70

4.13 Cancer de l'utérus 74

4.14 Cancer de l'ovaire 79

4.15 Cancer de la prostate 82

4.16 Cancer du testicule 85

4.17 Cancer du rein 88

4.18 Cancer de la vessie 92

4.19 Cancer du cerveau et du système nerveux central 96

4.20 Cancer de la thyroïde 100

4.21 Lymphome de Hodgkin 104

4.22 Lymphome non hodgkinien 108

4.23 Myélome multiple 112

4.24 Leucémies 116

4.25 Autres cancers et cancers de siège indéterminé 124

5 Les cancers chez les enfants et les adolescents 127

5.1 Nouveaux cas et décès 127

5.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population 130

5.3 Traitement 132

5.4 Facteurs de risque et prévention 132

6 Conclusions et perspectives 134

7 Glossaire 136

8 Bibliographie 139

9 Abréviations 143

Remerciements

Ce rapport repose en grande partie sur les données des registres cantonaux et régionaux des tumeurs. Les auteurs remercient les directrices et directeurs des registres des tumeurs d'avoir fourni les données (entre parenthèses : année depuis laquelle le registre collecte des données).

- Elisabetta Rapiti ; Registre genevois des tumeurs (depuis 1970)
- Jean-Luc Bulliard, Patrick Arveux ; Registre vaudois des tumeurs (depuis 1974)
- Manuela Maspoli, Jean-Luc Bulliard ; Registre neuchâtelois et jurassien des tumeurs (depuis 1974 pour Neuchâtel et 2005 pour le Jura)
- Sabine Rohrmann ; Krebsregister der Kantone Zürich und Zug (depuis 1980 pour Zurich et 2011 pour Zoug)
- Mohsen Mousavi ; Krebsregister Ostschweiz (Kantone St. Gallen, Appenzell Innerrhoden und Appenzell Ausserrhoden depuis 1980 et pour le canton de Thurgau depuis 2012)
- Katharina Staehelin ; Krebsregister beider Basel (depuis 1969, électronique depuis 1981)
- Mohsen Mousavi ; Krebsregister Graubünden und Glarus (respectivement depuis 1989 et 1992)
- Isabelle Konzelmann ; Registre valaisan des tumeurs (depuis 1989)
- Andrea Bordoni ; Registro Tumori del Canton Ticino (depuis 1996)
- Yvan Bergeron ; Registre fribourgeois des tumeurs (depuis 2006)
- Joachim Diebold ; Zentralschweizer Krebsregister (depuis 2010 pour Lucerne et 2011 pour Uri, Obwald et Nidwald)
- Martin Adam, Ivan Curjuric ; Krebsregister Aargau (depuis 2013)
- Aurel Perren, Andrea Jordan ; Krebsregister Bern (depuis 2014)

Préfaces

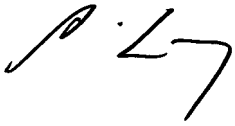
Au moins une personne sur cinq développe un cancer avant 70 ans. À l'heure actuelle, le cancer est la deuxième cause de mortalité en Suisse. Pour les malades comme pour leurs proches, le fardeau est extrêmement lourd, et pour le système de santé, l'enjeu est de taille.

En Suisse, le recueil des données sur le cancer a été mis en place progressivement. Grâce à l'engagement considérable d'un nombre croissant de registres cantonaux des tumeurs et du registre du cancer de l'enfant, de précieuses informations ont été réunies sur les maladies oncologiques dans la plupart des régions à partir des années 1980. Ces données permettent d'observer la survenue des cancers au cours du temps en Suisse. Selon le présent rapport, une certaine stabilisation se dessine actuellement en ce qui concerne les nouveaux cas de cancer, et la mortalité est en recul pour la plupart des localisations cancéreuses. Ces observations devront être discutées de manière plus approfondie à la lumière de l'évolution démographique et des mesures de prise en charge.

Pour que les données relevées dans le cadre de l'enregistrement du cancer puissent contribuer au développement, à l'amélioration et au pilotage du système de santé, il est fondamental que ces données soient exhaustives, complètes, exactes et actuelles. Dans cette optique, la loi sur l'enregistrement des maladies oncologiques (LEMO), entrée en vigueur en début 2020, a introduit quelques nouveautés importantes en vue d'harmoniser l'enregistrement du cancer sur l'ensemble du territoire et d'en améliorer la qualité. Cela concerne en particulier la protection des patients, l'obligation de déclarer ainsi que la standardisation des données recueillies.

Le rapport sur le cancer, publié tous les cinq ans, ainsi que le monitorage annuel du cancer constituent des principaux piliers pour l'utilisation des données tirées des registres des tumeurs, une utilisation qu'il s'agira de développer à l'avenir. Ces deux activités servent de base aux rapports sanitaires périodiques sur le cancer qui, complétés par les connaissances issues de la recherche, visent à répondre à des questions actuelles de politique de santé en lien avec l'évolution des malades oncologiques.

La bonne collaboration entre toutes les parties impliquées et la relation de confiance qu'elles ont bâtie permettront d'améliorer les données disponibles sur les maladies oncologiques en Suisse. Merci à toutes les personnes et organisations qui s'engagent dans le cadre de l'enregistrement du cancer et à toutes celles qui ont contribué à l'élaboration du présent rapport.



Anne Lévy
Directrice de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Si les taux semblent se stabiliser malgré l'évolution démographique, le cancer reste un défi majeur en Suisse pour les personnes touchées et pour leurs proches, mais aussi pour le système de santé et pour la société toute entière. Chaque année, près de 43 000 nouveaux cas de cancer sont recensés et quelque 17 000 personnes décèdent de cette maladie. Le cancer est la deuxième cause de mortalité chez les adultes et chez les enfants; c'est même la première cause de décès entre 45 et 84 ans chez les hommes et entre 25 et 84 ans chez les femmes.

Il y a cependant des évolutions réjouissantes: moins de patients meurent de leur cancer que par le passé et les malades vivent plus longtemps. Ainsi, la Suisse compte toujours plus de personnes qui vivent avec un cancer ou qui ont vaincu la maladie. En 2017, le nombre de personnes encore en vie après un diagnostic de cancer posé au cours des dix années précédentes s'élevait à 210 300.

Ces personnes ont besoin de prestations très variées telles que contrôles réguliers ou traitements de longue durée. Qui sont-elles? De quels cancers souffrent-elles? Sont-elles plus nombreuses dans certaines régions? Où se situe la Suisse par rapport à d'autres pays?

Le présent rapport sur le cancer permet aujourd'hui déjà de répondre à ces questions et à bien d'autres encore. Grâce à la loi sur l'enregistrement des maladies oncologiques entrée en vigueur en 2020 – le prochain rapport sur le cancer s'appuiera sur les données recueillies les premières années de sa mise en œuvre – nous pourrons aller encore plus loin à l'avenir. Nous pourrons savoir s'il existe des différences dans l'offre de soins entre les régions et déterminer si ces différences influencent les chances de guérison. Nous pourrons définir les types de cancer et les tranches d'âge qui doivent bénéficier d'une attention particulière. Ces analyses permettront aux cantons et aux régions d'apprendre les uns des autres et de reprendre ce qui fonctionne le mieux. Depuis 2020, nous pouvons apporter des réponses encore plus précises, car pour la première fois, nous disposons aussi de données sur le traitement des adultes atteints de cancer enregistrées de manière standardisée sur l'ensemble du territoire.

L'enregistrement des maladies oncologiques fournit aux responsables politiques, aux médecins et aux organisations professionnelles des données épidémiologiques de base pour prendre des décisions basées sur des preuves dans le domaine de la prévention et du traitement du cancer et pour développer la prise en charge en fonction des besoins.

Les registres cantonaux des tumeurs et le registre national du cancer de l'enfant (RCdE) recueillent les données sur les cas de cancer et encodent les diagnostics conformément aux normes unifiées définies par l'organe national d'enregistrement du cancer (ONEC). L'ONEC rassemble toutes les données et établit un jeu national de données sur le cancer. L'Office fédéral de la statistique (OFS) collabore avec ces institutions, ce qui permet, pour la première fois, de mettre à disposition des données exhaustives pour décrire la fréquence et l'évolution du cancer sur tout le territoire.

Ce rapport a été élaboré par les trois partenaires nationaux: le registre du cancer de l'enfant, l'Office fédéral de la statistique et l'organe national d'enregistrement du cancer. Sa réalisation n'aurait pas été possible sans le travail des institutions thérapeutiques et des registres cantonaux des tumeurs. Qu'ils soient remerciés tout spécialement ici.

Georges-Simon Ulrich
Office fédéral de la statistique (OFS);

Claudia Kuehni
Registre du cancer de l'enfant (RCdE);

Ulrich Wagner
Organe national d'enregistrement du cancer (ONEC)

L'essentiel en bref

Le nombre de cas qui augmente n'est pas nécessairement le reflet d'une augmentation du risque de cancer

Pendant la période 2013–2017, environ 23 100 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués chaque année chez les hommes et 19 650 chez les femmes. Comparé à la période 2008–2012, ce sont environ 3350 cas de plus diagnostiqués en moyenne chaque année (+8,5%). En 2021, les estimations portent à environ 48 300 le nombre de nouveaux cas de cancer, 26 100 dans la population masculine et 22 200 dans la population féminine.

La hausse du nombre de cas est due principalement à l'évolution démographique, et plus précisément à la forte progression du nombre de personnes âgées. Dans l'ensemble, les taux standardisés, c'est-à-dire corrigés de l'évolution démographique, ont très peu varié ces dernières années. Après avoir connu une augmentation entre 1988–1992 et 2003–2007 chez les hommes comme chez les femmes, un faible recul des taux d'incidence est depuis observable chez les hommes (–4% entre 2008–2012 et 2013–2017), alors que chez les femmes, les taux varient peu (+1%).

Les risques évoluent différemment selon le type de cancer

Quatre types de cancer sont responsables de la moitié des nouveaux cas : chez l'homme, le cancer de la prostate, le cancer du poumon et le cancer colorectal représentent 50,3% des nouveaux cas de cancer diagnostiqués chaque année. Chez la femme, 51,1% des nouveaux cas sont attribuables au cancer du sein, au cancer du poumon et au cancer colorectal. Tous les autres types de cancer représentent chacun moins de 7% des nouveaux cas diagnostiqués annuellement.

Le taux d'incidence du cancer de la prostate a diminué de –12% entre les périodes 2008–2012 et 2013–2017. Dans le même temps, l'incidence du cancer du poumon chez les hommes a reculé de –4%, alors qu'elle a augmenté chez les femmes (+7%). L'incidence du cancer du sein et du cancer colorectal chez les femmes sont quant à elles restées stables alors qu'une tendance à la baisse s'observe pour le cancer colorectal chez les hommes (–5%).

Chez les hommes comme chez les femmes, les taux d'incidence du cancer du pancréas (respectivement +12% et +9%) et du mélanome de la peau (respectivement +5% et +4%) ont augmenté entre les périodes 2008–2012 et 2013–2017. Durant la même période, on observe, chez les hommes, une hausse des cancers de la thyroïde (+25%), des cancers du testicule (+9%), des lymphomes non hodgkinien (+7%), et des leucémies (+6%). L'augmentation s'observe également, chez les femmes, pour les lymphomes de Hodgkin (+17%) et les cancers du foie (+12%). En revanche, les taux d'incidence ont nettement diminué pour les cancers du larynx (–17%) et de la cavité buccale (–10%) chez les hommes ou encore le cancer du corps de l'utérus (–6%) chez les femmes.

La mortalité diminue pour la majorité des cancers, toutefois avec 17 050 décès en moyenne chaque année le cancer reste la 2e cause de décès

Pendant la période 2013–2017, 9400 hommes et 7650 femmes sont décédés d'un cancer en moyenne chaque année. En Suisse, 29% des décès chez les hommes et 23% chez les femmes sont dus au cancer. Chez les hommes, 21% des décès par cancer sont dus au cancer du poumon, 14% au cancer de la prostate et 10% au cancer colorectal. Chez les femmes, 18% des décès par cancer sont dus au cancer du sein, 18% au cancer du poumon et 10% au cancer colorectal. Globalement, le cancer du poumon est la première cause de décès par cancer, avec 3235 décès par an.

Au cours des trente dernières années, les taux de mortalité standardisés par âge ont diminué de 39% chez les hommes et de 28% chez les femmes et cette diminution s'observe pour la grande majorité des cancers, dont les cancers les plus fréquents. Entre les deux dernières périodes (2008–2012 et 2013–2017), le taux de mortalité du cancer de la prostate a diminué (–13%). Dans le même temps, la mortalité a également baissé pour le cancer du poumon chez les hommes (–12%), le cancer du sein (–7%) et le cancer colorectal (–13% chez les hommes et –7% chez les femmes). A l'inverse, chez les femmes, le taux de mortalité du cancer du poumon a augmenté de 5%. Chez les femmes, les taux de mortalité ont également notablement augmenté pour le myélome multiple, les cancers du foie et du pancréas.

Les chances de survie sont bonnes pour de nombreux cancers, et le nombre de personnes encore en vie après un diagnostic de cancer a augmenté

Les chances de survie dépendent de nombreux facteurs. La réduction des incidences des cancers de mauvais taux de survie et l'augmentation des incidences des cancers de meilleur taux de survie peut globalement conduire à l'amélioration du taux de survie, mais les chances de survie dépendent également de l'accès aux examens médicaux, au dépistage et aux traitements ainsi que de l'efficacité de ces derniers.

Les cancers qui présentent les taux de survie les plus élevés (plus de 80%) après cinq ans sont le cancer du testicule, le mélanome de la peau, le lymphome de Hodgkin, le cancer de la prostate, le cancer de la thyroïde, le cancer du sein et les leucémies lymphoïdes. En revanche, moins de 20% des personnes sont encore en vie cinq ans après un diagnostic de cancer du pancréas, de la plèvre et, uniquement chez les femmes, avec le cancer de la vésicule et des voies biliaires extra-hépatiques.

L'amélioration des taux de survie est un des facteurs pouvant entrainer une hausse de la prévalence. Le nombre de personnes encore en vie après un diagnostic de cancer remontant à moins de dix ans s'est accru de 163 450 en 2006 environ à 210 350 en 2016 (environ 102 800 femmes et 107 500 hommes). Pour 58 000 personnes, le diagnostic a été posé au cours des deux dernières années, et elles ont donc besoin d'une prise en charge et de traitements intensifs. Pour 65'600 personnes, le diagnostic date de deux à cinq ans : ces personnes continuent d'avoir besoin d'un suivi et de contrôles réguliers. Quant aux 86 700 personnes diagnostiquées depuis plus de cinq ans, elles sont en général considérées comme guéries, mais nombre d'entre elles souffrent d'atteintes organiques fonctionnelles. De plus, elles présentent un risque accru de développer une seconde tumeur.

En comparaison européenne, la Suisse a des taux de survie dans la moyenne et des taux d'incidence et de mortalité parmi les plus bas

Comparée aux 9 pays européens retenus pour la comparaison internationale, la Suisse a, pour tous les cancers réunis, un taux d'incidence bas chez les hommes comme chez les femmes. Le mélanome de la peau, très fréquent en Suisse, fait exception avec un taux d'incidence plus élevé que la moyenne. La mortalité pour ce cancer, reste toutefois très basse chez les femmes en Suisse, alors que chez les hommes six pays ont un taux de mortalité inférieur.

La Suisse se situe dans la moyenne supérieure en ce qui concerne les taux de survie à 5 ans.

Les cancers chez les enfants et les adolescents

Les types de cancer qui apparaissent pendant l'enfance et l'adolescence (entre 0 et 19 ans) diffèrent de ceux se produisant à l'âge adulte. Chez les adultes, ce sont avant tout des carcinomes (néoplasies malignes d'origine épithéliale), qui sont classés selon leur localisation. Chez les enfants et les adolescents, les tumeurs sont classées en premier lieu selon leur histologie (à savoir selon le type de tissu touché) et non selon leur localisation. Les cancers les plus fréquents chez l'enfant et l'adolescent sont les leucémies, les lymphomes, les tumeurs du système nerveux central, celles du système nerveux périphérique, les tumeurs osseuses et les sarcomes des tissus mous. L'incidence relative évolue au fil de l'enfance.

De manière générale, les cancers sont rares chez les enfants et les adolescents. Chaque année en Suisse, 345 enfants et adolescents en moyenne contractent un cancer. La plupart des tumeurs se développent plus souvent chez les garçons que chez les filles. Les cancers sont plus fréquents chez les bébés et chez les enfants en âge préscolaire que chez les enfants en âge scolaire. Chez les adolescents, l'incidence augmente à nouveau lentement, pour continuer sa progression à l'âge adulte. L'incidence chez les enfants et les adolescents en Suisse est comparable à celle observée dans les pays voisins.

Les progrès thérapeutiques constants permettent d'améliorer sans cesse le taux de guérison, désormais supérieur à 85%, ce qui correspond à peu près au taux observé dans les pays voisins. Le taux de survie varie fortement selon la tumeur, allant de 70% pour les tumeurs osseuses à 94% pour les lymphomes. En chiffres absolus, 36 enfants et adolescents sont morts du cancer en moyenne chaque année entre 2013 et 2017.

En 2016, sur 100 000 enfants et adolescents (de 0 à 19 ans) vivant en Suisse, 159 garçons et 139 filles avaient déjà été malades du cancer une fois dans leur vie. Compte tenu du taux élevé de guérison, du jeune âge des malades et des conséquences possibles à long terme, il est très important d'observer l'évolution de l'état de santé et de la qualité de vie de ces enfants.

1 Introduction

Contexte et objectif: en Suisse, près de 43 000 nouveaux cas de cancers et plus de 17 000 décès dus à cette maladie ont été enregistrés en moyenne chaque année sur la période 2013–2017. Le cancer est la deuxième cause de décès en Suisse. Et, en lien avec le vieillissement de la population, le nombre des nouveaux cas et des décès liés au cancer tend à augmenter.

Ce troisième rapport sur le cancer en Suisse répond au besoin d'information sur cette thématique en exposant la situation actuelle, son évolution au cours des 30 dernières années, ainsi que des comparaisons régionales et internationales. Il présente des estimations nationales de la survenue des nouveaux cas (incidence), des décès (mortalité), de la survie et du nombre de personnes ayant déjà reçu un diagnostic de cancer (prévalence). Ces chiffres sont complétés par la description des facteurs de risque décrits dans la littérature scientifique.

Ce rapport est le fruit d'une collaboration entre l'Office fédéral de la statistique (OFS), l'Organe National d'Enregistrement du Cancer (ONEC) et le Registre du Cancer de l'Enfant (RCdE).

Sources des données: les données qui ont servi à l'élaboration du rapport sont issues d'une part de la statistique des causes de décès, qui est un relevé exhaustif des causes de décès dans la population suisse. Ce rapport s'appuie d'autre part sur les données des registres des tumeurs mis en place progressivement dans les cantons à partir de 1970. Les données des registres utilisées couvrent entre 52% de la population suisse pour la période 1988–1992 et 88% pour la période 2013–2017. On peut ainsi estimer l'incidence annuelle pour la Suisse romande et le Tessin ainsi que pour la Suisse alémanique et l'extrapoler pour toute la Suisse.

Enfin, les données du Registre du Cancer de l'Enfant, institué en 1976, permettent de publier des données détaillées pour les patients et les patientes âgé(e)s de moins de 20 ans.

Les données des registres des tumeurs et celles de la statistique des causes de décès se complètent pour illustrer la situation du cancer en Suisse.

Structure du rapport: le chapitre 2 résume les points essentiels du rapport méthodologique publié séparément. Il décrit les sources et la qualité des données, les méthodes de recueil des données et les indicateurs utilisés.

Au chapitre 3, suit une vue d'ensemble des cas de cancer en Suisse, incluant des données sur l'incidence et la mortalité ainsi que sur les évolutions temporelles, complétées par des informations sur la survie, la prévalence, les facteurs de risque et la prévention.

Les 24 principaux types de cancer (localisations cancéreuses) sont détaillés dans le chapitre 4. Chaque sous-chapitre contient un encadré rappelant les organes et tissus atteints par le cancer en question ainsi que les codes de la classification internationale des maladies (CIM-10) correspondants. Pour chaque localisation cancéreuse, sont ensuite décrits la fréquence des nouveaux cas et des décès selon le sexe et l'âge, ainsi que le taux de survie et le nombre de personnes vivant en Suisse avec un diagnostic du cancer en question. Des comparaisons régionales et internationales de même que les évolutions temporelles sont également présentées. Enfin, les facteurs de risque liés au mode de vie, à l'environnement au sens large et aux facteurs individuels qui sont décrits dans différents ouvrages de référence sont synthétisés et présentés à la fin de chaque sous-chapitre. La dernière section du chapitre 4 donne de façon synthétique des informations sur l'incidence et la mortalité de 21 autres cancers moins fréquents.

Le cancer est relativement rare dans l'enfance (âge 0–14 ans) et l'adolescence (âge 15–19 ans). Toutefois, il est la deuxième cause de mortalité chez l'enfant et la quatrième cause de mortalité chez les adolescents. De plus, pendant l'enfance et l'adolescence les cancers ne sont pas les mêmes que ceux qui apparaissent à un âge plus tardif. Ils font donc l'objet d'un cinquième chapitre distinct.

Le chapitre 6 s'intéresse à la pertinence des résultats du rapport pour la santé publique et la prise en charge des patients. Il se termine par une présentation de la stratégie nationale contre le cancer et de la Loi fédérale sur l'enregistrement des maladies oncologiques (LEMO).

Références et informations complémentaires: les références bibliographiques sont rassemblées à la fin de chaque chapitre sous forme de notes numérotées.

Une bibliographie, une liste des abréviations et un glossaire complètent le rapport.

Les tableaux contenant l'intégralité des données sur lesquelles se fonde le rapport sont disponibles aux adresses suivantes:
OFS – www.cancer.bfs.admin.ch
ONEC – www.onec.ch
RCdE – www.registretumeursenfants.ch

2 Introduction aux données et méthodes

2.1 Sources et qualité des données

Le présent rapport renseigne sur la fréquence et l'évolution du cancer en Suisse de 1988 à 2017. Les données sur les nouveaux cas de cancer sont issues des registres cantonaux et régionaux des tumeurs (cf. carte G1). Elles sont compilées par l'Institut National pour l'Épidémiologie et l'Enregistrement du Cancer (NICER), qui assume la mission d'organe national d'enregistrement du cancer (ONEC) et qui contrôle la qualité de ces données. En Suisse alémanique, les registres des tumeurs couvraient 88% de la population durant la période 2013–2017. En Suisse romande et au Tessin, la couverture est déjà complète depuis 2006, mais au moment de l'analyse, 90% seulement des données étaient disponibles pour les années 2013 à 2017.

Ce rapport a été élaboré en 2020/2021 et porte sur les données allant jusqu'à 2017 inclus. Ce décalage est dû au temps nécessaire pour l'enregistrement dans les registres, le contrôle des données par l'ONEC au niveau national (exhaustivité de l'enregistrement des nouveaux cas, intégralité des informations pour chaque cas, plausibilité des données) ainsi qu'à l'établissement du rapport. Pour mesurer et accroître l'exhaustivité des données, les registres des tumeurs comparent les cas enregistrés avec la statistique des causes de décès de l'Office fédéral de la statistique (OFS). La statistique des causes de décès pour l'année 2017 a été mise à la disposition de tous les registres des tumeurs en décembre 2019.

Les données relatives aux cas de cancer chez les enfants et les adolescents (0–19 ans) proviennent du registre du cancer de l'enfant (RCdE), issu du Registre Suisse du Cancer de l'Enfant (RSCE), qui recense les tumeurs pédiatriques chez les moins de 16 ans dans l'ensemble du pays depuis 1976. Pour les cancers chez les adolescents de 16 à 19 ans, les données sont tirées en partie des déclarations faites directement au RCdE et en partie de comparaisons régulières avec les registres cantonaux des tumeurs existants. La statistique des causes de décès de l'Office fédéral de la statistique couvre toute la population suisse. Les données sur la population résidante permanente nécessaires au calcul des divers indicateurs (taux d'incidence et de mortalité, p. ex.) proviennent de l'OFS.

Les informations sur les facteurs de risque ont été puisées dans la littérature scientifique. De plus amples informations sur les sources et la qualité des données ainsi que sur les méthodes statistiques sont publiées dans le rapport méthodologique qui accompagne cette publication (Le cancer en Suisse, rapport 2021. Méthode; cf. www.cancer.bfs.admin.ch).

2.2 Présentation du contenu

Les résultats sont globalement présentés sous la même forme et dans le même ordre dans les divers chapitres. Les chiffres sont exposés séparément pour les hommes et les femmes (les garçons et les filles chez les enfants et les adolescents), sauf pour la comparaison internationale des taux de survie. Ceux-ci reflétant avant tout la qualité des systèmes de santé, les différences entre les sexes revêtent en effet une moindre importance.

Définition en encadré

Chaque chapitre débute par un encadré qui décrit brièvement le type de cancer en mentionnant les diagnostics que cela recouvre dans la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). Lors de la comparaison avec les données provenant d'autres sources, il faut tenir compte du fait que les critères d'inclusion peuvent être différents. Pour les enfants et les adolescents, c'est la Classification internationale des cancers de l'enfant, 3e révision (ICCC-3), qui sert de référence compte tenu des spécificités des cancers pédiatriques.

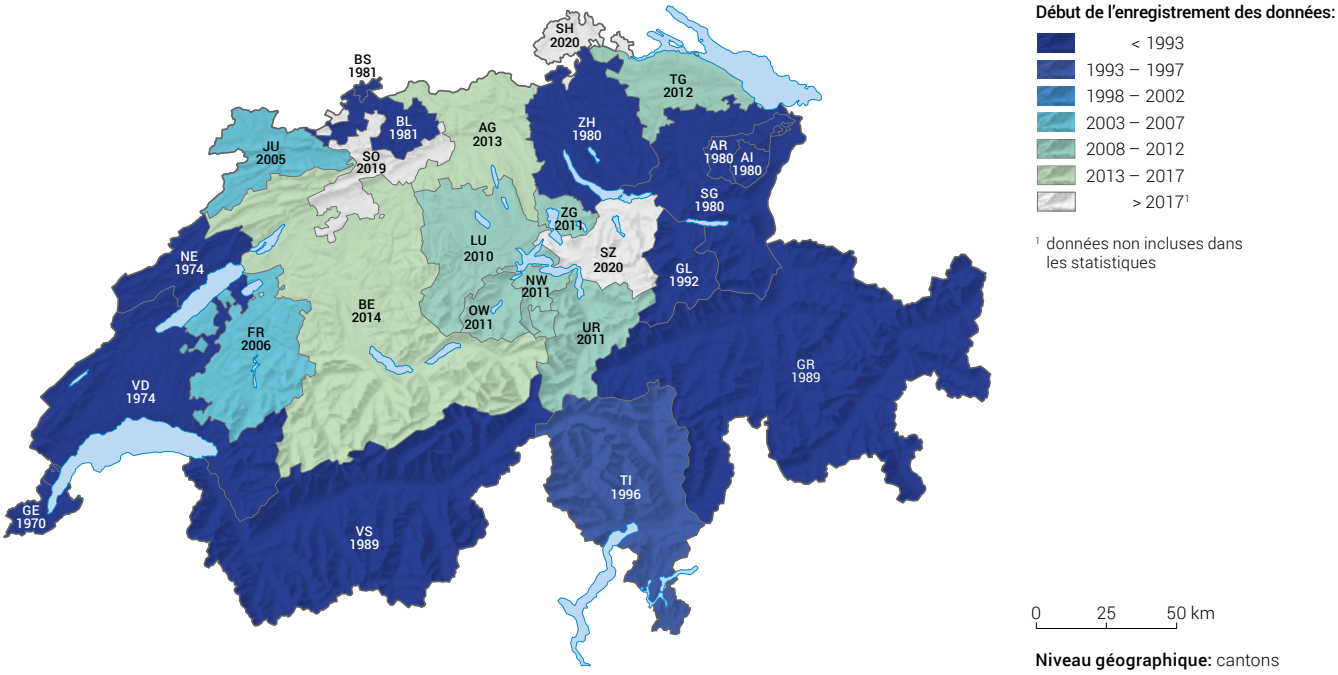
2.2.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Moyennes annuelles
La fréquence de chaque type de cancer est illustrée par le nombre d'hommes et de femmes (de garçons et de filles) qui développent ce cancer et par le nombre de ceux qui en décèdent. Il s'agit du nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer (incidence) et du nombre annuel moyen de décès (mortalité) pendant la période quinquennale couverte par le rapport (2013–2017). L'utilisation de la moyenne limite les variations aléatoires de ces nombres. Le nombre attendu de nouveaux cas de cancer et de décès pour 2021 chez les adultes repose sur une estimation.

Part de tous les cancers
La part de chaque type de cancer par rapport au nombre total de cas de cancer permet de connaître leur fréquence relative.

Registres cantonaux des tumeurs: début de l'enregistrement des données **G 1**



Source: ONEC – RCT

© OFS 2021

Comparaison hommes/femmes

Le rapport des taux standardisés par âge est utilisé pour comparer les taux d'incidence et de mortalité entre les hommes et les femmes. Ce rapport permet de savoir si l'un des deux sexes présente un risque accru de maladie (cf. taux standardisés).

Taux bruts

Les taux bruts indiquent le nombre annuel de nouveaux cas de cancer pour 100 000 habitants. Ils sont calculés en divisant le nombre de cas enregistrés dans un groupe de population (les hommes, p. ex.) par l'effectif de ce groupe de population, puis (comme c'est généralement le cas pour les taux calculés dans ce rapport) exprimés pour 100 000 personnes.

Taux standardisés

Pour les comparaisons entre les sexes, dans le temps ou entre populations (régions ou pays), l'utilisation de taux standardisés par âge est indispensable. Le taux d'incidence (nouveaux cas) et le taux de mortalité (décès) varient en effet selon l'âge. Ils dépendent de la structure par âge de la population à un moment donné. Les taux standardisés par âge sont calculés en appliquant les taux par âge observés dans la population étudiée à une population de référence, ici le standard européen de 1976.[1]

Risque de cancer

Le risque de cancer vie entière correspond au nombre de personnes qui développent un type de cancer donné au cours de leur vie ou qui en décèdent. Il est calculé avec l'hypothèse d'une espérance de vie moyenne de 85 ans. Cette valeur correspond grosso modo à l'espérance de vie moyenne actuelle des hommes et des femmes en Suisse. Le risque de développer un cancer ou d'en décéder avant 70 ans est également indiqué dans le tableau. Le risque de décéder d'autres maladies est pris en compte dans ces calculs. Pour les cancers pédiatriques, le risque de développer un cancer avant 15 ans (enfants) et 20 ans (adolescents) est calculé en utilisant la même méthode.

Taux spécifiques par âge

Les taux spécifiques par âge sont calculés en divisant le nombre de cas d'une classe d'âge donnée par le nombre de personnes dans cette même classe d'âge, puis exprimés pour 100 000 personnes. Cet indicateur montre les classes d'âge qui sont les plus touchées. Pour la plupart des cancers, les taux augmentent fortement avec l'âge. Les taux spécifiques par âge permettent de déterminer si un type de cancer apparaît plutôt précocement (cancer du testicule, p. ex.) ou tardivement (cancer de la prostate, p. ex.) au cours de la vie.

Âge médian
Il s'agit de l'âge au-dessus et au-dessous duquel la moitié des diagnostics et des décès surviennent pour un cancer donné. L'âge médian permet de déterminer si ce type de cancer touche des personnes plutôt jeunes ou plutôt âgées.

Comparaisons régionales et internationales

Les comparaisons régionales entre la Suisse romande et le Tessin d'une part et la Suisse alémanique d'autre part sont effectuées sur la base de taux standardisés. La région «Suisse romande et Tessin» englobe les cantons de Genève, de Vaud, de Fribourg, de Neuchâtel, du Jura, du Valais et du Tessin. La région «Suisse alémanique» regroupe les dix-neuf autres cantons. En Suisse, l'enregistrement des cancers s'est mis en place progressivement (cf. carte G1). Lorsque la couverture de la population n'était pas complète, une extrapolation a été réalisée en tenant compte de la distribution par âge et par sexe dans les régions où les cancers n'étaient pas enregistrés.

Les taux standardisés permettent également de comparer la Suisse avec d'autres pays. Neuf pays européens présentant des modes et conditions de vie similaires ont été sélectionnés, à savoir l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, la France, l'Italie, les Pays-Bas, la Norvège et la Suède. Pour les enfants et les adolescents de 0 à 19 ans, les taux standardisés en Suisse ont été comparés avec ceux de trois pays limitrophes : l'Allemagne, l'Autriche et l'Italie.

Évolution temporelle

Les taux standardisés permettent d'analyser l'évolution au fil du temps, sur une période de trente ans pour le présent rapport, c'est-à-dire de 1988 à 2017.

2.2.2 Taux de survie

Le taux de survie absolu, indique le pourcentage d'un groupe de patients encore en vie un certain temps (un, cinq ou dix ans, p. ex.) après un diagnostic de cancer. Le taux de survie relatif tient compte du risque de décéder d'une autre cause durant ce laps de temps. Plus l'écart entre le taux de survie absolu et le taux de survie relatif est petit, plus la probabilité de décéder du cancer en question est grande. Dans le présent rapport, les taux de survie sont présentés pour les périodes 2003–2007 et 2013–2017. Pour les enfants et les adolescents, ils sont donnés pour les périodes 1993–2002, 2003–2012 et 2013–2017.

La comparaison entre la Suisse et les neuf autres pays européens sélectionnés porte sur les années 2000–2007[2] ou 2010–2014[3], selon la disponibilité des données au niveau international ; elle est effectuée en considérant les hommes et les femmes ensemble. Pour les enfants et les adolescents, la comparaison se limite aux pays voisins (Allemagne, Autriche, Italie et France) et les données ne portent pas toutes sur la même période selon les pays.

2.2.3 Prévalence (nombre de malades dans la population)

La prévalence indique le nombre de personnes qui ont eu un cancer et qui sont encore en vie à une date donnée. La prévalence à dix ans au 31.12.2010, par exemple, englobe toutes les personnes qui sont en vie à cette date et qui ont reçu un diagnostic de cancer entre le 1.1.2001 et le 31.12.2010. Le présent rapport indique pour les années 2006, 2011, 2016 et 2021 le nombre de personnes ayant reçu un diagnostic de cancer au cours de la dernière ou des deux, cinq et dix dernières années (prévalence sur un temps donné ou prévalence de période). Les chiffres sur la prévalence publiés dans le présent rapport ne tenant plus compte des diagnostics remontant à plus de 10 ans, ils ne sont que partiellement comparables avec ceux du rapport sur le cancer 2015.

Les chiffres pour 2021 reposent sur des estimations. Pour les enfants et les adolescents, la part des 0 à 19 ans qui ont eu un cancer au cours des cinq ou dix dernières années (prévalence de période) ou au cours de leur vie (prévalence vie entière) est calculée pour les années 2006 et 2016.

2.2.4 Facteurs de risque

Les textes sur les facteurs de risque reposent sur les travaux scientifiques d'institutions reconnues, à savoir le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC), le World Cancer Research Fund (WCRF) et l'American Institute for Cancer Research (AICR). Ils présentent sous une forme synthétique l'état actuel des connaissances sur les facteurs de risque pour chaque type de cancer. Chez les enfants et les adolescents, les causes des maladies cancéreuses sont encore largement inconnues, de sorte que les textes résument les données probantes disponibles sur les facteurs de risque connus et supposés.

2.2.5 Autres indicateurs

Années potentielles de vie perdues (APVP)

Cet indicateur montre l'influence des maladies cancéreuses sur la mortalité prématurée. Il se réfère à tous les décès survenus avant un âge donné. Le tableau indique la somme des années potentielles de vie perdues avant 70 ans. Les cancers associés à une mortalité importante et à des décès chez des personnes jeunes entraînent un grand nombre d'années potentielles de vie perdues.

Estimation du nombre de nouveaux cas et de décès pour 2021

Le nombre de nouveaux cas de cancer et de décès par cancer a été estimé pour 2021 en s'appuyant sur une prévision des taux d'incidence et de mortalité et sur une estimation de l'évolution démographique jusqu'en 2021 selon le scénario moyen de l'évolution de la population (OFS, section Démographie et migration).

Évolution annuelle moyenne des taux (taux bruts, taux standardisés par âge)

L'évolution annuelle moyenne des taux bruts et des taux standardisés mesure les variations au fil du temps. Dans le présent rapport, elle est indiquée sous forme d'augmentation ou de diminution en pour-cent. Pour les adultes, le calcul se base sur les données des années 2008 à 2017; pour les enfants et les adolescents, il se base sur les données des années 1998 à 2017 compte tenu du petit nombre de cas.

Intervalle de confiance

L'intervalle de confiance mesure la précision avec laquelle un nombre, une part ou un taux est estimé à partir des données. Dans le présent rapport, l'intervalle de confiance est fixé à 95%. Un intervalle de confiance de 95% décrit les limites dans lesquelles la valeur réelle se situe avec une probabilité de 95%.

Références

1 Waterhouse J., Muir C.S., Correa P., Powell J., eds. *Cancer incidence in five continents.* Lyon: IARC, 1976: 465

2 De Angelis R., Sant M., Coleman M.P., Francisci S., Baili P., Pierannunzio D., et al., 2014. *Cancer survival in Europe 1999 -2007 by country and age: results of EUROCARE-5 --a population-based study.* The Lancet Oncology, 15(1), 23-34

3 Allemani C., Matsuda T., Di Carlo V., Harewood R., Matz M., Nikšić M., et al., 2018. *Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries.* The Lancet, 391 (10125), 1023 -1075. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33326-3

3 Généralités sur le cancer en Suisse

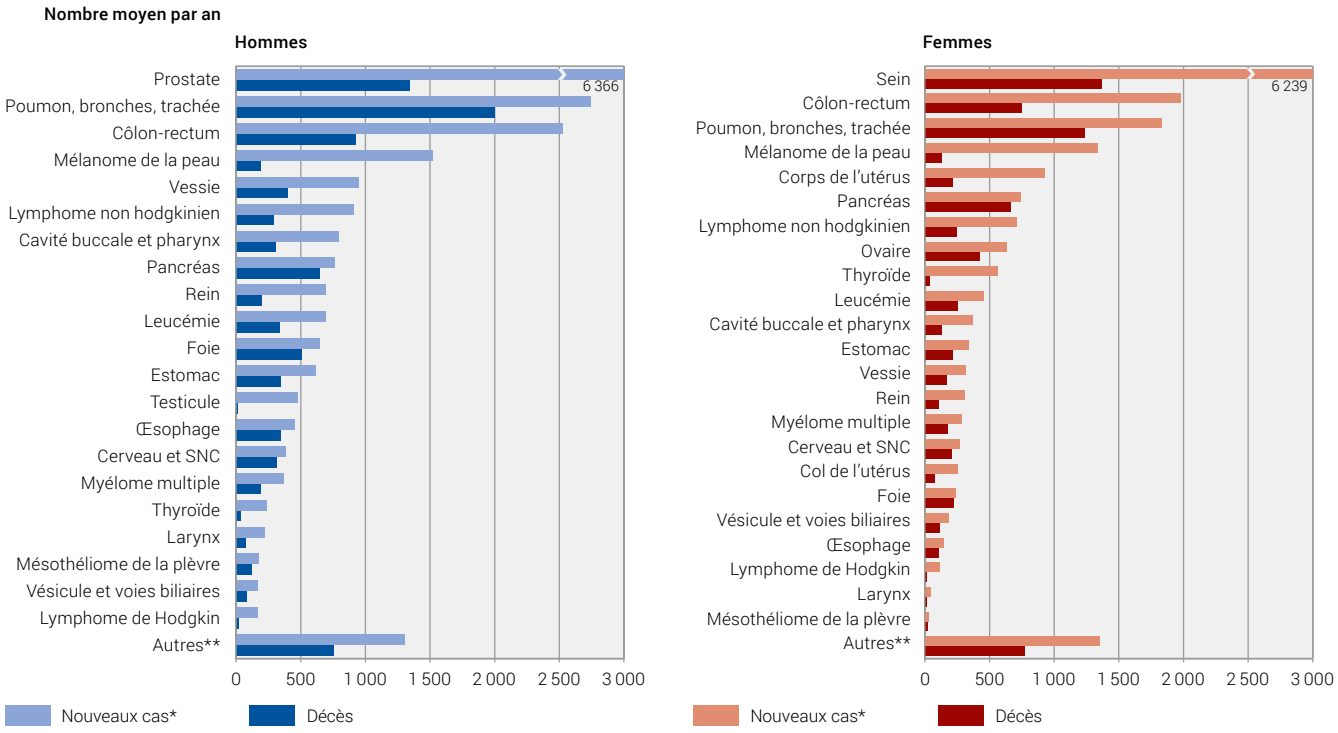
3.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2013 et 2017, plus de 42 750 personnes (environ 23 100 hommes et 19 650 femmes) ont développé un cancer chaque année (T 3.1). Les cancers de la prostate (6370 cas), du sein (6240), le cancer colorectal (4500) et le cancer du poumon (4570) totalisent un peu plus de la moitié des cas (G 3.1). Pour l'année 2021, en raison du vieillissement de la population, les estimations portent à 26 100 le nombre de nouveaux cancers chez l'homme et à 22 200 chez la femme (T 3.1).

Le terme général de «cancer» s'applique à un grand groupe de maladies qui peuvent toucher n'importe quelle partie du corps. On parle aussi de tumeurs malignes. L'un des traits caractéristiques du cancer est la prolifération de cellules anormales qui envahissent (ou infiltrent) les tissus ou les organes au-delà de leur délimitation habituelle ou s'implantent dans un autre organe, parfois éloigné (dissémination métastatique). Ce chapitre présente le cancer dans son ensemble: les différentes localisations sont présentées sous forme de comparatif ou analysées toutes localisations confondues.

Nouveaux cas et décès selon la localisation cancéreuse, de 2013 à 2017 **G 3.1**



* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs
** Nouveaux cas sans les cancers non mélaniques de la peau

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

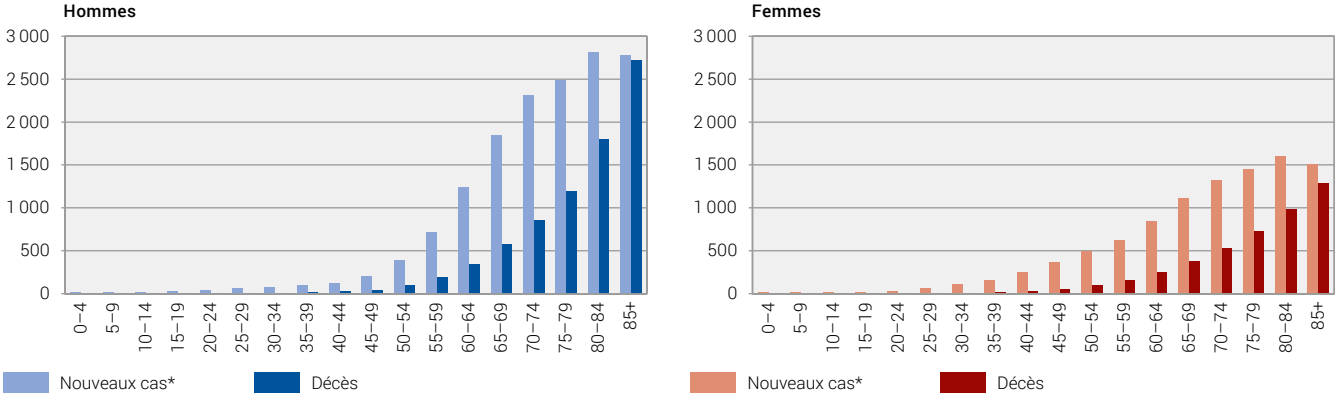
© OFS 2021

Le cancer peut survenir à n'importe quel âge, mais le risque augmente avec les années. Si un homme sur quatre (24%) et une femme sur cinq (21%) risquent de développer un cancer avant 70 ans, cette proportion atteint deux hommes sur quatre (51%) et deux femmes sur cinq (39%) au cours de leur vie (T 3.1).

La relation entre l'incidence et l'âge n'est pas la même selon le sexe (G 3.2). Avant 25 ans, les taux d'incidence restent inférieurs à 50 pour 100 000 habitants et les garçons sont plus touchés que les filles (pour plus de détails, voir le paragraphe 3.5 sur les cancers de l'enfant et de l'adolescent). Entre 25 et 54 ans, les femmes sont plus touchées par le cancer que les hommes. Puis, à partir de 55 ans, le rapport s'inverse à nouveau: dès 60 ans, le

Ensemble des cancers selon l'âge, de 2013 à 2017 — G 3.2

Taux spécifique par âge, pour 100 000 habitants



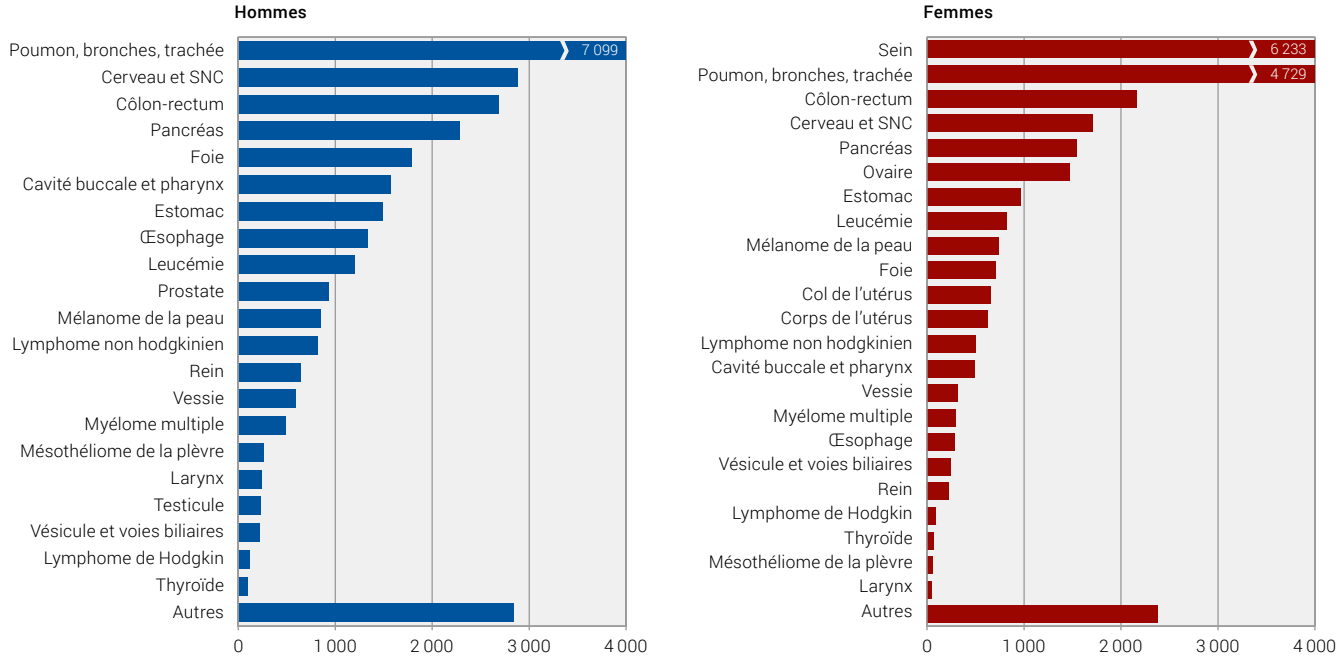
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs; sans les cancers non mélaniques de la peau

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Années potentielles de vie perdues (APVP) selon la localisation cancéreuse, de 2013 à 2017 — G 3.3

APVP avant 70 ans, nombre moyen par an



Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

taux d'incidence du cancer est environ 1,5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes et il est presque deux fois plus élevé (1,8) à partir de 85 ans.

Plus de 17 050 personnes (près de 9400 hommes et 7650 femmes) sont décédées chaque année d'un cancer au cours de la période 2013–2017. Pour 2021, les estimations portent le nombre de décès par cancer à 10 350 chez les hommes et 8550 chez les femmes.

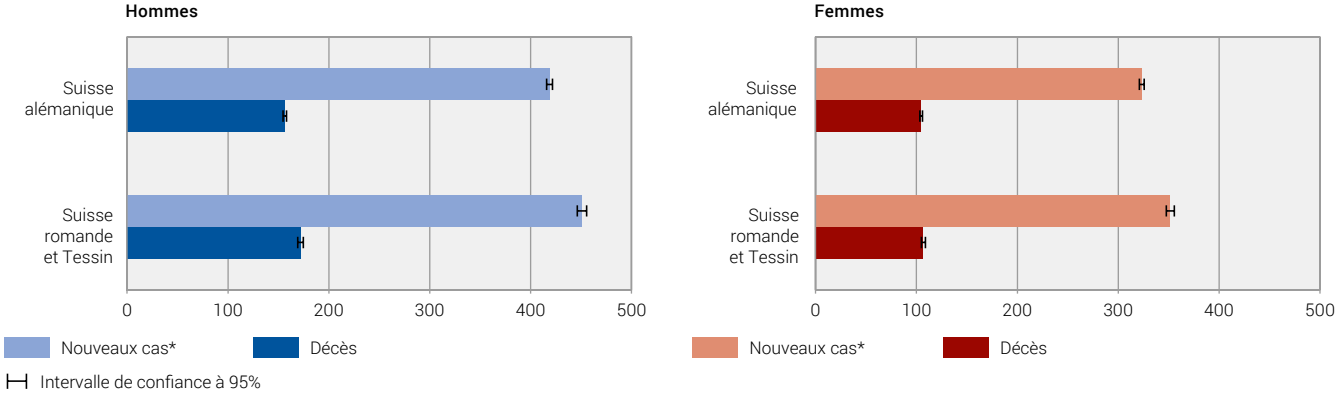
Le risque de décéder d'un cancer avant 70 ans est de 6% chez les hommes (un homme sur quinze) et de 5 % chez les femmes (une femme sur vingt). Le risque vie entière (avant 85 ans) est de 19% chez les hommes (environ un homme sur cinq) et de 14% chez les femmes (une femme sur sept).

Chez les hommes, le cancer responsable du plus grand nombre de décès est le cancer du poumon (G 3.1), avec 2000 décès par an entre 2013 et 2017 (21% des décès par cancer). Suivent le cancer de la prostate (1340 décès, 14% des décès par cancer) et le cancer colorectal (920 décès, 10% des décès par cancer). Chez les femmes, le cancer du sein, avec 1370 décès par an (18%), est la principale cause de décès par cancer. Suivent le cancer du poumon (1240 décès, 16%) et le cancer colorectal (750 décès, 10%) (G 3.1).

Le nombre de décès ne renseigne pas sur l'âge au décès ni sur les années potentielles de vie perdues (APVP). Cet indicateur correspond à la différence (en nombre d'années) entre l'âge au décès et une espérance de vie théorique de 70 ans. Les APVP mettent davantage l'accent sur les maladies associées à un taux de mortalité élevé, notamment dans les classes d'âge les plus jeunes, et illustrent la mortalité prématurée. Le cancer est la maladie responsable du plus grand nombre d'années de vie perdue avant 70 ans (57 950 APVP en moyenne chaque année pour la période 2013–2017), loin devant les accidents et autres causes

Ensemble des cancers: comparaison régionale, de 2008 à 2012 — G 3.4

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



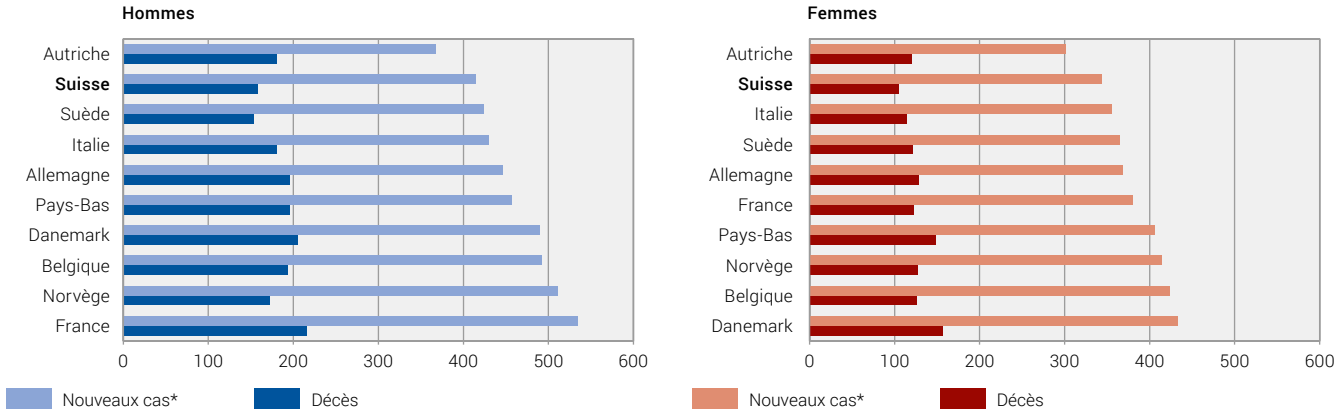
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs; sans les cancers non mélaniques de la peau

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Ensemble des cancers: comparaison internationale, en 2018 — G 3.5

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



* Nouveaux cas sans les cancers non mélaniques de la peau

Source: Ferlay J. et al. (2018). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018

© OFS 2021

de décès dues à des événements externes (36 950 APVP) et les maladies du système cardiovasculaire (22 800 APVP). Les cancers fréquents, comme ceux du poumon, du sein et le cancer colorectal, dominent également le haut du tableau pour les APVP; mais ils sont rejoints par d'autres cancers, qui se déclarent plutôt à un jeune âge et qui ont un mauvais pronostic telles que les tumeurs du cerveau ou le cancer du pancréas. Les tumeurs du cerveau arrivent en deuxième position chez les hommes et en quatrième position chez les femmes; le cancer du pancréas est en quatrième position chez les hommes et en cinquième position chez les femmes (G 3.3).

Comparaisons régionales et internationales

D'une manière générale, les cas de cancer sont plus fréquents en Suisse romande et au Tessin qu'en Suisse alémanique (G 3.4). Ces différences sont particulièrement marquées pour les tumeurs associées à la consommation d'alcool et de tabac. Par ailleurs, lors de l'examen des différences régionales du taux d'incidence du cancer du sein (G 4.11.2), il faut prendre en considération l'existence de programmes de dépistage par mammographie couvrant toute la Suisse romande depuis 2010[1]. En effet, la réalisation d'un plus grand nombre d'examens diagnostics conduit à la découverte d'un plus grand nombre de cas (avec pour objectif une prise en charge précoce et de meilleures chances de guérison). Pour la mortalité, ces différences régionales persistent chez les hommes, de façon moins marquée que pour l'incidence, mais pas chez les femmes.

Parmi les neuf pays européens comparés à la Suisse, seule l'Autriche affiche des taux d'incidence inférieurs chez les hommes comme chez les femmes (G 3.5). En ce qui concerne les taux de mortalité, la Suisse a le deuxième taux le plus bas chez les hommes, après la Suède, et le taux le plus bas chez les femmes.

Évolution temporelle

Au cours des trente dernières années, les taux de mortalité standardisés par âge ont diminué de 39% chez les hommes et de 28% chez les femmes. Dans le même temps, les taux d'incidence ont globalement peu varié chez les hommes (–2%) et ont augmenté chez les femmes (+11%). Après avoir connu une augmentation ente 1988–1992 et 2003–2007 chez les hommes comme chez les femmes, un faible recul des taux d'incidence est depuis observable chez les hommes (–4% entre 2008–2012 et 2013–2017), alors que chez les femmes, les taux varient peu (+1%) (G 3.6).

Ces évolutions varient toutefois selon les localisations cancéreuses et le sexe. Chez les hommes, une augmentation de l'incidence est observée entre les deux dernières périodes (2008–2012 et 2013–2017) notamment pour les cancers de la thyroïde, du pancréas et du testicule ainsi que pour le lymphome non hodgkinien, les leucémies et le mélanome de la peau (G 3.7). A l'inverse, une diminution de la mortalité s'observe quasiment pour tous les cancers, y compris pour plusieurs cancers dont l'incidence a augmenté.

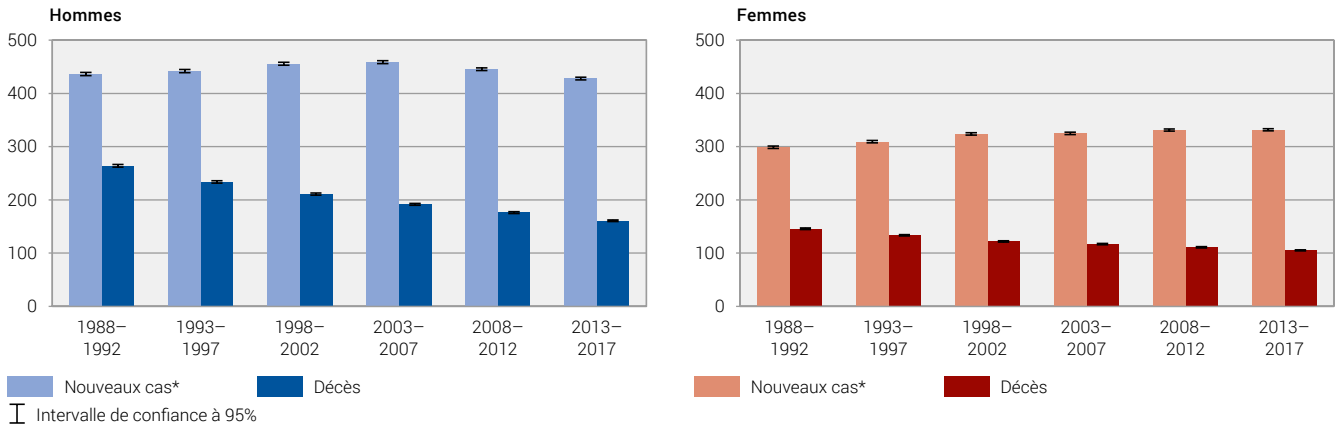
Durant le même laps de temps chez les femmes, l'augmentation nette des lymphomes de Hodgkin, des cancers du foie, du pancréas, du poumon et du mélanome de la peau s'accompagne d'une hausse de la mortalité excepté pour les lymphomes de Hodgkin et les mélanomes. La mortalité augmente également pour le myélome multiple.

Pour d'autres cancers (larynx, plèvre), l'évolution de la mortalité semble importante mais le nombre de cas est petit (respectivement 14 et 20 décès en moyenne chaque année). Une augmentation de 30% équivaut donc respectivement à 4 ou 6 cas supplémentaires pouvant correspondre à une variation aléatoire.

La mortalité diminue pour des cancers fréquents tels que les cancers du côlon et du sein (ainsi que pour les cancers de l'utérus et les tumeurs du cerveau).

Ensemble des cancers: évolution temporelle **G 3.6**

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



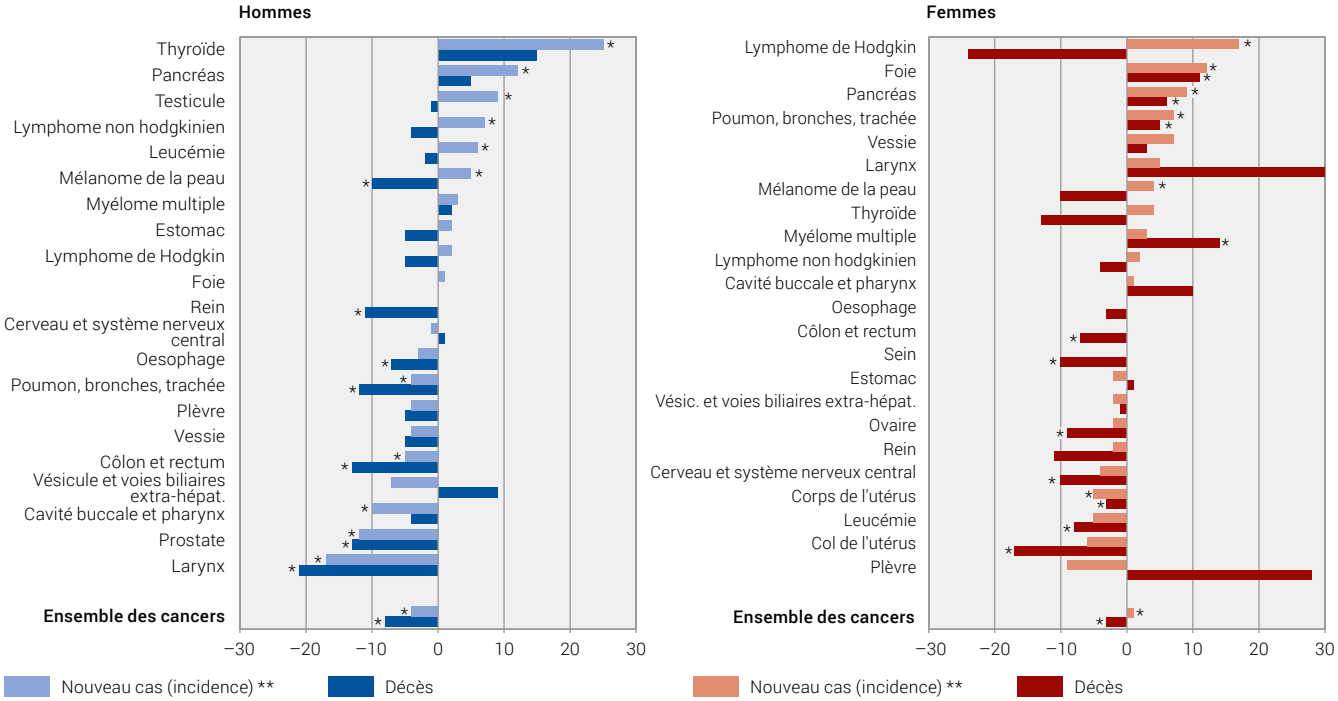
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs; sans les cancers non mélaniques de la peau

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Évolution des taux d'incidence et de mortalité selon la localisation cancéreuse G3.7

Taux standardisés par âge, moyenne de 2013 à 2017 par rapport à celle de 2008 à 2012, évolution en %

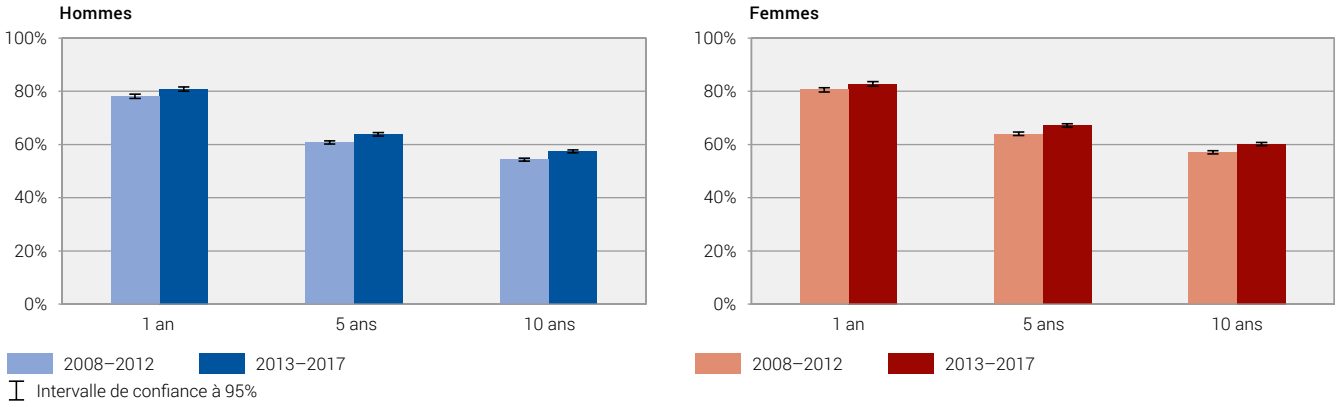


* La probabilité que l'évolution soit due à une fluctuation aléatoire est inférieure à 5%.
** Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs; sans les cancers non mélaniques de la peau

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

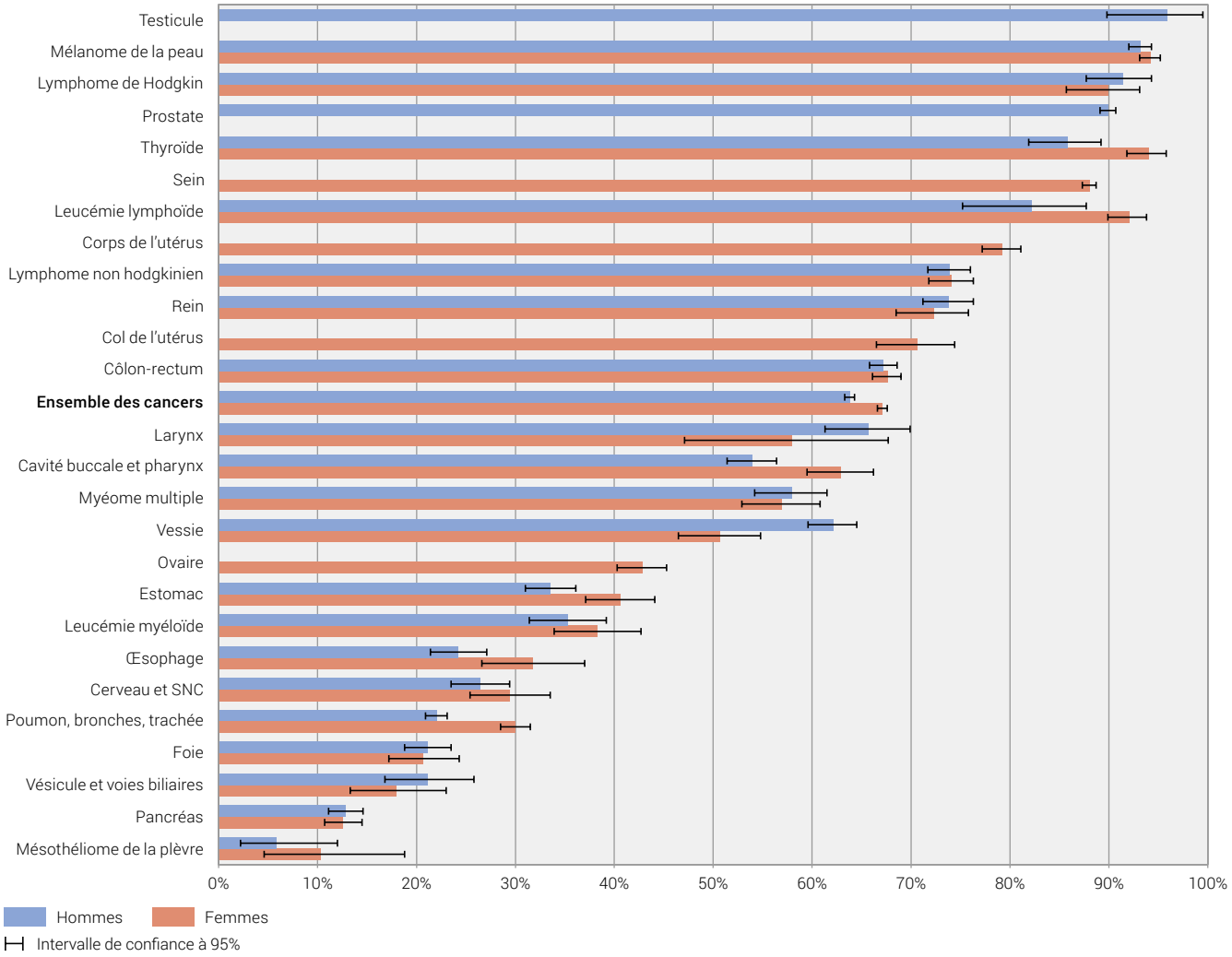
Ensemble des cancers: survie relative à 1, 5 et 10 ans G3.8



Source: ONEC

© OFS 2021

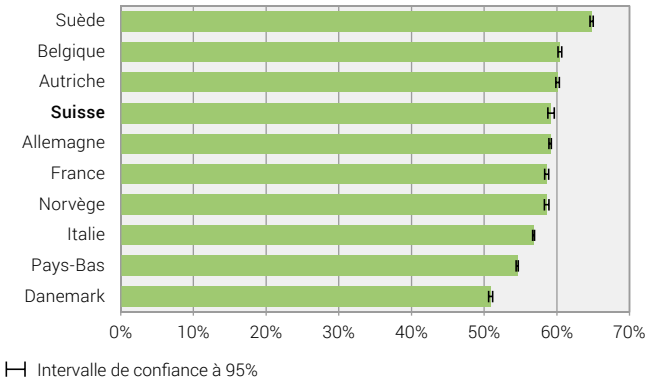
Survie relative à 5 ans, selon la localisation cancéreuse, de 2013 à 2017 **G 3.9**



Source: ONEC

© OFS 2021

Ensemble des cancers: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, de 1999 à 2007 **G 3.10**



Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

Source: De Angelis R. et al. (2014), Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EUROCARE-5 — a population-based study

© OFS 2021

3.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

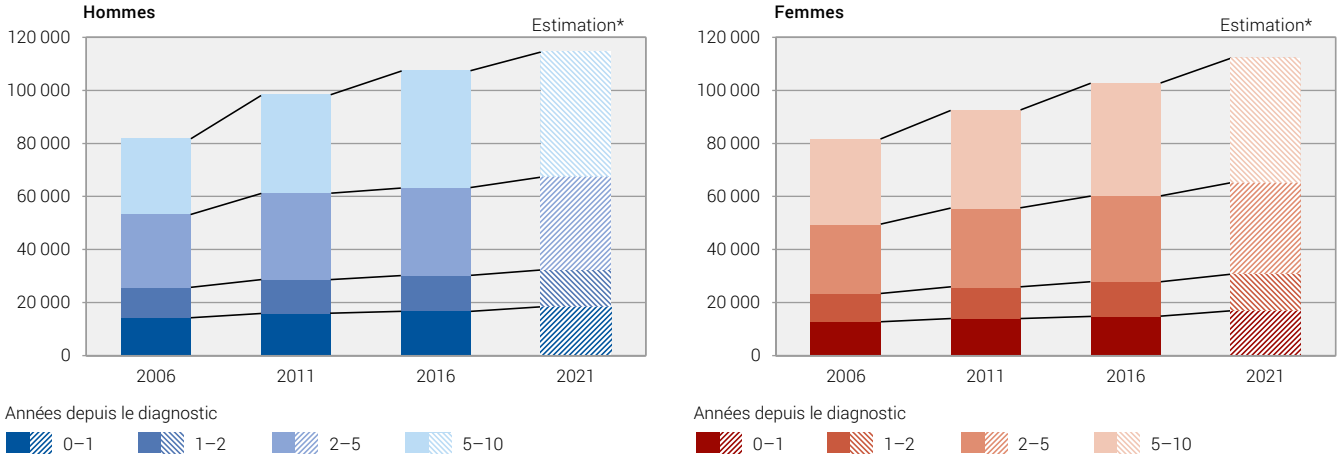
Durant la période 2013–2017, environ 56% des hommes et 62% des femmes étaient encore en vie cinq ans après un diagnostic de cancer (taux de survie absolu). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans atteint 64% chez les hommes et 67% chez les femmes (taux de survie relatif).

Durant la période 2003–2007, le taux de survie relatif à cinq ans était de 61% chez les hommes et de 64% chez les femmes. Les taux de survie relatifs à dix ans se sont légèrement améliorés, passant de 54% à 57% chez les hommes et de 57% à 60% chez les femmes (G 3.8).

Cette hausse s'explique en premier lieu par une détection plus précoce des tumeurs (cancer du sein, p. ex.) et par des améliorations dans le traitement.

Les taux de survie ne sont cependant pas les mêmes selon les cancers. Le mésothéliome de la plèvre, les cancers du pancréas, de la vésicule et des voies biliaires, du foie et du poumon, les tumeurs malignes du cerveau et du système nerveux central, de même que le cancer de l'œsophage sont des cancers pour

Ensemble des cancers: nombre de malades (prévalence) **G 3.11**



* Projection à partir des données de 2007 à 2016

Source: ONEC

© OFS 2021

lesquels le pronostic est mauvais avec un taux de survie relatif à cinq ans inférieur à environ 30%. En revanche, les chances de survie sont bonnes (supérieures à 80%) pour le cancer du testicule, le mélanome, le lymphome de Hodgkin, les cancers de la prostate, de la thyroïde et du sein et la leucémie lymphoïde (G 3.9).

En comparaison avec les pays européens pris en compte, la Suisse se situe dans la moyenne supérieure en ce qui concerne les taux de survie (source: EUROCARE-5, période 2000–2007) (G 3.10).

L'amélioration des taux de survie entraîne une hausse de la prévalence. Le nombre de personnes encore en vie après un diagnostic de cancer datant de moins de dix ans s'est accru entre 2006 et 2016; il est passé de 163 450 environ à 210 350. Pour l'année 2021, ce groupe est estimé à 226 850 personnes en Suisse, soit environ 114 700 hommes et 112 150 femmes (G 3.11).

3.3 Facteurs de risque

Comment le cancer apparaît-il?

Le cancer se développe généralement à partir d'une seule cellule dont le matériel génétique a été altéré. Cela résulte en règle générale d'une interaction entre des facteurs génétiques et des facteurs externes (cancérogènes) qui initient ou favorisent le développement du cancer. Des modifications des caractéristiques de la cellule apparaissent, les mécanismes habituels de réparation de la cellule ne fonctionnent pas et les cellules se multiplient alors de façon incontrôlée. La transformation d'une cellule normale en cellule tumorale est un processus passant par plusieurs étapes, allant typiquement d'une lésion précancéreuse à une tumeur maligne.

Le vieillissement est un facteur fondamental dans l'apparition du cancer. L'incidence augmente avec l'âge en raison des effets cumulés de l'exposition aux cancérogènes et des moins bonnes capacités de réparation de l'organisme.

Quels sont les facteurs de risque du cancer?

La cause exacte de chaque cas de cancer n'est généralement pas connue. Toutefois les études épidémiologiques mettent en évidence des facteurs de risque externes à l'individu liés au mode de vie et à l'environnement au sens large, et des facteurs de risque liés à l'individu et à son histoire.[2,3,4]

Les principaux facteurs de risque liés au mode de vie sont le tabagisme, la consommation d'alcool, une mauvaise alimentation, la sédentarité, le surpoids et l'obésité. S'y ajoute l'exposition inadaptée (excessive et/ou sans protection adéquate) aux rayonnements UV.

Les risques externes liés à l'environnement regroupent des agents pathogènes responsables d'infections chroniques comme l'hépatite B (VHB), l'hépatite C (VHC), des infections à Helicobacter pylori et à quelques types de VPH (virus du papillome humain), ainsi que des expositions professionnelles et environnementales à des facteurs nocifs tels que la pollution de l'air, le radon ou d'autres radiations.

Enfin les risques liés à l'individu et à son histoire rassemblent les altérations génétiques héréditaires ou acquises, les facteurs liés au système hormonal (par exemple le nombre de grossesses), l'âge, les maladies inflammatoires ou auto-immunes, ou encore les traitements médicamenteux (traitement des cancers eux-mêmes ou traitements hormonaux par exemple).

3.4 Stratégies de prévention

Prévention primaire ou comment réduire le risque de cancer?

Il est estimé qu'environ 5% à 10% des cancers sont liés à des modifications du patrimoine génétique (ADN) déjà présentes à la naissance. Les autres cas résultent d'une exposition à des cancérogènes ou d'une interaction entre des cancérogènes externes et

des facteurs génétiques. Pour une exposition identique, le risque varie donc d'un individu à l'autre en fonction de la susceptibilité individuelle.[5]

En Suisse, il est estimé que plus de 30% des cancers pourraient être évités à l'aide de différentes mesures individuelles ou collectives de prévention face aux principaux facteurs de risque[2] (30 à 50 % dans le monde[6]). A titre d'exemple, la principale cause de cancer évitable est le tabagisme. À lui seul, il est responsable de 22% de la mortalité par cancer dans le monde.

Le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) et la Commission européenne proposent «Le Code européen contre le cancer – 12 façons de réduire vos risques de cancer»[7] qui peut être résumé de la façon suivante:

- adopter un mode de vie sain et éviter les facteurs de risque liés au mode de vie énumérés ci-dessus;
- réduire les risques professionnels (exposition aux cancérogènes);
- participer aux programmes de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) et contre le virus de l'hépatite B (VHB) et aux programmes de dépistage selon l'appartenance au groupe concerné;
- réduire l'exposition au radon;
- pour les femmes, allaiter si possible et limiter les traitements hormonaux substitutifs de la ménopause.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande en plus[8]

- d'éviter (dans la mesure du possible) de s'exposer aux rayonnements ionisants (c'est-à-dire aux équipements d'imagerie diagnostique professionnelle et médicale);
- de réduire son exposition à la pollution atmosphérique et à la pollution de l'air intérieur (notamment au radon, comme mentionné plus haut).

En complément de ces mesures, et dans les cas où il n'est pas possible de prendre des mesures de prévention primaire, des stratégies de prévention secondaire (détection précoce) et tertiaire (traitement) peuvent contribuer à réduire la mortalité par cancer.

Prévention secondaire ou dépistage

De nombreux types de cancer présentent de bonnes chances de guérison s'ils sont détectés à un stade précoce et traités de manière adaptée. On distingue les diagnostics précoces (après l'apparition de premiers symptômes) des dépistages opportunistes (décision au cas par cas après discussion entre un médecin et son patient) et des programmes de dépistage organisés à grande échelle (screening).

Prévention tertiaire ou diagnostic précoce et traitement

Pour de nombreuses tumeurs, aucune procédure efficace de dépistage n'existe actuellement. Il est donc primordial, pour celles-ci, de sensibiliser aux signes et aux symptômes avant-coureurs pour pouvoir diagnostiquer et traiter ces cancers le plus tôt possible.

Programmes de dépistage (Screening)

Les programmes de dépistage visent à repérer, dans un large groupe de personnes sans symptômes, des anomalies évocatrices d'un cancer ou d'un stade précancéreux. En cas d'anomalie, des examens plus approfondis doivent immédiatement être entrepris.

L'efficacité des programmes de dépistage dépend notamment des éléments suivants:

- La maladie doit représenter un problème majeur de santé publique; en d'autres termes, elle doit être fréquente et avoir des conséquences importantes pour les personnes concernées.
- Il existe un traitement et la prise en charge précoce de la maladie donne des résultats supérieurs à ceux obtenus à un stade avancé.
- Un stade préclinique ou une période de latence doit être identifiable.
- Il existe un test fiable, acceptable et avec un rapport bénéfice/risque favorable pour le patient.
- Le programme de dépistage en lui-même doit rassembler les qualités suivantes: il doit cibler des populations précises avec une bonne couverture; il doit reposer sur des infrastructures adéquates avec une bonne assurance qualité et il doit présenter un rapport coût/bénéfice favorable.

Actuellement en Suisse, des programmes de dépistage sont organisés dans certains cantons pour le cancer du sein (mammographie) et le cancer colorectal (recherche de sang occulte dans les selles et coloscopie). Pour plus d'information, voir www.swisscancerscreening.ch/fr/

3.5 Les cancers de l'enfant et de l'adolescent

Le cancer est rare chez l'enfant et l'adolescent (0 à 19 ans). En Suisse, en moyenne 345 enfants et adolescents reçoivent un diagnostic de cancer chaque année. Les progrès thérapeutiques de ces dernières années ont permis d'accroître les chances de guérison, et le taux de guérison dépasse 85% aujourd'hui.

Les cancers qui surviennent durant l'enfance et l'adolescence ne sont pas les mêmes que ceux qui apparaissent à un âge plus tardif. Chez les adultes, les cancers les plus fréquents sont les carcinomes (néoplasmes malins d'origine épithéliale), et sont principalement classés en fonction de leur localisation.

Chez les enfants et les adolescents, en revanche, les carcinomes sont très rares; les tumeurs se forment souvent à partir de tissu embryonnaire immature. De ce fait, les cancers pédiatriques sont classés non pas selon leur localisation, mais en premier lieu selon le type de tissu (histologie). Les cancers les plus fréquents chez les enfants et les adolescents sont les leucémies, les lymphomes et les tumeurs du système nerveux central.

Le chapitre 5 est consacré au cancer de l'enfant et de l'adolescent. Il dresse un état des lieux de la situation actuelle et décrit l'incidence, les taux de survie, le traitement ainsi que les facteurs de risque et la prévention.

Ensemble des cancers: principaux indicateurs épidémiologiques T 3.1

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas[1]	Décès	Nouveaux cas[1]	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2013 à 2017	23 116	9 392	19 655	7 647
Nombre de cas en 2021 (estimé)	26 123	10375	22 181	8 551
Taux brut (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	564,4	229,3	470,0	182,9
Évolution annuelle moyenne du taux brut, 2008 à 2017	0,4%	– 0,4%	0,7%	0,1%
Taux brut en 2021 (estimé)	603,3	239,6	504,7	194,6
Taux standardisé (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	427,9	160,7	331,7	105,3
Évolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2008 à 2017	– 0,7%	– 1,8%	0,1%	– 1,0%
Âge médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2013 à 2017	69,5	75,3	68,0	76,3
Risque vie entière, moyenne 2013 à 2017	50,6%	18,8%	39,2%	13,6%
Risque cumulé avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	23,7%	6,1%	20,9%	4,8%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	–	30 332	–	27 291

	Hommes	Femmes
Nombre de malades dont le diagnostic remonte à moins de 5 ans (prévalence), au 31.12.2017	65 762	62 781
Taux de survie observé à 5 ans, 2013 à 2017	56,4%	61,5%
Taux de survie relatif à 5 ans, 2013 à 2017	63,8%	67,1%

[1] Nouveaux cas sans les cancers non mélaniques de la peau

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Références

1. Bulliard J.L., Braendle K., Fracheboud J., Zwahlen M., 2021. *Breast cancer screening programmes in Switzerland, 2010–2018.* Swiss Cancer Screening, Bern
2. Hermine O. Fondation ARC pour la recherche sur le cancer. *Cancer : les facteurs de risque* [en ligne] 15 février 2021. [page consultée le 8 mars 2021]. www.fondation-arc.org/cancer/facteurs-risque-cancer
3. Ligue Suisse contre le cancer. *Qu'est-ce que le cancer* [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 8 mars 2021]. www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/quest-ce-que-le-cancer/
4. Institut National du cancer. *Principaux facteurs de risque de cancer* [en ligne] 3 décembre 2019 [page consultée le 8 mars 2021]. www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Comment-prevenir-au-mieux-les-cancers/Principaux-facteurs-de-risque-de-cancer
5. Wild C.P., Weiderpass E., Stewart B.W., éd. 2020. *World Cancer Report. Cancer research for cancer prevention.* International Agency for Research on Cancer, Lyon
6. Word Health Organisation. *10 facts about cancer* [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 19 février 2021]. www.who.int/features/factfiles/cancer/en/
7. Centre international de recherche sur le cancer. *Le Code Européen contre le Cancer* [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 8 mars 2021]. https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/fr/
8. Word Health Organisation. *Cancer - Prévenir le cancer.* [en ligne] 21 septembre 2021 [page consultée le 8 mars 2021]. www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer

4 Localisations cancéreuses

4.1 Cancer de la cavité buccale et du pharynx

Le cancer de la cavité buccale et du pharynx (C00–C14) regroupe les tumeurs malignes de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx. Il inclut donc aussi les tumeurs malignes du palais, du plancher de la bouche, de la gencive, des glandes salivaires, de l'amygdale et de la langue.[1]

4.1.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2013 et 2017, un peu plus de 790 nouveaux cas de cancer de la cavité buccale et du pharynx ont été diagnostiqués en moyenne chaque année chez les hommes et 370 environ chez les femmes. Cela représente 3,4% des cancers chez les hommes et 1,9% des cancers chez les femmes. Le risque de développer un cancer de la cavité buccale et du pharynx au cours de la vie est de 1,6% chez les hommes et de 0,7% chez les femmes (T4.1.1). Ce type de cancer est 2,4 fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes.

Durant cette même période, le cancer de la cavité buccale et du pharynx a été à l'origine d'un peu moins de 310 décès chez les hommes et d'environ 130 décès chez les femmes en moyenne chaque année. Cela représente 3,3% des décès par cancer chez les hommes et 1,7% des décès par cancer chez les femmes. Le risque de mourir d'un cancer de la cavité buccale et du pharynx est de 0,6% chez les hommes et de 0,2% chez les femmes.

L'incidence du cancer de la cavité buccale et du pharynx augmente jusqu'à 69 ans chez les hommes et jusqu'à 79 ans chez les femmes. La mortalité s'accroît également avec l'âge dans les deux sexes (G4.1.1).

La moitié des cas sont diagnostiqués après 65 ans chez les hommes et après 67 ans chez les femmes. La moitié des hommes ont moins de 69 ans au moment du décès et la moitié des femmes moins de 74 ans.

Comparaisons régionales et internationales

Les taux d'incidence et de mortalité sont beaucoup plus élevés en Suisse romande et au Tessin qu'en Suisse alémanique. Cette différence est plus marquée chez les hommes que chez les femmes (G4.1.2).

En comparaison internationale, la France présente les taux d'incidence les plus élevés chez les hommes. La Suisse se classe au quatrième rang des pays les plus touchés et se situe ainsi dans la moyenne supérieure des pays européens pris en compte. Chez les femmes, c'est également la France qui affiche le taux d'incidence le plus élevé. La Suisse se situe au milieu du groupe; cinq pays affichent des taux d'incidence inférieurs.

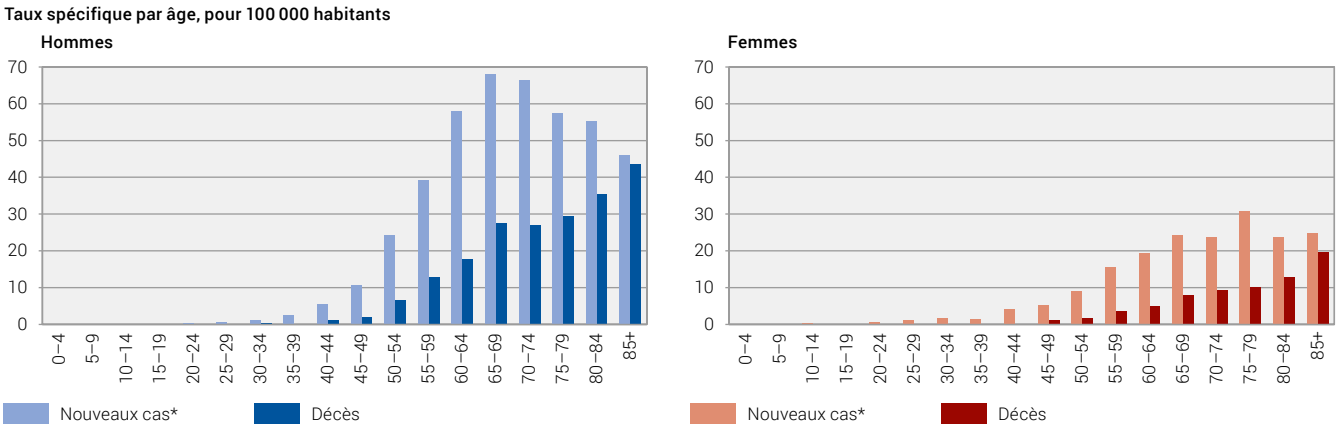
Pour ce qui est de la mortalité, la Suisse occupe le milieu du classement chez les hommes et chez les femmes; elle présente le cinquième taux le plus bas chez les hommes et le quatrième taux le plus haut chez les femmes (G4.1.3).

Évolution temporelle

Chez les hommes, l'incidence a globalement diminué d'environ 23% au total entre 1988 et 2017, malgré une légère augmentation entre les périodes 1998–2002 et 2003–2007. Chez les femmes, elle a continuellement progressé entre 1988 et 2007 (+28% au total), puis elle s'est stabilisée (G4.1.4).

Entre 1988 et 2017, la mortalité est restée globalement stable chez les femmes, alors qu'elle a diminué de 39% chez les hommes. Le recul le plus marqué a été enregistré entre 1988 et 1997 (– 19%).

Cancer de la cavité buccale et du pharynx selon l'âge, de 2013 à 2017 **G4.1.1**



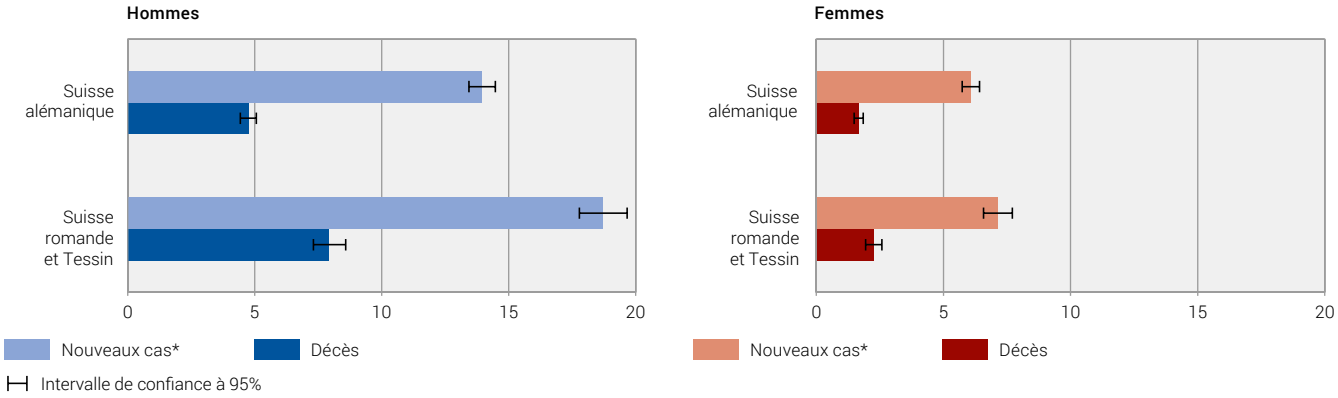
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer de la cavité buccale et du pharynx: comparaison régionale, de 2013 à 2017 G4.1.2

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



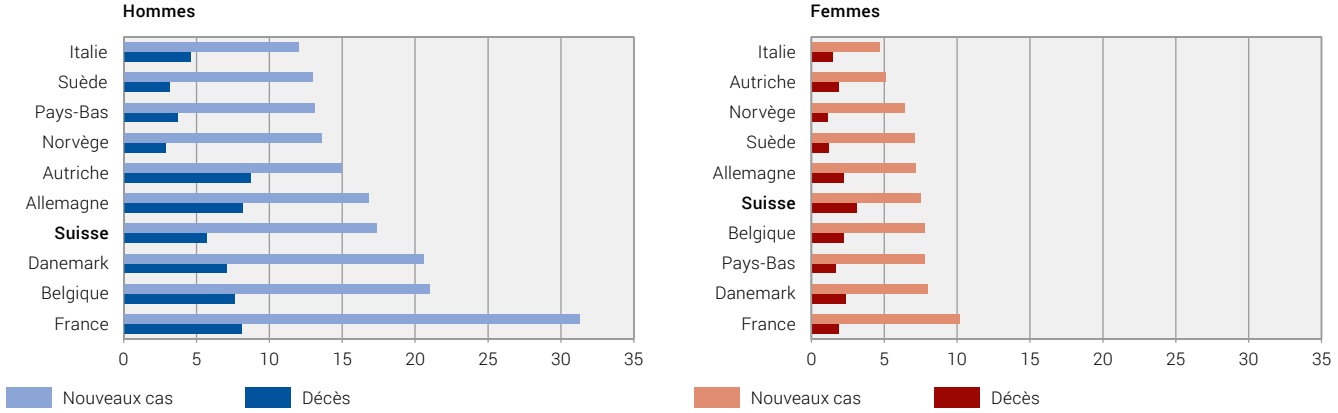
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer de la cavité buccale et du pharynx: comparaison internationale, en 2018 G4.1.3

Taux pour 100 000 habitants, standard européen

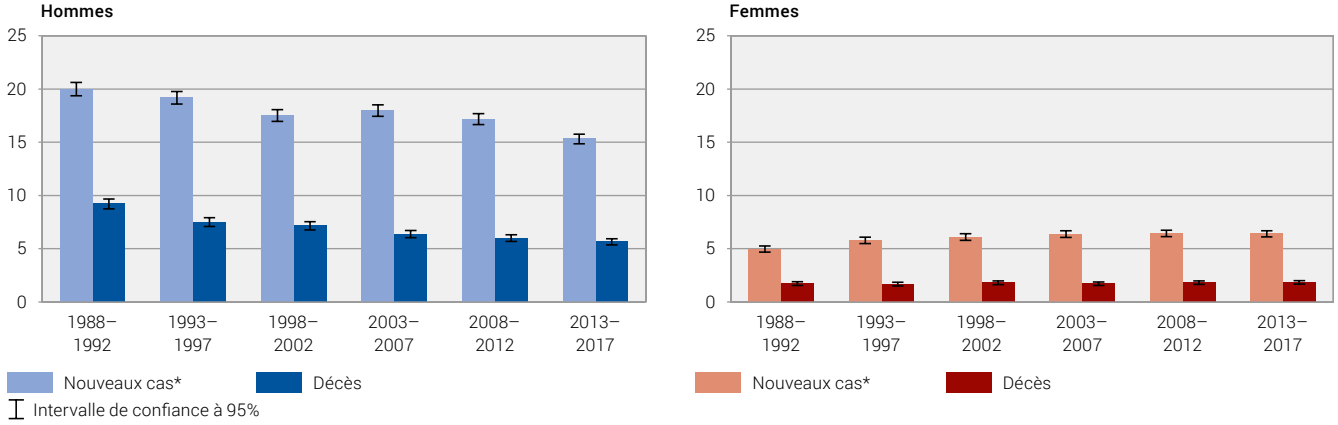


Source: Ferlay J. et al. (2018), Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018

© OFS 2021

Cancer de la cavité buccale et du pharynx: évolution temporelle G4.1.4

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

4.1.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

Sur la période 2013–2017, près de 48% des hommes et 57% des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de cancer de la cavité buccale et du pharynx (taux de survie absolu). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans s'est établi à 54% chez les hommes et à 63% chez les femmes (taux de survie relatif; T4.1.1).

Pendant la période 2003–2007, le taux de survie relatif à cinq ans était de 50% chez les hommes et de 61% chez les femmes. Entre les périodes 2003–2007 et 2013–2017, les taux de survie relatifs à dix ans se sont légèrement améliorés, passant de 36% à 39% chez les hommes et de 48% à 52% chez les femmes (G4.1.5).

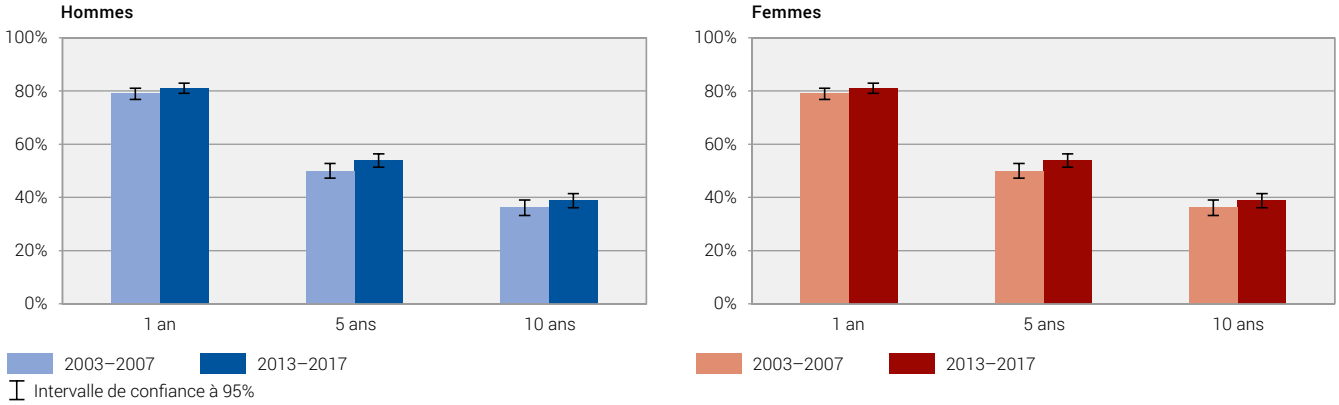
En comparaison avec les pays européens pris en compte, la Suisse se situe dans la moyenne supérieure pour les taux de survie (source: EUROCARE-5, période 2000–2007) (G4.1.6).

Le nombre de personnes vivant avec un diagnostic de cancer de la cavité buccale et du pharynx datant de moins de dix ans a augmenté entre 2006 et 2016; il est passé d'environ 4560 à 5900. Pour l'année 2021, ce groupe est estimé à 6470 personnes en Suisse, soit environ 4170 hommes et 2300 femmes (G4.1.7).

4.1.3 Facteurs de risque

Le tabac et l'alcool – surtout les alcools forts – sont les principaux facteurs de risque pour le cancer de la cavité buccale et du pharynx. Le risque est majoré lorsque ces deux produits sont associés. La surcharge pondérale, le reflux gastro-œsophagien, la mastication de feuilles de tabac ou de bétel, une hygiène buccale déficiente, des inflammations chroniques de la muqueuse buccale (causées par des dents pointues ou le bord d'une prothèse, p. ex.), une infection par des virus du papillome humain (VPH, surtout type 16) ou par le virus d'Epstein-Barr (EBV; surtout carcinome du nasopharynx), l'exposition professionnelle au formaldéhyde et à la poussière de bois (surtout carcinome du nasopharynx), l'exposition aux *rayons X* ou gamma, la malaria, les nitrosamines (en lien avec la consommation de poisson conservé ou préparé dans le sel, p. ex.) et une prédisposition génétique représentent également des facteurs de risque.[1,2,3]

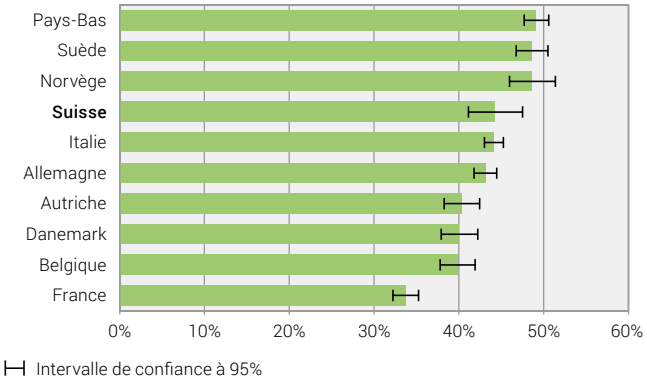
Cancer de la cavité buccale et du pharynx: survie relative à 1, 5 et 10 ans **G4.1.5**



Source: ONEC

© OFS 2021

Cancer de la cavité buccale et du pharynx*: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, de 2000 à 2007 **G4.1.6**



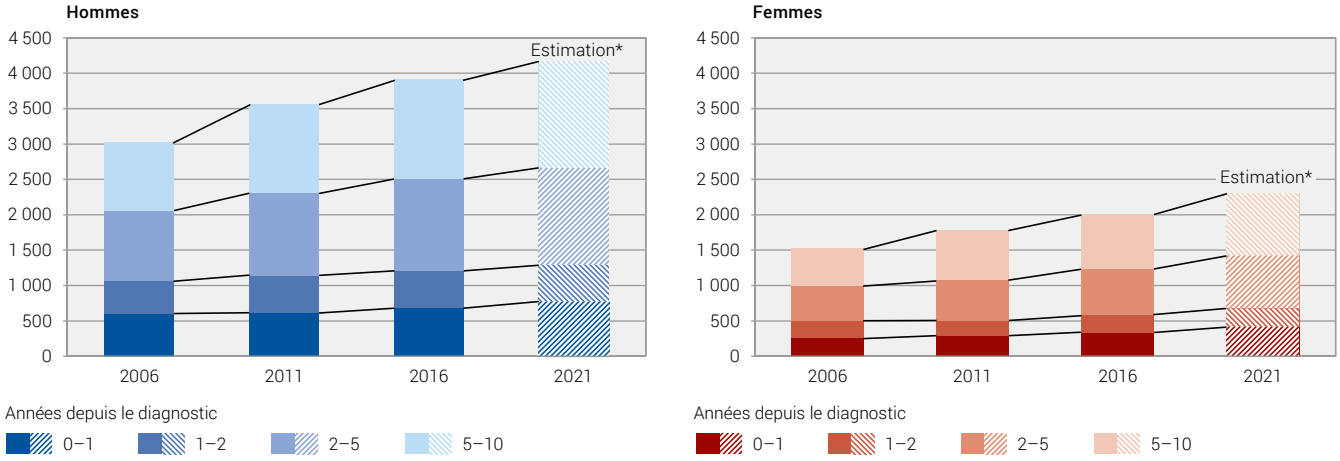
Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

* Regroupe les codes C01 à C06 et C09 à C14 (tête et cou) de la CIM-O-3.

Source: De Angelis R. et al. (2014), Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EUROCARE-5 — a population-based study

© OFS 2021

Cancer de la cavité buccale et du pharynx: nombre de malades (prévalence) G 4.1.7



* Projection à partir des données de 2007 à 2016

Source: ONEC

© OFS 2021

Cancer de la cavité buccale et du pharynx: principaux indicateurs épidémiologiques T 4.1.1

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2013 à 2017	791	307	372	127
Nombre de cas en 2021 (estimé)	860	383	443	169
Part de tous les cancers, moyenne 2013 à 2017	3,4%	3,3%	1,9%	1,7%
Taux brut (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	19,3	7,5	8,9	3,0
Évolution annuelle moyenne du taux brut, 2008 à 2017	–0,9%	1,0%	1,2%	2,6%
Taux brut en 2021 (estimé)	19,8	8,8	10,1	3,8
Taux standardisé (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	15,3	5,6	6,4	1,8
Évolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2008 à 2017	2,0%	–0,6%	0,2%	0,6%
Âge médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2013 à 2017	65,2	68,9	67,2	73,7
Risque vie entière, moyenne 2013 à 2017	1,6%	0,6%	0,7%	0,2%
Risque cumulé avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	1,0%	0,3%	0,4%	0,1%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	_	1 571	_	489

	Hommes	Femmes
Nombre de malades dont le diagnostic remonte à moins de 5 ans (prévalence), au 31.12.2017	2 608	1 290
Taux de survie observé à 5 ans, 2013 à 2017	47,9%	57,0%
Taux de survie relatif à 5 ans, 2013 à 2017	53,9%	62,9%

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Références

1 Ligue suisse contre le cancer. *Le cancer de la cavité buccale.* [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 28 novembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-de-la-cavite-buccale/

2 World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research 2018. *Continuous Update Project Expert Report 2018. Diet, nutrition, physical activity and cancer of the mouth, pharynx and larynx.* Accessible depuis dietandcancerreport.org

3 Wild C.P., Weiderpass E., Stewart B.W., éd. 2020. *World Cancer Report. Cancer research for cancer prevention.* International Agency for Research on Cancer, Lyon

4.2 Cancer de l'œsophage

Le cancer de l'œsophage (C 15) se développe la plupart du temps à partir des cellules de la muqueuse. Il se forme principalement soit à partir des cellules de revêtement (carcinome épidermoïde, plus fréquent dans la partie supérieure de l'œsophage), soit à partir des cellules glandulaires (adénocarcinome, plutôt dans la partie inférieure de l'œsophage).[1]

4.2.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2013 et 2017, environ 450 nouveaux cas de cancer de l'œsophage ont été diagnostiqués en moyenne chaque année chez les hommes et environ 140 chez les femmes. Cela représente 1,9% des cancers chez les hommes et 0,7% chez les femmes. Le risque de développer un cancer de l'œsophage au cours de la vie est de 0,9% pour les hommes et de 0,3% pour les femmes (T 4.2.1). Ce cancer est 3,7 fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes.

Durant cette même période, environ 340 hommes et 110 femmes sont décédés d'un cancer de l'œsophage en moyenne chaque année. Cela représente 3,7% des décès par cancer chez les hommes et 1,4% chez les femmes. Le risque de mourir d'un cancer de l'œsophage est de 0,7% chez les hommes et de 0,2% chez les femmes.

L'incidence du cancer de l'œsophage augmente globalement avec l'âge; un fléchissement est observé dans la classe d'âge de 75 à 79 ans uniquement chez les femmes. La mortalité s'accroît elle aussi avec l'âge chez les deux sexes. Ici encore, une baisse est observée chez les femmes de 75 à 79 ans (G 4.2.1). La moitié des cancers de l'œsophage sont diagnostiqués avant 70 ans chez les hommes et avant 72 ans chez les femmes; la moitié des décès sont enregistrés avant 72 ans chez les hommes et avant 75 ans chez les femmes.

Comparaisons régionales et internationales

Les taux d'incidence du cancer de l'œsophage sont plus élevés en Suisse romande et au Tessin qu'en Suisse alémanique dans les deux sexes. Le taux de mortalité est également plus important en Suisse romande et au Tessin qu'en Suisse alémanique chez les hommes, alors que chez les femmes, aucune différence notable n'apparaît entre les régions (G 4.2.2).

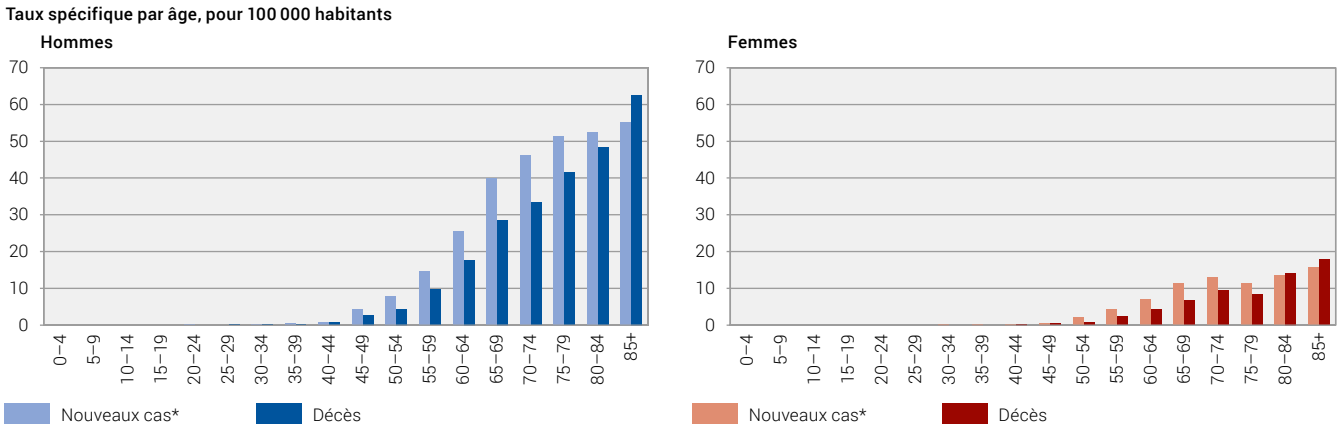
En comparaison internationale, la Suisse se situe dans la moyenne chez les hommes comme chez les femmes pour l'incidence. Parmi les neuf pays européens comparés avec la Suisse, quatre ont des taux d'incidence inférieurs chez les hommes et cinq chez les femmes. Concernant la mortalité, la Suisse se situe également dans la moyenne des pays européens considérés. Quatre pays chez les hommes et six chez les femmes enregistrent des taux de mortalité inférieurs (G 4.2.3).

Évolution temporelle

Chez les hommes, les taux d'incidence ont augmenté de 11% entre 1988 et 2002; ils ont ensuite légèrement diminué. Chez les femmes, ils ont progressé de 21% durant cette même période, puis ils se sont stabilisés (G 4.2.4).

Chez les hommes, la mortalité a reculé de 24% environ entre 1988 et 2017. Chez les femmes, elle est restée stable pendant cette même période, avec une légère tendance à la baisse depuis 2008 (G 4.2.4).

Cancer de l'œsophage selon l'âge, de 2013 à 2017 **G 4.2.1**



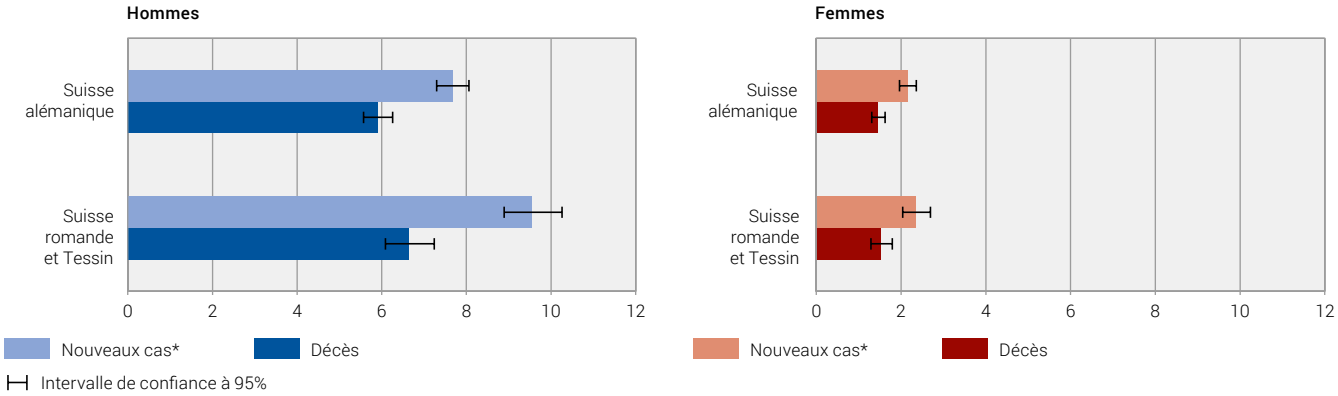
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer de l'œsophage: comparaison régionale, de 2013 à 2017 G 4.2.2

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



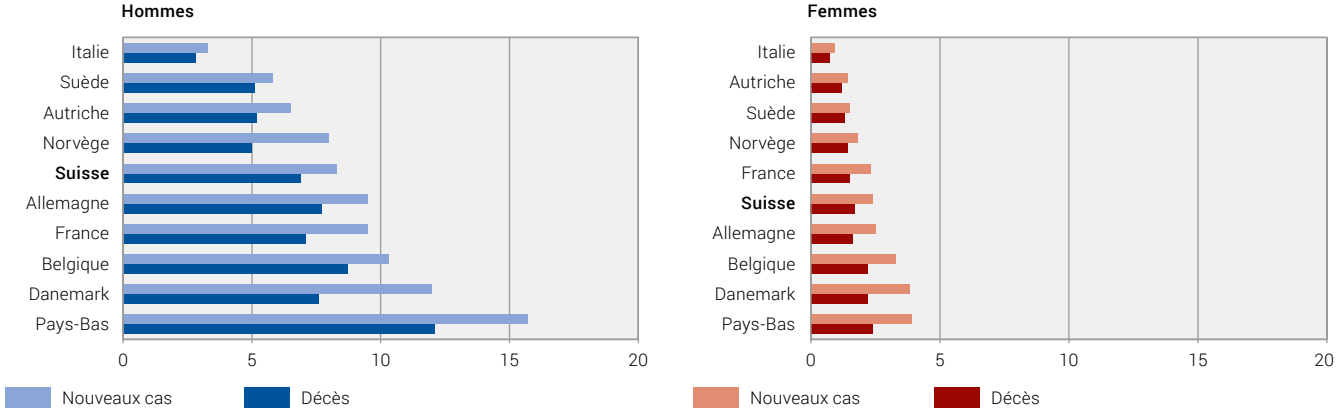
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer de l'œsophage: comparaison internationale, en 2018 G 4.2.3

Taux pour 100 000 habitants, standard européen

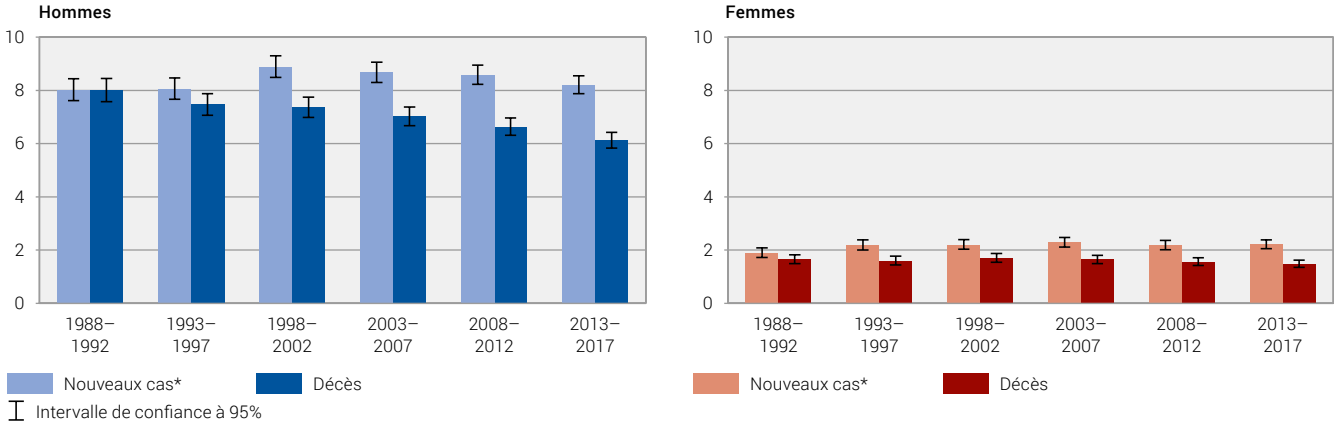


Source: Ferlay J. et al. (2018), Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018

© OFS 2021

Cancer de l'œsophage: évolution temporelle G 4.2.4

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

4.2.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

Sur la période 2013–2017, 22% des hommes et près de 30% des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de cancer de l'œsophage (taux de survie absolu). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans atteint 24% chez les hommes et 32% chez les femmes (taux de survie relatif; T4.2.1).

Pendant la période 2003–2007, le taux de survie relatif à cinq ans était de 18% chez les hommes et de 22% chez les femmes. Entre les périodes 2003–2007 et 2013–2017, les taux de survie relatifs à dix ans se sont améliorés, passant de 14% à 18% chez les hommes et de 17% à 25% chez les femmes (G4.2.5).

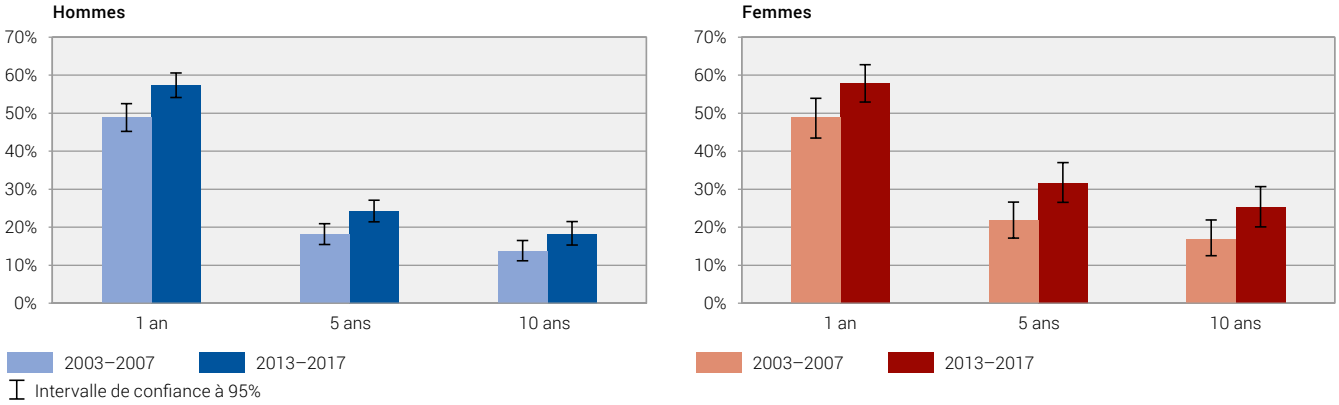
En comparaison avec les pays européens pris en compte, la Suisse présente le taux de survie le plus élevé (source: CONCORD-3, période 2010–2014) (G4.2.6).

Le nombre de personnes vivant avec un diagnostic de cancer de l'œsophage datant de moins de dix ans a augmenté entre 2006 et 2016; il est passé d'environ 1000 à 1550. Pour l'année 2021, ce groupe est estimé à 1760 personnes en Suisse, soit environ 1310 hommes et 450 femmes (G4.2.7).

4.2.3 Facteurs de risque

La consommation d'alcool et le tabagisme sont les principaux facteurs de risque de cancer de l'œsophage (surtout carcinome épidermoïde). L'obésité, le reflux gastro-œsophagien (surtout pour l'adénocarcinome), l'infection par des virus du papillome humain (VPH), la consommation de viande transformée, la mastication de feuilles de tabac ou de bétel et l'exposition aux rayonnements ionisants sont également mentionnés comme des facteurs de risque dans la littérature scientifique.[1, 2, 3]

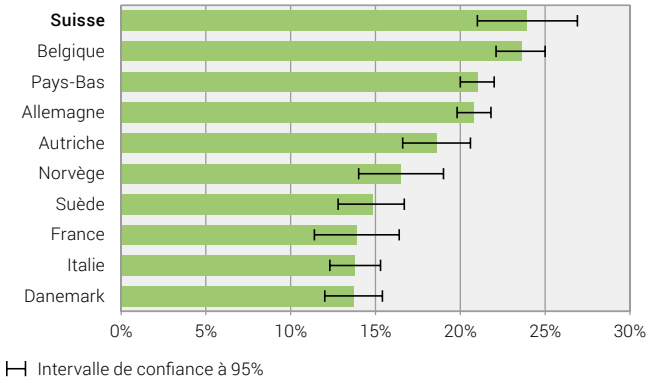
Cancer de l'œsophage: survie relative à 1, 5 et 10 ans **G4.2.5**



Source: ONEC

© OFS 2021

Cancer de l'œsophage: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, de 2010 à 2014 **G4.2.6**

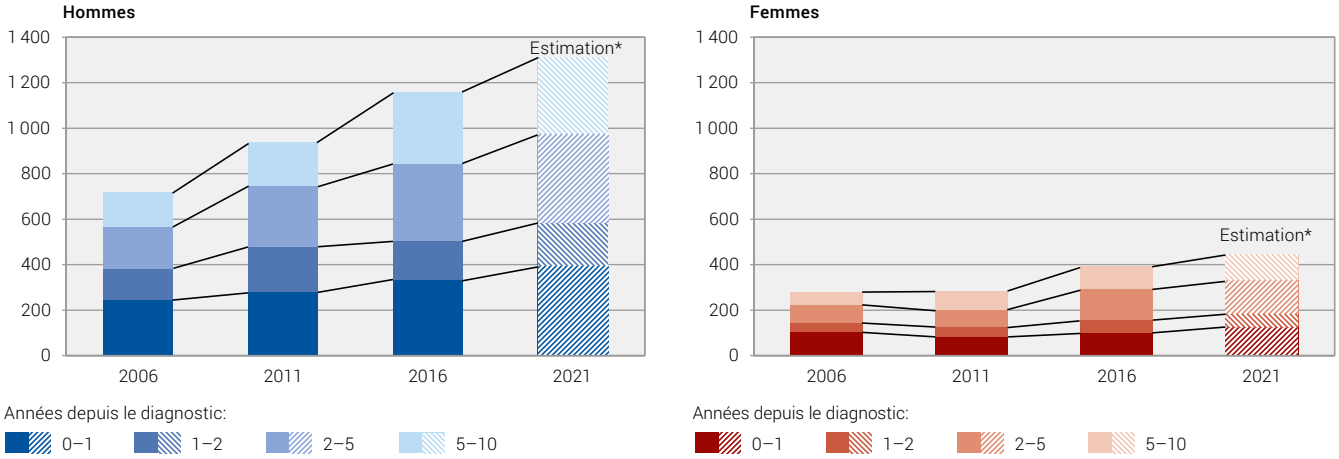


Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

Source: Allemani C. et al. (2018). Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3)

© OFS 2021

Cancer de l'œsophage: nombre de malades (prévalence) G 4.2.7



* Projection à partir des données de 2007 à 2016

Source: ONEC

© OFS 2021

Cancer de l'œsophage: principaux indicateurs épidémiologiques T 4.2.1

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2013 à 2017	450	343	144	108
Nombre de cas en 2021 (estimé)	524	360	158	116
Part de tous les cancers, moyenne 2013 à 2017	1,9%	3,7%	0,7%	1,4%
Taux brut (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	11,0	8,4	3,5	2,6
Évolution annuelle moyenne du taux brut, 2008 à 2017	0,3%	–1,3%	0,2%	–0,6%
Taux brut en 2021 (estimé)	12,1	8,3	3,6	2,6
Taux standardisé (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	8,2	6,1	2,2	1,5
Évolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2008 à 2017	–1,1%	–2,5%	–0,6%	–1,9%
Âge médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2013 à 2017	69,8	71,6	71,6	75,3
Risque vie entière, moyenne 2013 à 2017	0,9%	0,7%	0,3%	0,2%
Risque cumulé avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	0,4%	0,3%	0,1%	0,1%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	_	1 339	_	281

	Hommes	Femmes
Nombre de malades dont le diagnostic remonte à moins de 5 ans (prévalence), au 31.12.2017	882	307
Taux de survie observé à 5 ans, 2013 à 2017	22,0%	29,6%
Taux de survie relatif à 5 ans, 2013 à 2017	24,2%	31,7%

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Références

1 Ligue suisse contre le cancer. *Le cancer de l'œsophage.* [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 28 novembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-de-loesophage/

2 World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research 2018. *Continuous Update Project Expert Report 2018. Diet, nutrition, physical activity and oesophageal cancer.* Accessible depuis dietandcancerreport.org

3 Wild C.P., Weiderpass E., Stewart B.W., éd. 2020. *World Cancer Report. Cancer research for cancer prevention.* International Agency for Research on Cancer, Lyon

4.3 Cancer de l'estomac

La plupart des cancers de l'estomac (C 16) se développe à partir de la muqueuse qui tapisse l'intérieur de l'estomac.[1]

4.3.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2013 et 2017, un peu plus de 950 nouveaux cas de cancer de l'estomac ont été diagnostiqués en moyenne chaque année. Cela représente 2,7% des cancers chez les hommes et 1,7% chez les femmes. Le risque de développer un cancer de l'estomac au cours de la vie est de 1,3% chez les hommes et de 0,6% chez les femmes (T 4.3.1). Le cancer de l'estomac est plus de deux fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes.

Durant cette même période, le cancer de l'estomac a été à l'origine de plus de 550 décès en moyenne chaque année. Le risque de mourir de ce cancer est de 0,7% chez les hommes et de 0,4% chez les femmes. Le cancer de l'estomac est responsable de respectivement 3,6% et 2,8% des décès par cancer.

La moitié des diagnostics et des décès sont enregistrés respectivement avant 71 et 73 ans chez les hommes et avant 74 et 78 ans chez les femmes. Sur la période 2013–2017, aucun cas de cancer de l'estomac n'a été diagnostiqué avant l'âge de 15 ans (G 4.3.1). Les taux d'incidence et de mortalité restent inférieurs à un pour 100 000 habitants jusqu'à 30 ans, puis ils augmentent avec l'âge.

Comparaisons régionales et internationales

Il n'y a pas de différence notable entre la Suisse alémanique d'une part et la Suisse romande et le Tessin d'autre part (G 4.3.2).

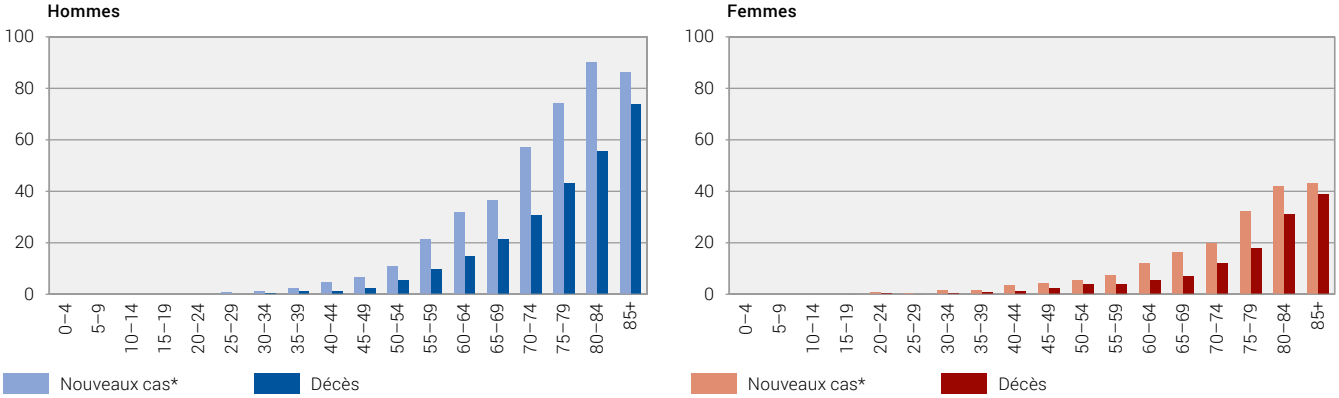
Chez les hommes, les taux d'incidence et de mortalité se situent dans la moyenne des neuf pays européens comparés avec la Suisse. Chez les femmes, trois pays présentent des taux d'incidence plus élevés et cinq présentent des taux de mortalité plus élevés (G 4.3.3).

Évolution temporelle

Une nette baisse de l'incidence (– 39% chez les femmes et chez les hommes) et de la mortalité (– 58% chez les femmes, – 60% chez les hommes) a été observée ces trente dernières années (G 4.3.4). Toutefois, l'incidence était à nouveau en légère hausse chez les hommes pour la période 2013–2017.

Cancer de l'estomac selon l'âge, de 2013 à 2017 **G 4.3.1**

Taux spécifique par âge, pour 100 000 habitants



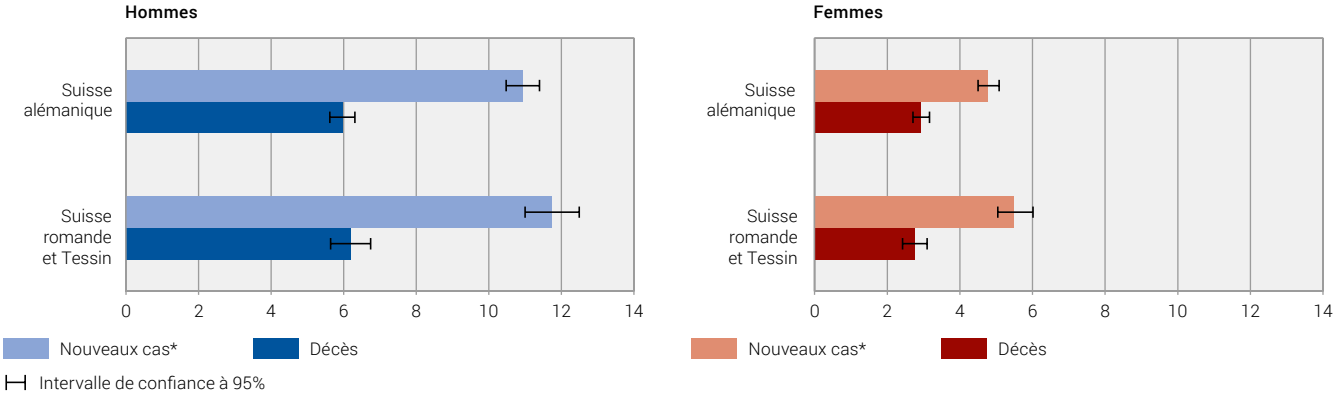
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer de l'estomac: comparaison régionale, de 2013 à 2017 G4.3.2

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



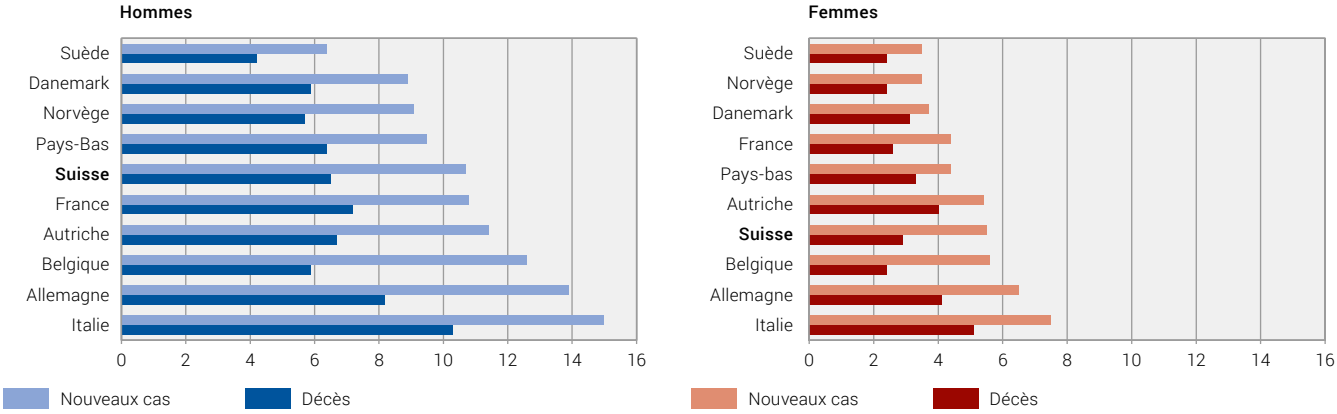
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer de l'estomac: comparaison internationale, en 2018 G4.3.3

Taux pour 100 000 habitants, standard européen

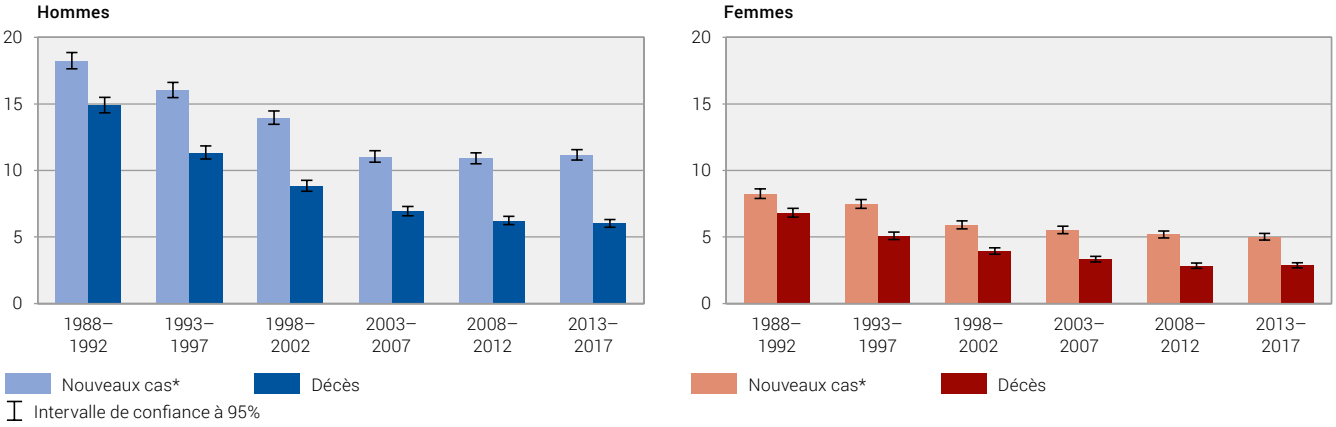


Source: Ferlay J. et al. (2018), Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018

© OFS 2021

Cancer de l'estomac: évolution temporelle G4.3.4

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

4.3.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

Sur la période 2013–2017, environ 30% des hommes et près de 38% des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de cancer de l'estomac (taux de survie absolu). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans s'est établi à 34% chez les hommes et à 41% chez les femmes (taux de survie relatif; T4.3.1).

Pendant la période 2003–2007, le taux de survie relatif à cinq ans était de 29% chez les hommes et de 35% chez les femmes. Entre les périodes 2003–2007 et 2013–2017, les taux de survie relatifs à dix ans se sont améliorés, passant de 24% à 28% chez les hommes et de 32% à 36% chez les femmes (G 4.3.5).

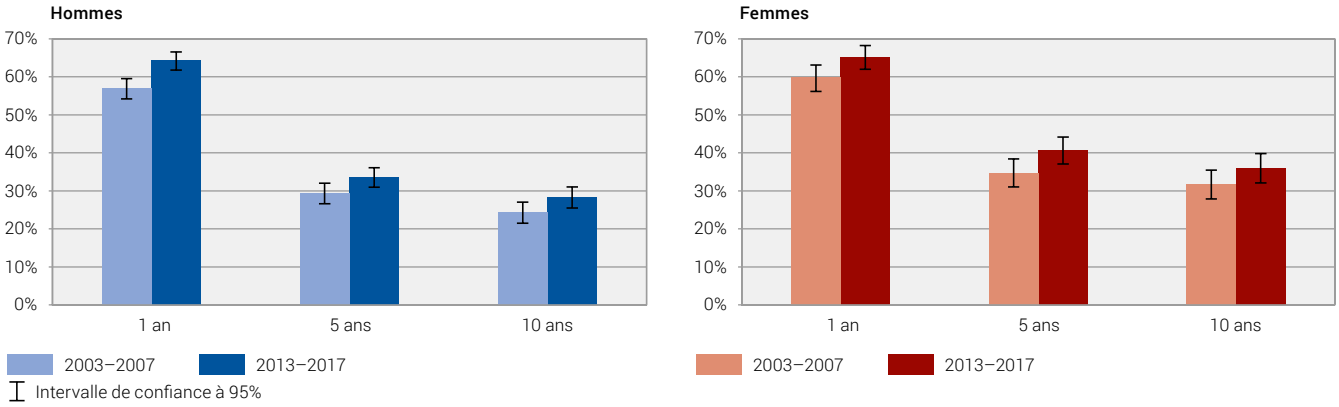
En comparaison avec les pays européens pris en compte, la Suisse se situe dans la moyenne supérieure pour les taux de survie (source: CONCORD-3, période 2010–2014) (G 4.3.6).

Le nombre de personnes vivant avec un diagnostic de cancer de l'estomac datant de moins de dix ans a augmenté entre 2006 et 2016; il est passé d'environ 2240 à près de 3000. Pour l'année 2021, ce groupe est estimé à près de 3440 personnes en Suisse, soit environ 2170 hommes et 1270 femmes (G 4.3.7).

4.3.3 Facteurs de risque

Une infection par la bactérie *Helicobacter pylori* est responsable de 75 à 90% des cas de cancer de l'estomac. L'inflammation provoquée par la bactérie favorise la survenue de lésions précancéreuses. Une alimentation riche en sel, en produits conservés en salaison et en saumure, ou encore en produits fumés constitue également un facteur de risque, même si les données sont moins robustes pour ces derniers. Le recul de l'infection à *Helicobacter pylori*, ainsi que l'apparition des réfrigérateurs, qui a changé le mode de conservation des aliments, sont probablement responsables de la baisse importante du cancer de l'estomac dans certains pays ces dernières décennies. Les nitrosamines formées dans l'estomac à partir des nitrates de l'alimentation et le tabagisme augmentent également le risque de cancer de l'estomac. D'autres facteurs de risque, comme une consommation excessive d'alcool (trois boissons alcoolisées ou plus par jour), l'exposition aux *rayons X* et gamma et l'exposition professionnelle dans l'industrie du caoutchouc, sont mentionnés dans la littérature scientifique. Le travail dans un environnement poussiéreux à hautes températures (traitement du bois, industrie alimentaire, p. ex.) est associé à un risque accru de cancer de l'estomac. Le cancer de la partie haute de l'estomac proche de l'œsophage (le cardia) présente des facteurs de risque similaires à ceux du cancer de l'œsophage, comme le tabagisme, le reflux gastro-œsophagien et l'obésité.

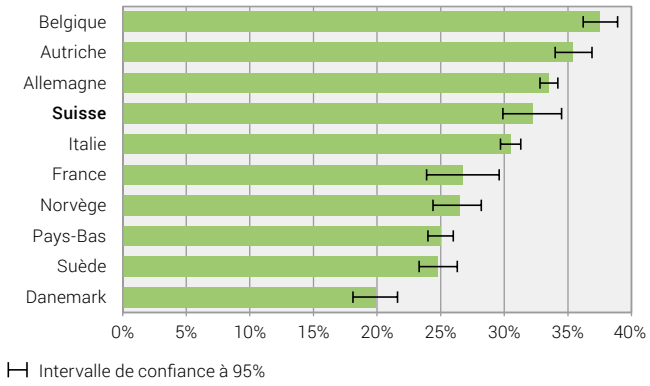
Cancer de l'estomac: survie relative à 1, 5 et 10 ans **G 4.3.5**



Source: ONEC

© OFS 2021

Cancer de l'estomac: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, de 2010 à 2014 **G 4.3.6**

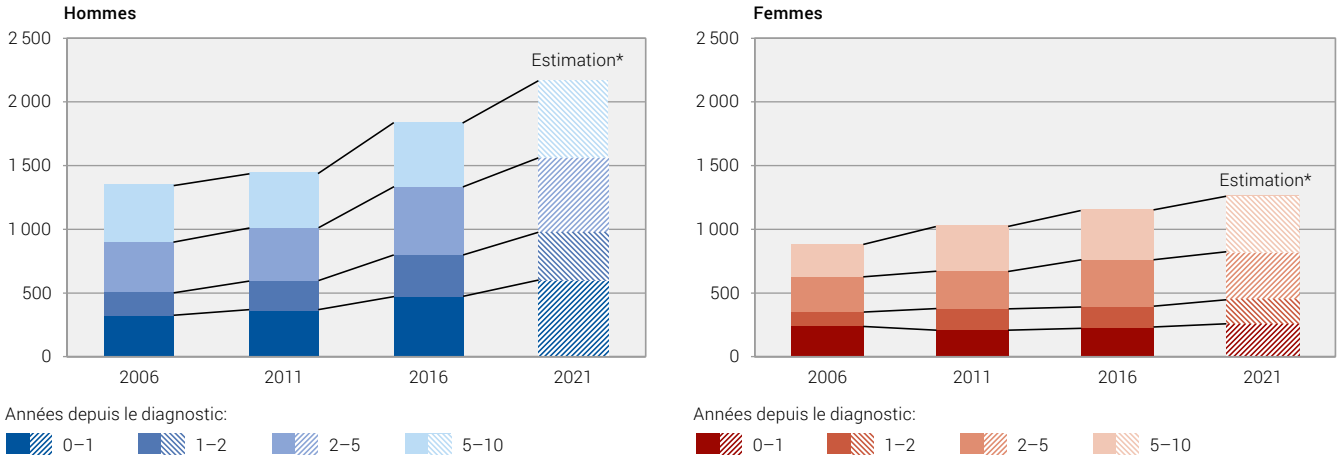


Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

Source: Allemani C. et al. (2018). Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3)

© OFS 2021

Cancer de l'estomac: nombre de malades (prévalence) G 4.3.7



* Projection à partir des données de 2007 à 2016

Source: ONEC

© OFS 2021

Cancer de l'estomac: principaux indicateurs épidémiologiques T 4.3.1

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2013 à 2017	614	341	337	211
Nombre de cas en 2021 (estimé)	728	383	381	227
Part de tous les cancers, moyenne 2013 à 2017	2,7%	3,6%	1,7%	2,8%
Taux brut (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	15,0	8,3	8,1	5,0
Évolution annuelle moyenne du taux brut, 2008 à 2017	1,1%	0,2%	0,4%	–0,1%
Taux brut en 2021 (estimé)	16,8	8,9	8,7	5,2
Taux standardisé (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	11,2	6,0	5,0	2,9
Évolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2008 à 2017	0,0%	–0,9%	0,6%	–0,7%
Âge médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2013 à 2017	70,7	72,9	74,1	77,5
Risque vie entière, moyenne 2013 à 2017	1,3%	0,7%	0,6%	0,4%
Risque cumulé avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	0,5%	0,3%	0,3%	0,1%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	_	1 487	_	961

	Hommes	Femmes
Nombre de malades dont le diagnostic remonte à moins de 5 ans (prévalence), au 31.12.2017	1 388	793
Taux de survie observé à 5 ans, 2013 à 2017	30,1%	37,6%
Taux de survie relatif à 5 ans, 2013 à 2017	33,5%	40,6%

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

La plupart des cas de cancer de l'estomac surviennent chez des personnes sans antécédents familiaux. Une histoire familiale de cancer de l'estomac est cependant associée à une augmentation du risque de développer ce cancer. Certaines prédispositions génétiques (polypose adénomateuse familiale, syndrome de Peutz-Jeghers) peuvent favoriser la survenue d'un cancer de l'estomac.[1, 2, 3]

Références

1. Ligue suisse contre le cancer. *Le cancer de l'estomac.* [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 4 décembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-de-lestomac/
2. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research 2018. *Continuous Update Project Expert Report 2018. Diet, nutrition, physical activity and stomach cancer.* Accessible depuis dietandcancerreport.org
3. Wild C.P., Weiderpass E., Stewart B.W., éd. (2020). *World Cancer Report. Cancer research for cancer prevention.* International Agency for Research on Cancer, Lyon

4.4 Cancer colorectal

Le cancer colorectal regroupe les tumeurs malignes du côlon (C18), de la jonction recto-sigmoïdienne (située entre le côlon et le rectum; C19) et du rectum (C20). La majorité des cas concerne cependant le côlon sigmoïde et le rectum. Ce type de cancer se développe généralement à partir des cellules de la muqueuse intestinale.[1]

4.4.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2013 et 2017, un peu plus de 2500 nouveaux cas de cancer colorectal ont été diagnostiqués en moyenne chaque année chez les hommes et près de 2000 chez les femmes. Cela place le cancer colorectal au troisième rang des cancers les plus fréquents chez les hommes et au deuxième rang chez les femmes. Ce cancer est une fois et demie plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. Le risque de développer un cancer colorectal au cours de la vie est de 5,2% chez les hommes et de 3,7% chez les femmes (T4.4.1).

Le cancer colorectal est la troisième cause de décès par cancer chez les hommes (environ 920 décès en moyenne chaque année) comme chez les femmes (un peu plus de 750 décès). Le risque de mourir de ce cancer est de 1,8% chez les hommes et de 1,2% chez les femmes.

L'incidence augmente avec l'âge; elle se stabilise à partir de 80 ans. La mortalité s'accroît elle aussi avec l'âge (G4.4.1).

La moitié des diagnostics sont posés après 71 ans chez les hommes et après 73 ans chez les femmes. La moitié des décès dus au cancer colorectal sont enregistrés après 76 ans chez les hommes et après 80 ans chez les femmes.

Comparaisons régionales et internationales

Il n'existe pas de différence clairement interprétable entre la Suisse alémanique d'une part et la Suisse romande et le Tessin d'autre part, hormis pour le taux d'incidence chez les hommes, qui est légèrement plus élevé en Suisse romande et au Tessin (G4.4.2).

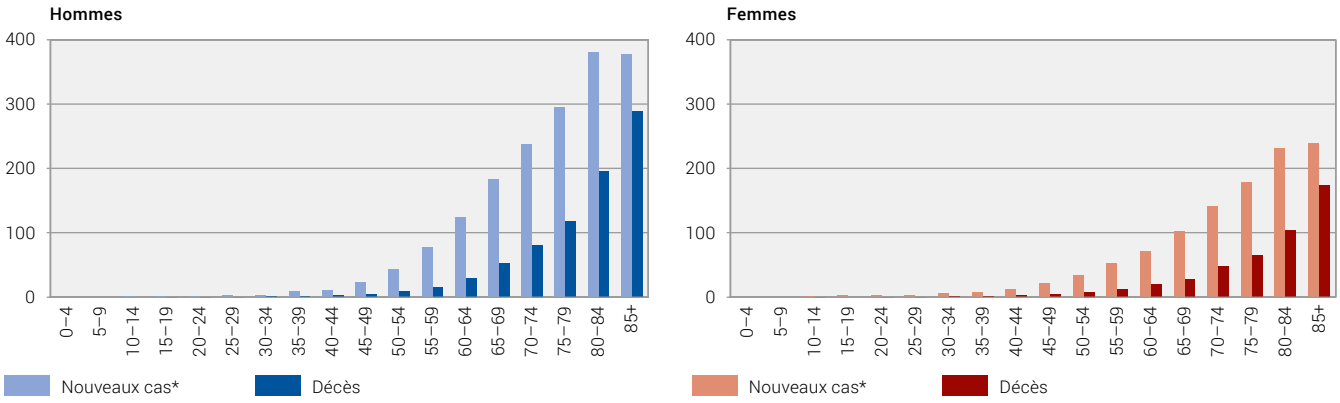
En comparaison avec les neuf pays européens pris en compte, la Suisse présente des taux d'incidence relativement bas (G4.4.3). La Suisse a le taux de mortalité le plus bas chez les hommes et le deuxième taux de mortalité le plus bas chez les femmes.

Évolution temporelle

L'incidence est restée globalement stable au cours des trente dernières années chez les femmes. Chez les hommes, une tendance à la baisse s'observe au cours des dix dernières années. Les taux de mortalité ont, quant à eux, continuellement diminué au cours des trente dernières années (– 45% chez les hommes, – 41% chez les femmes) (G4.4.4).

Cancer colorectal selon l'âge, de 2013 à 2017 **G4.4.1**

Taux spécifique par âge, pour 100 000 habitants



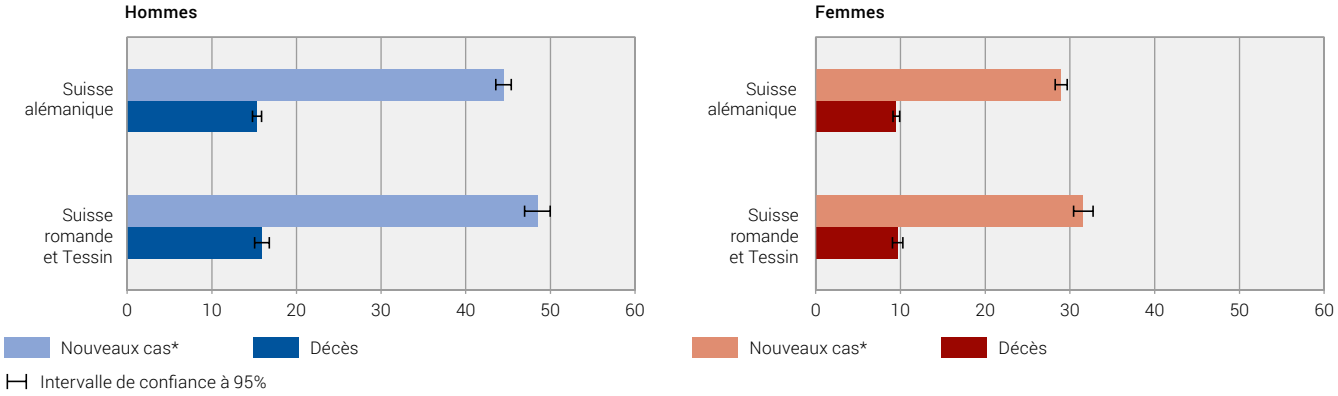
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer colorectal: comparaison régionale, de 2013 à 2017 G4.4.2

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



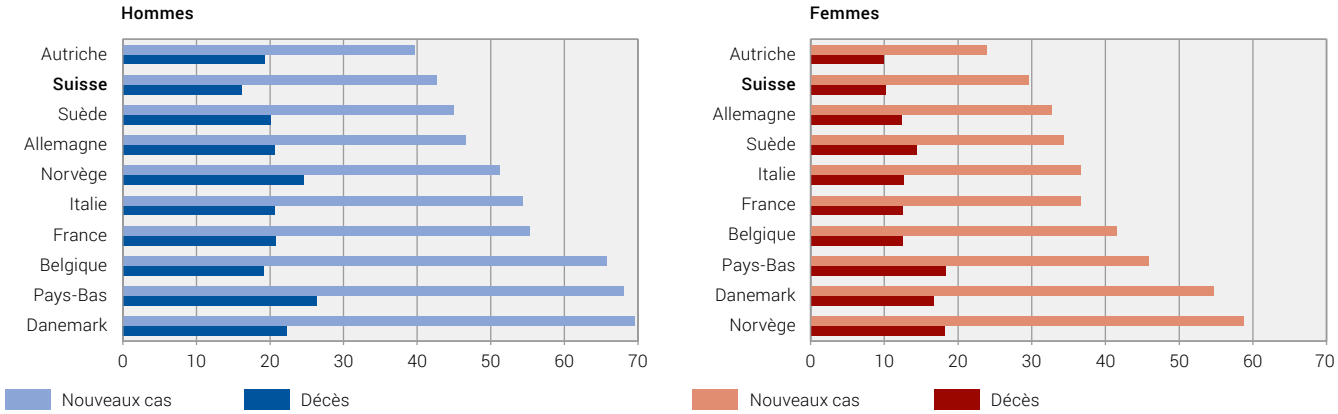
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer colorectal: comparaison internationale, en 2018 G4.4.3

Taux pour 100 000 habitants, standard européen

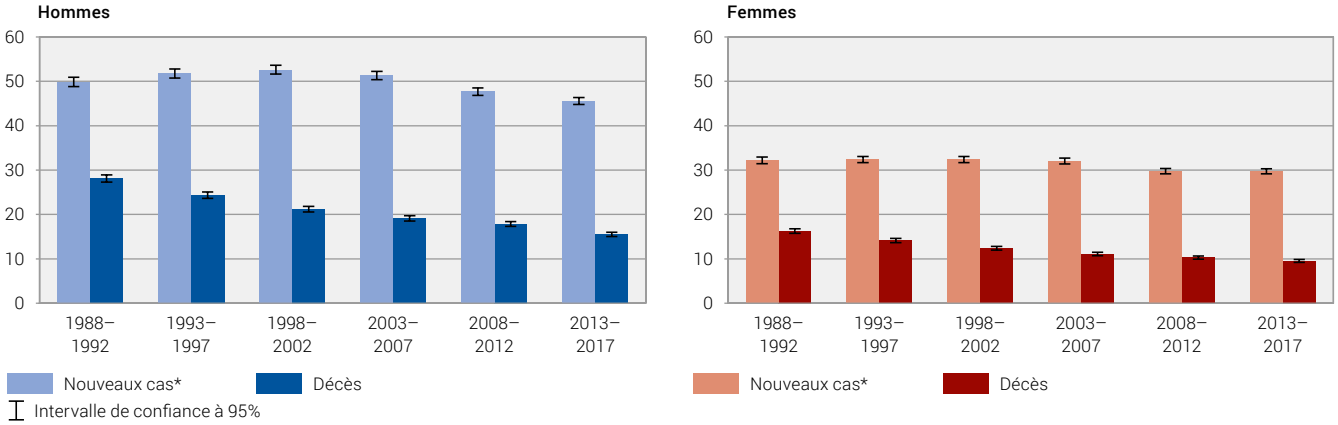


Source: Ferlay J. et al. (2018), Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018

© OFS 2021

Cancer colorectal: évolution temporelle G4.4.4

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

4.4.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

Sur la période 2013–2017, 59% des hommes et 61% des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de cancer colorectal (taux de survie absolu). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans s'est établi à 67% chez les hommes et à 68% chez les femmes (taux de survie relatif; T4.4.1).

Pendant la période 2003–2007, le taux de survie relatif à cinq ans était de 65% chez les hommes et chez les femmes. Entre les périodes 2003–2007 et 2013–2017, les taux de survie relatifs à dix ans ne se sont guère améliorés, passant de 58% à 60% chez les hommes et de 60% à 62% chez les femmes (G 4.4.5).

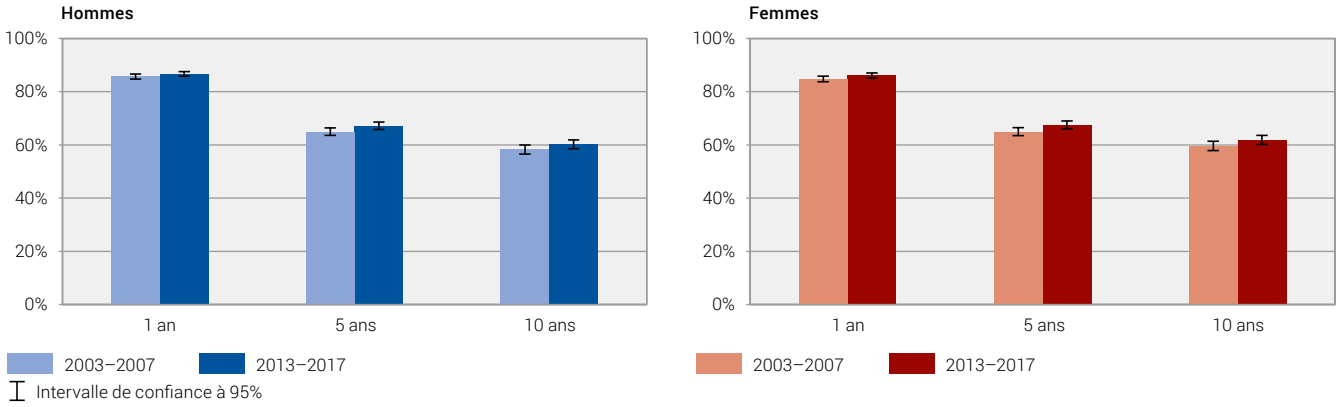
En comparaison avec les pays européens pris en compte, la Suisse se situe dans le tiers supérieur pour les taux de survie (source: CONCORD-3, période 2010–2014). Les écarts entre les pays sont relativement faibles (G 4.4.6).

Le nombre de personnes vivant avec un diagnostic de cancer colorectal datant de moins de dix ans a augmenté entre 2006 et 2016; il est passé de près de 19 700 à 23 800. Pour l'année 2021, ce groupe est estimé à 25 600 personnes en Suisse, soit environ 14 050 hommes et 11 550 femmes (G 4.4.7).

Facteurs de risque

Une consommation fréquente de viande rouge et de viande transformée, le surpoids et l'obésité, le manque d'activité physique et une taille corporelle supérieure à la moyenne sont associés à un risque accru de cancer colorectal. La consommation excessive de boissons alcoolisées, la consommation de produits du tabac et l'exposition aux *rayons X* et gamma constituent d'autres facteurs de risque avérés pour ce cancer. Le risque de cancer colorectal est plus élevé chez les personnes qui ont dans leur famille des cas de cancer colorectal, de polypose adénomateuse familiale (PAF) ou de cancer colorectal héréditaire non polyposique (HNPCC), aussi appelé syndrome de Lynch. Enfin, les maladies inflammatoires de l'intestin, comme la colite ulcéreuse et la maladie de Crohn, augmentent le risque de cancer colorectal.[1, 2, 3]

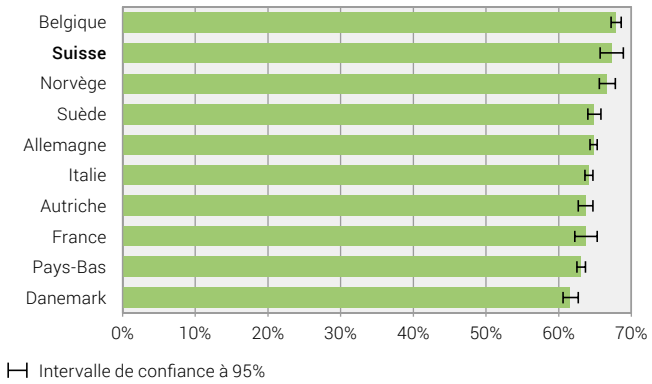
Cancer colorectal: survie relative à 1, 5 et 10 ans **G 4.4.5**



Source: ONEC

© OFS 2021

Cancer colorectal*: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, de 2010 à 2014 **G 4.4.6**



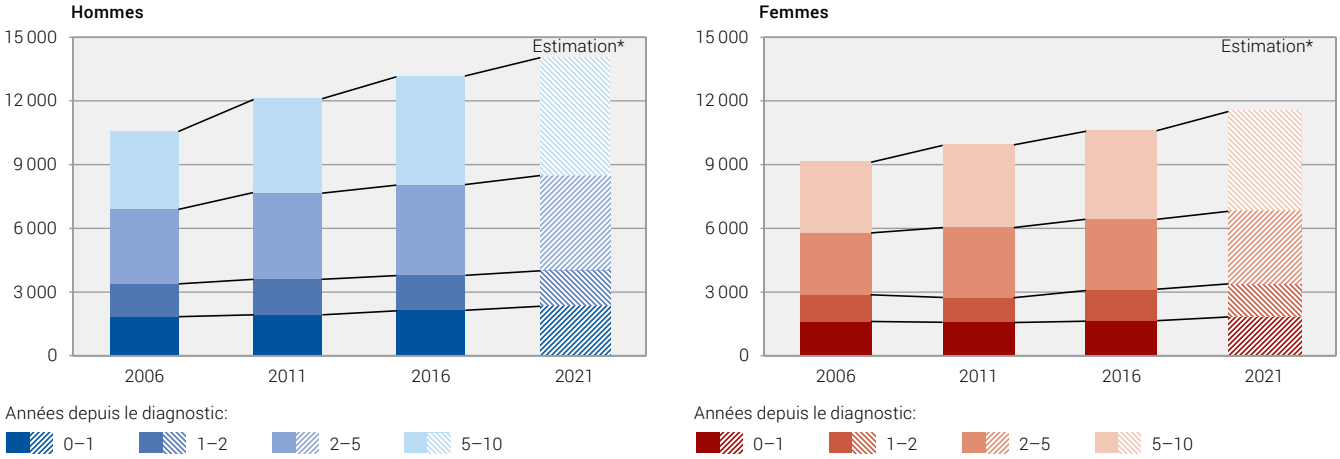
Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

* CIM-O-3 Code C18 (Colon)

Source: Allemani C. et al. (2018). Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3)

© OFS 2021

Cancer colorectal: nombre de malades (prévalence) G 4.4.7



* Projection à partir des données de 2007 à 2016

Source: ONEC

© OFS 2021

Cancer colorectal: principaux indicateurs épidémiologiques T 4.4.1

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2013 à 2017	2 525	921	1 976	753
Nombre de cas en 2021 (estimé)	2 812	1 000	2 200	831
Part de tous les cancers, moyenne 2013 à 2017	10,9%	9,8%	10,1%	9,9%
Taux brut (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	61,7	22,5	47,2	18,0
Évolution annuelle moyenne du taux brut, 2008 à 2017	0,0%	–0,9%	0,3%	–0,4%
Taux brut en 2021 (estimé)	64,9	23,1	50,1	18,9
Taux standardisé (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	45,6	15,5	29,7	9,5
Évolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2008 à 2017	–1,1%	–2,4%	–0,3%	–1,2%
Âge médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2013 à 2017	70,9	76,4	73,2	79,5
Risque vie entière, moyenne 2013 à 2017	5,2%	1,8%	3,7%	1,2%
Risque cumulé avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	2,2%	0,5%	1,5%	0,4%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	_	2 681	_	2 165

	Hommes	Femmes
Nombre de malades dont le diagnostic remonte à moins de 5 ans (prévalence), au 31.12.2017	8 393	6 694
Taux de survie observé à 5 ans, 2013 à 2017	59,0%	61,4%
Taux de survie relatif à 5 ans, 2013 à 2017	67,2%	67,6%

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Références

1 Ligue suisse contre le cancer. *Le cancer du côlon et du rectum.* [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 4 décembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-du-colon-et-du-rectum/

2 World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research 2018. *Continuous Update Project Expert Report 2018. Diet, nutrition, physical activity and colorectal cancer.* Accessible depuis dietandcancerreport.org

3 Wild C.P., Weiderpass E., Stewart B.W., éd. 2020. *World Cancer Report. Cancer research for cancer prevention.* International Agency for Research on Cancer, Lyon

4.5 Cancer du foie

Seules sont considérées dans ce chapitre les tumeurs primaires du foie (C 22), qui se développent majoritairement à partir des cellules du foie (hépatocytes). Toutefois, les tumeurs du foie sont souvent secondaires, c'est-à-dire dues à la dissémination de cellules cancéreuses à partir d'un autre cancer primaire.[1]

4.5.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2013 et 2017, un peu plus de 640 nouveaux cas de cancer du foie ont été diagnostiqués chez les hommes en moyenne chaque année, contre près de 240 chez les femmes. Cela représente 2,8% des cancers chez les hommes et 1,2% chez les femmes. Le risque de développer un cancer du foie au cours de la vie est de 1,4% pour les hommes et de 0,5% pour les femmes (T4.5.1). Le taux d'incidence standardisé est 3,3 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes pour ce cancer.

Durant cette même période, le cancer du foie a entraîné 510 décès en moyenne chaque année chez les hommes. Cela représente 5% des décès par cancer et place le cancer du foie au cinquième rang des décès par cancer chez les hommes. Chez les femmes, le cancer du foie a été à l'origine de 220 décès en moyenne par an au cours de cette période (2,9% des décès par cancer). Le risque de mourir de ce cancer est de 1,1% chez les hommes et de 0,4% chez les femmes.

Le taux d'incidence s'accroît jusqu'à 84 ans chez les femmes et jusqu'à 79 ans chez les hommes. Le taux de mortalité augmente quant à lui continuellement chez les hommes; chez les femmes, il progresse jusqu'à 84 ans (G 4.5.1). La moitié des cancers du foie sont diagnostiqués après 70 ans chez les hommes et après 73 ans chez les femmes; la moitié des décès surviennent respectivement après 73 et 76 ans.

Comparaisons régionales et internationales

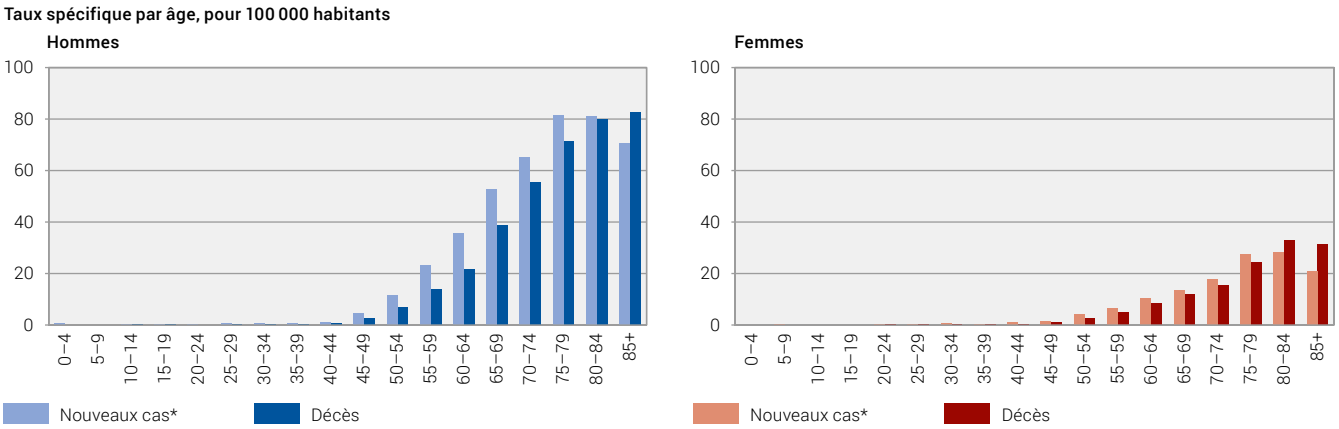
Chez les hommes, il existe une différence très nette entre les régions. La Suisse romande et le Tessin ont des taux d'incidences et de mortalité clairement plus élevés que la Suisse alémanique. Chez les femmes, les taux d'incidence et de mortalité sont tous deux légèrement plus élevés en Suisse romande et au Tessin qu'en Suisse alémanique (G 4.5.2).

En comparaison avec les neuf pays européens pris en compte, la Suisse présente les quatrièmes taux d'incidence et de mortalité les plus élevés chez les hommes, derrière la France, l'Italie et l'Autriche (G 4.5.3). Elle a également le quatrième taux d'incidence le plus élevé chez les femmes et présente le troisième taux de mortalité le plus élevé, à égalité avec la France.

Évolution temporelle

Chez les hommes comme chez les femmes, l'incidence a augmenté jusqu'en 2012 (G 4.5.4). Ensuite, les taux se sont stabilisés dans les deux sexes et ont même un peu baissé. La mortalité est également en légère baisse depuis 2013 chez les hommes. Chez les femmes en revanche, elle continue de progresser légèrement, après avoir reculé entre 2008 et 2012.

Cancer du foie selon l'âge, de 2013 à 2017 **G 4.5.1**



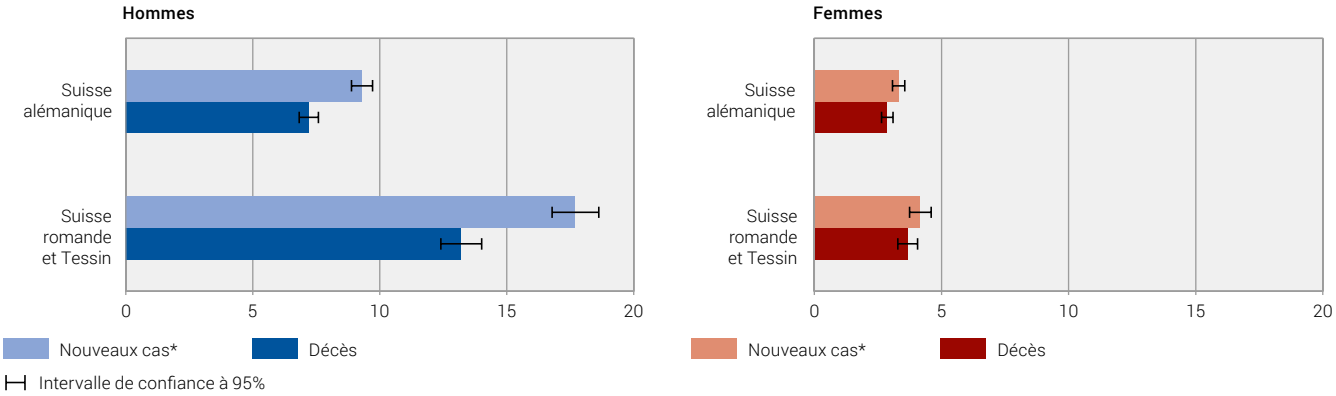
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer du foie: comparaison régionale, de 2013 à 2017 G 4.5.2

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



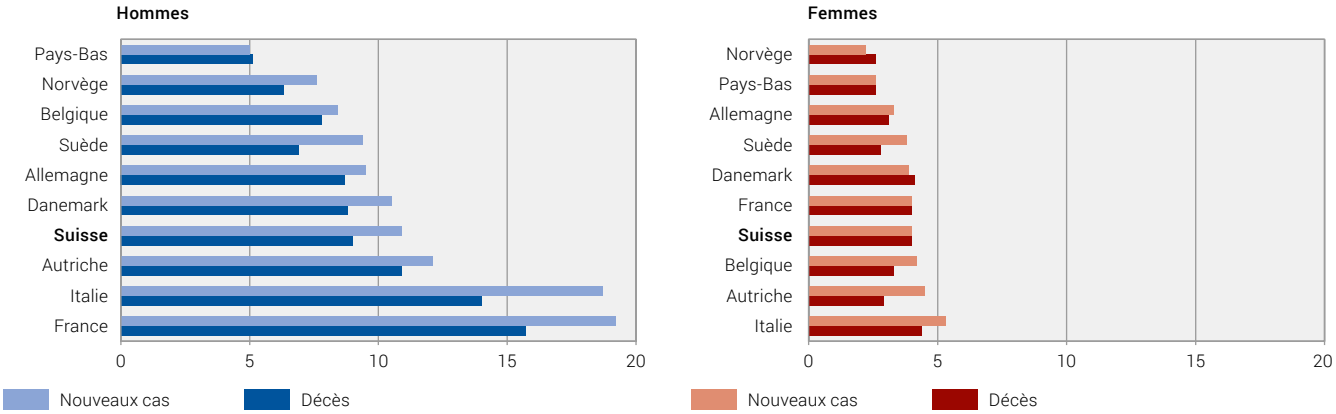
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer du foie: comparaison internationale, en 2018 G 4.5.3

Taux pour 100 000 habitants, standard européen

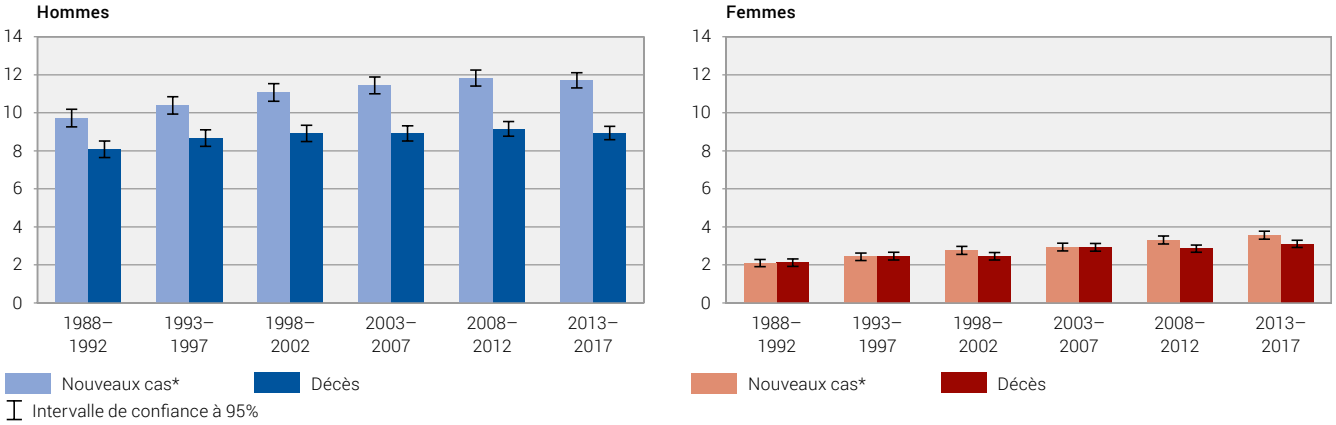


Source: Ferlay J. et al. (2018), Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018

© OFS 2021

Cancer du foie: évolution temporelle G 4.5.4

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

4.5.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

Sur la période 2013–2017, 19% des hommes et des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de cancer du foie (taux de survie absolu). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans atteint 21% chez les hommes et chez les femmes (taux de survie relatif; T4.5.1).

Pendant la période 2003–2007, le taux de survie relatif à cinq ans était de 14% chez les hommes et de 16% chez les femmes. Entre les périodes 2003–2007 et 2013–2017, les taux de survie relatifs à dix ans se sont améliorés, passant de 9% à 12% chez les hommes et de 10% à 15% chez les femmes (G4.5.5).

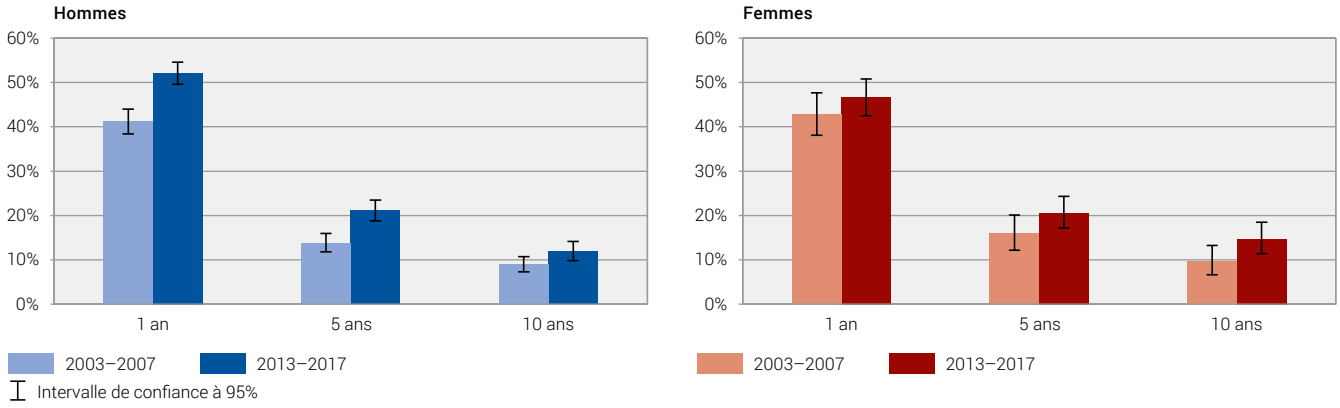
En comparaison avec les pays européens pris en compte, la Suisse se situe dans la moyenne pour les taux de survie (source: CONCORD-3, période 2010–2014) (G4.5.6).

Le nombre de personnes vivant avec un diagnostic de cancer du foie datant de moins de dix ans a augmenté entre 2006 et 2016; il est passé d'environ 960 à un peu moins de 1740. Pour l'année 2021, ce groupe est estimé à 2110 personnes en Suisse, soit environ 1560 hommes et 550 femmes (G4.5.7).

4.5.3 Facteurs de risque

Les principaux facteurs de risque du cancer du foie le plus fréquent, l'hépatocarcinome, sont associés à une atteinte chronique du foie (surtout cirrhose du foie et stéatose hépatique non alcoolique). La cirrhose du foie est souvent liée à une infection chronique par le virus de l'hépatite B ou C ou à l'excès d'alcool (trois boissons alcoolisées ou plus par jour).

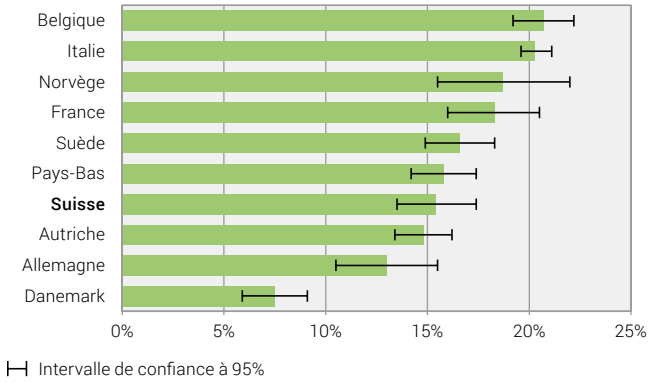
Cancer du foie: survie relative à 1, 5 et 10 ans **G4.5.5**



Source: ONEC

© OFS 2021

Cancer du foie: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, de 2010 à 2014 **G4.5.6**



Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

Source: Allemani C. et al. (2018). Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3)

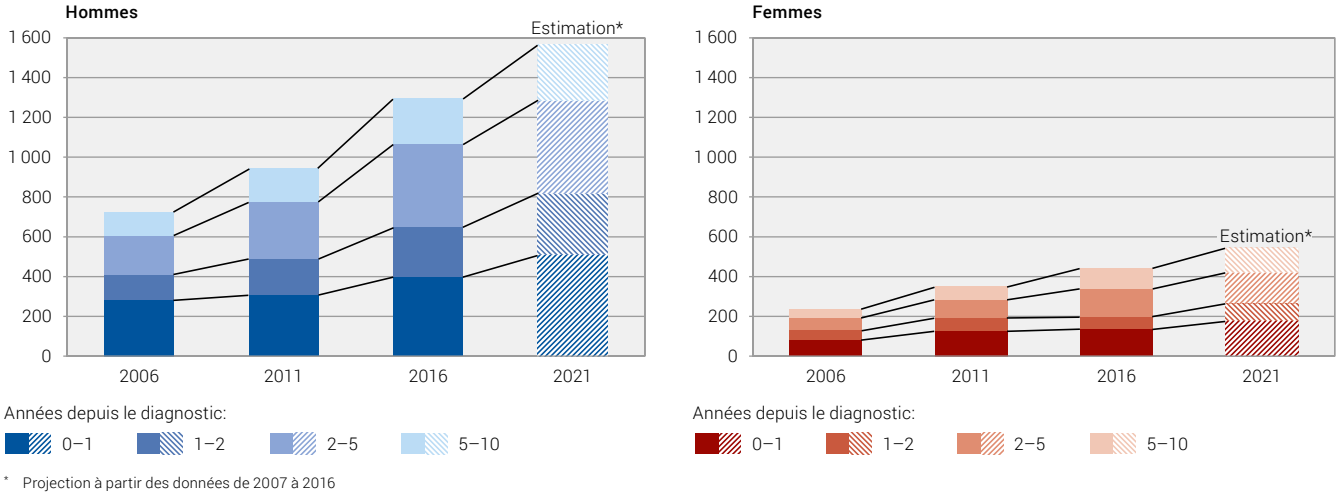
© OFS 2021

Le cancer du foie est plus fréquent chez les hommes. Ces derniers sont plus souvent infectés par le virus de l'hépatite B ou C et consommateurs d'alcool, mais des influences hormonales ne sont pas à exclure. Chez les femmes, la prise de contraceptifs oraux combinés (œstrogènes et progestérone) peut augmenter le risque de cancer du foie.

Le tabagisme est un autre facteur de risque et les enfants de fumeurs présentent un risque plus élevé de cancer du foie. Sont également considérées comme cancérogènes l'exposition au thorium 232 et à ses produits de désintégration (exposition médicale) ainsi que l'exposition au plutonium (exposition professionnelle). D'autres maladies, comme des syndromes métaboliques associés à l'obésité, le diabète ou des maladies métaboliques héréditaires rares augmentent le risque de cancer du foie.[1, 3]

Dans les pays en développement, l'exposition aux aflatoxines (toxines de champignons) est un des principaux facteurs de risque de cancer du foie. Elle est le plus souvent due à l'ingestion de denrées alimentaires contaminées par une moisissure du genre Aspergillus, principalement dans les régions du monde où les conditions de stockage dans la chaleur et l'humidité favorisent la contamination des céréales et des légumineuses

Cancer du foie: nombre de malades (prévalence) G 4.5.7



* Projection à partir des données de 2007 à 2016

Source: ONEC

© OFS 2021

Cancer du foie: principaux indicateurs épidémiologiques T 4.5.1

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2013 à 2017	642	507	235	224
Nombre de cas en 2021 (estimé)	786	622	300	281
Part de tous les cancers, moyenne 2013 à 2017	2,8%	5,4%	1,2%	2,9%
Taux brut (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	15,7	12,4	5,6	5,4
Évolution annuelle moyenne du taux brut, 2008 à 2017	1,3%	1,0%	2,2%	2,0%
Taux brut en 2021 (estimé)	18,1	14,4	6,8	6,4
Taux standardisé (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	11,7	8,9	3,5	3,1
Évolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2008 à 2017	–0,2%	–0,7%	3,2%	1,7%
Âge médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2013 à 2017	70,2	72,6	73,2	76,2
Risque vie entière, moyenne 2013 à 2017	1,4%	1,1%	0,5%	0,4%
Risque cumulé avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	0,6%	0,4%	0,2%	0,1%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	_	1 784	_	700

	Hommes	Femmes
Nombre de malades dont le diagnostic remonte à moins de 5 ans (prévalence), au 31.12.2017	1 129	359
Taux de survie observé à 5 ans, 2013 à 2017	19,2%	19,2%
Taux de survie relatif à 5 ans, 2013 à 2017	21,1%	20,6%

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

(Afrique subsaharienne, Asie du Sud-Est, Chine). Certains parasites du foie (Clonorchis et Opisthorchis) peuvent être à l'origine de cholangiocarcinomes. Ces tumeurs du foie, qui se développent à partir des cellules des voies biliaires, sont très rares, excepté en Asie du Sud-Est.[1, 2, 3]

Références

1. Ligue suisse contre le cancer. *Le cancer du foie.* [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 5 décembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-du-foie/
2. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research 2018. *Continuous Update Project Expert Report 2018. Diet, nutrition, physical activity and liver cancer.* Accessible depuis dietandcancerreport.org
3. Wild C.P., Weiderpass E., Stewart B.W., éd. 2020. *World Cancer Report. Cancer research for cancer prevention.* International Agency for Research on Cancer, Lyon

4.6 Cancer de la vésicule et des voies biliaires

Ce chapitre concerne les cancers de la vésicule biliaire (C23) ainsi que ceux des voies biliaires (C24), à l'exclusion des cancers des voies biliaires intrahépatiques (classés en C22 avec le cancer du foie). La vésicule biliaire est un organe dans lequel la bile, produite par le foie, est stockée et concentrée. Les voies biliaires transportent la bile du foie dans l'intestin grêle. Le cancer de la vésicule et des voies biliaires est souvent diagnostiqué tardivement, lorsque la tumeur empêche l'écoulement de la bile dans l'intestin grêle.[1]

4.6.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2013 et 2017, un peu plus de 160 cas de cancer de la vésicule ou des voies biliaires ont été diagnostiqués en moyenne chaque année chez les hommes et près de 190 chez les femmes. Cela représente moins de 1% des cancers chez les hommes comme chez les femmes. Le risque de développer un cancer de la vésicule ou des voies biliaires au cours de la vie est de 0,3% dans les deux sexes (T4.6.1). Le taux d'incidence standardisé est plus élevé de 16% chez les hommes que chez les femmes.

Durant cette même période, le cancer de la vésicule et des voies biliaires a été à l'origine d'un peu plus de 80 décès en moyenne chaque année chez les hommes (0,9% des décès par cancer) et d'environ 110 décès chez les femmes (1,5% des décès par cancer). Le risque de mourir d'un cancer de la vésicule ou des voies biliaires est de 0,2% chez les hommes comme chez les femmes.

Les taux d'incidence et de mortalité restent inférieurs à un pour 100 000 habitants jusqu'à 49 ans. Ils augmentent avec l'âge (G 4.6.1).

La moitié des diagnostics sont posés après 74 ans chez les hommes et après 77 ans chez les femmes. La moitié des décès dus au cancer de la vésicule et des voies biliaires surviennent après 76 ans chez les hommes et après 78 ans chez les femmes (T4.6.1).

Comparaisons régionales et internationales

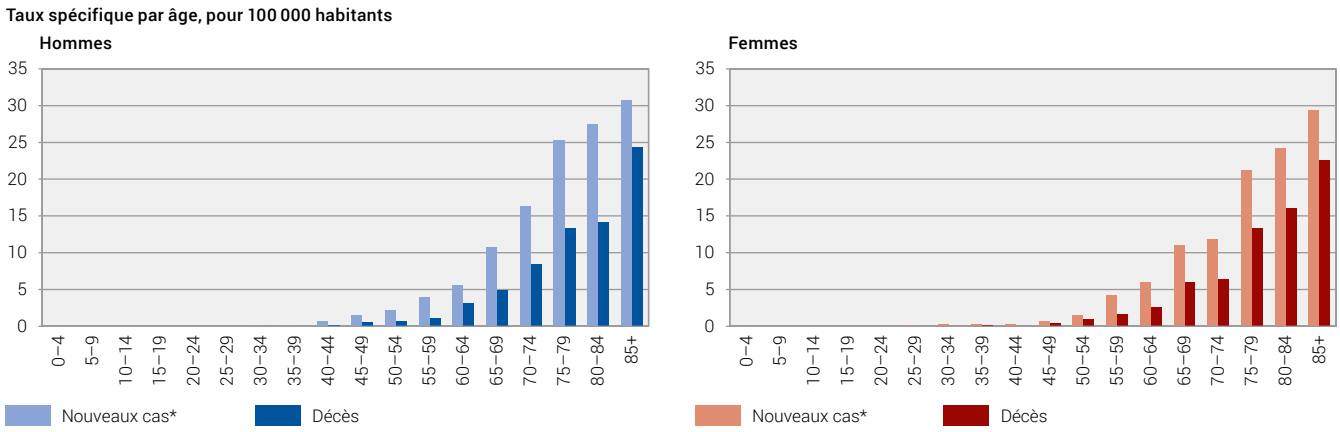
Pour l'incidence, il n'existe pas de différence notable entre la Suisse alémanique d'une part et la Suisse romande et le Tessin d'autre part. Concernant la mortalité, les chiffres sont un peu plus bas en Suisse romande et au Tessin tant chez les hommes que chez les femmes (G 4.6.2).

Le taux d'incidence en Suisse est – en comparaison avec neuf pays européens – le quatrième plus bas chez les hommes et le troisième plus haut chez les femmes. Pour ce qui est de la mortalité, la Suisse présente également le quatrième taux le plus bas chez les hommes et le cinquième taux le plus bas chez les femmes (G 4.6.3).

Évolution temporelle

Les taux d'incidence et de mortalité ont globalement diminué au cours des trente dernières années. Le recul est très net chez les femmes (taux incidence: –38% et taux de mortalité: –59%) et pour la mortalité chez les hommes (41%). Il est un peu moins prononcé pour l'incidence chez les hommes (–12%; G 4.6.4). Compte tenu du faible nombre de cas par an, il faut veiller à ne pas surinterpréter le fléchissement observé dans l'incidence chez les hommes durant la période 1998–2002.

Cancer de la vésicule et des voies biliaires selon l'âge, de 2013 à 2017 **G 4.6.1**



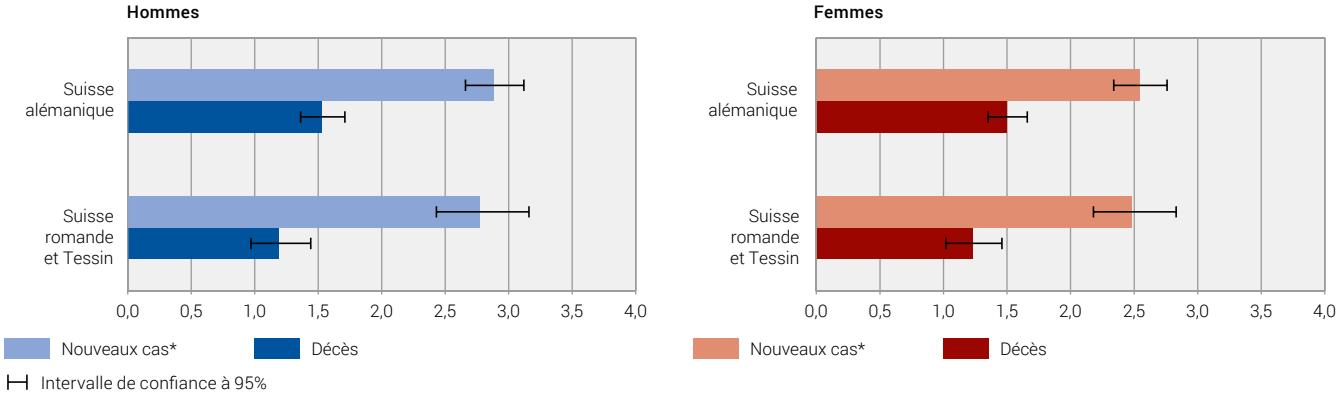
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer de la vésicule et des voies biliaires: comparaison régionale, de 2013 à 2017 G 4.6.2

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



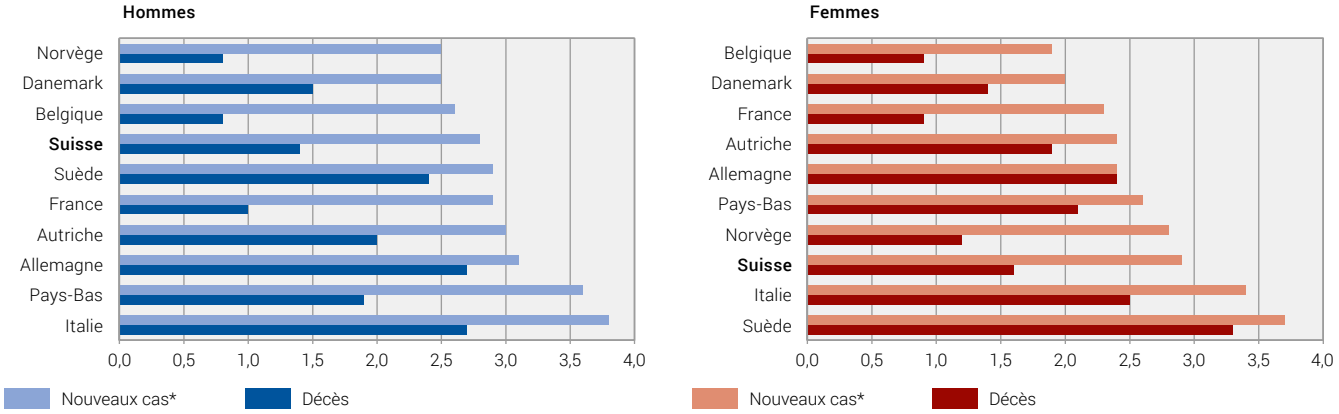
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer de la vésicule et des voies biliaires: comparaison internationale, en 2018 G 4.6.3

Taux pour 100 000 habitants, standard européen

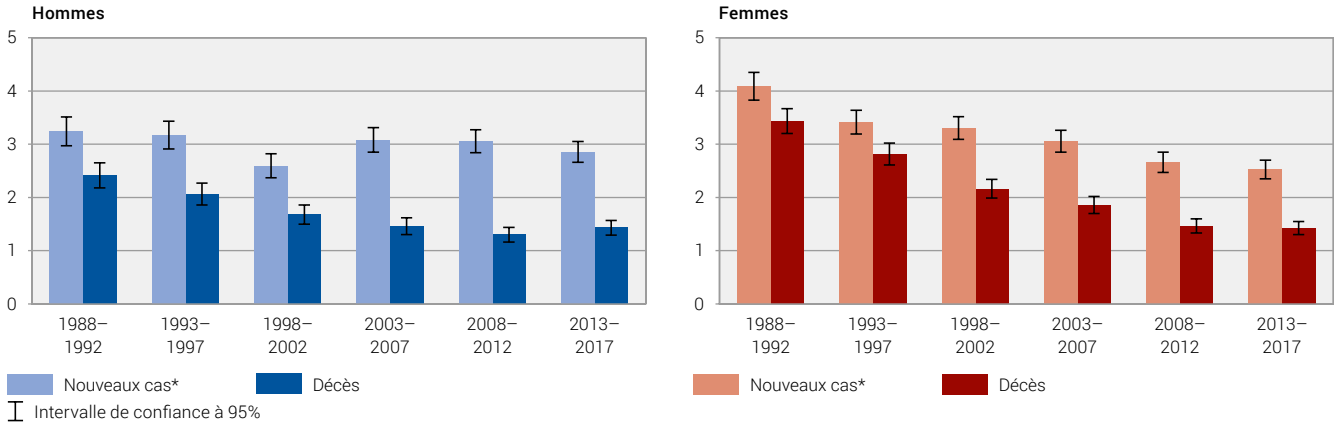


Source: Ferlay J. et al. (2018), Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018

© OFS 2021

Cancer de la vésicule et des voies biliaires: évolution temporelle G 4.6.4

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

4.6.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

Sur la période 2013–2017, 19% des hommes et près de 17% des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de cancer de la vésicule ou des voies biliaires (taux de survie absolu). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans s'est établi à 21% chez les hommes et à 18% chez les femmes (taux de survie relatif; T4.6.1).

Pendant la période 2003–2007, le taux de survie relatif à cinq ans était de 18% chez les hommes et chez les femmes. Entre les périodes 2003–2007 et 2013–2017, les taux de survie relatifs à dix ans se sont très légèrement améliorés, passant de 15% à 18% chez les hommes et de 13% à 14% chez les femmes (G4.6.5).

En comparaison avec les pays européens pris en compte, la Suisse se situe dans le tiers supérieur pour les taux de survie (source: EUROCARE-5, période 2000–2007) (G4.6.6).

Le nombre de personnes vivant avec un diagnostic de cancer de la vésicule ou des voies biliaires datant de moins de dix ans a augmenté entre 2006 et 2016; il est passé d'environ 570 à 710. Pour l'année 2021, ce groupe est estimé à 770 personnes en Suisse, soit environ 440 hommes et 330 femmes (G4.6.7).

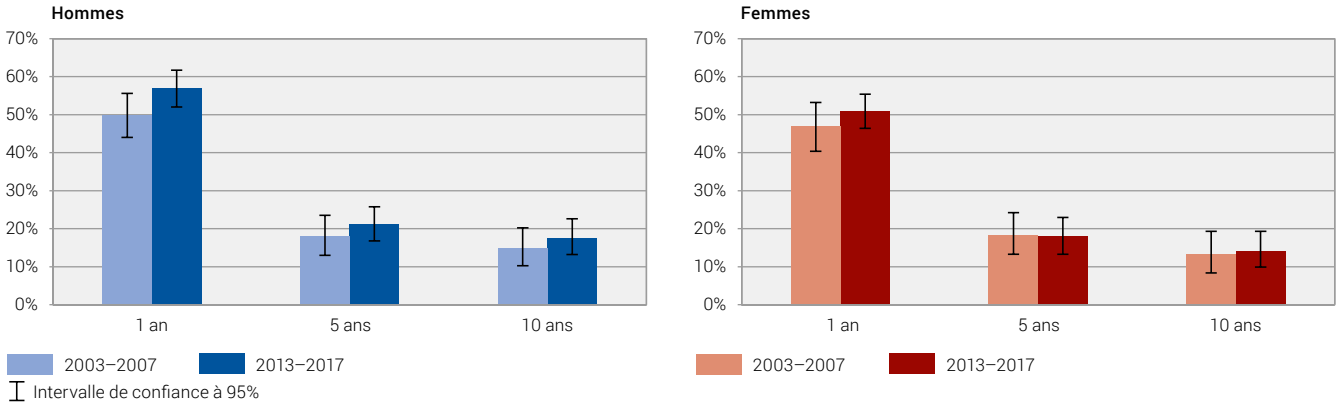
4.6.3 Facteurs de risque

Les causes et les facteurs de risque du cancer de la vésicule et des voies biliaires sont encore mal connus. L'irritation chronique et l'inflammation semblent toutefois jouer un rôle primordial dans le développement de ce cancer. En lien avec l'inflammation, différents facteurs de risques sont cités dans la littérature scientifique: des calculs biliaires, une cholangite sclérosante primitive (maladie auto-immune), une maladie appelée vésicule de porcelaine (dépôts de calcium s'accumulant sur la paroi de la vésicule biliaire à la suite d'une inflammation chronique), des infections par des virus ou des parasites (salmonelles notamment) ou encore une malformation congénitale de la jonction entre le pancréas et la vésicule biliaire.

Par ailleurs, une augmentation du risque de cancer de la vésicule biliaire est observée chez les personnes en surpoids ou obèses. En effet, la surcharge pondérale augmente le risque de calculs biliaires, qui sont eux-mêmes des facteurs de risque de ce cancer. Les calculs biliaires entraînent également une hausse du taux de certaines hormones dans le sang et favorisent des réactions inflammatoires et, par là même, le développement de certains types de cancer.

La présence de polypes dans la vésicule biliaire et certaines mutations génétiques augmentent également le risque. Le thorium 232 et ses produits de désintégration sont également cités comme facteurs de risque du cancer de la vésicule et des voies biliaires.[1, 2, 3, 4]

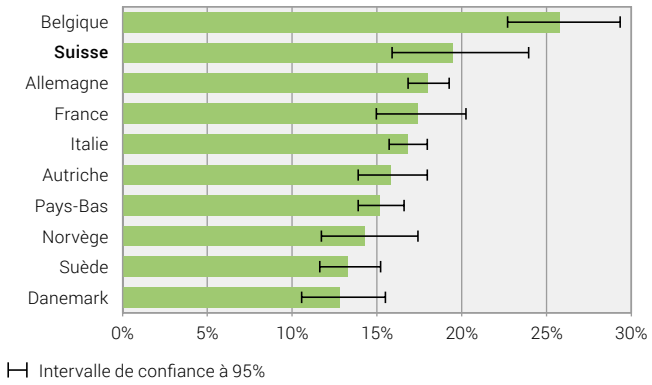
Cancer de la vésicule et des voies biliaires: survie relative à 1, 5 et 10 ans **G4.6.5**



Source: ONEC

© OFS 2021

Cancer de la vésicule et des voies biliaires: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, de 2000 à 2007 **G4.6.6**

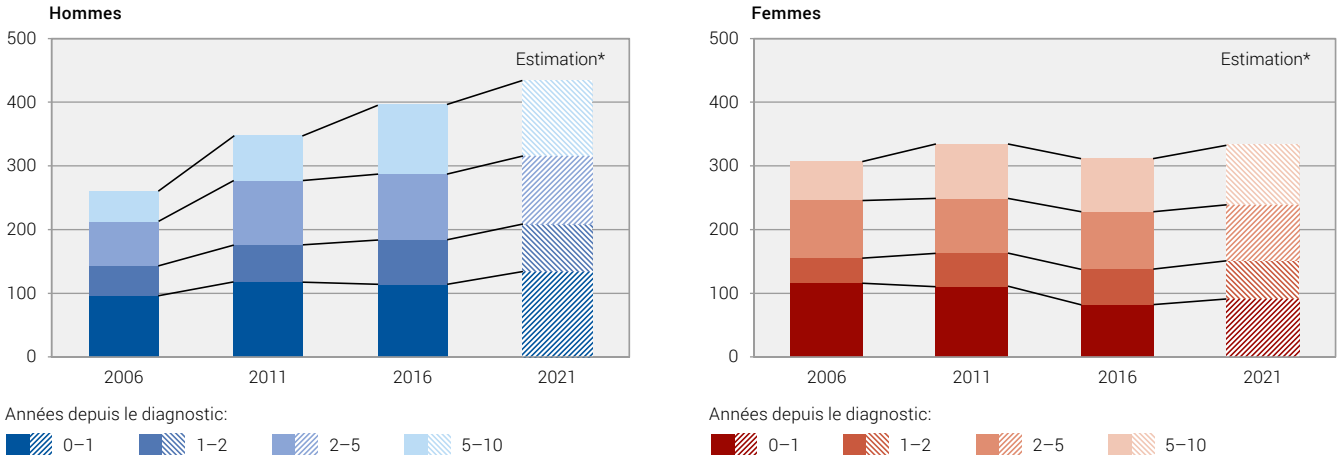


Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

Source: De Angelis R. et al. (2014), Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EUROCARE-5 — a population-based study

© OFS 2021

Cancer de la vésicule et des voies biliaires: nombre de malades (prévalence) G 4.6.7



* Projection à partir des données de 2007 à 2016

Source: ONEC

© OFS 2021

Cancer de la vésicule et des voies biliaires: principaux indicateurs épidémiologiques T 4.6.1

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2013 à 2017	163	84	185	112
Nombre de cas en 2021 (estimé)	175	128	205	138
Part de tous les cancers, moyenne 2013 à 2017	0,7%	0,9%	0,9%	1,5%
Taux brut (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	4,0	2,1	4,4	2,7
Évolution annuelle moyenne du taux brut, 2008 à 2017	–0,6%	4,7%	0,1%	1,4%
Taux brut en 2021 (estimé)	4,1	2,9	4,7	3,1
Taux standardisé (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	2,9	1,4	2,5	1,4
Évolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2008 à 2017	–1,8%	3,4%	–1,3%	0,4%
Âge médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2013 à 2017	73,7	75,7	76,6	78,7
Risque vie entière, moyenne 2013 à 2017	0,3%	0,2%	0,3%	0,2%
Risque cumulé avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	_	220	_	240

	Hommes	Femmes
Nombre de malades dont le diagnostic remonte à moins de 5 ans (prévalence), au 31.12.2017	297	236
Taux de survie observé à 5 ans, 2013 à 2017	19,0%	16,6%
Taux de survie relatif à 5 ans, 2013 à 2017	21,1%	17,9%

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Références

1. Ligue suisse contre le cancer. *Le cancer de la vésicule et des voies biliaires.* [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 29 novembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-de-la-vesicule-et-des-voies-biliaires/
2. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research 2018. *Continuous Update Project Expert Report 2018. Diet, nutrition, physical activity and gallbladder cancer.* Accessible depuis dietandcancerreport.org
3. Mathew M. A, Yuman F, 2014. *Epidemiology and Risk Factors of Biliary Tract and Primary Liver Tumors.* Surg Oncol Clin N Am 23: 171–188
4. Wild C.P., Weiderpass E., Stewart B.W., éd. 2020. *World Cancer Report. Cancer research for cancer prevention.* International Agency for Research on Cancer, Lyon

4.7 Cancer du pancréas

Le cancer du pancréas (C 25) apparaît principalement dans les cellules glandulaires qui produisent les sucs digestifs acheminés vers l'intestin.[1]

4.7.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2013 et 2017, environ 750 nouveaux cas de cancer du pancréas ont été diagnostiqués en moyenne chaque année chez les hommes et tout autant chez les femmes. Cela représente 3,3% des cancers chez les hommes et 3,8% des cancers chez les femmes. Le risque de développer un cancer du pancréas au cours de la vie est de 1,6% chez les hommes et de 1,4% chez les femmes (T4.7.1). Ce cancer touche plus souvent les hommes, qui ont un taux d'incidence standardisé 1,3 fois plus élevé que celui des femmes.

Durant cette même période, un peu plus de 640 hommes et de 660 femmes sont décédés d'un cancer du pancréas en moyenne chaque année. Cela représente 6,8% des décès par cancer chez les hommes et 8,7% des décès par cancer chez les femmes et place le cancer du pancréas au quatrième rang des causes de décès par cancer dans les deux sexes. Le risque de mourir d'un cancer du pancréas est de 1,4% chez les hommes et de 1,2% chez les femmes.

Les taux d'incidence et de mortalité augmentent avec l'âge, cependant la hausse du taux d'incidence, s'arrête à 85 ans, chez les hommes (G 4.7.1). La moitié des hommes ont plus de 72 ans au moment du diagnostic et plus de 73 ans au moment du décès. Chez les femmes, la moitié des diagnostics sont posés après 75 ans et la moitié des décès dus au cancer du pancréas surviennent après 77 ans.

Comparaisons régionales et internationales

Chez les hommes, les taux d'incidence et de mortalité sont un peu plus élevés en Suisse romande et au Tessin qu'en Suisse alémanique. Ces différences ne sont pas observées chez les femmes (G 4.7.2).

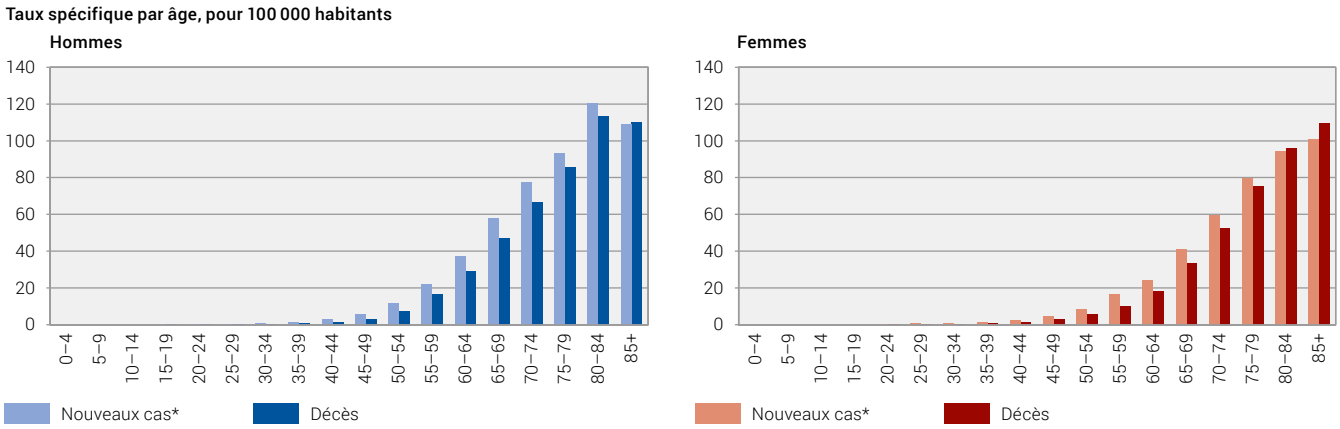
Par rapport au neuf pays européens retenus pour la comparaison internationale, la Suisse enregistre le troisième taux d'incidence le plus bas chez les hommes; seuls la Norvège et les Pays-Bas ont des taux d'incidence inférieurs. Chez les femmes, la Suisse présente le deuxième taux d'incidence le plus bas après la Norvège (G 4.7.3).

En comparaison avec les pays européens pris en compte, la Suisse a le taux de mortalité le plus bas, chez les hommes. Chez les femmes, les taux de mortalité sont plus faibles en Italie et en Belgique (G 4.7.3).

Évolution temporelle

Les taux d'incidence et de mortalité n'ont cessé d'augmenter depuis la période 2003–2007 chez les hommes et depuis la période 1993–1997 chez les femmes (G 4.7.4).

Cancer du pancréas selon l'âge, de 2013 à 2017 **G 4.7.1**



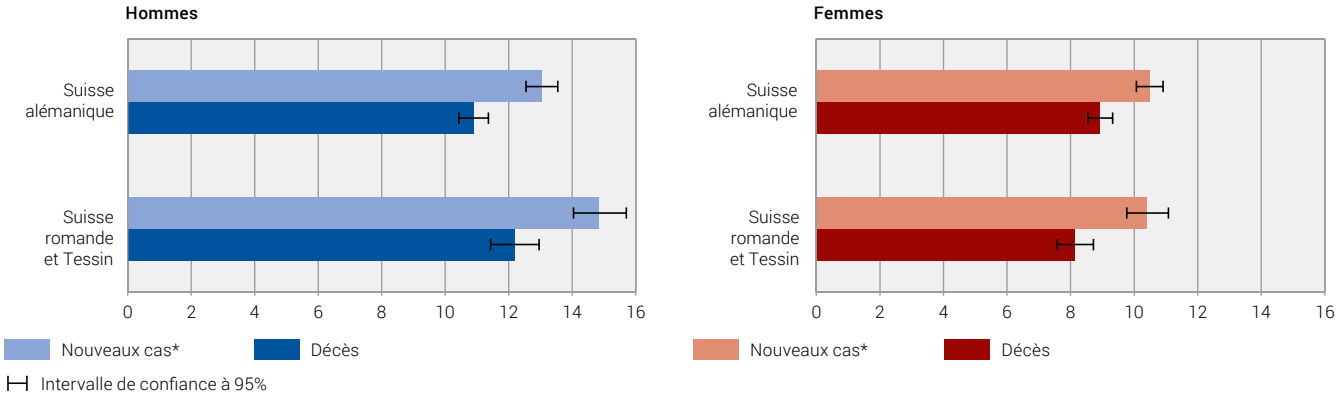
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer du pancréas: comparaison régionale, de 2013 à 2017 G 4.7.2

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



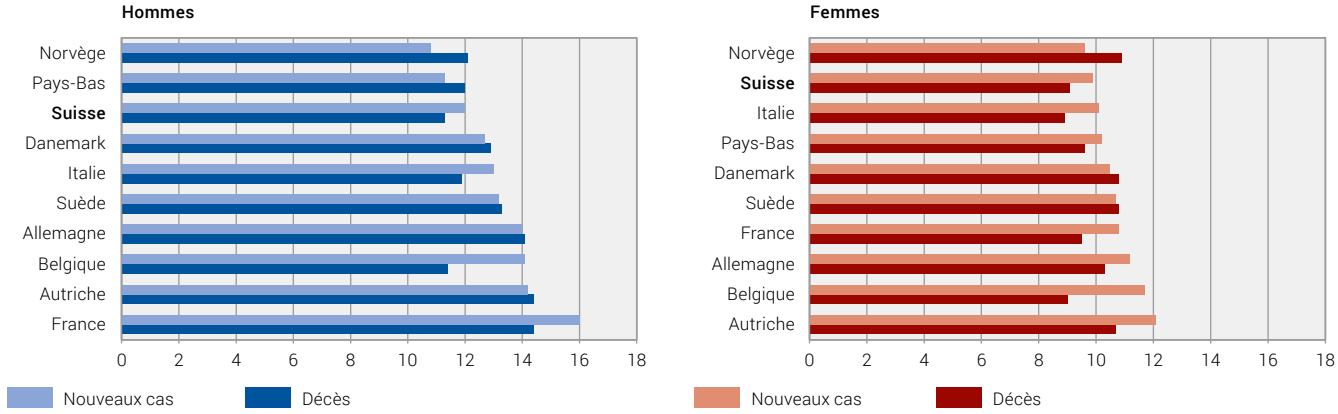
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer du pancréas: comparaison internationale, en 2018 G 4.7.3

Taux pour 100 000 habitants, standard européen

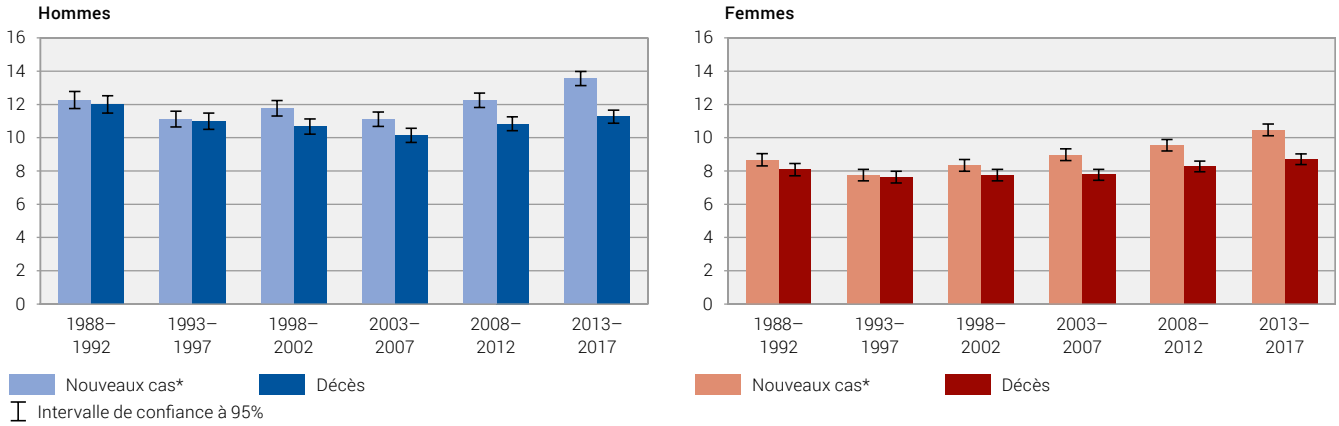


Source: Ferlay J. et al. (2018), Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018

© OFS 2021

Cancer du pancréas: évolution temporelle G 4.7.4

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

4.7.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

Sur la période 2013–2017, près de 12% des hommes et des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de cancer du pancréas (taux de survie absolu). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans s'est établi à 13% chez les hommes et chez les femmes (taux de survie relatif; T4.7.1).

Pendant la période 2003–2007, le taux de survie relatif à cinq ans était de 6% chez les hommes et de 8% chez les femmes. Entre les périodes 2003–2007 et 2013–2017, les taux de survie relatifs à dix ans se sont améliorés, passant de 4% à 10% chez les hommes et de 6% à 9% chez les femmes (G4.7.5).

En comparaison avec les pays européens pris en compte, la Suisse se situe dans la moyenne pour les taux de survie (source: CONCORD-3, période 2010–2014) (G4.7.6).

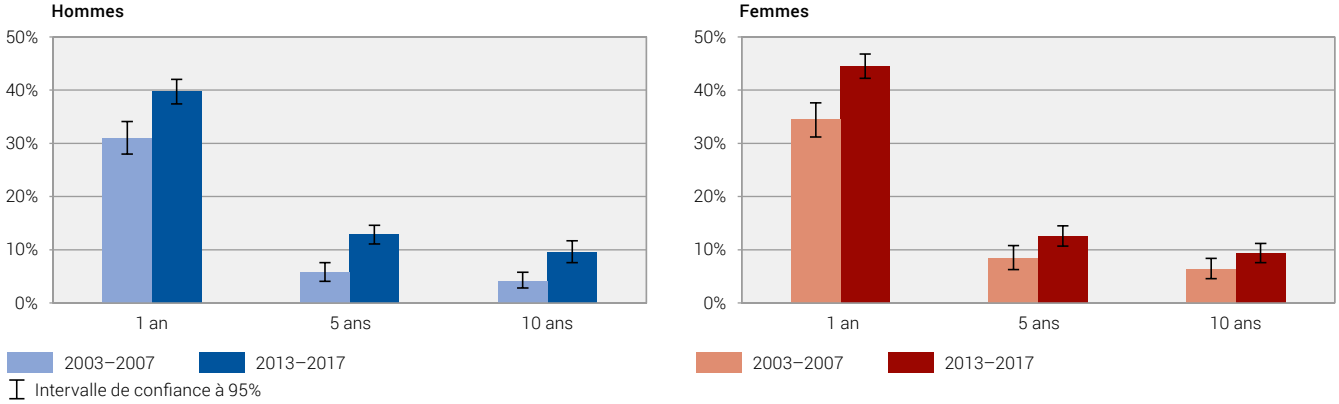
Le nombre de personnes vivant avec un diagnostic de cancer du pancréas datant de moins de dix ans s'est accru entre 2006 et 2016; il est passé d'environ 1020 à 1960. Pour l'année 2021, ce groupe est estimé à 2450 personnes en Suisse, soit environ 1270 hommes et 1180 femmes (G4.7.7).

4.7.3 Facteurs de risque

Le tabagisme, l'obésité, le diabète et l'inflammation chronique du pancréas sont des facteurs de risque pour ce cancer. Le risque de développer un cancer du pancréas est 1,6 fois plus élevé chez les fumeurs que chez les non-fumeurs et 1,9 fois plus élevé chez les fumeuses que chez les non-fumeuses.

Par ailleurs, une grande taille à l'âge adulte est associée à une augmentation du risque de cancer du pancréas sans que la cause en soit connue. Lors de l'apparition de cas de cancers du pancréas dans une même famille, les facteurs héréditaires ou un mode de vie similaire sont discutés comme cause possible.[1, 2, 3]

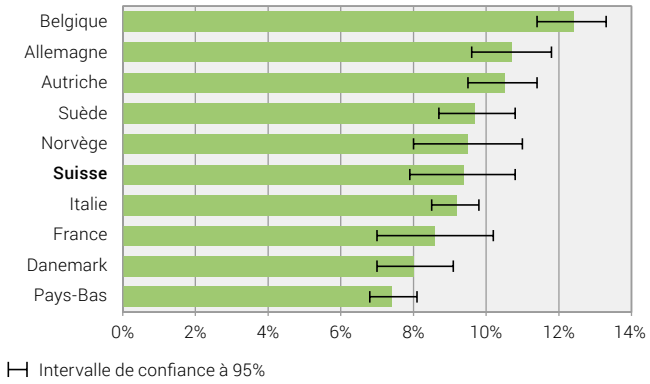
Cancer du pancréas: survie relative à 1, 5 et 10 ans **G4.7.5**



Source: ONEC

© OFS 2021

Cancer du pancréas: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, de 2010 à 2014 **G4.7.6**

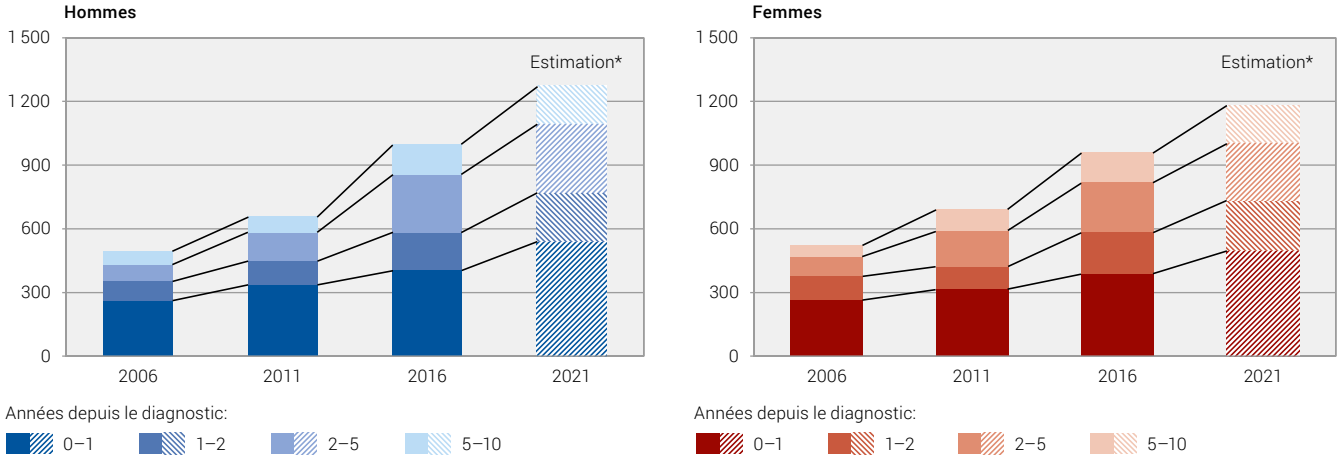


Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

Source: Allemani C. et al. (2018). Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3)

© OFS 2021

Cancer du pancréas: nombre de malades (prévalence) G 4.7.7



* Projection à partir des données de 2007 à 2016

Source: ONEC

© OFS 2021

Cancer du pancréas: principaux indicateurs épidémiologiques T 4.7.1

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2013 à 2017	760	643	742	662
Nombre de cas en 2021 (estimé)	1 063	824	970	827
Part de tous les cancers, moyenne 2013 à 2017	3,3%	6,8%	3,8%	8,7%
Taux brut (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	18,5	15,7	17,7	15,8
Évolution annuelle moyenne du taux brut, 2008 à 2017	3,7%	2,4%	2,6%	2,0%
Taux brut en 2021 (estimé)	24,5	19,0	22,1	18,8
Taux standardisé (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	13,6	11,3	10,5	8,7
Évolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2008 à 2017	2,4%	1,0%	2,0%	1,1%
Âge médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2013 à 2017	71,5	72,9	75,3	77,3
Risque vie entière, moyenne 2013 à 2017	1,6%	1,4%	1,4%	1,2%
Risque cumulé avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	0,6%	0,5%	0,5%	0,4%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	_	2 287	_	1 541

	Hommes	Femmes
Nombre de malades dont le diagnostic remonte à moins de 5 ans (prévalence), au 31.12.2017	891	850
Taux de survie observé à 5 ans, 2013 à 2017	11,7%	11,9%
Taux de survie relatif à 5 ans, 2013 à 2017	12,8%	12,5%

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Références

1 Ligue suisse contre le cancer. *Le cancer du pancréas.* [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 5 décembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-du-pancreas/

2 World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research 2018. *Continuous Update Project Expert Report 2018. Diet, nutrition, physical activity and pancreatic cancer.* Accessible depuis dietandcancerreport.org

3 Wild C.P., Weiderpass E., Stewart B.W., éd. 2020. *World Cancer Report. Cancer research for cancer prevention.* International Agency for Research on Cancer, Lyon

4.8 Cancer du larynx

Le cancer du larynx (C 32) se forme généralement à partir de la muqueuse qui tapisse le larynx.[1]

4.8.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2013 et 2017, environ 210 nouveaux cas de cancer du larynx ont été diagnostiqués en moyenne chaque année chez les hommes et un peu plus de 40 chez les femmes. Cela représente 1% des cancers chez les hommes et 0,2% des cancers chez les femmes. Le risque de développer un cancer du larynx au cours de la vie est de 0,5% chez les hommes et de 0,1% chez les femmes (T 4.8.1). Ce cancer touche quatre fois plus souvent les hommes que les femmes.

Durant la même période, le cancer du larynx a été à l'origine d'environ 70 décès chez les hommes et 15 décès chez les femmes en moyenne chaque année. Cela représente 0,8% des décès par cancer chez les hommes et 0,2% des décès par cancer chez les femmes. Le risque de mourir d'un cancer du larynx est de 0,2% chez les hommes et de moins de 0,1% chez les femmes.

Les taux d'incidence ont augmenté avec l'âge jusqu'à la classe des 70 à 74 ans chez les hommes et jusqu'à celle des 65 à 69 ans chez les femmes, ces deux classes d'âge affichant les taux les plus élevés. Les taux restent relativement élevés chez les hommes âgés, alors qu'ils diminuent chez les femmes.

Chez les hommes, les premiers décès sont enregistrés dans le groupe des 40 à 44 ans, alors que chez les femmes quelques décès sont déjà recensés dans le groupe des 35 à 39 ans. Le risque de décès s'accroît avec l'âge chez les hommes. Chez les femmes, le groupe des 80 à 84 ans présente le taux de mortalité le plus haut, avec toutefois un petit nombre de cas (G 4.8.1).

La moitié des cas de cancer du larynx sont diagnostiqués avant 70 ans chez les hommes et avant 66 ans chez les femmes. La moitié des décès sont, quant à eux, enregistrés avant 73 ans chez les hommes et avant 74 ans chez les femmes.

Comparaisons régionales et internationales

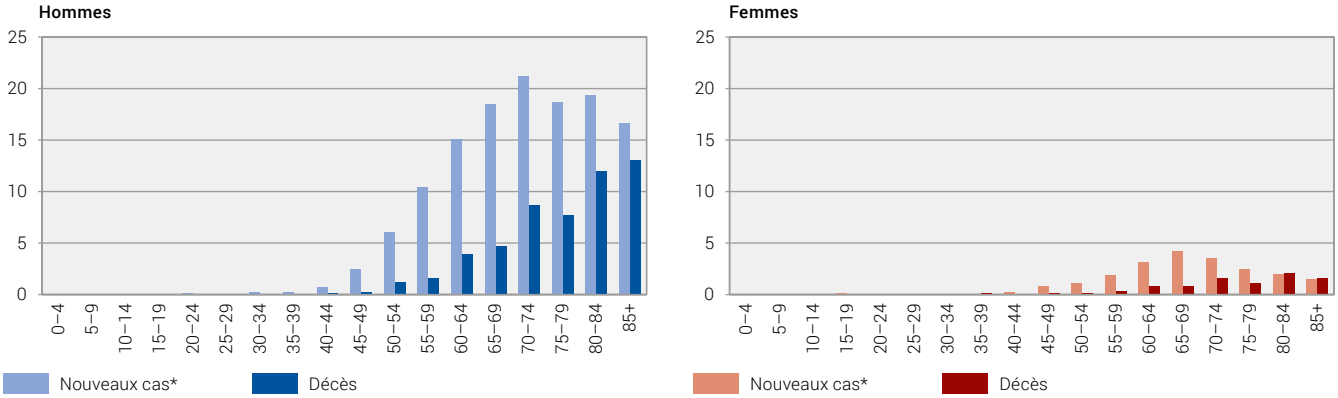
Les taux d'incidence et de mortalité sont nettement plus élevés en Suisse romande et au Tessin qu'en Suisse alémanique chez les hommes. Cette différence est particulièrement marquée pour l'incidence. Chez les femmes, il n'existe pas de différence notable entre dans les deux régions (G 4.8.2).
Comparée aux neuf pays européens retenus pour la comparaison internationale, la Suisse présente le quatrième taux d'incidence le plus élevé chez les hommes; la Suède, la Norvège, l'Autriche, les Pays-Bas, l'Allemagne et le Danemark ont des taux d'incidence inférieurs. Chez les femmes, la Suisse se situe dans la moyenne pour l'incidence. Pour ce qui est de la mortalité, le classement international est peu représentatif en raison du faible nombre de cas en Suisse (G 4.8.3).

Évolution temporelle

Les taux d'incidence et de mortalité ont diminué de respectivement 41% et 63% chez les hommes entre 1988 et 2017, alors qu'ils sont restés relativement stables à un bas niveau chez les femmes (G 4.8.4).

Cancer du larynx selon l'âge, de 2013 à 2017 **G 4.8.1**

Taux spécifique par âge, pour 100 000 habitants



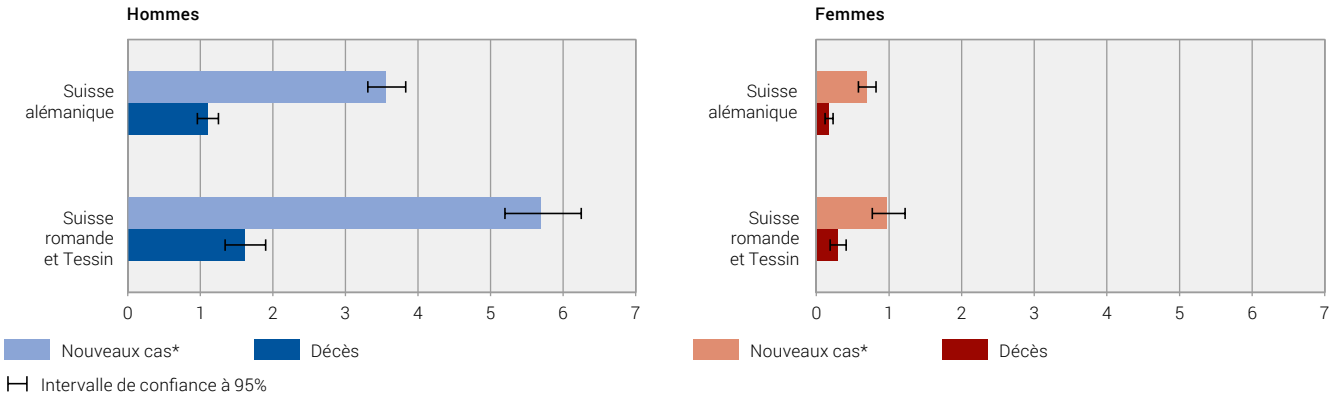
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer du larynx: comparaison régionale, de 2013 à 2017 G4.8.2

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



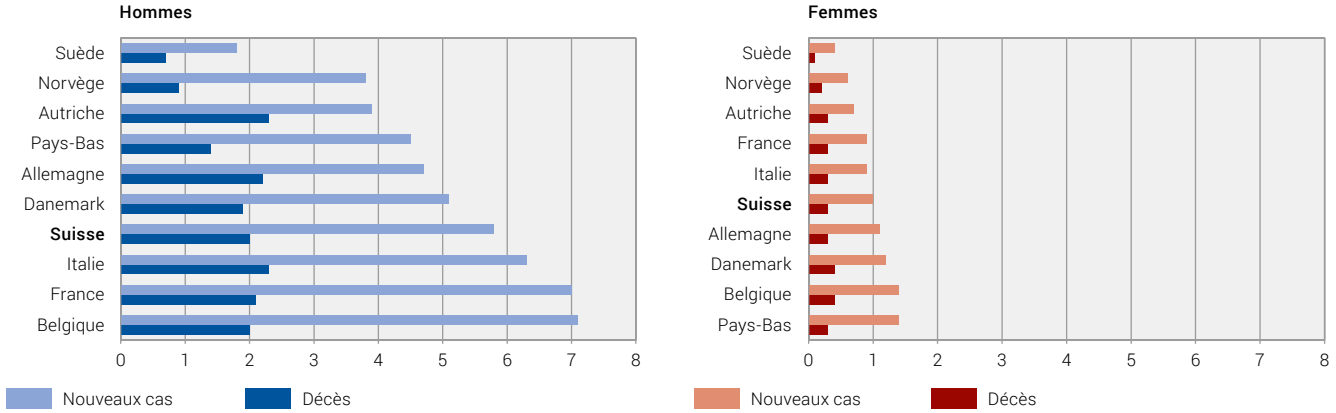
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer du larynx: comparaison internationale, en 2018 G4.8.3

Taux pour 100 000 habitants, standard européen

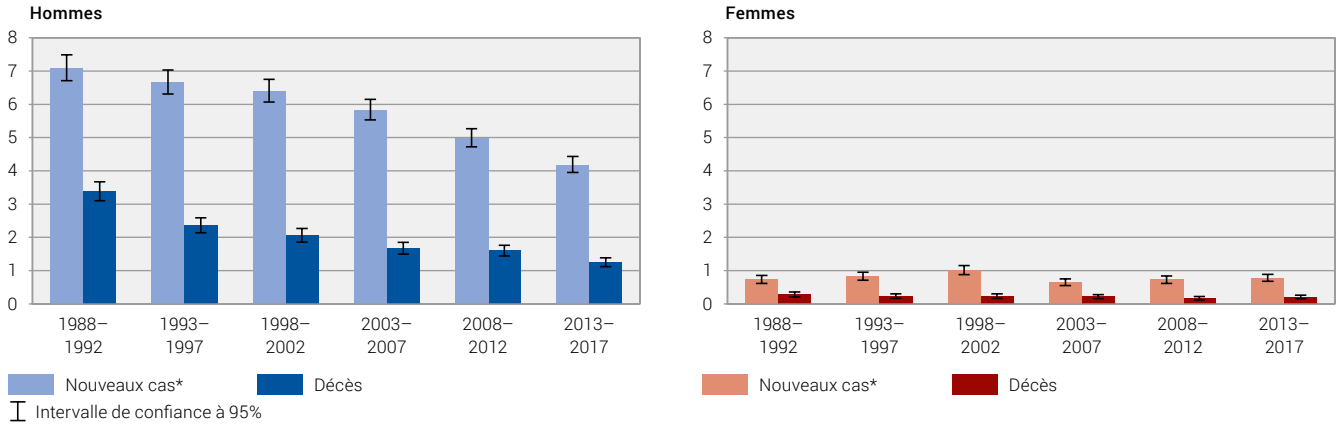


Source: Ferlay J. et al. (2018), Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018

© OFS 2021

Cancer du larynx: évolution temporelle G4.8.4

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

4.8.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

Sur la période 2013–2017, 58% environ des hommes et près de 53% des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de cancer du larynx (taux de survie absolu). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans s'est établi à 66% chez les hommes et à 58% chez les femmes (taux de survie relatif; T4.8.1).

Pendant la période 2003–2007, le taux de survie relatif à cinq ans était de 62% chez les hommes et de 61% chez les femmes. Entre les périodes 2003–2007 et 2013–2017, les taux de survie relatifs à dix ans sont restés globalement stables (environ 50% chez les hommes et 48% chez les femmes) (G4.8.5).

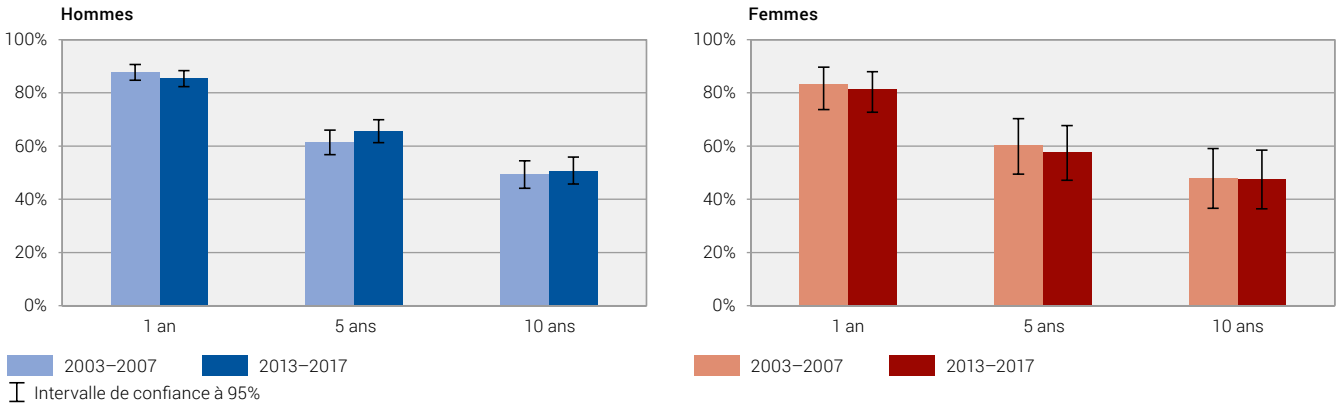
En comparaison avec les pays européens pris en compte, la Suisse se situe dans la moyenne pour les taux de survie (source: EUROCARE-5, période 2000–2007) (G4.8.6).

Le nombre de personnes vivant avec un diagnostic de cancer du larynx datant de moins de dix ans n'a pas évolué entre 2006 et 2016; il était d'environ 1600 personnes en 2016, soit environ 1370 hommes et 230 femmes.

4.8.3 Facteurs de risque

Le tabagisme et la consommation d'alcool sont les principaux facteurs de risque de cancer du larynx. Une plus grande consommation d'alcool et de tabac dans la population masculine pourrait expliquer l'incidence plus élevée chez les hommes. Le risque de développer un cancer du larynx s'accroît avec la durée de la consommation et lorsque ces deux produits sont associés. La surcharge pondérale, l'exposition aux poussières d'amiante ainsi que l'exposition professionnelle aux vapeurs d'acides constituent d'autres facteurs de risque.[1, 2, 3]

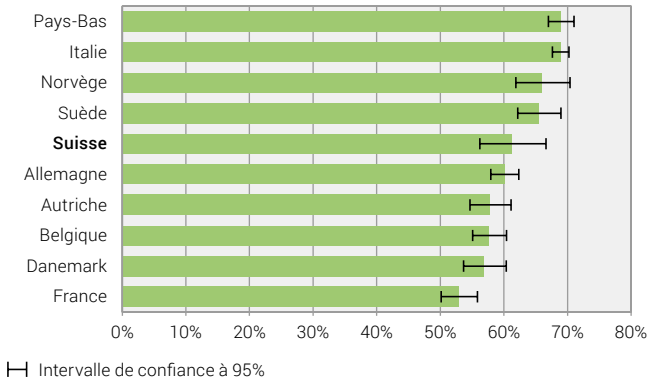
Cancer du larynx: survie relative à 1, 5 et 10 ans **G4.8.5**



Source: ONEC

© OFS 2021

Cancer du larynx: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, de 2000 à 2007 **G4.8.6**

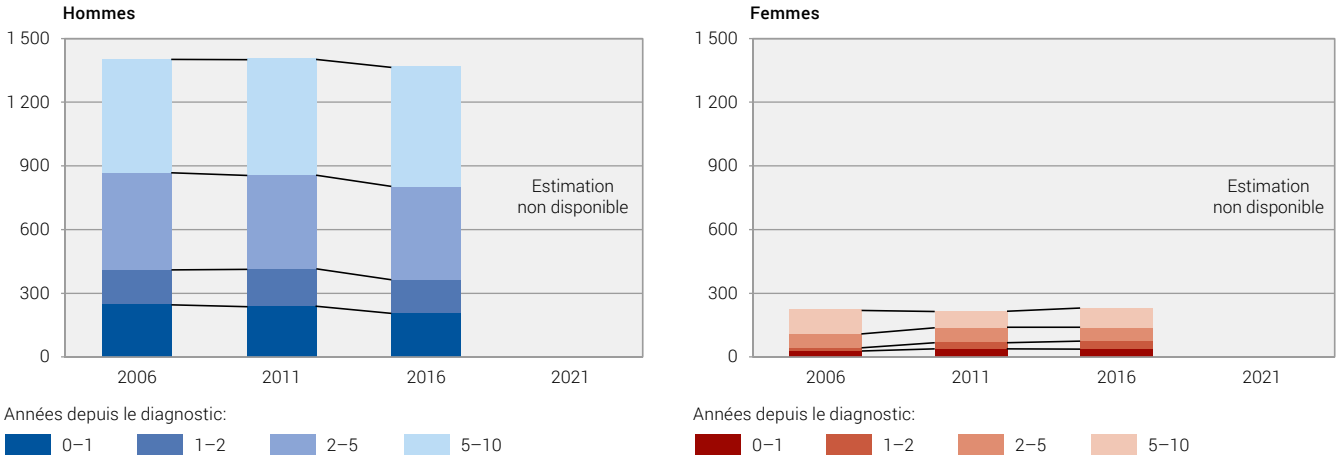


Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

Source: De Angelis R. et al. (2014), Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EUROCARE-5 — a population-based study

© OFS 2021

Cancer du larynx: nombre de malades (prévalence) G 4.8.7



Source: ONEC

© OFS 2021

Cancer du larynx: principaux indicateurs épidémiologiques T 4.8.1

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2013 à 2017	211	71	44	14
Nombre de cas en 2021 (estimé)	219	68	63	19
Part de tous les cancers, moyenne 2013 à 2017	1,0%	0,8%	0,2%	0,2%
Taux brut (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	5,4	1,7	1,0	0,3
Évolution annuelle moyenne du taux brut, 2008 à 2017	–2,0%	–3,1%	3,4%	2,3%
Taux brut en 2021 (estimé)	5,1	1,6	1,4	0,4
Taux standardisé (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	4,2	1,2	0,8	0,2
Évolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2008 à 2017	–3,0%	–4,4%	3,0%	–0,8%
Âge médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2013 à 2017	69,9	72,5	66,4	73,7
Risque vie entière, moyenne 2013 à 2017	0,5%	0,2%	0,1%	<0,1%
Risque cumulé avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	0,2%	0,1%	0,1%	<0,1%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	–	237	–	43

	Hommes	Femmes
Nombre de malades dont le diagnostic remonte à moins de 5 ans (prévalence), au 31.12.2017	–[1]	–[1]
Taux de survie observé à 5 ans, 2013 à 2017	58,2%	52,6%
Taux de survie relatif à 5 ans, 2013 à 2017	65,7%	57,9%

[1] Daten nicht verfügbar

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Références

[1] Ligue suisse contre le cancer. *Le cancer du larynx.* [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 6 décembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-du-larynx/

[2] World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research 2018. *Continuous Update Project Expert Report 2018. Diet, nutrition, physical activity and cancers of the mouth, pharynx and larynx.* Accessible depuis dietandcancerreport.org

[3] Wild C.P., Weiderpass E., Stewart B.W., éd. 2020. *World Cancer Report. Cancer research for cancer prevention.* International Agency for Research on Cancer, Lyon

4.9 Cancer du poumon

Le cancer du poumon regroupe les tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon (C 33, C 34). Il existe des tumeurs malignes à petites cellules et d'autres qui ne sont pas à petites cellules. Les tumeurs à petites cellules sont très agressives et se propagent très rapidement, mais ne constituent qu'une faible part de tous les cancers du poumon.[1]

4.9.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2013 et 2017, un peu plus de 2700 nouveaux cas de cancer du poumon ont été diagnostiqués en moyenne chaque année chez les hommes et un peu plus de 1800 chez les femmes. Cela représente 11,9% des cancers chez les hommes et 9,3% des cancers chez les femmes. Le cancer du poumon est le deuxième cancer le plus fréquent chez les hommes et le troisième chez les femmes. Le risque de développer un cancer du poumon au cours de la vie est de 5,9% chez les hommes et de 3,7% chez les femmes (T 4.9.1). Les hommes sont 1,6 fois plus touchés que les femmes.

Durant cette même période, le cancer du poumon a été à l'origine de près de 2000 décès chez les hommes et d'environ 1200 décès chez les femmes en moyenne chaque année. Cela place ce cancer au premier rang des causes de décès par cancer chez les hommes (21,3% des décès par cancer) et au deuxième rang chez les femmes (16,2% des décès par cancer). Le risque de mourir d'un cancer du poumon est de 4,3% chez les hommes et de 2,4% chez les femmes.

L'incidence du cancer du poumon augmente jusqu'à 84 ans chez les hommes et diminue ensuite. Chez les femmes, les taux d'incidence progressent jusqu'à 74 ans et diminuent à partir de 80 ans. La mortalité s'accroît jusqu'à 84 ans chez les hommes et jusqu'à 79 ans chez les femmes, puis amorce une baisse (G 4.9.1).

La moitié des cas de cancer du poumon sont diagnostiqués avant 71 ans chez les hommes et avant 70 ans chez les femmes. La moitié des décès surviennent avant 72 ans environ dans les deux sexes.

Comparaisons régionales et internationales

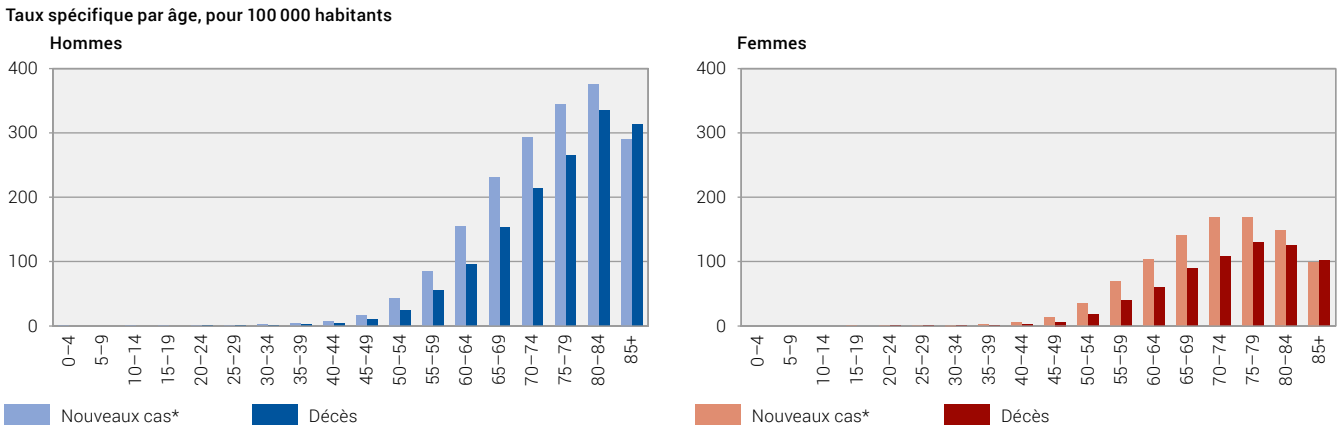
Les taux d'incidence et de mortalité enregistrés en Suisse romande et au Tessin sont plus élevés qu'en Suisse alémanique tant chez les hommes que chez les femmes (G 4.9.2).

En comparaison internationale, la Suisse présente des taux d'incidence et de mortalité bas. Parmi les neuf pays européens comparés avec la Suisse, seule la Suède présente des taux d'incidence et de mortalité inférieurs chez les hommes. Chez les femmes, le taux d'incidence du cancer du poumon est plus bas uniquement en Italie et en Suède; concernant la mortalité, seule l'Italie enregistre un taux inférieur (G 4.9.3).

Évolution temporelle

L'incidence et la mortalité ont continuellement reculé de respectivement 34% et 47% chez les hommes entre 1988 et 2017. Chez les femmes, par contre, le taux d'incidence a pratiquement doublé pendant la même période, passant de 16 à 30 cas environ pour 100 000 habitantes (G 4.9.4). La mortalité a quant à elle aussi augmenté de façon continue, avec une hausse de 75% par rapport à la période 1988–1992.

Cancer du poumon selon l'âge, de 2013 à 2017 **G 4.9.1**



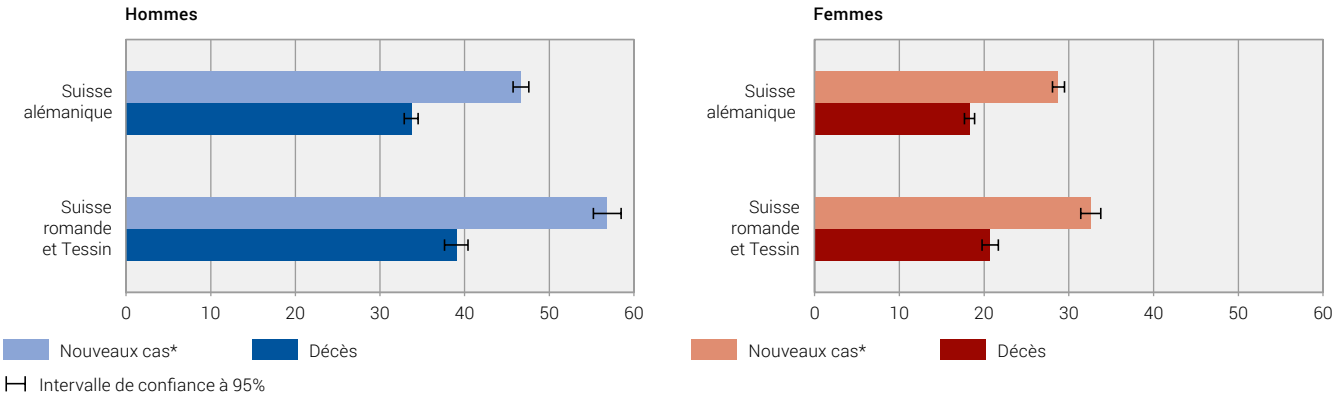
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer du poumon: comparaison régionale, de 2013 à 2017 G 4.9.2

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



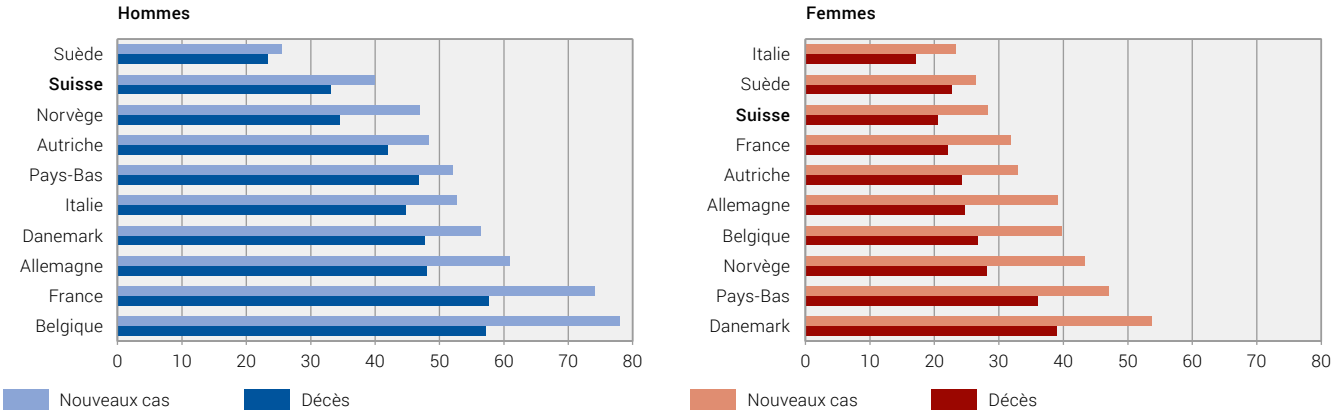
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer du poumon: comparaison internationale, en 2018 G 4.9.3

Taux pour 100 000 habitants, standard européen

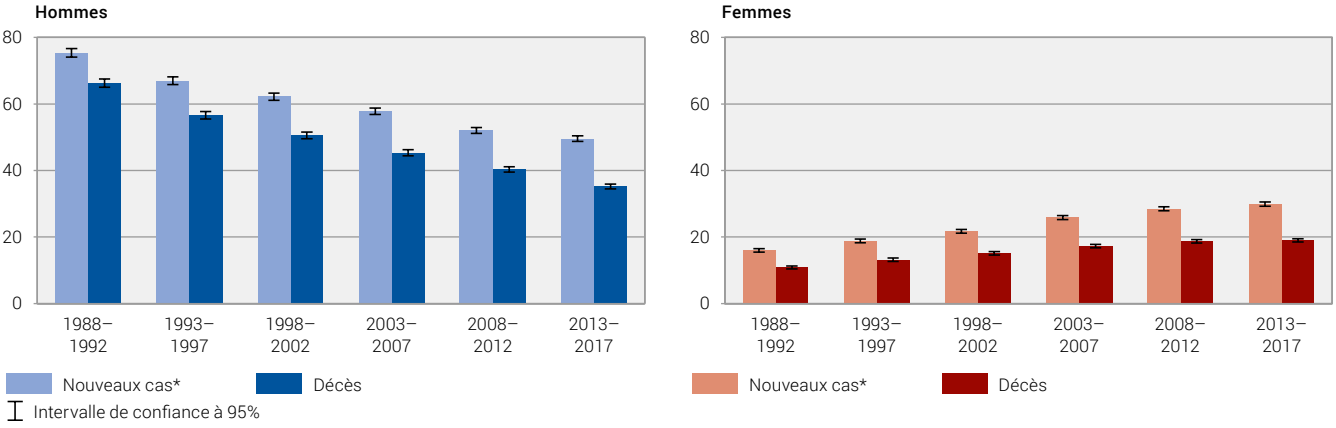


Source: Ferlay J. et al. (2018), Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018

© OFS 2021

Cancer du poumon: évolution temporelle G 4.9.4

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

4.9.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

Sur la période 2013–2017, près de 20% des hommes et 28% environ des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de cancer du poumon (taux de survie absolu). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans s'est établi à 22% chez les hommes et à 30% chez les femmes (taux de survie relatif; T4.9.1).

Pendant la période 2003–2007, le taux de survie relatif à cinq ans était plus bas: il s'élevait à 15% chez les hommes et à 20% chez les femmes. Entre les périodes 2003–2007 et 2013–2017, les taux de survie relatifs à dix ans ont eux aussi nettement progressé, passant de 10% à 16% chez les hommes et de 14% à 22% chez les femmes (G4.9.5).

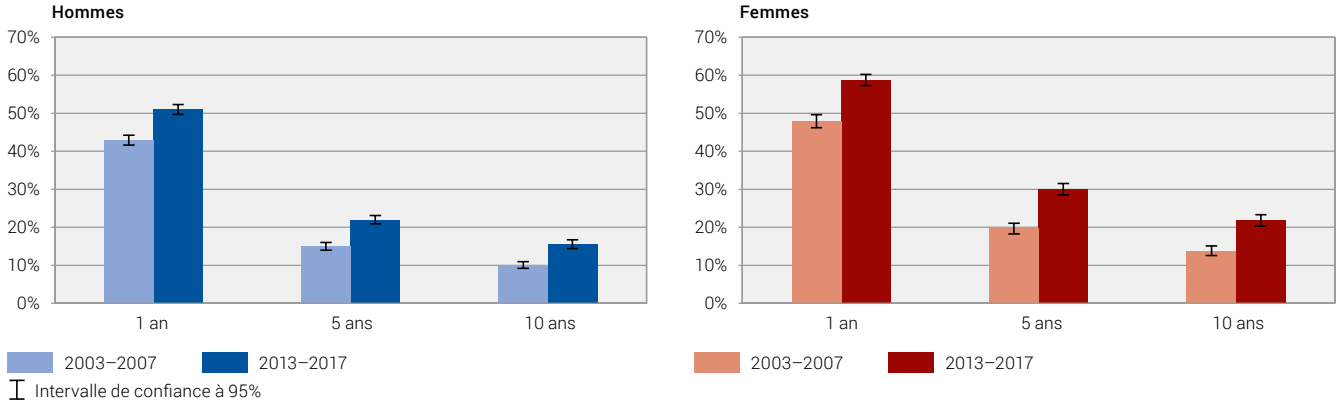
En comparaison avec les pays européens pris en compte, la Suisse affiche les taux de survie les plus élevés (source: CONCORD-3, période 2010–2014) (G4.9.6).

Le nombre de personnes vivant avec un diagnostic de cancer du poumon datant de moins de dix ans a augmenté entre 2006 et 2016; il est passé de près de 6600 environ à 10 700. Pour l'année 2021, ce groupe est estimé à 12 160 personnes en Suisse, soit environ 6430 hommes et 5730 femmes (G4.9.7).

4.9.3 Facteurs de risque

Le tabagisme est la première cause de cancer du poumon dans le monde; il est responsable de 90% des cas de cancer du poumon chez les hommes et de 80% des cas chez les femmes. Le tabagisme passif, l'exposition au radon, l'exposition professionnelle aux hydrocarbures aromatiques polycycliques, l'amiante, la silice cristalline, des métaux (béryllium, arsenic, chrome, nickel, cadmium), la pollution atmosphérique aux particules fines, les émissions diesel et la pollution domestique provoquée par l'utilisation de combustibles solides en l'absence d'aération suffisante sont d'autres facteurs de risque de ce cancer. L'exposition aux rayons X et gamma et au plutonium augmente également le risque de développer un cancer du poumon.[1, 2, 3]

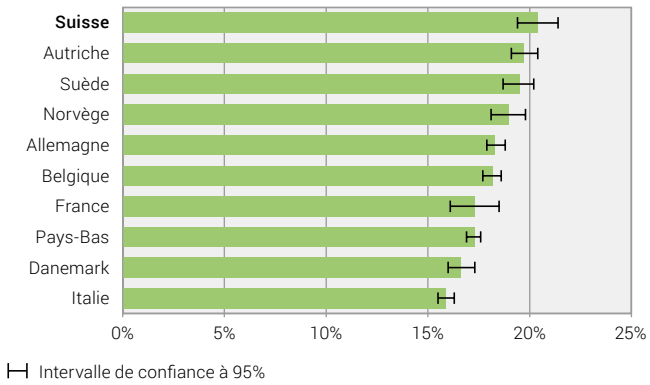
Cancer du poumon: survie relative à 1, 5 et 10 ans **G4.9.5**



Source: ONEC

© OFS 2021

Cancer du poumon: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, de 2010 à 2014 **G4.9.6**

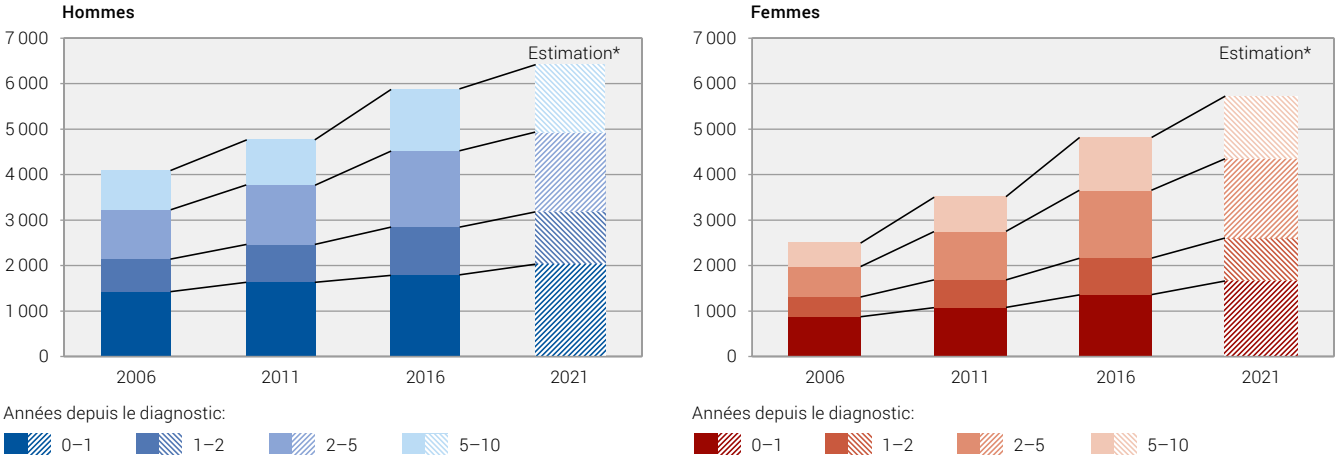


Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

Source: Allemani C. et al. (2018). Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3)

© OFS 2021

Cancer du poumon: nombre de malades (prévalence) G 4.9.7



* Projection à partir des données de 2007 à 2016

Source: ONEC

© OFS 2021

Cancer du poumon: principaux indicateurs épidémiologiques T 4.9.1

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2013 à 2017	2 741	1 999	1 830	1 236
Nombre de cas en 2021 (estimé)	3 058	2 075	2 325	1 551
Part de tous les cancers, moyenne 2013 à 2017	11,9%	21,3%	9,3%	16,2%
Taux brut (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	66,9	48,8	43,8	29,6
Évolution annuelle moyenne du taux brut, 2008 à 2017	0,1%	–1,4%	2,2%	1,8%
Taux brut en 2021 (estimé)	70,6	47,9	52,9	35,3
Taux standardisé (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	49,6	35,2	29,9	19,0
Évolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2008 à 2017	–1,1%	–2,7%	1,1%	0,5%
Âge médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2013 à 2017	70,6	72,4	69,8	72,0
Risque vie entière, moyenne 2013 à 2017	5,9%	4,3%	3,7%	2,4%
Risque cumulé avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	2,5%	1,6%	1,8%	1,0%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	_	7 099	_	4 729

	Hommes	Femmes
Nombre de malades dont le diagnostic remonte à moins de 5 ans (prévalence), au 31.12.2017	4 721	3 803
Taux de survie observé à 5 ans, 2013 à 2017	19,9%	28,2%
Taux de survie relatif à 5 ans, 2013 à 2017	22,0%	30,0%

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Références

1 Ligue suisse contre le cancer. *Le cancer du poumon (carcinome bronchique).* [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 28 novembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-du-poumon-carcinome-bronchique/

2 World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research 2018. *Continuous Update Project Expert Report 2018. Diet, nutrition, physical activity and cancers of the mouth, pharynx and larynx.* Accessible depuis dietandcancerreport.org

3 Wild C.P., Weiderpass E., Stewart B.W., éd. 2020. *World Cancer Report. Cancer research for cancer prevention.* International Agency for Research on Cancer, Lyon

4.10 Mésothéliome de la plèvre

Les données publiées dans ce chapitre concernent les mésothéliomes de la plèvre (C 45.0) ainsi que les cancers de la plèvre (C 38.4). La plèvre est l'enveloppe entourant les poumons. Plus rarement, les mésothéliomes peuvent concerner le péritoine (enveloppant les organes de la cavité abdominale, C 45.1), le péricarde (enveloppant le cœur, C 45.2) ou d'autres localisations (C 45.7) ; ces mésothéliomes ne sont pas étudiés dans ce chapitre. Il existe également des mésothéliomes dont la localisation n'est pas précisée (C 45.9) (cf. chapitre 4.25).[1]

4.10.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2013 et 2017, 170 nouveaux cas de mésothéliome de la plèvre ont été diagnostiqués en moyenne chaque année chez les hommes. Les femmes sont beaucoup moins touchées, avec environ 30 cas en moyenne par an. Le risque de développer un mésothéliome de la plèvre au cours de la vie est de 0,4% chez les hommes et de 0,1% chez les femmes (T 4.10.1).

Durant cette même période, le mésothéliome de la plèvre a été à l'origine d'environ 120 décès en moyenne chaque année chez les hommes et 20 décès chez les femmes. Le risque de mourir de ce cancer est de 0,3% chez les hommes et inférieur à 0,1% chez les femmes.

La moitié des mésothéliomes sont diagnostiqués après 73 ans chez les hommes et après 74 ans chez les femmes, alors que la moitié des décès surviennent après respectivement 74 et 76 ans.

Sur la période 2013–2017, aucun cas n'a été enregistré avant 25 ans (G 4.10.1). Le taux d'incidence reste inférieur à un pour 100 000 habitants jusqu'à 50 ans chez les hommes et jusqu'à 59 ans chez les femmes, puis il augmente avec l'âge jusqu'à 84 ans dans les deux sexes. Le taux de mortalité dépasse un pour 100 000 habitants après 54 ans chez les hommes et après 64 ans chez les femmes.

Comparaisons régionales et internationales

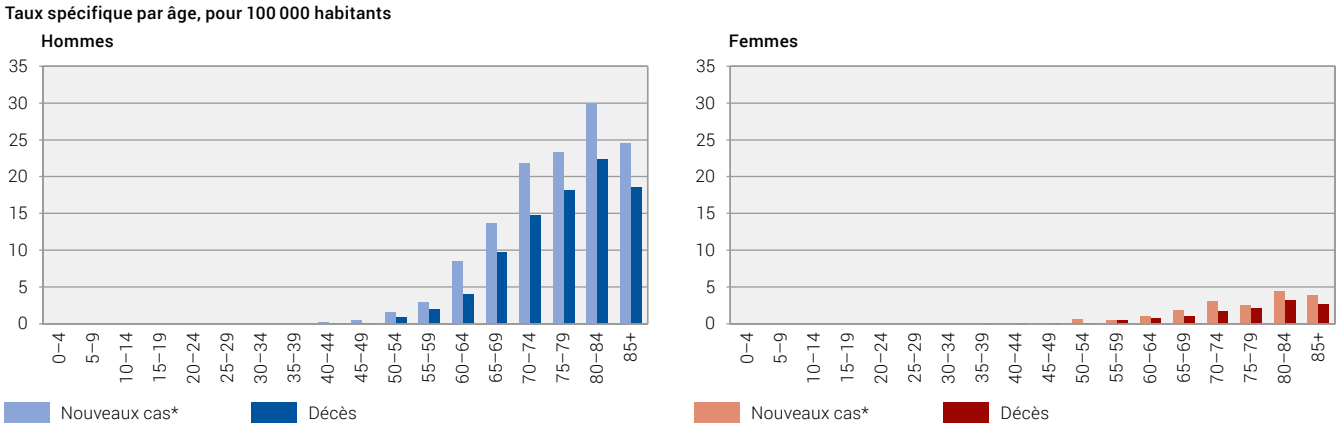
Pour le mésothéliome et le cancer de la plèvre, l'incidence et la mortalité chez les hommes sont plus élevées en Suisse alémanique qu'en Suisse romande et au Tessin. Des différences entre ces régions s'observent également chez les femmes, qui sont très rarement touchées par ce type de cancer (G 4.10.2).

Les possibilités de comparaison au niveau international sont limitées car les données sont disponibles partiellement et ne sont pas homogènes. En comparaison avec six autres pays européens, la Suisse présente chez les hommes le deuxième taux d'incidence et le quatrième taux de mortalité les plus élevés. Chez les femmes, elle a les troisièmes taux d'incidence et de mortalité les plus bas (G 4.10.3).

Évolution temporelle

L'incidence a fortement augmenté entre 1988 et 2002 chez les hommes. Elle s'est ensuite stabilisée puis a légèrement diminué (G 4.10.4). Aucune tendance claire ne se dessine en ce qui concerne l'évolution de la mortalité. Chez les femmes, le petit nombre de cas ne permet pas de dégager de tendance particulière.

Mésothéliome de la plèvre selon l'âge, de 2013 à 2017 **G 4.10.1**



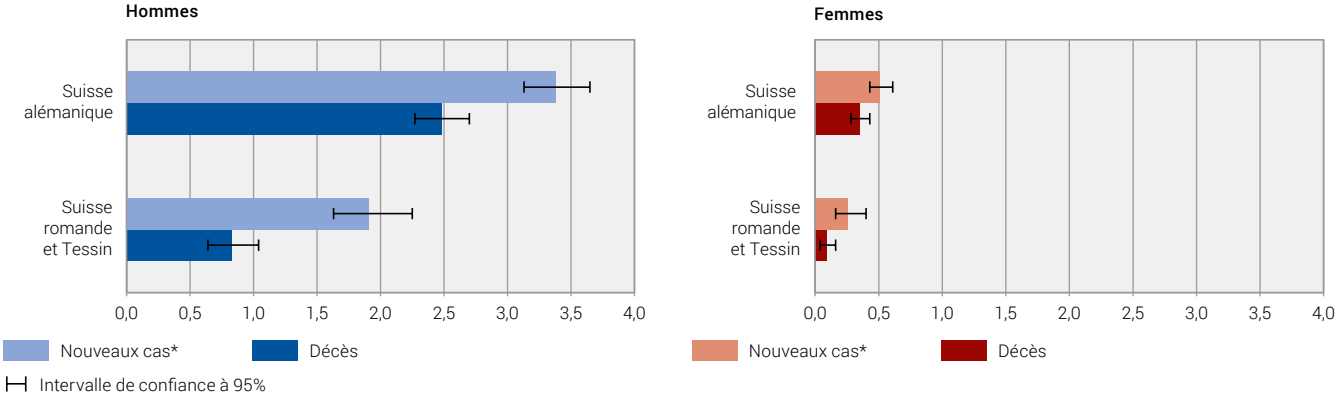
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Mésothéliome de la plèvre: comparaison régionale, de 2013 à 2017 G4.10.2

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



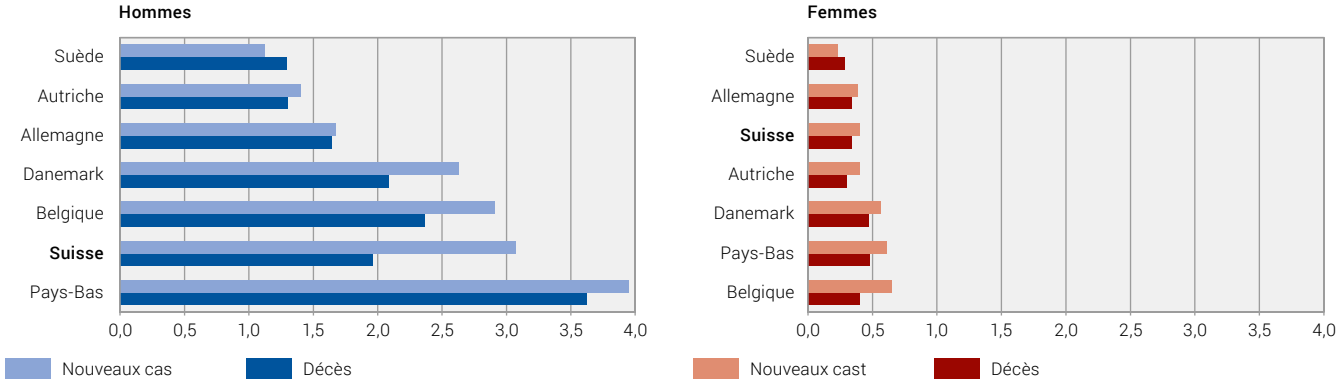
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Mésothéliome de la plèvre: comparaison internationale, en 2015 et 2016[1] G4.10.3

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



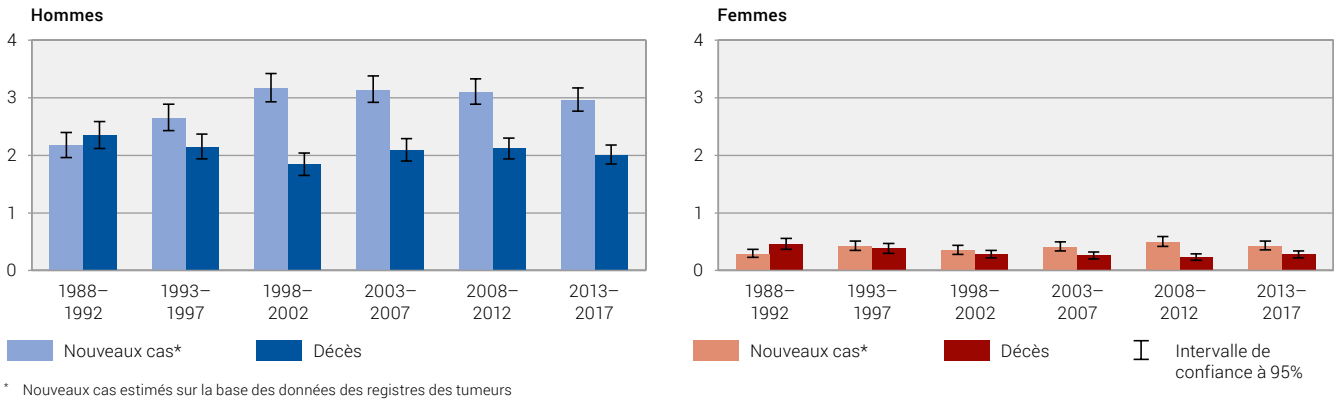
[1] Code C45.0 de la CIM-10, sauf pour la Suède et le Danemark (C38.4, C45.0 et C45.9) et la Suisse (C38.4, C45.0).
Données de 2016, sauf pour la Belgique et la Suède (données de 2015 issues de la base de données sur la mortalité de l'OMS).
Norvège, Italie et France: pas de données disponibles."

Sources: Pays retenus pour la comparaison: *Krebs in Deutschland für 2015/2016*. 12. Ausgabe. Robert Koch-Institut (Hrsg) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg). Berlin, 2019. Données pour la Suisse: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Mésothéliome de la plèvre: évolution temporelle G4.10.4

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

4.10.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

Sur la période 2013–2017, environ 5% des hommes et 9% des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de mésothéliome de la plèvre (taux de survie absolu). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans s'est établi à 6% chez les hommes et à 10% chez les femmes (taux de survie relatif; T4.10.1).

Pendant la période 2003–2007, le taux de survie relatif à cinq ans était de 3% chez les hommes et de 9% chez les femmes. Entre les périodes 2003–2007 et 2013–2017, les taux de survie relatifs à dix ans sont restés inférieur à 1% chez les hommes et ne se sont que légèrement améliorés chez les femmes, passant de 2% à 4% (G4.10.5).

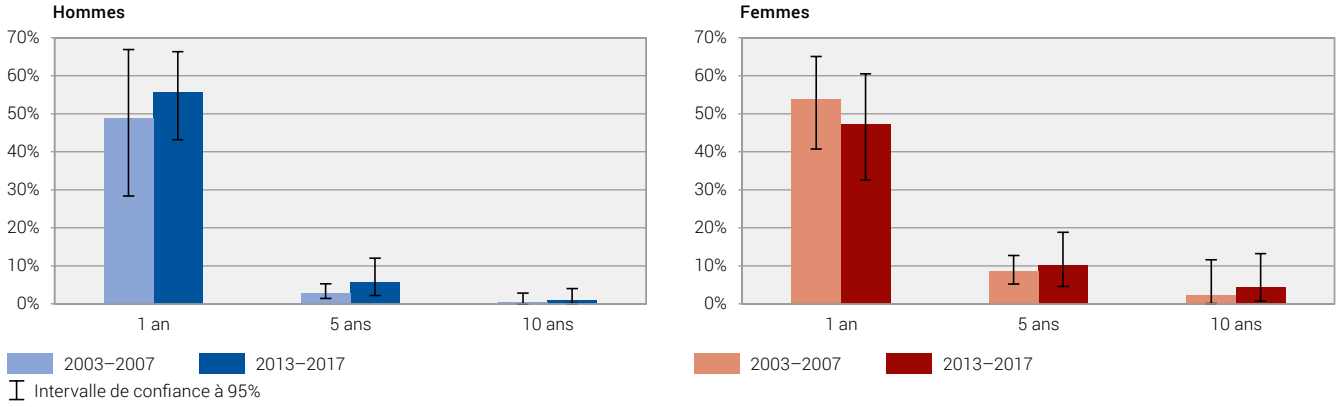
En comparaison avec les pays européens pris en compte, la Suisse se situe dans la moyenne (source: EUROCARE-5, période 2000–2007) (G4.10.6).

Le nombre de personnes vivant avec un diagnostic de mésothéliome de la plèvre datant de moins de dix ans a augmenté entre 2006 et 2016; il est passé de 230 environ à 350. Pour l'année 2021, ce groupe est estimé à 390 personnes en Suisse, soit 340 hommes environ et 50 femmes (G4.10.7).

4.10.3 Facteurs de risque

Le principal facteur de risque de mésothéliome de la plèvre est l'inhalation de poussières d'amiante (fibres d'amiante), responsable selon les sources de jusqu'à 90% des cas. L'amiante a été très utilisé dans les années 1950 à 1970, principalement dans la construction, ce qui a conduit à l'exposition de nombreux travailleurs. Interdit en Suisse depuis 1989, il peut toutefois être présent dans les bâtiments construits avant cette date. Il existe alors un risque d'exposition, en particulier lors de travaux de rénovation. L'érionite et la fluoro-édénite, deux autres minéraux fibreux, sont également des facteurs de risque de mésothéliome. Comme l'amiante, ces matériaux peuvent être responsables d'une exposition environnementale dans les régions où ils affleurent (Turquie pour l'érionite, Sicile pour la fluoro-édénite et Corse pour l'amiante, p. ex.). Les peintres sont également exposés à un risque accru de mésothéliome de la plèvre.[1, 2]

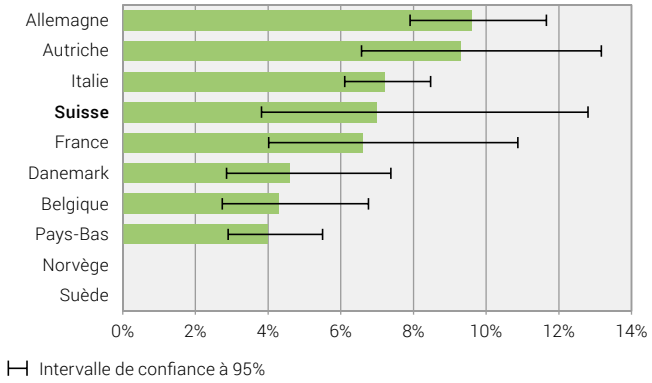
Mésothéliome de la plèvre: survie relative à 1, 5 et 10 ans **G4.10.5**



Source: ONEC

© OFS 2021

Mésothéliome de la plèvre: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, de 2000 à 2007 **G4.10.6**

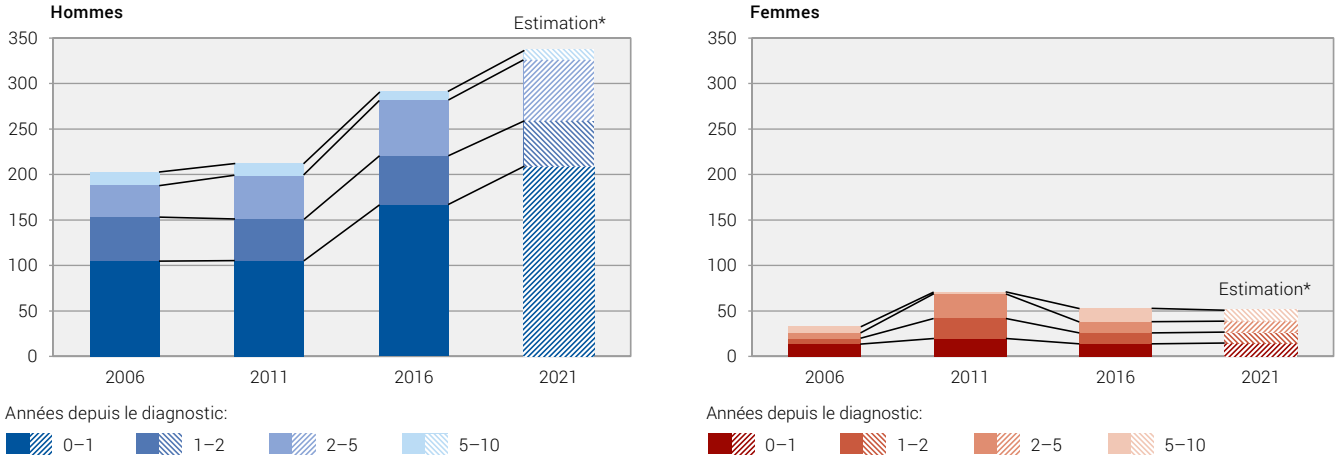


Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

Source: De Angelis R. et al. (2014), Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EUROCARE-5 — a population-based study

© OFS 2021

Mésothéliome de la plèvre: nombre de malades (prévalence) G 4.10.7



* Projection à partir des données de 2007 à 2016

Source: ONEC

© OFS 2021

Mésothéliome de la plèvre: principaux indicateurs épidémiologiques T 4.10.1

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2013 à 2017	170	117	31	20
Nombre de cas en 2021 (estimé)	186	133	47	28
Part de tous les cancers, moyenne 2013 à 2017	0,7%	1,2%	0,2%	0,3%
Taux brut (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	4,2	2,9	0,7	0,5
Évolution annuelle moyenne du taux brut, 2008 à 2017	–0,6%	0,3%	0,2%	5,4%
Taux brut en 2021 (estimé)	4,3	3,1	1,1	0,6
Taux standardisé (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	3,0	2,0	0,4	0,3
Évolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2008 à 2017	–2,0%	–1,2%	–1,6%	3,6%
Âge médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2013 à 2017	73,0	73,9	74,4	76,1
Risque vie entière, moyenne 2013 à 2017	0,4%	0,3%	0,1%	<0,1%
Risque cumulé avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	0,1%	0,1%	<0,1%	<0,1%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	_	264	_	60

	Hommes	Femmes
Nombre de malades dont le diagnostic remonte à moins de 5 ans (prévalence), au 31.12.2017	288	39
Taux de survie observé à 5 ans, 2013 à 2017	5,3%	9,4%
Taux de survie relatif à 5 ans, 2013 à 2017	5,8%	10,3%

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Références

[1] Ligue suisse contre le cancer. *Le mésothéliome malin.* [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 6 décembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-mesotheliome-malin/

[2] Wild C.P., Weiderpass E., Stewart B.W., éd. 2020. *World Cancer Report. Cancer research for cancer prevention.* International Agency for Research on Cancer, Lyon

4.11 Mélanome de la peau

Le mélanome de la peau (C 43) se développe à partir des mélanocytes, les cellules produisant le pigment de la peau (la mélanine). Ce chapitre ne porte pas sur les formes rares de mélanome, qui apparaissent dans d'autres organes que la peau, ni sur les autres types de cancers de la peau (comme les carcinomes, qui se développent à partir d'autres cellules de l'épiderme).[1]

4.11.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2013 et 2017, près de 2850 nouveaux cas de mélanome ont été diagnostiqués en moyenne chaque année. Cela place le mélanome au quatrième rang des cancers les plus fréquents en Suisse chez les femmes comme chez les hommes. Le risque de développer un mélanome au cours de la vie est de 3,1% chez les hommes et de 2,5% chez femmes (T4.11.1). Le taux d'incidence standardisé est un peu plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Durant cette même période, le mélanome a été à l'origine de 180 décès en moyenne par an chez les hommes et de 130 décès chez les femmes. Le risque de mourir de ce cancer s'élève à 0,4% chez les hommes et à 0,2% chez les femmes. La moitié des mélanomes sont diagnostiqués après 68 ans chez les hommes et après 63 ans chez les femmes. Ces dernières sont un peu plus touchées que les hommes avant 55 ans, alors qu'à partir de 60 ans, les taux d'incidence deviennent nettement plus élevés chez les hommes (G 4.11.1). La moitié des décès dus au mélanome sont enregistrés après 75 ans chez les hommes et après 76 ans chez les femmes.

Comparaisons régionales et internationales

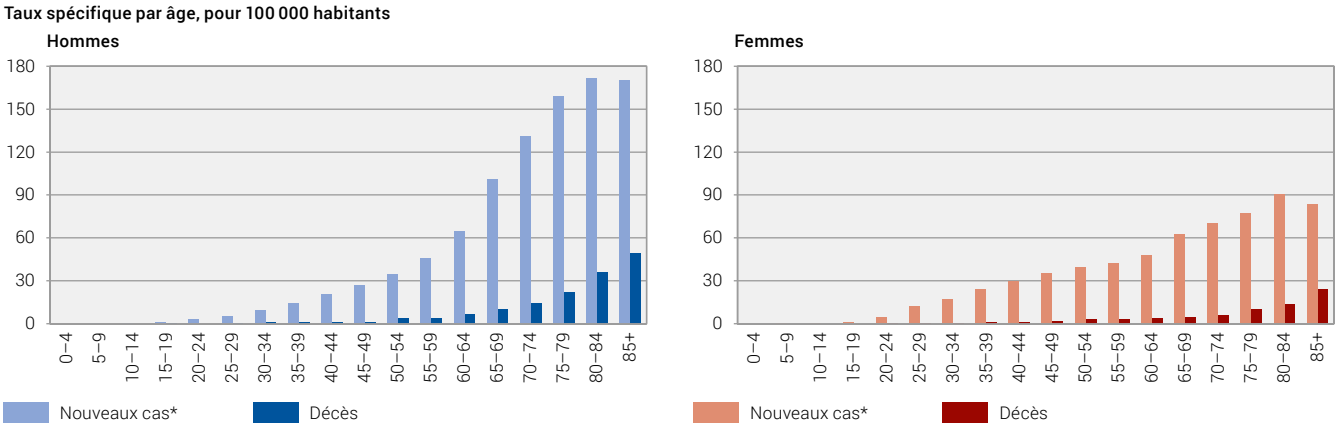
Il n'y a pas de différence notable entre la Suisse alémanique d'une part et la Suisse romande et le Tessin d'autre part pour les taux d'incidence et de mortalité (G 4.11.2).

Parmi les pays européens retenus pour la comparaison internationale, la Suisse présente le quatrième taux d'incidence le plus élevé chez les hommes, derrière la Norvège, les Pays-Bas et la Suède, et le quatrième taux d'incidence le plus faible chez les femmes après l'Italie, l'Autriche et la France (G 4.11.3). Pour ce qui est de la mortalité, la Suisse enregistre également le quatrième taux de mortalité le plus élevé chez les hommes, et le troisième taux le plus bas chez les femmes.

Évolution temporelle

L'incidence a continuellement augmenté au cours des trente dernières années chez les hommes comme chez les femmes (G 4.11.4). Entre les deux dernières périodes observées (2008–2012 et 2013–2017), la hausse s'est ralentie de façon un peu plus marquée chez les femmes que chez les hommes. La mortalité a, quant à elle, diminué depuis 1988 de 15% chez les hommes et de 28% chez les femmes.

Mélanome de la peau selon l'âge, de 2013 à 2017 **G 4.11.1**



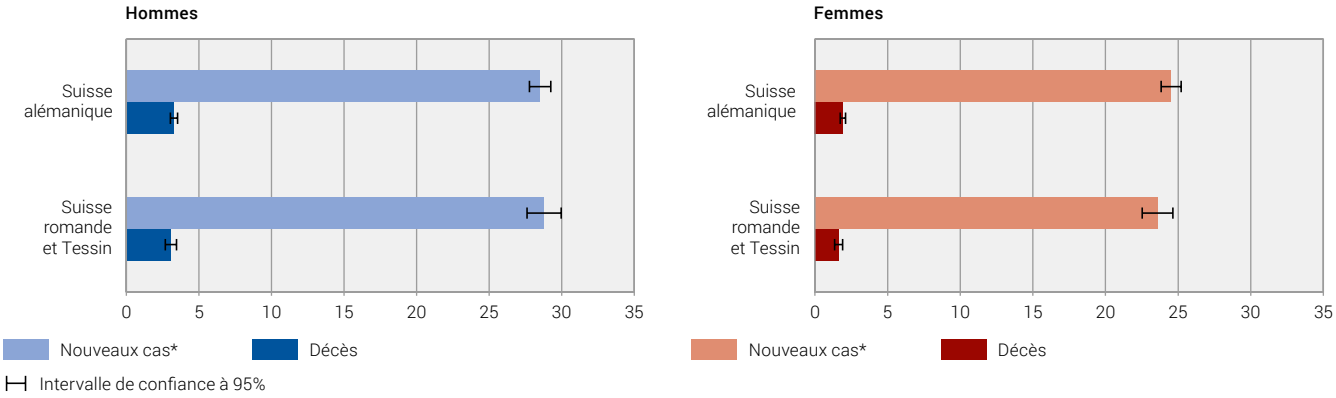
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Mélanome de la peau: comparaison régionale, de 2013 à 2017 G 4.11.2

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



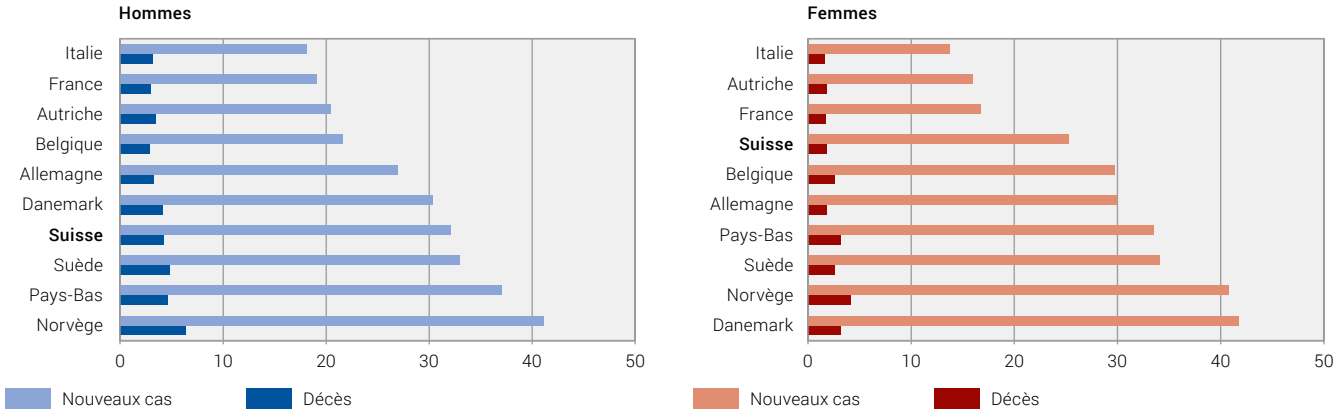
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Mélanome de la peau: comparaison internationale, en 2018 G 4.11.3

Taux pour 100 000 habitants, standard européen

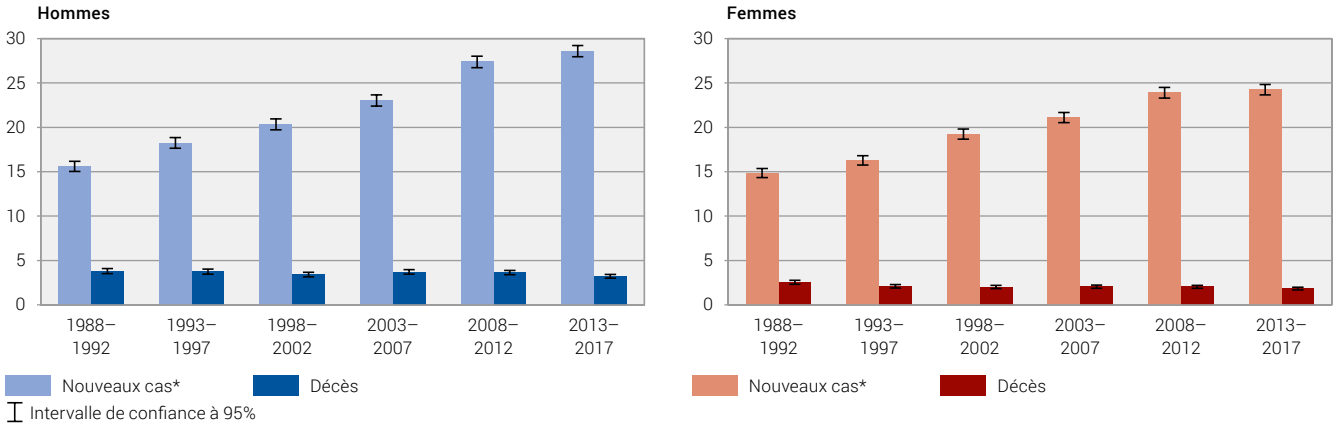


Source: Ferlay J. et al. (2018), Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018

© OFS 2021

Mélanome de la peau: évolution temporelle G 4.11.4

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

4.11.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

Sur la période 2013–2017, 87% environ des hommes et 89% des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de mélanome (taux de survie absolu). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans s'est établi à 93% chez les hommes et à 94% chez les femmes (taux de survie relatif; T4.11.1).

Pendant la période 2003–2007, le taux de survie relatif à cinq ans était plus bas chez les hommes (89%) que chez les femmes (94% déjà à l'époque). Entre les périodes 2003–2007 et 2013–2017, le taux de survie relatif à dix ans a lui aussi augmenté chez les hommes (de 86% à 91%), alors qu'il est resté à peu près stable chez les femmes (légère hausse, de 91% à 92%) (G 4.11.5).

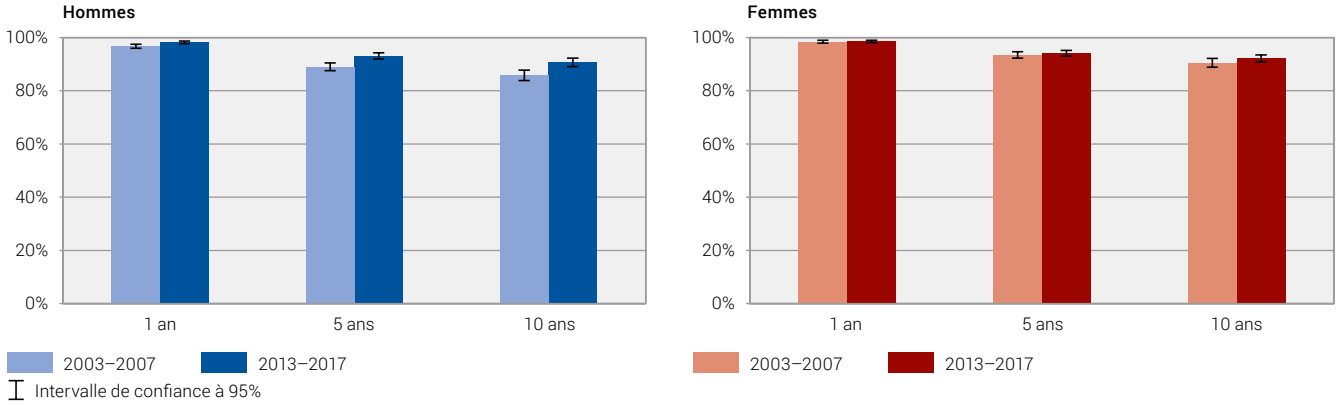
En comparaison avec les pays européens pris en compte, la Suisse se classe en première position pour le taux de survie (source: CONCORD-3, période 2010–2014) (G 4.11.6).

Le nombre de personnes vivant avec un diagnostic de mélanome datant de moins de dix ans s'est fortement accru entre 2006 et 2016; il est passé de 13 300 environ à 20 500. Pour l'année 2021, ce groupe est estimé à 23 500 personnes, soit 12 000 hommes environ et 11 500 femmes (G 4.11.7).

4.11.3 Facteurs de risque

Le principal facteur de risque du mélanome est l'exposition aux rayons ultraviolets. Ces derniers endommagent le matériel génétique (ADN) des cellules de la peau, en particulier chez les personnes qui ont la peau sensible (les personnes à la peau claire ou les enfants, p. ex.). Ces dégâts peuvent survenir à tout âge. Plus les expositions au soleil sont fréquentes et intenses, plus le risque de développer un cancer de la peau est élevé. Le soleil est la principale source de rayons ultraviolets, mais l'utilisation du solarium entraîne également une exposition aux rayons UV.

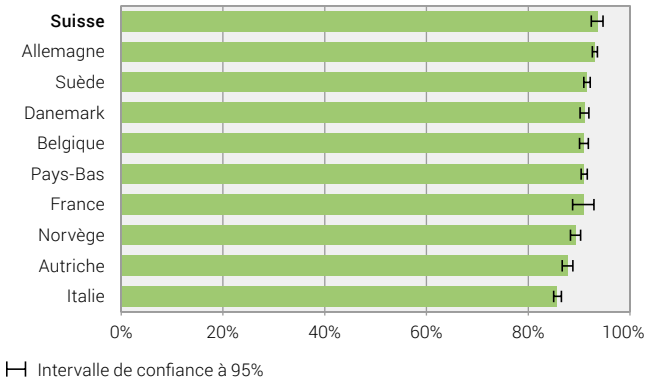
Mélanome de la peau: survie relative à 1, 5 et 10 ans **G 4.11.5**



Source: ONEC

© OFS 2021

Mélanome de la peau: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, de 2010 à 2014 **G 4.11.6**



Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

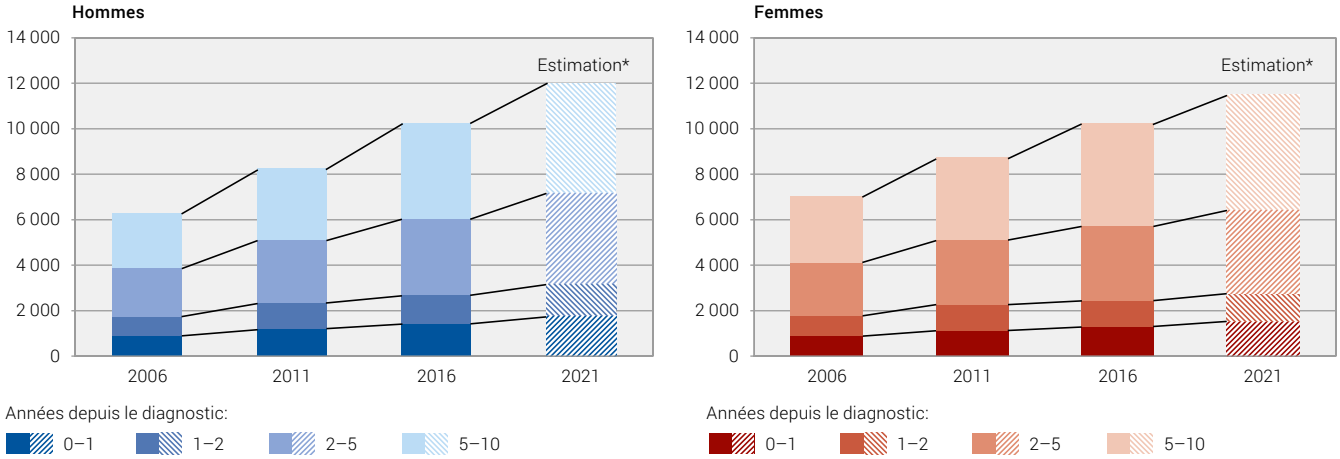
Source: Allemani C. et al. (2018). Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3)

© OFS 2021

Le risque de mélanome varie fortement selon la pigmentation de la peau; il est plus élevé chez les personnes à la peau claire que chez celles à la peau foncée.

Les personnes qui présentent des grains de beauté (nævi) dysplasiques ou chez qui un mélanome a déjà été diagnostiqué auparavant ont un risque plus élevé de développer un mélanome. Ce risque est aussi accru en cas d'antécédents de mélanome dans la famille, ainsi que chez les personnes immunodéprimées et les patientes et patients qui suivent un traitement immunosuppresseur ou qui ont le sida. La consommation d'eau de boisson contaminée à l'arsenic augmente également le risque de développer un cancer de la peau. L'exposition à des polychlorobiphényles (PCB), généralement dans le cadre professionnel, constitue un autre facteur de risque du mélanome.[1, 2, 3]

Mélanome de la peau: nombre de malades (prévalence) G 4.11.7



* Projection à partir des données de 2007 à 2016

Source: ONEC

© OFS 2021

Mélanome de la peau: principaux indicateurs épidémiologiques T 4.11.1

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2013 à 2017	1 519	185	1 339	127
Nombre de cas en 2021 (estimé)	1 942	204	1 619	134
Part de tous les cancers, moyenne 2013 à 2017	6,6%	2,0%	6,8%	1,7%
Taux brut (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	37,1	4,5	32,0	3,0
Évolution annuelle moyenne du taux brut, 2008 à 2017	2,4%	–1,5%	1,8%	–1,2%
Taux brut en 2021 (estimé)	44,8	4,7	36,8	3,1
Taux standardisé (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	28,6	3,2	24,2	1,8
Évolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2008 à 2017	1,4%	–3,7%	1,0%	–2,5%
Âge médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2013 à 2017	68,0	74,5	62,7	75,5
Risque vie entière, moyenne 2013 à 2017	3,1%	0,4%	2,5%	0,2%
Risque cumulé avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	1,5%	0,1%	1,5%	0,1%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	_	847	_	734

	Hommes	Femmes
Nombre de malades dont le diagnostic remonte à moins de 5 ans (prévalence), au 31.12.2017	6 284	5 913
Taux de survie observé à 5 ans, 2013 à 2017	86,5%	89,1%
Taux de survie relatif à 5 ans, 2013 à 2017	93,2%	94,2%

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Références

1. Ligue suisse contre le cancer. *Le mélanome.* [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 6 décembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-melanome/
2. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research 2018. *Continuous Update Project Expert Report 2018. Diet, nutrition, physical activity and skin cancer.* Accessible depuis dietandcancerreport.org
3. Wild C.P., Weiderpass E., Stewart B.W., éd. 2020. *World Cancer Report. Cancer research for cancer prevention.* International Agency for Research on Cancer, Lyon

4.12 Cancer du sein

Le cancer du sein (C50) se développe dans les cellules glandulaires du sein. La classification internationale des maladies (CIM) distingue plus de vingt sous-types différents de cancer du sein.[1] Ce chapitre porte sur le cancer du sein chez la femme. Le cancer du sein peut aussi apparaître chez l'homme (cf. chapitre 4.25).

4.12.1. Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2013 et 2017, plus de 6200 nouveaux cas de cancer du sein ont été diagnostiqués en moyenne chaque année. Cela représente un peu moins d'un tiers de tous les cancers chez les femmes et fait du cancer du sein le cancer le plus fréquent chez celles-ci. Le risque de développer un cancer du sein au cours de la vie est de 11,6% (T4.12.1).

Durant cette même période, le cancer du sein a été à l'origine d'environ 1400 décès en moyenne chaque année. Le risque de mourir de ce cancer s'élève à 2,4%. La moitié des cancers du sein sont diagnostiqués après 64 ans et la moitié des décès sont enregistrés après 75 ans. Ce cancer est très rare avant 25 ans (moins d'un cas pour 100 000 femmes). Le taux d'incidence augmente ensuite jusqu'à 74 ans, puis diminue. Le taux de mortalité augmente quant à lui avec l'âge à partir de 30 ans (G4.12.1).

Comparaisons régionales et internationales

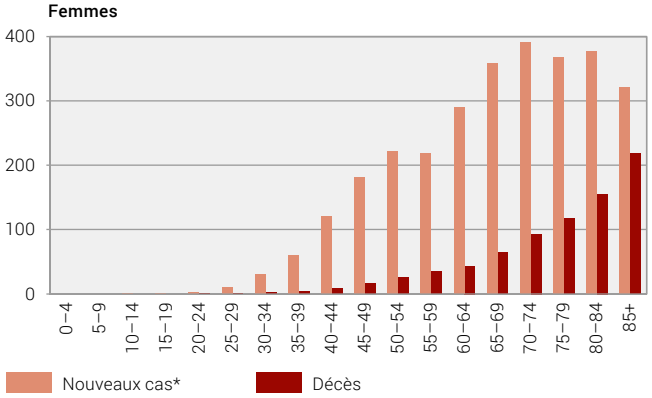
Le cancer du sein est plus souvent diagnostiqué en Suisse romande et au Tessin qu'en Suisse alémanique (G4.12.2). Le taux de mortalité est, quant à lui, légèrement inférieur en Suisse romande et au Tessin. Parmi les neuf pays européens comparés avec la Suisse, trois (l'Autriche, l'Allemagne et la Norvège) présentent un taux d'incidence inférieur. Concernant la mortalité, seules la Norvège et la Suède affichent des taux plus bas (G4.12.3).

Évolution temporelle

L'incidence a nettement augmenté entre 1988 et 2002, puis elle est restée relativement stable. La mortalité a, quant à elle, continuellement diminué entre 1988 et 2017 (– 45% au total) (G4.12.4).

Cancer du sein selon l'âge, de 2013 à 2017 G 4.12.1

Taux spécifique par âge, pour 100 000 habitants



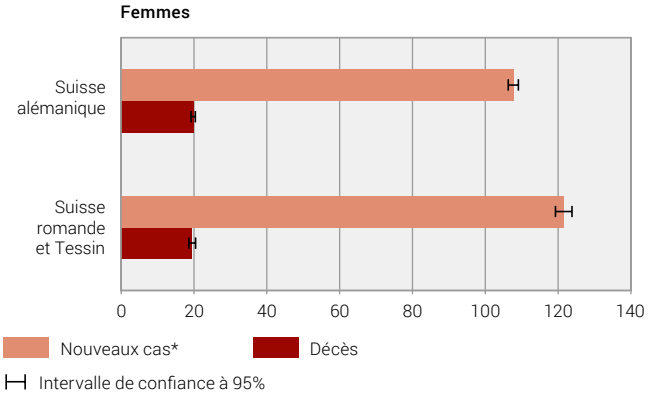
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer du sein: comparaison régionale, de 2013 à 2017 G 4.12.2

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



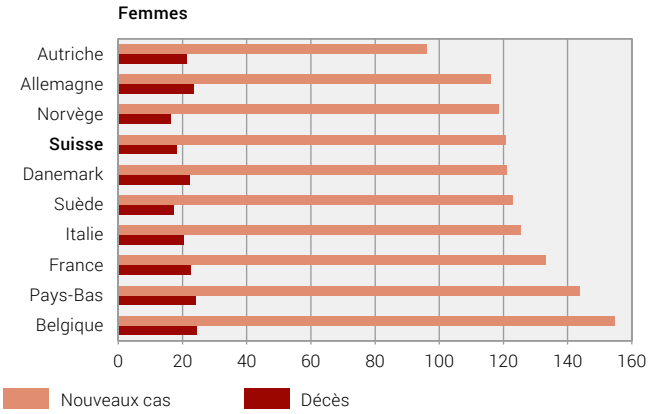
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer du sein: comparaison internationale, en 2018 G 4.12.3

Taux pour 100 000 habitants, standard européen

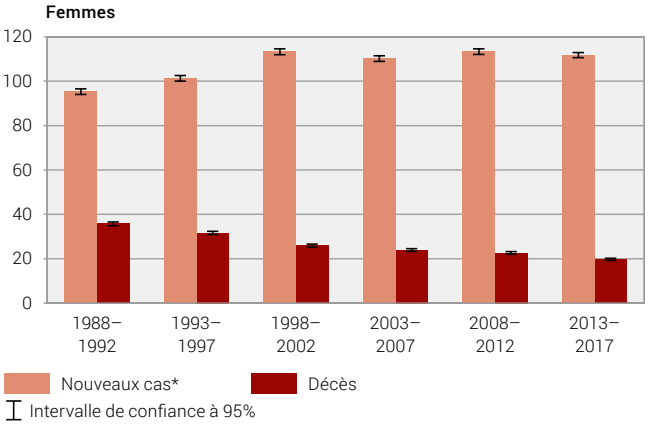


Source: Ferlay J. et al. (2018), Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018

© OFS 2021

Cancer du sein: évolution temporelle G 4.12.4

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

4.12.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

Sur la période 2013–2017, près de 80% des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de cancer du sein (taux de survie absolu). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans s'est établi à 88% (taux de survie relatif; T4.12.1).

Pendant la période 2003–2007, le taux de survie relatif à cinq ans était un peu plus bas (86%). Entre les périodes 2003–2007 et 2013–2017, le taux de survie à dix ans s'est légèrement amélioré, passant de 78% à 80% (G4.12.5).

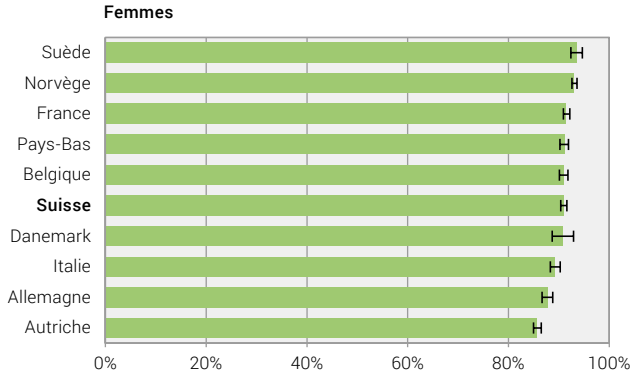
En comparaison avec les pays européens pris en compte, la Suisse se situe dans la moyenne pour les taux de survie. Les écarts entre les pays sont faibles (source: CONCORD-3, période 2010–2014) (G4.12.6).

Le nombre de femmes vivant avec un diagnostic de cancer du sein datant de moins de dix ans a augmenté entre 2006 et 2016; il est passé de 37 500 environ à 46 600. Pour l'année 2021, ce groupe est estimé à 50 660 personnes (G4.12.7).

4.12.3 Facteurs de risque

Pour le cancer du sein, les facteurs de risque clairement établis sont liés à l'histoire reproductive et hormonale. Des premières règles précoces, une ménopause tardive, le fait de ne pas avoir eu d'enfant ou une première maternité après 30 ans augmentent le risque de cancer du sein, probablement en relation avec le nombre de cycles ovulatoires et l'exposition aux œstrogènes. La pilule contraceptive ainsi que les traitements hormonaux de substitution à la ménopause (principalement les traitements associant œstrogènes et progestérone) sont aussi des facteurs de risque, tout comme la consommation d'alcool. Une surcharge pondérale importante après la ménopause augmente le risque à cause de la transformation des androgènes en œstrogènes dans les tissus adipeux. La relation entre la surcharge pondérale et le risque de cancer du sein est cependant complexe puisque, à l'inverse, un excès de poids important a un effet protecteur avant la ménopause, probablement parce qu'il induit une absence d'ovulation. Une grande taille est associée à une augmentation du risque de cancer du sein avant et probablement aussi après la ménopause. De même, le risque de développer un cancer du sein avant la ménopause est plus élevé chez les femmes qui présentaient un poids élevé à la naissance.[1, 2, 3]

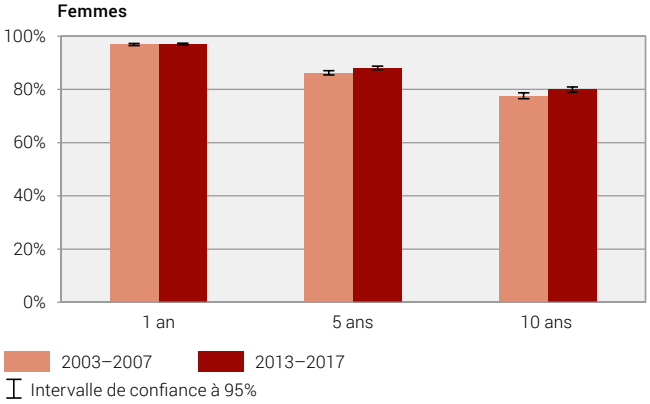
Cancer du sein: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, de 2010 à 2014 **G4.12.6**



Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

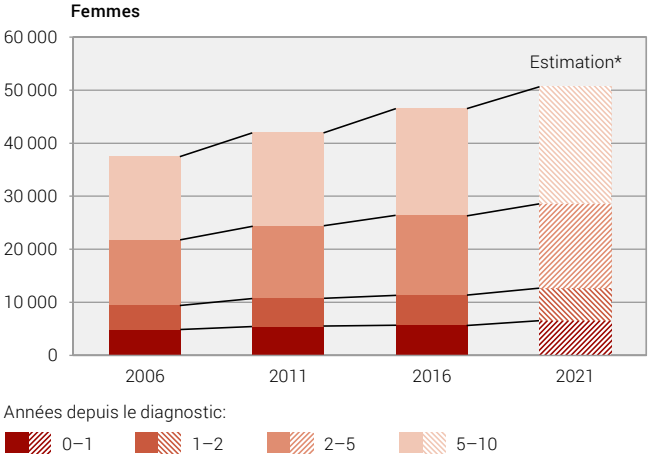
Source: Allemani C. et al. (2018). Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3) © OFS 2021

Cancer du sein: survie relative à 1, 5 et 10 ans **G4.12.5**



Source: ONEC © OFS 2021

Cancer du sein: nombre de malades (prévalence) G4.12.7



* Projection à partir des données de 2007 à 2016

Source: ONEC © OFS 2021

Cancer du sein: principaux indicateurs épidémiologiques T 4.12.1

	Femmes	
	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2013 à 2017	6 239	1 369
Nombre de cas en 2021 (estimé)	6 876	1 417
Part de tous les cancers, moyenne 2013 à 2017	31,7%	17,9%
Taux brut (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	149,2	32,7
Évolution annuelle moyenne du taux brut, 2008 à 2017	0,4%	–1,3%
Taux brut en 2021 (estimé)	156,5	32,2
Taux standardisé (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	111,8	19,7
Évolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2008 à 2017	–0,2%	–2,6%
Âge médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2013 à 2017	64,2	74,6
Risque vie entière, moyenne 2013 à 2017	11,6%	2,4%
Risque cumulé avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	7,2%	1,0%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	_	6 233

	Femmes
Nombre de malades dont le diagnostic remonte à moins de 5 ans (prévalence), au 31.12.2017	27 534
Taux de survie observé à 5 ans, 2013 à 2017	79,8%
Taux de survie relatif à 5 ans, 2013 à 2017	88,0%

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Références

1 Ligue suisse contre le cancer. *Le cancer du sein.* [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 28 novembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-du-sein/

2 World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research 2018. *Continuous Update Project Expert Report 2018. Diet, nutrition, physical activity and breast cancer.* Accessible depuis dietandcancerreport.org

3 Wild C.P., Weiderpass E., Stewart B.W., éd. 2020. W*orld Cancer Report. Cancer research for cancer prevention.* International Agency for Research on Cancer, Lyon

4.13 Cancer de l'utérus

L'utérus comprend deux parties, le col et le corps. Les différences dans les facteurs de risque et la fréquence des cancers conduisent à distinguer le cancer du col de l'utérus (C 53) et le cancer du corps de l'utérus (C 54-C 55).[1]

4.13.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Cancer du col de l'utérus
Entre 2013 et 2017, près de 260 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus ont été diagnostiqués en moyenne chaque année. Cela représente 1,3% de tous les cancers chez les femmes. Le risque de développer un cancer du col de l'utérus au cours de la vie est de 0,5% (T 4.13.1).

Durant cette même période, le cancer du col de l'utérus a été à l'origine d'environ 70 décès en moyenne chaque année, soit 1% des décès par cancer chez les femmes. Le risque de mourir d'un cancer du col de l'utérus s'élève à 0,1%.

L'incidence augmente entre 25 et 40 ans. Elle reste ensuite relativement stable (avec quelques fluctuations) jusqu'à 85 ans avant de s'accroître à nouveau.

La mortalité augmente légèrement en continu (avec quelques fluctuations) à partir de 25 ans (G 4.13.1). La moitié des cancers du col de l'utérus sont diagnostiqués après 52 ans et la moitié des décès sont enregistrés après 66 ans.

Cancer du corps de l'utérus
Entre 2013 et 2017, près de 930 nouveaux cas de cancer du corps de l'utérus ont été diagnostiqués en moyenne chaque année. Cela représente 4,7% de tous les cancers chez la femme et place le cancer du corps de l'utérus au cinquième rang des cancers les plus fréquents chez les femmes derrière le cancer du sein, le cancer colorectal, le cancer du poumon et le mélanome de la peau. Le risque de développer un cancer du corps de l'utérus au cours de la vie est de 1,8% (T 4.13.1).

Durant cette même période, le cancer du corps de l'utérus a été à l'origine de 220 décès environ en moyenne chaque année, soit 2,9% des décès par cancer chez les femmes. Le risque de mourir d'un cancer du corps de l'utérus s'élève à 0,4%.

L'incidence augmente jusqu'à 79 ans, puis diminue. La mortalité augmente quant à elle continuellement avec l'âge (G 4.13.1). La moitié des cancers du corps de l'utérus sont diagnostiqués après 68 ans et la moitié des décès sont enregistrés après 78 ans.

Comparaisons régionales et internationales

Cancer du col de l'utérus
Les taux d'incidence et de mortalité sont plus élevés en Suisse alémanique qu'en Suisse romande et au Tessin (G 4.13.2).
Parmi les pays européens retenus pour la comparaison internationale, la Suisse présente les taux d'incidence et de mortalité les plus bas (G 4.13.3)

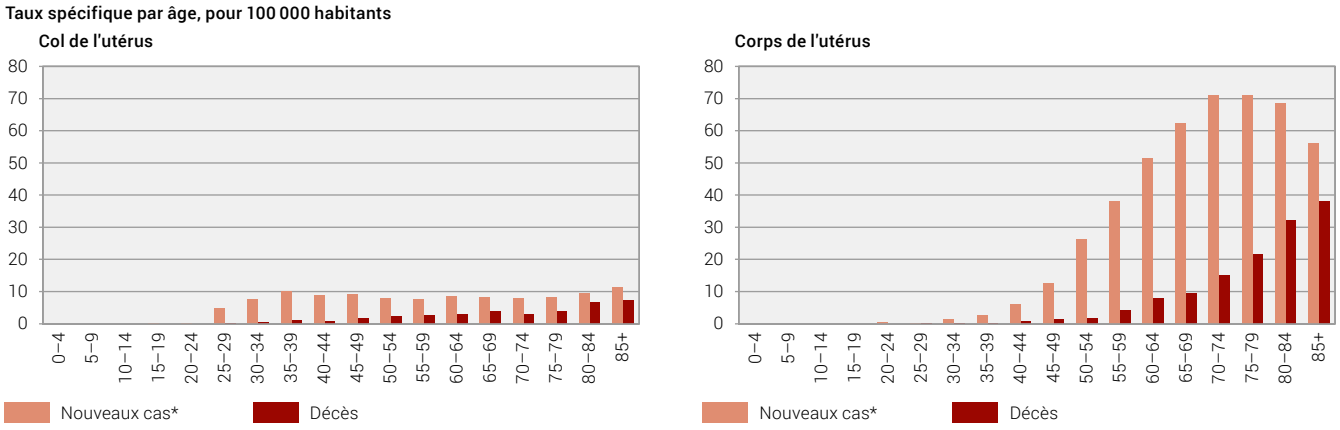
Cancer du corps de l'utérus
Il n'y a pas de différence notable entre les régions linguistiques pour les taux d'incidence et de mortalité (G 4.13.2). Parmi les pays retenus pour la comparaison internationale, la Suisse présente le quatrième taux d'incidence le plus élevé et, à l'inverse, le quatrième taux de mortalité le plus bas (G 4.13.3)

Évolution temporelle

Cancer du col de l'utérus
Les taux d'incidence et de mortalité ont reculé entre 1988 et 2017; la baisse atteint 43% environ pour l'incidence et 66% environ pour la mortalité (G 4.13.4).

Cancer du corps de l'utérus
Les taux d'incidence ont diminué de 18% environ entre 1988 et 2017; les taux de mortalité ont eux aussi baissé au cours de cette période (– 44%) (G 4.13.4).

Cancer de l'utérus selon l'âge, de 2013 à 2017 **G 4.13.1**



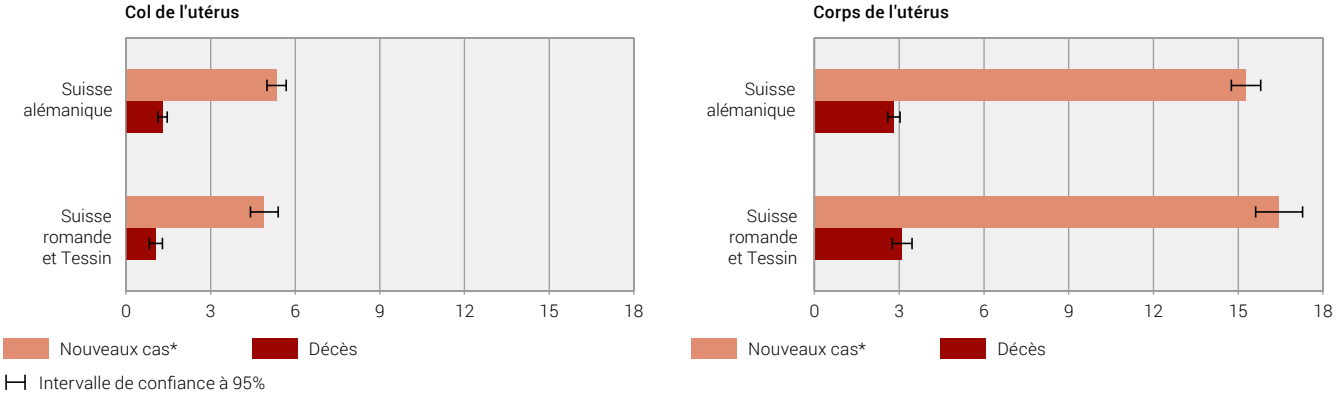
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer de l'utérus: comparaison régionale, de 2013 à 2017 G4.13.2

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



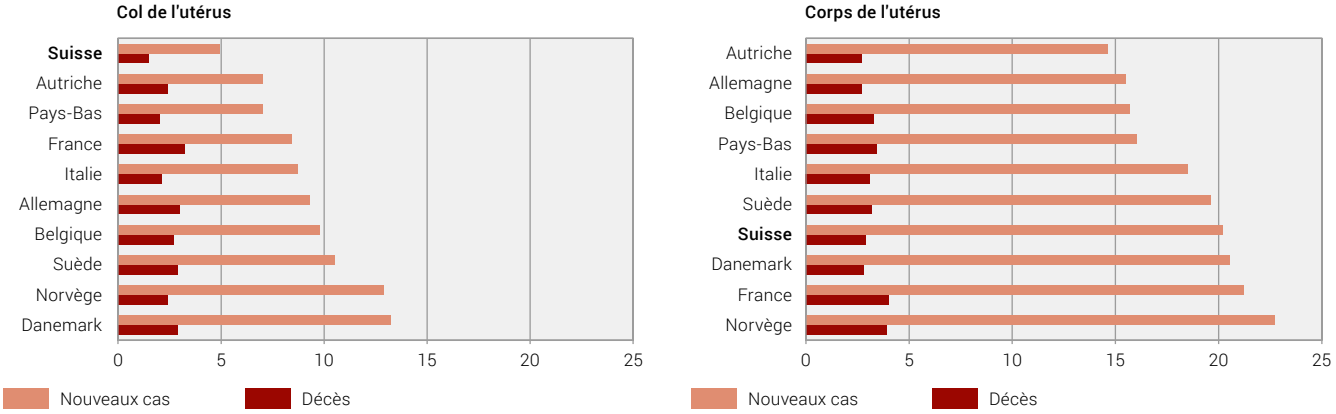
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer de l'utérus: comparaison internationale, en 2018 G4.13.3

Taux pour 100 000 habitants, standard européen

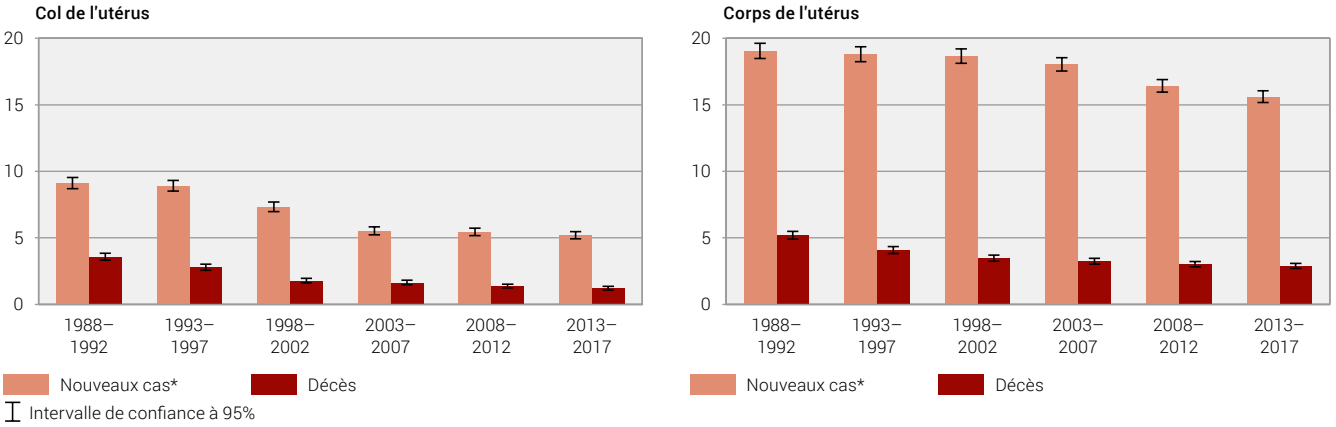


Source: Ferlay J. et al. (2018), Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018

© OFS 2021

Cancer de l'utérus: évolution temporelle G4.13.4

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

4.13.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

Cancer du col de l'utérus

Sur la période 2013–2017, 68% environ des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de cancer du col de l'utérus (taux de survie absolu). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans s'est établi à 71% (taux de survie relatif; T4.13.1).

Pendant la période 2003–2007, le taux de survie relatif à cinq ans était légèrement plus bas (67%). Entre les périodes 2003–2007 et 2013–2017, le taux de survie relatif à dix ans a progressé, passant de 60% à 66% (G 4.13.5).

En comparaison avec les pays européens pris en compte, la Suisse se situe dans le tiers supérieur pour les taux de survie (source: CONCORD-3, période 2010–2014) (G 4.13.6).

Le nombre de femmes vivant avec un diagnostic de cancer du col de l'utérus datant de moins de dix ans a légèrement diminué entre 2006 et 2016; il est passé de 1860 environ à un peu moins de 1760. Pour l'année 2021, ce groupe est estimé à 1710 personnes (G 4.13.7).

Cancer du corps de l'utérus

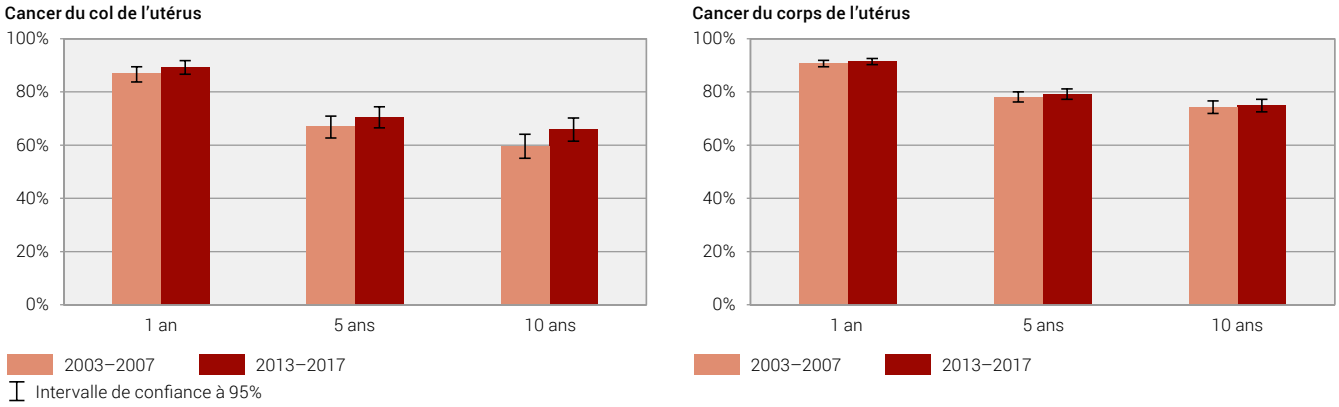
Sur la période 2013–2017, 72% environ des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de cancer du corps de l'utérus (taux de survie absolu). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans s'est établi à 79% (taux de survie relatif; T4.13.1).

Pendant la période 2003–2007, le taux de survie relatif à cinq ans se situait déjà au même niveau (78%). De même, le taux de survie relatif à dix ans n'a pas beaucoup évolué; il présente uniquement une légère hausse, de 74% à 75% (G 4.13.5).

En comparaison avec les pays européens pris en compte, la Suisse se situe dans la moyenne pour les taux de survie (source: EUROCARE-5, période 2000–2007) (G 4.13.6).

Le nombre de femmes vivant avec un diagnostic de cancer du corps de l'utérus datant de moins de dix ans a augmenté entre 2006 et 2016; il est passé de 6100 environ à près de 6560. Pour l'année 2021, ce groupe est estimé à 6880 personnes (G 4.13.7).

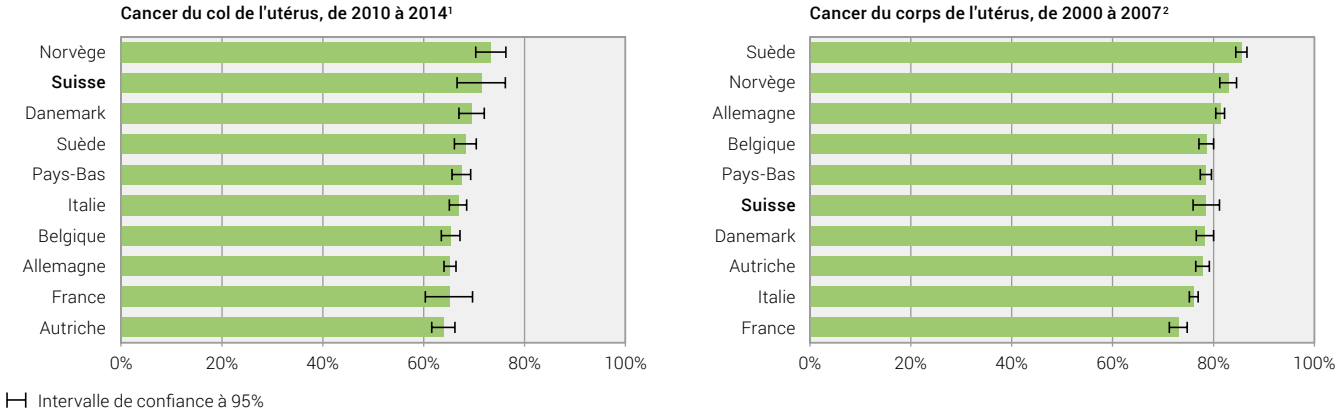
Cancer de l'utérus: survie relative à 1, 5 et 10 ans **G 4.13.5**



Source: ONEC

© OFS 2021

Cancer de l'utérus: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans **G 4.13.6**

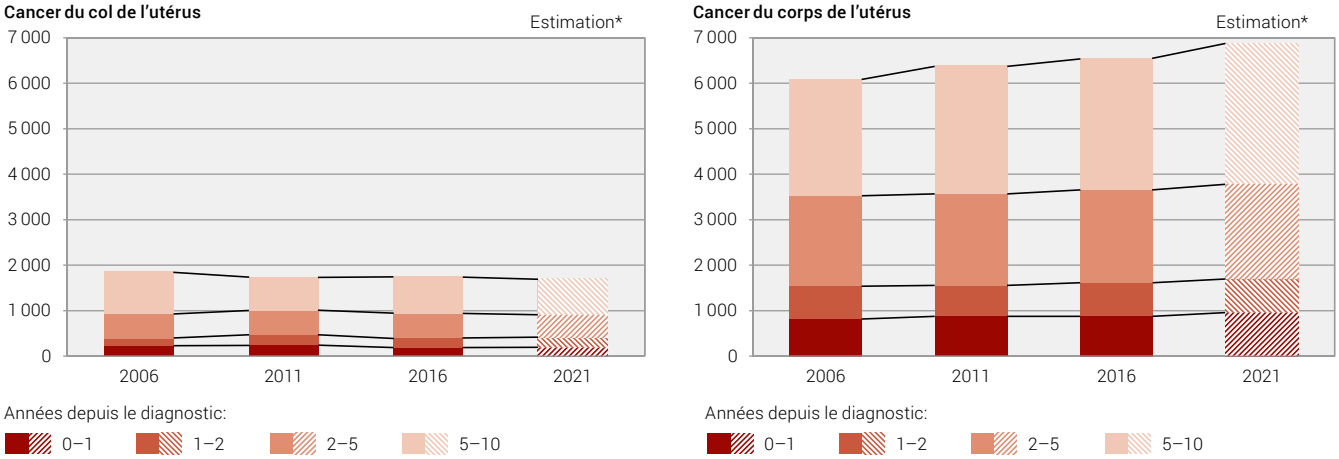


Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

Sources: [1] Allemani C. et al. (2018). Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3)
[2] De Angelis R et al. (2014), Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EUROCARE-5 –a population-based study

© OFS 2021

Cancer de l'utérus: nombre de malades (prévalence) **G 4.13.7**



* Projection à partir des données de 2007 à 2016

Source: ONEC

© OFS 2021

4.13.3 Facteurs de risque

Cancer du col de l'utérus

L'infection par certains virus du papillome humain (VPH), transmis par voie sexuelle (surtout les types 16 et 18), est un facteur de risque important pour le cancer du col de l'utérus. Le tabagisme, la prise de contraceptifs oraux et les infections des organes sexuels par des agents pathogènes sexuellement transmissibles (virus Herpes simplex de type 2, chlamydias, p. ex.) et l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) sont d'autres facteurs de risque.[1, 4]

Cancer du corps de l'utérus

Un taux élevé d'hormones sexuelles (œstrogènes, androgènes) est considéré comme un important facteur de risque de cancer du corps de l'utérus. La prise d'œstrogènes dans le cadre d'un traitement hormonal de substitution à la ménopause augmente aussi le risque de développer ce type de cancer. Quelques autres facteurs de risque – premières règles précoces, une ménopause tardive, ne pas avoir eu d'enfant, surcharge pondérale – s'expliquent également par un taux élevé d'œstrogènes.

Le diabète et le tabagisme sont également cités comme facteurs de risque. Le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK), un trouble du métabolisme qui entraîne un dysfonctionnement ovarien, représente un autre facteur de risque de cancer du corps de l'utérus, de même que la prise de tamoxifène pour traiter un cancer du sein.[2, 3, 4]

Cancer de l'utérus: principaux indicateurs épidémiologiques T 4.13.1

	Col de l'utérus		Corps de l'utérus	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2013 à 2017	258	73	927	218
Nombre de cas en 2021 (estimé)	253	75	972	232
Part de tous les cancers, moyenne 2013 à 2017	1,3%	1,0%	4,7%	2,9%
Taux brut (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	6,2	1,7	22,2	5,2
Évolution annuelle moyenne du taux brut, 2008 à 2017	–1,1%	–1,9%	–0,6%	–0,5%
Taux brut en 2021 (estimé)	5,8	1,7	22,1	5,3
Taux standardisé (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	5,2	1,2	15,6	2,9
Évolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2008 à 2017	–0,8%	–1,4%	–1,1%	–1,4%
Âge médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2013 à 2017	52,0	66,3	68,0	77,5
Risque vie entière, moyenne 2013 à 2017	0,5%	0,1%	1,8%	0,4%
Risque cumulé avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	0,4%	0,1%	1,0%	0,1%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	–	657	–	624

	Col de l'utérus	Corps de l'utérus
Nombre de malades dont le diagnostic remonte à moins de 5 ans (prévalence), au 31.12.2017	979	3 812
Taux de survie observé à 5 ans, 2013 à 2017	67,7%	72,4%
Taux de survie relatif à 5 ans, 2013 à 2017	70,6%	79,2%

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Références

1 Ligue suisse contre le cancer. *Le cancer du corps de l'utérus.* [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 28 novembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-du-corps-de-luterus/

2 Ligue suisse contre le cancer. *Le cancer du col de l'utérus.* [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 28 novembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-du-col-de-luterus/

3 World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research 2018. *Continuous Update Project Expert Report 2018. Diet, nutrition, physical activity and endometrial cancer.* Accessible depuis dietandcancerreport.org

4 C.P., Weiderpass E., Stewart B.W., éd. (2020). *World Cancer Report. Cancer research for cancer prevention.* International Agency for Research on Cancer, Lyon

4.14 Cancer de l'ovaire

Le cancer de l'ovaire (C56) peut se développer à partir de trois types de tissus: les cellules tapissant la surface des ovaires, les cellules produisant les hormones ou les cellules à partir desquelles se forment les ovules.[1]

4.14.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2013 et 2017, 630 nouveaux cas de cancer de l'ovaire ont été diagnostiqués en moyenne chaque année et 420 décès ont été enregistrés à la suite de ce cancer. Cela représente 3,2% des cancers et 5,5% des décès par cancer chez les femmes. Chez celles-ci, le cancer de l'ovaire est le neuvième cancer le plus fréquent et il arrive en sixième position pour ce qui est des décès par cancer. Le risque de développer un cancer de l'ovaire au cours de la vie est de 1,2% (T4.14.1), alors que le risque de mourir de ce cancer est de 0,8%.

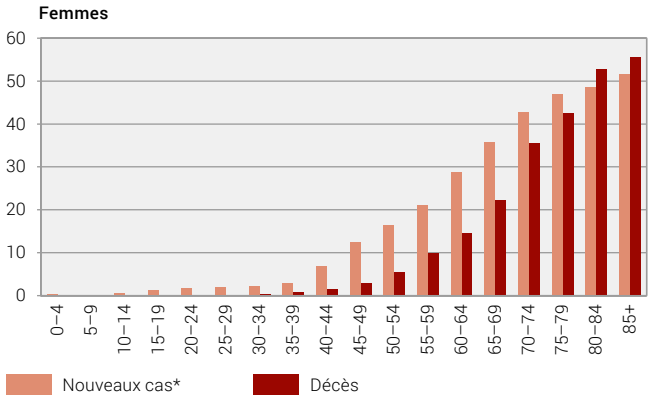
Les taux d'incidence et de mortalité augmentent en continu avec l'âge (G4.14.1). La moitié des diagnostics sont enregistrés après 68 ans et la moitié des décès après 75 ans.

Comparaisons régionales et internationales

Il n'existe pas de différence notable entre la Suisse alémanique d'une part et la Suisse romande et le Tessin d'autre part, ni pour l'incidence ni pour la mortalité (G4.14.2).

Cancer de l'ovaire selon l'âge, de 2013 à 2017 **G4.14.1**

Taux spécifique par âge, pour 100 000 habitants

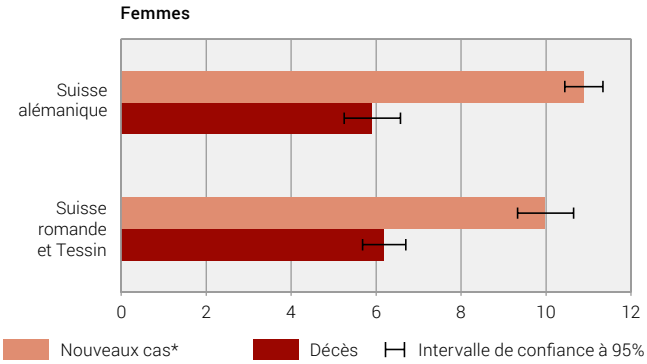


* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès © OFS 2021

Cancer de l'ovaire: comparaison régionale, de 2013 à 2017 **G4.14.2**

Taux pour 100 000 habitants, standard européen

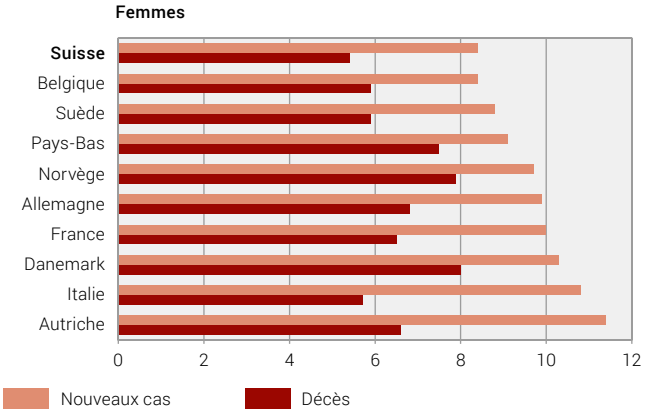


* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès © OFS 2021

Cancer de l'ovaire: comparaison internationale, en 2018 **G4.14.3**

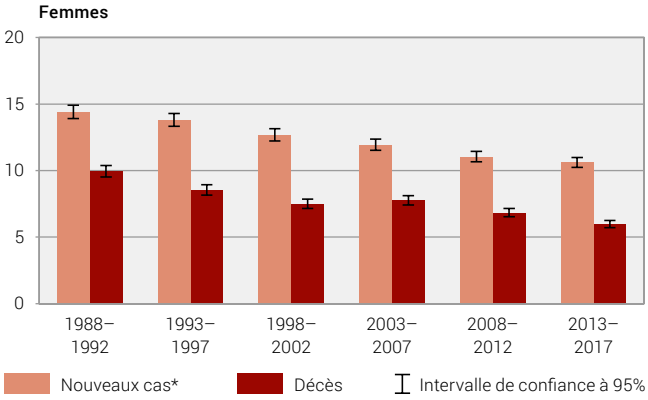
Taux pour 100 000 habitants, standard européen



Source: Ferlay J. et al. (2018), Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018 © OFS 2021

Cancer de l'ovaire: évolution temporelle **G4.14.4**

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès © OFS 2021

Parmi les pays retenus pour la comparaison internationale, la Suisse présente les taux d'incidence les plus bas (avec la Belgique); elle a également les taux de mortalité les plus faibles (G 4.14.3).

Évolution temporelle

Au cours des trente dernières années, l'incidence et la mortalité ont diminué de respectivement 26% et 40% pour le cancer de l'ovaire (G 4.14.4).

4.14.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

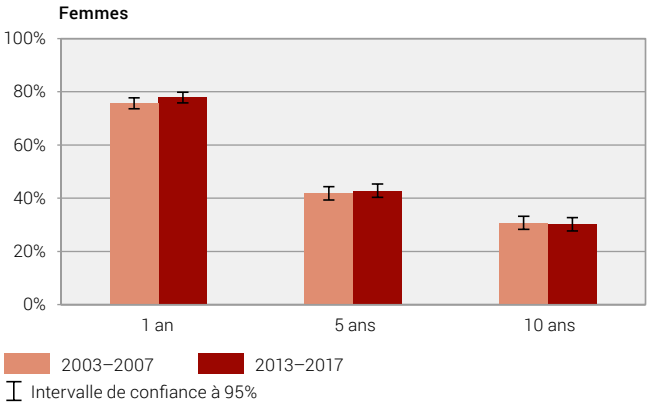
Sur la période 2013–2017, 40% environ des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de cancer de l'ovaire (taux de survie absolu). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans s'est établi à 43% (taux de survie relatif; T4.14.1).

Pendant la période 2003–2007, le taux de survie relatif à cinq ans était approximativement le même (42%). Entre les périodes 2003–2007 et 2013–2017, le taux de survie relatif à dix ans a lui aussi peu évolué, passant de 31% à 30% (G 4.14.5).

En comparaison avec les pays européens pris en compte, la Suisse se situe dans le tiers supérieur pour les taux de survie (source: CONCORD-3, période 2010–2014) (G 4.14.6).

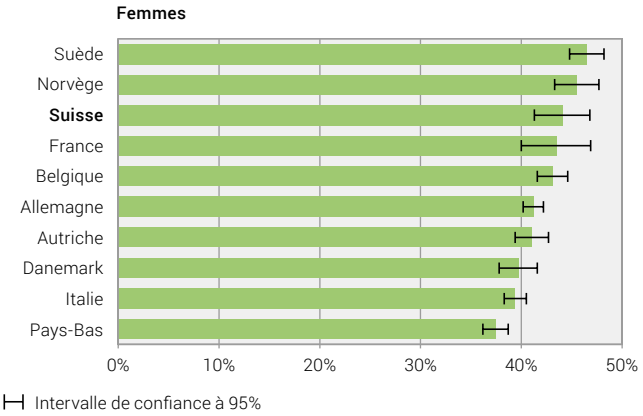
Le nombre de femmes vivant avec un diagnostic de cancer de l'ovaire datant de moins de dix ans a légèrement augmenté entre 2006 et 2016; il est passé d'environ 2490 à 2760. Pour l'année 2021, ce groupe est estimé à 2930 personnes (G 4.14.7).

Cancer de l'ovaire: survie relative à 1, 5 et 10 ans **G 4.14.5**



Source: ONEC © OFS 2021

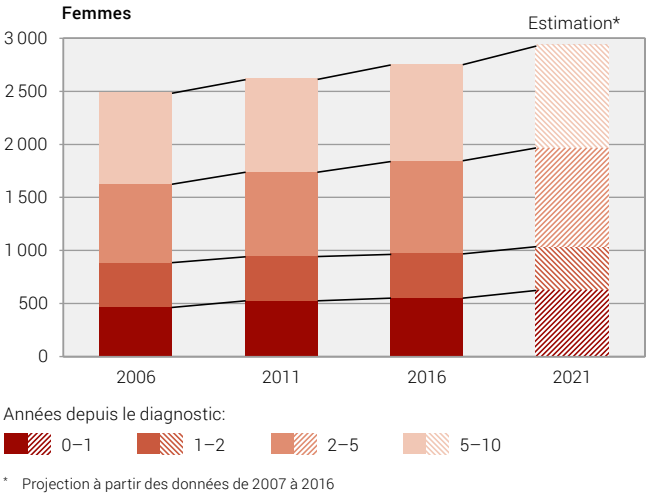
Cancer de l'ovaire: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, de 2010 à 2014 **G 4.14.6**



Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

Source: Allemani C. et al. (2018). Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3) © OFS 2021

Cancer de l'ovaire: nombre de malades (prévalence) **G 4.14.7**



* Projection à partir des données de 2007 à 2016

Source: ONEC © OFS 2021

4.14.3 Facteurs de risque

Le risque de développer un cancer de l'ovaire augmente surtout avec l'âge. Comme pour le cancer du sein, quelques facteurs de risque sont liés aux grossesses et aux hormones féminines. Il semblerait qu'un nombre élevé d'ovulations au cours de la vie (premières règles précoces, ménopause tardive, ne pas avoir eu d'enfant) augmente le risque de cancer de l'ovaire. Une taille supérieure à la moyenne constitue un facteur de risque. Une forte surcharge pondérale et un diabète augmentent également la probabilité de développer un cancer de l'ovaire. L'endométriose est associée à des types spécifiques de cancer de l'ovaire. Une exposition à l'amiante ainsi qu'un traitement hormonal de substitution à la ménopause entraînent aussi une augmentation du risque pour ce cancer, alors que la prise de la pilule contraceptive est associée à une diminution du risque.[1, 2, 3]

Cancer de l'ovaire: principaux indicateurs épidémiologiques **T 4.14.1**

	Femmes	
	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2013 à 2017	631	420
Nombre de cas en 2021 (estimé)	656	431
Part de tous les cancers, moyenne 2013 à 2017	3,2%	5,5%
Taux brut (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	15,1	10,0
Évolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2008 à 2017	–0,4%	–1,4%
Taux brut en 2021 (estimé)	14,9	9,8
Taux standardisé (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	10,6	6,0
Évolution annuelle moyenne du taux brut, 2008 à 2017	–1,0%	–2,5%
Âge médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2013 à 2017	68,1	74,8
Risque vie entière, moyenne 2013 à 2017	1,2%	0,8%
Risque cumulé avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	0,6%	0,3%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	_	1 467

	Femmes
Nombre de malades dont le diagnostic remonte à moins de 5 ans (prévalence), au 31.12.2017	1 913
Taux de survie observé à 5 ans, 2013 à 2017	40,1%
Taux de survie relatif à 5 ans, 2013 à 2017	42,8%

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Références

1 Ligue suisse contre le cancer. *Le cancer de l'ovaire.* [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 28 novembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-de-lovaire/

2 World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research 2018. *Continuous Update Project Expert Report 2018. Diet, nutrition, physical activity and ovarian cancer.* Accessible depuis dietandcancerreport.org

3 Wild C.P., Weiderpass E., Stewart B.W., éd. 2020. W*orld Cancer Report. Cancer research for cancer prevention.* International Agency for Research on Cancer, Lyon

4.15 Cancer de la prostate

Le cancer de la prostate (C61) se développe, dans la majorité des cas, à partir des tissus glandulaires de la prostate. Dans de rares cas, il se forme à partir d'autres tissus, comme le tissu conjonctif.[1]

4.15.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2013 et 2017, près de 6400 nouveaux cas de cancer de la prostate ont été diagnostiqués en moyenne chaque année. Cela place le cancer de la prostate au premier rang des cancers les plus fréquents chez les hommes. Le risque de développer un cancer de la prostate au cours de la vie est de 13,5% (T4.15.1).

Durant cette même période, le cancer de la prostate a été à l'origine de 1300 décès environ en moyenne chaque année. Cela place ce cancer au deuxième rang des causes de décès par cancer chez les hommes. Le risque de mourir d'un cancer de la prostate est de 2,4%.

Le cancer de la prostate touche en premier lieu les hommes d'un certain âge. Il est très rare avant 55 ans. À partir de cet âge, les taux d'incidence augmentent jusqu'à 74 ans, puis ils diminuent légèrement. Les taux de mortalité s'accroissent fortement à partir de 70 ans (G4.15.1).

La moitié des cancers de la prostate sont diagnostiqués après 70 ans et la moitié des décès sont enregistrés après 83 ans.

Comparaisons régionales et internationales

Les taux d'incidence sont plus bas en Suisse romande et au Tessin qu'en Suisse alémanique. Il en est de même pour les taux de mortalité (G4.15.2).

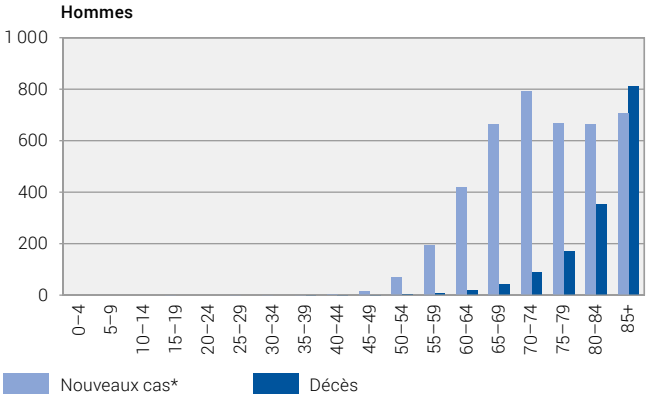
Par rapport aux pays européens retenus pour la comparaison, la Suisse présente des taux d'incidence relativement élevés. Parmi les neuf pays européens considérés, six affichent des taux d'incidence inférieurs. Pour ce qui est de la mortalité, la Suisse occupe le milieu du classement (G4.15.2).

Évolution temporelle

Entre 1988 et 2007, l'incidence a nettement augmenté (50%), puis elle a diminué. La hausse observée est probablement liée à l'introduction du dépistage du cancer de la prostate par le test du PSA (antigène prostatique spécifique). Cette supposition est corroborée par la diminution continue des taux de mortalité entre 1988 et 2017 (– 47%; G4.15.4).

Cancer de la prostate selon l'âge, de 2013 à 2017 **G4.15.1**

Taux spécifique par âge, pour 100 000 habitants



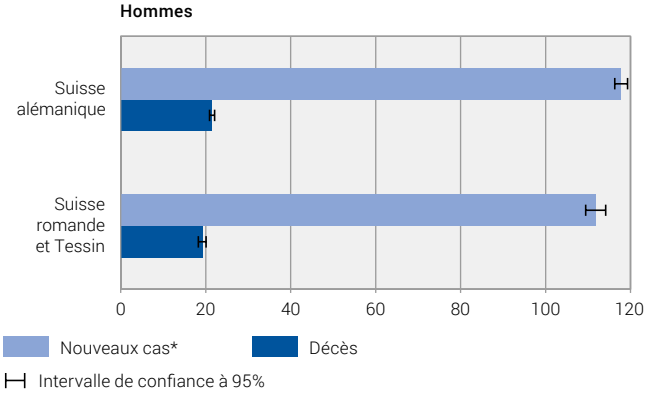
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer de la prostate: comparaison régionale, de 2013 à 2017 **G4.15.2**

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



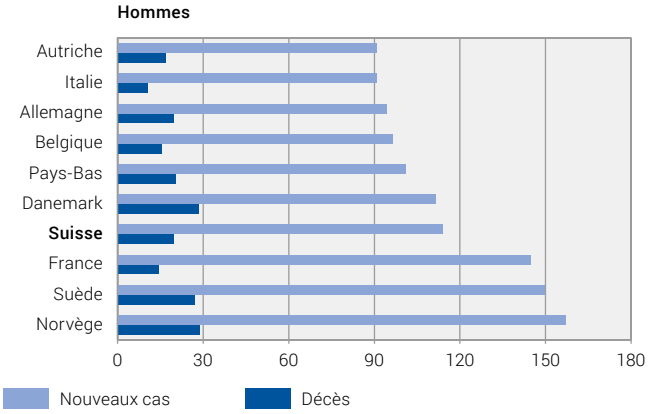
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer de la prostate: comparaison internationale, en 2018 **G4.15.3**

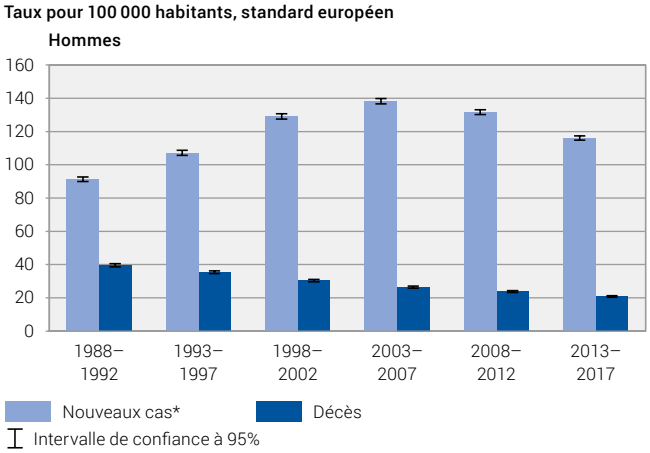
Taux pour 100 000 habitants, standard européen



Source: Ferlay J. et al. (2018), Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018

© OFS 2021

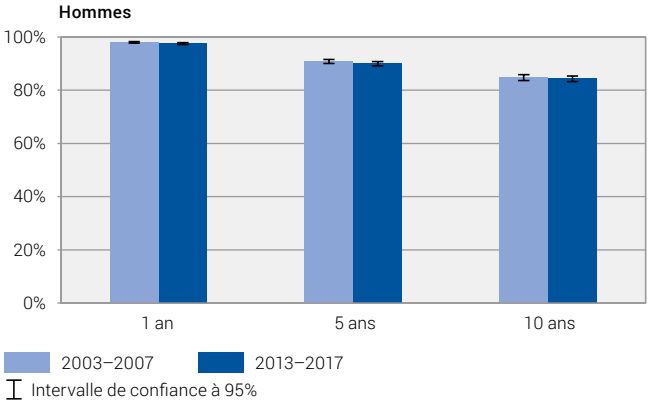
Cancer de la prostate: évolution temporelle G 4.15.4



* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès © OFS 2021

Cancer de la prostate: survie relative à 1, 5 et 10 ans G 4.15.5



Source: ONEC © OFS 2021

4.15.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

Sur la période 2013–2017, 79% environ des hommes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de cancer de la prostate (taux de survie absolu). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans s'est établi à 90% (taux de survie relatif; T 4.15.1).

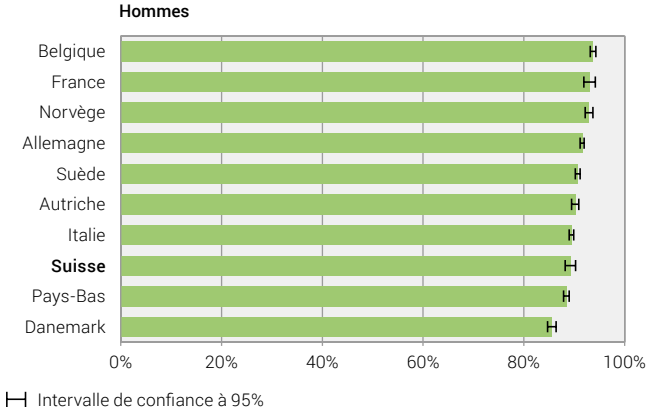
Pendant la période 2003–2007, le taux de survie relatif à cinq ans se situait déjà au même niveau (91%). Entre les périodes 2003–2007 et 2013–2017, le taux de survie relatif à dix ans a peu évolué, passant de 85% à 84% (G 4.15.5).

En comparaison avec les pays européens pris en compte, la Suisse se situe dans le tiers inférieur du tableau. Les écarts entre les pays sont faibles (source: CONCORD-3, période 2010–2014) (G 4.15.6).

Le nombre d'hommes vivant avec un diagnostic de cancer de la prostate datant de moins de dix ans a augmenté entre 2006 et 2016; il est passé de près de 36 200 personnes à 46 430 environ. La tendance à la hausse s'est toutefois fortement ralentie.

Pour l'année 2021, ce groupe est estimé à 46 360 personnes (G 4.15.7).

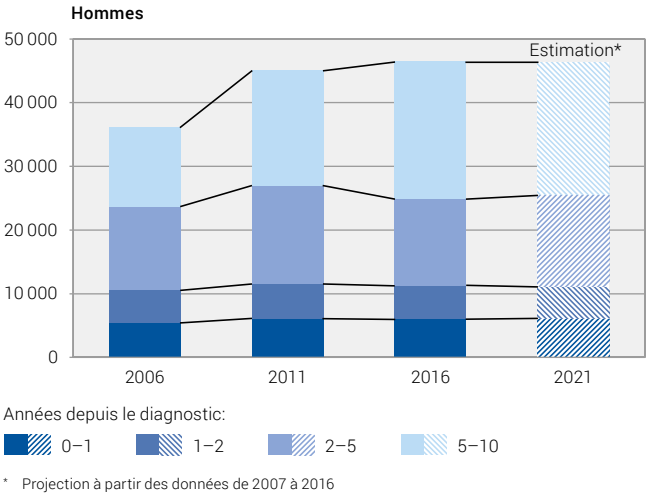
Cancer de la prostate: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, de 2010 à 2014 G 4.15.6



Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

Source: Allemani C. et al. (2018). Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3) © OFS 2021

Cancer de la prostate: nombre de malades (prévalence) G 4.15.7



* Projection à partir des données de 2007 à 2016

Source: ONEC

© OFS 2021

4.15.3 Facteurs de risque

Outre l'âge, le principal facteur de risque est l'existence d'antécédents familiaux de cancer de la prostate. Le surpoids et l'obésité sont également cités comme facteurs augmentant le risque. En revanche, les études récentes n'ont pas confirmé le rôle d'une alimentation riche en calcium, auparavant considérée comme un facteur de risque.[1, 2, 3]

Cancer de la prostate: principaux indicateurs épidémiologiques T 4.15.1

	Hommes	
	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2013 à 2017	6 366	1 344
Nombre de cas en 2021 (estimé)	6 833	1 461
Part de tous les cancers, moyenne 2013 à 2017	27,5%	14,3%
Taux brut (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	155,4	32,8
Évolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2008 à 2017	–0,6%	–1,0%
Taux brut en 2021 (estimé)	157,8	33,7
Taux standardisé (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	116,1	20,8
Évolution annuelle moyenne du taux brut, 2008 à 2017	–1,7%	–2,6%
Âge médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2013 à 2017	70,0	82,7
Risque vie entière, moyenne 2013 à 2017	13,5%	2,4%
Risque cumulé avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	6,2%	0,3%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	_	937

	Hommes
Nombre de malades dont le diagnostic remonte à moins de 5 ans (prévalence), au 31.12.2017	25 838
Taux de survie observé à 5 ans, 2013 à 2017	79,1%
Taux de survie relatif à 5 ans, 2013 à 2017	89,9%

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Références

1. Ligue suisse contre le cancer. *Le cancer de la prostate.* [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 28 novembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-de-la-prostate/
2. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research 2018. *Continuous Update Project Expert Report 2018. Diet, nutrition, physical activity and prostate cancer.* Accessible depuis dietandcancerreport.org
3. Wild C.P., Weiderpass E., Stewart B.W., éd. 2020. *World Cancer Report. Cancer research for cancer prevention.* International Agency for Research on Cancer, Lyon

4.16 Cancer du testicule

Le cancer du testicule (C 62) se développe le plus souvent à partir des cellules germinales. Dans la plupart des cas, un seul testicule est touché.[1]

4.16.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2013 et 2017, 470 cas environ de cancer du testicule ont été diagnostiqués en moyenne chaque année. Cela représente 2,0% des cancers chez les hommes. Le risque de développer un cancer du testicule au cours de la vie est de 0,8% (T 4.16.1).

Durant cette même période, le cancer du testicule a été à l'origine de dix décès en moyenne chaque année. Cela représente 0,1% des décès par cancer chez les hommes. Le risque de mourir de ce cancer est donc très faible.

Le cancer du testicule touche principalement des hommes jeunes. Les taux d'incidence culminent chez les 35 à 39 ans, puis diminuent.

Le taux de mortalité est très faible dans toutes les classes d'âge. Quant à la répartition des décès par âge, elle ne présente aucune tendance claire (G 4.16.1).

La moitié des cancers du testicule sont diagnostiqués avant 37 ans; la moitié des décès sont enregistrés avant 52 ans.

Comparaisons régionales et internationales

Les taux d'incidence sont plus élevés en Suisse alémanique qu'en Suisse romande et au Tessin. Pour les taux de mortalité, il n'y a pas de différence clairement interprétable entre ces régions (G 4.16.2).

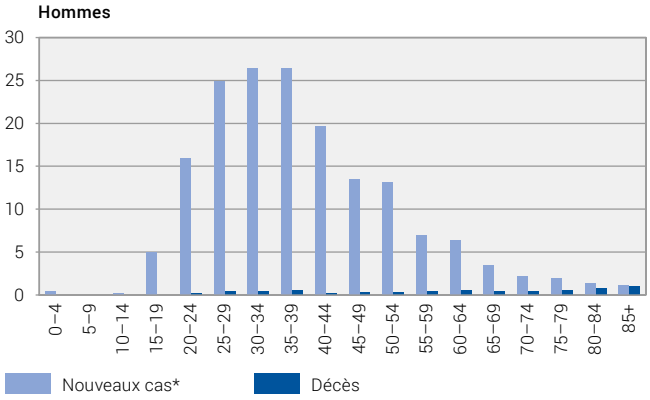
Parmi les pays européens pris en compte, la Suisse occupe le milieu du classement pour les taux d'incidence; sur les neuf pays comparés avec la Suisse, cinq présentent des taux d'incidence inférieurs. Les taux de mortalité sont bas et se situent à peu près au même niveau dans tous les pays (G 4.16.3).

Évolution temporelle

Les taux d'incidence ont légèrement augmenté (+16%) entre 1988 et 2017, alors que les taux de mortalité ont fortement baissé (–67%) durant cette même période (G 4.16.4).

Cancer du testicule selon l'âge, de 2013 à 2017 **G 4.16.1**

Taux spécifique par âge, pour 100 000 habitants



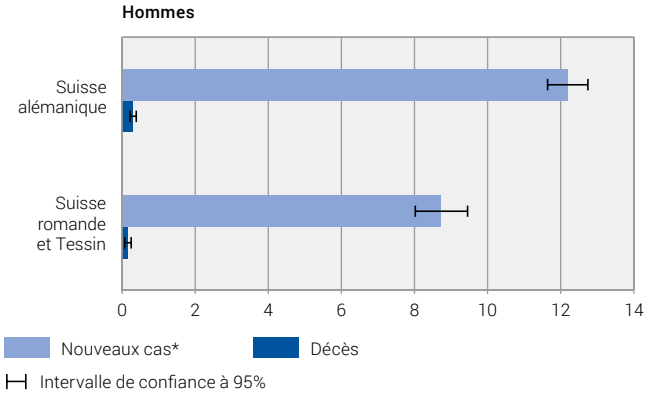
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer du testicule: comparaison régionale, de 2013 à 2017 **G 4.16.2**

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



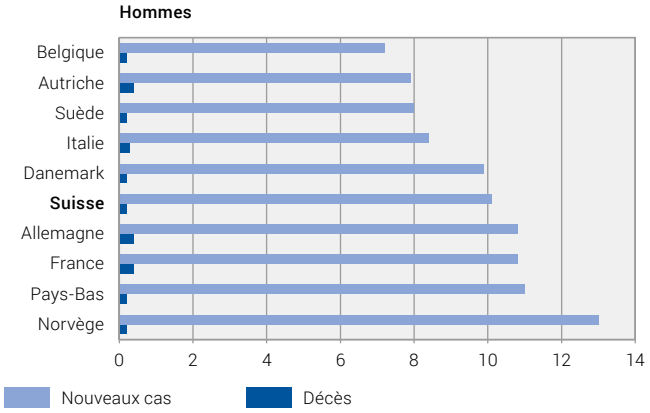
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer du testicule: comparaison internationale, en 2018 **G 4.16.3**

Taux pour 100 000 habitants, standard européen

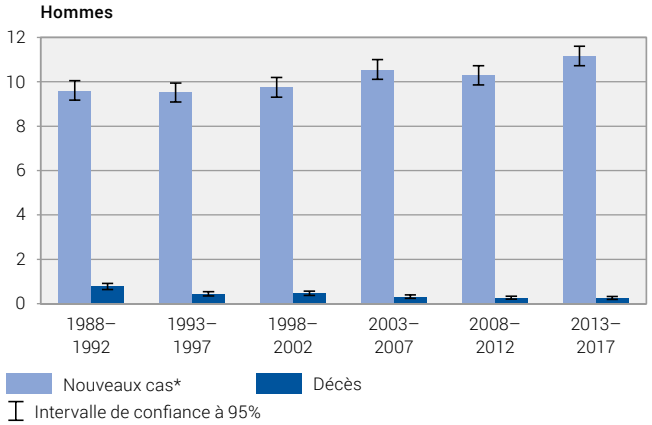


Source: Ferlay J. et al. (2018), Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018

© OFS 2021

Cancer du testicule: évolution temporelle G 4.16.4

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

4.16.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

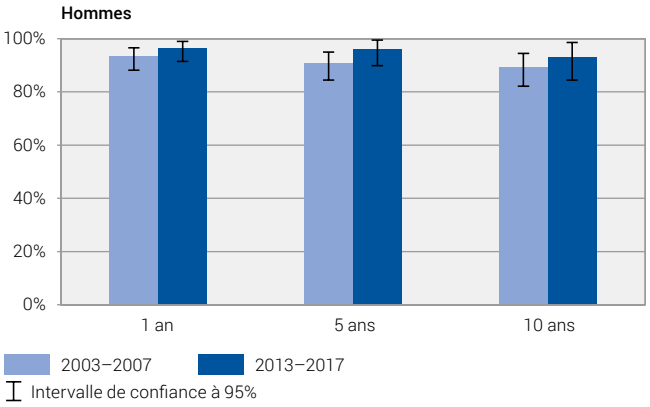
Sur la période 2013–2017, près de 92% des hommes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de cancer du testicule (taux de survie absolu). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans s'est établi à 96% (taux de survie relatif; T 4.16.1).

Pendant la période 2003–2007, le taux de survie relatif à cinq ans était un peu plus bas (91%). Entre les périodes 2003–2007 et 2013–2017, les taux de survie relatifs à dix ans ont eux aussi légèrement progressé, passant de 89% à 93% (G 4.16.5).

En comparaison avec les pays européens pris en compte, la Suisse se situe en fin de classement pour le taux de survie, qui est de 83% (source: EUROCARE-5, période 2000–2007). Les chiffres suisses analysés dans le cadre de l'étude EUROCARE-5 n'englobent toutefois pas, pour la Suisse, toutes les données disponibles des registres suisses des tumeurs. Étant donné le nombre incomplet d'observations, le taux de survie effectif a probablement été sous-estimé (voir ci-dessus le taux de 91% pour la période 2003–2007) (G 4.16.6).

Le nombre d'hommes vivant avec un diagnostic de cancer du testicule datant de moins de dix ans a augmenté entre 2006 et 2016; il est passé d'environ 3440 à 4040. Pour l'année 2021, ce groupe est estimé à 4330 personnes (G 4.16.7).

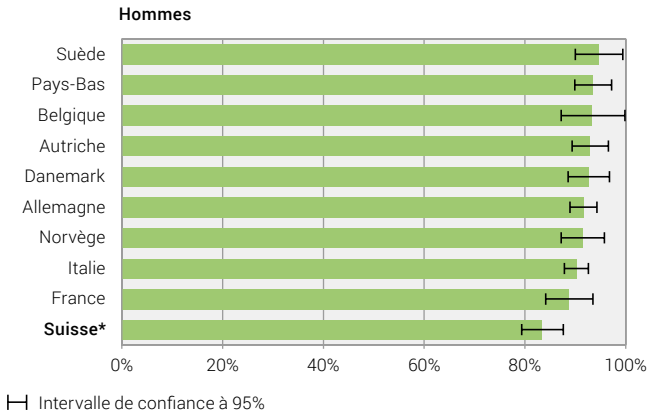
Cancer du testicule: survie relative à 1, 5 et 10 ans G 4.16.5



Source: ONEC

© OFS 2021

Cancer du testicule: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, de 2000 à 2007 G 4.16.6



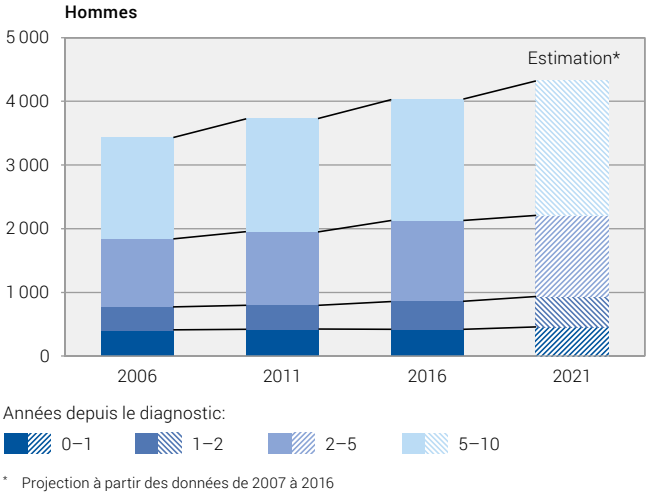
Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

* En raison du faible nombre de cas dans la tranche d'âge supérieure, la valeur donnée pour la Suisse a une signification limitée.

Source: De Angelis R. et al. (2014), Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EUROCARE-5 — a population-based study

© OFS 2021

Cancer du testicule: nombre de malades (prévalence) G 4.16.7



* Projection à partir des données de 2007 à 2016

Source: ONEC

© OFS 2021

4.16.3 Facteurs de risque

Les facteurs de risque clairement établis sont un testicule non descendu (cryptorchidie) et des antécédents familiaux. Environ 5% des hommes qui présentent une cryptorchidie développent un cancer du testicule par la suite. La consommation régulière de cannabis (au moins une fois par semaine ou sur une période d'au moins dix ans), un développement incomplet de l'ouverture de l'urètre et d'autres anomalies du développement des organes sexuels, de même que l'infertilité, sont d'autres facteurs de risque.[1, 2]

Cancer du testicule: principaux indicateurs épidémiologiques T 4.16.1

	Hommes	
	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2013 à 2017	471	12
Nombre de cas en 2021 (estimé)	503	13
Part de tous les cancers, moyenne 2013 à 2017	2,0%	0,1%
Taux brut (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	11,5	0,3
Évolution annuelle moyenne du taux brut, 2008 à 2017	0,8%	0,0%
Taux brut en 2021 (estimé)	11,6	0,3
Taux standardisé (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	11,2	0,3
Évolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2008 à 2017	1,0%	–0,4%
Âge médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2013 à 2017	37,3	52,0
Risque vie entière, moyenne 2013 à 2017	0,8%	<0,1%
Risque cumulé avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	0,8%	<0,1%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	_	232

	Hommes
Nombre de malades dont le diagnostic remonte à moins de 5 ans (prévalence), au 31.12.2017	2 196
Taux de survie observé à 5 ans, 2013 à 2017	91,9%
Taux de survie relatif à 5 ans, 2013 à 2017	95,9%

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Références

1 Ligue suisse contre le cancer. *Le cancer du testicule.* [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 29 novembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-du-testicule/

2 Wild C.P., Weiderpass E., Stewart B.W., éd. 2020. *World Cancer Report. Cancer research for cancer prevention.* International Agency for Research on Cancer, Lyon

4.17 Cancer du rein

Les cancers du rein (C64) regroupent différents types de tumeurs. Ils sont majoritairement issus des cellules fonctionnelles du rein.[1]

4.17.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2013 et 2017, 690 nouveaux cas de cancer du rein ont été diagnostiqués en moyenne chaque année chez les hommes; cela représente 3,0% des nouveaux cas de cancer. Sur cette même période, le cancer du rein a touché 310 femmes en moyenne par an (1,6% des nouveaux cas de cancer). Le taux d'incidence standardisé est à peu près 2,5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Le risque de développer un cancer du rein au cours de la vie est de 1,4% chez les hommes et de 0,6% chez les femmes (T4.17.1).

Durant cette même période, le cancer du rein a entraîné 200 décès chez les hommes et 110 chez les femmes en moyenne chaque année. Cela représente respectivement 2,1% et 1,4% des décès par cancer. Le risque de mourir d'un cancer du rein s'élève à 0,4% chez les hommes et à 0,2% chez les femmes.

La moitié des diagnostics et des décès sont enregistrés respectivement après 68 et 75 ans chez les hommes et après 70 et 80 ans chez les femmes. Les taux d'incidence augmentent avec l'âge jusqu'à 84 ans (G4.17.1). Un sous-type particulier de cancer du rein, le néphroblastome (tumeur de Wilms), peut être diagnostiqué dès le plus jeune âge (cf. chapitre enfants). Les taux de mortalité augmentent eux aussi avec l'âge.

Comparaisons régionales et internationales

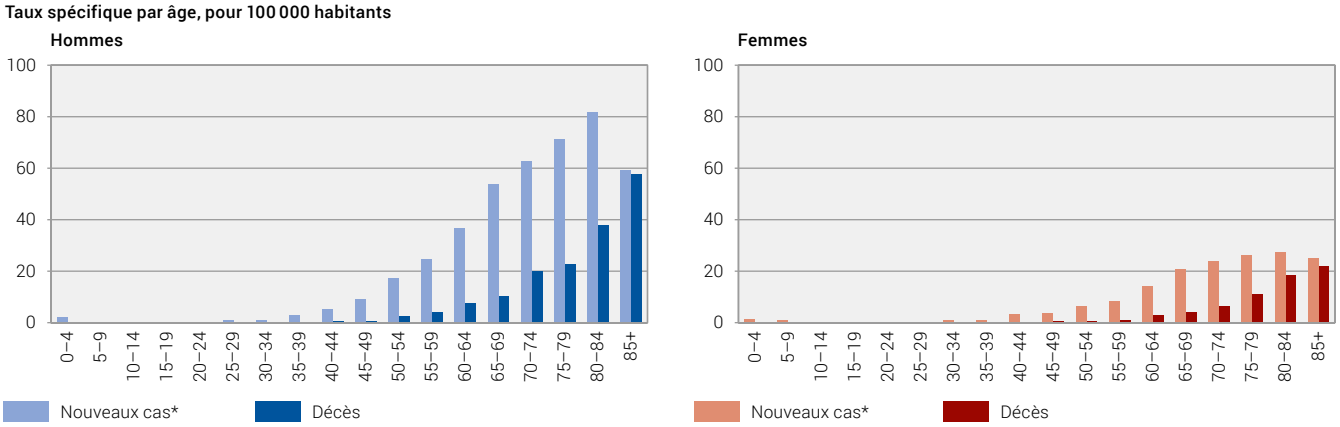
Pour l'incidence et la mortalité liées au cancer du rein, chez les hommes comme chez les femmes, il n'y a pas de différences notables entre la Suisse romande et le Tessin d'une part, et la Suisse alémanique d'autre part (G4.17.2).

Parmi les pays européens retenus pour la comparaison internationale dans ce rapport, la Suisse présente (avec l'Autriche) le deuxième taux d'incidence le plus faible chez les hommes et le taux le plus faible chez les femmes. La Suisse a les taux de mortalités les plus bas tant chez les hommes que chez les femmes.

Évolution temporelle

L'incidence n'a pas évolué notablement au cours des trente dernières années (G4.17.4). La mortalité a, quant à elle, diminué de 48% chez les hommes et de 54% chez les femmes.

Cancer du rein selon l'âge, de 2013 à 2017 **G4.17.1**



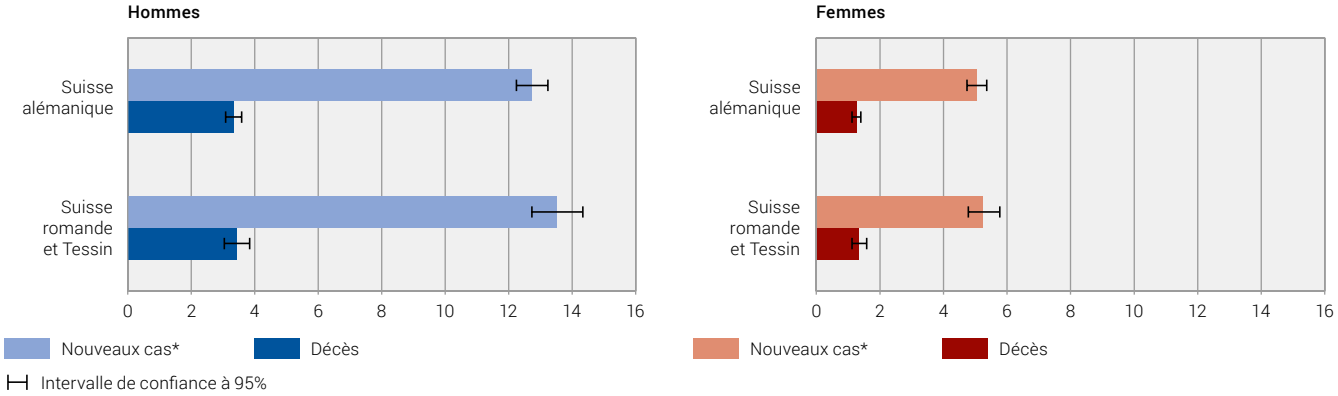
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer du rein: comparaison régionale, de 2013 à 2017 G4.17.2

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



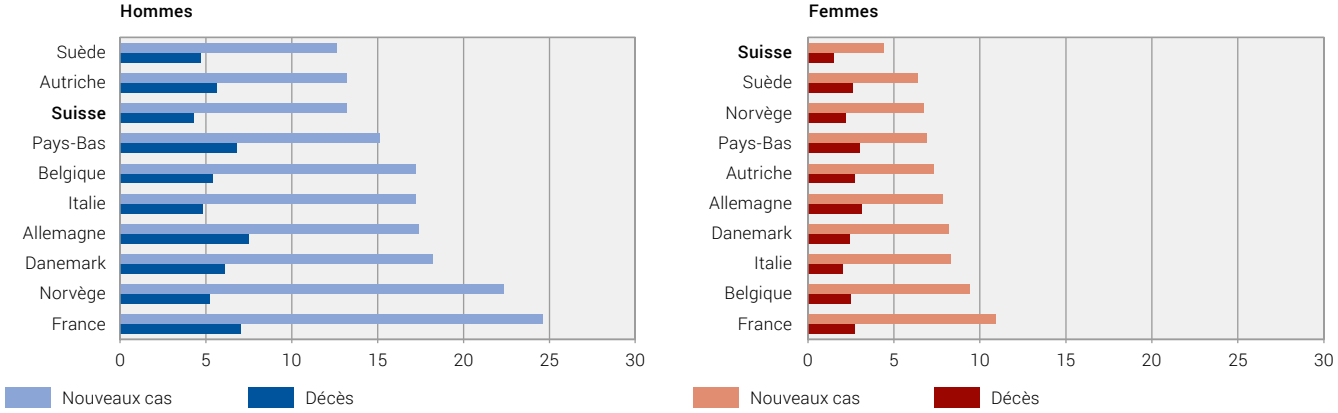
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer du rein: comparaison internationale, en 2018 G4.17.3

Taux pour 100 000 habitants, standard européen

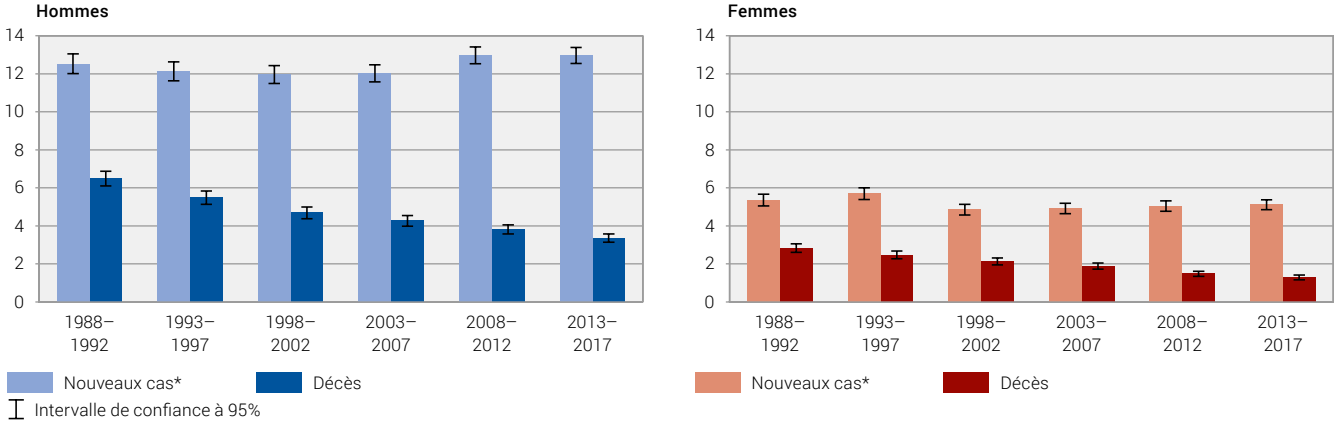


Source: Ferlay J. et al. (2018), Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018

© OFS 2021

Cancer du rein: évolution temporelle G4.17.4

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

4.17.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

Sur la période 2013–2017, près de 66% des hommes et des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de cancer du rein (taux de survie absolu). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans s'est établi à 74% pour les hommes et à 72% pour les femmes (taux de survie relatif; T4.17.1).

Pendant la période 2003–2007, le taux de survie relatif à cinq ans était de 66% chez les hommes et de 68% chez les femmes. Entre les périodes 2003–2007 et 2013–2017, les taux de survie relatifs à dix ans ont progressé, passant de 57% à 65% chez les hommes et de 58% à 63% chez les femmes (G4.17.5).

En comparaison avec les pays européens pris en compte, la Suisse occupe le milieu du classement pour les taux de survie (source: EUROCARE-5, période 2000–2007) (G4.17.6).

Le nombre de personnes vivant avec un diagnostic de cancer du rein datant de moins de dix ans a augmenté entre 2006 et 2016; il est passé de 3770 à 5700 environ. Pour l'année 2021, ce groupe est estimé à 6400 personnes, soit environ 4450 hommes et 1950 femmes (G4.17.7).

4.17.3 Facteurs de risque

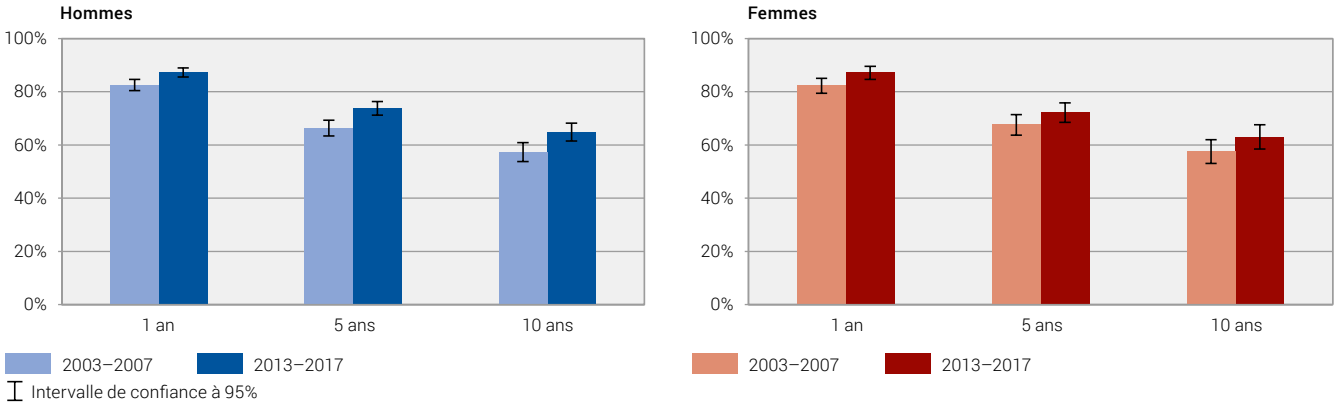
Le tabagisme augmente le risque de cancer du rein. Le surpoids et, surtout, l'obésité sont d'autres facteurs de risque.

L'hypertension est également associée à une augmentation du risque de cancer du rein. Il en va de même de la maladie kystique rénale acquise. La phénacétine, qui entrait dans la composition de certains analgésiques, augmente également le risque de cancer du rein; en Suisse, ces produits ont été retirés du marché en 1992.

Le cancer du rein n'est pas reconnu comme un cancer d'origine professionnelle. L'exposition professionnelle au trichloréthylène est cependant considérée comme un facteur de risque pour ce cancer. Les rayons X et gamma constituent également un facteur de risque.

Une histoire familiale de cancer du rein est constatée dans 2 à 3% des cas et plusieurs maladies génétiques rares (maladie de von Hippel-Lindau, syndrome de Birt-Hogg-Dubé, léiomyomatose familiale, carcinome rénal papillaire familial ou héréditaire) sont aussi associées à une augmentation du risque de cancer du rein.[1, 2, 3]

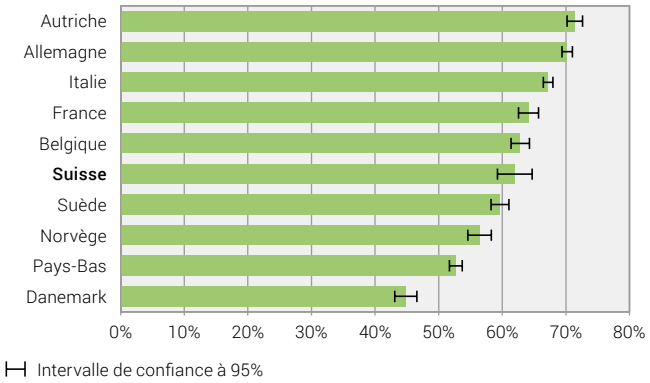
Cancer du rein: survie relative à 1, 5 et 10 ans **G4.17.5**



Source: ONEC

© OFS 2021

Cancer du rein: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, de 2000 à 2007 **G4.17.6**

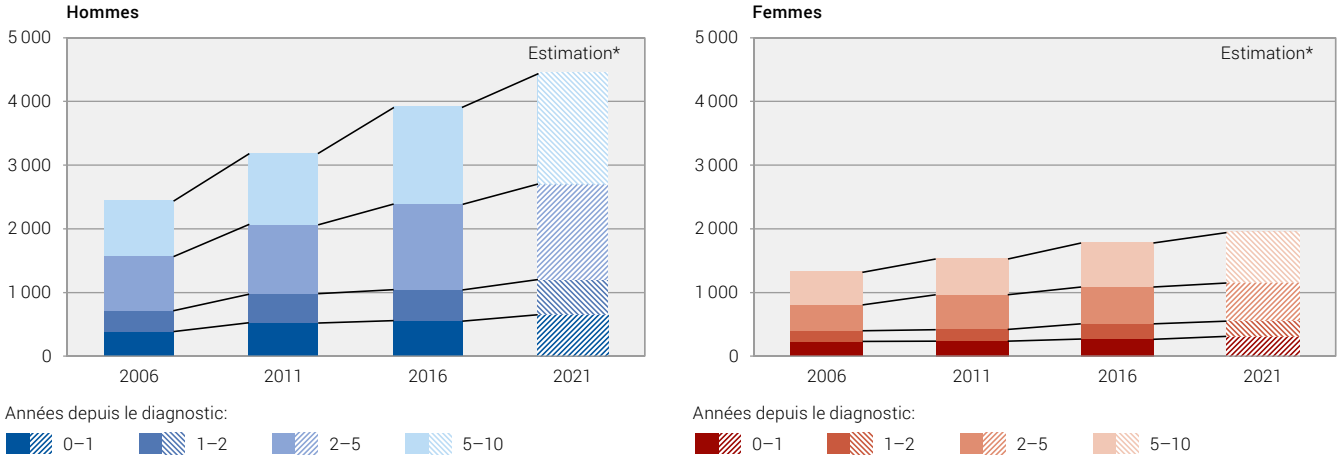


Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

Source: De Angelis R. et al. (2014), Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EUROCARE-5 — a population-based study

© OFS 2021

Cancer du rein: nombre de malades (prévalence) G 4.17.7



* Projection à partir des données de 2007 à 2016

Source: ONEC

© OFS 2021

Cancer du rein: principaux indicateurs épidémiologiques T 4.17.1

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2013 à 2017	690	196	310	105
Nombre de cas en 2021 (estimé)	841	214	340	102
Part de tous les cancers, moyenne 2013 à 2017	3,0%	2,1%	1,6%	1,4%
Taux brut (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	16,9	4,8	7,4	2,5
Évolution annuelle moyenne du taux brut, 2008 à 2017	1,4%	–0,9%	–0,4%	–2,4%
Taux brut en 2021 (estimé)	19,4	5,0	7,7	2,3
Taux standardisé (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	13,0	3,4	5,1	1,3
Évolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2008 à 2017	0,4%	–2,6%	–0,5%	–3,3%
Âge médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2013 à 2017	68,1	75,0	69,8	80,1
Risque vie entière, moyenne 2013 à 2017	1,4%	0,4%	0,6%	0,2%
Risque cumulé avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	0,7%	0,1%	0,3%	0,1%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	_	640	_	223

	Hommes	Femmes
Nombre de malades dont le diagnostic remonte à moins de 5 ans (prévalence), au 31.12.2017	2 494	1 127
Taux de survie observé à 5 ans, 2013 à 2017	65,7%	65,6%
Taux de survie relatif à 5 ans, 2013 à 2017	73,8%	72,3%

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Références

1 Ligue suisse contre le cancer. *Le cancer du rein (carcinome rénal).* [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 6 décembre 2020] www.ligue-cancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/cancer-du-rein-carcinome-renal/

2 World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research 2018. *Continuous Update Project Expert Report 2018. Diet, nutrition, physical activity and kidney cancer.* Accessible depuis dietandcancerreport.org

3 Wild C.P., Weiderpass E., Stewart B.W., éd. 2020. *World Cancer Report. Cancer research for cancer prevention.* International Agency for Research on Cancer, Lyon

4.18 Cancer de la vessie

Il existe cinq principaux types de cancer de la vessie, invasifs ou non invasifs. Tous se développent à partir des cellules qui tapissent l'intérieur des voies urinaires (épithélium urothélial).[1] Ce chapitre porte uniquement sur les cancers invasifs (C67); il ne concerne donc pas les papillomes (tumeurs également issues de l'épithélium urothélial, mais bénignes) ni les tumeurs in situ.

4.18.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2013 et 2017, 950 nouveaux cas de cancer invasif de la vessie ont été diagnostiqués en moyenne chaque année chez les hommes et 320 chez les femmes. Cela représente respectivement 4,1% et 1,6% des nouveaux cas de cancer.

Le cancer de la vessie est quatre fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. Le risque de développer un cancer de la vessie au cours de la vie est de 2,0% chez les hommes et de 0,6% chez les femmes (T4.18.1).

Durant la période 2013–2017, le cancer de la vessie a été à l'origine de 400 décès chez les hommes et de 170 décès chez les femmes en moyenne chaque année. Cela représente respectivement 4,3% et 2,2% des décès par cancer. Le risque de mourir d'un cancer de la vessie s'élève à 0,8% chez les hommes et à 0,3% chez les femmes.

Le cancer de la vessie est rare avant 40 ans chez les hommes et avant 45 ans chez les femmes. Les taux d'incidence et de mortalité augmentent avec l'âge, mais dans une moindre mesure chez les femmes (G4.18.1). La moitié des diagnostics et des décès sont enregistrés respectivement après 74 et 81 ans chez les hommes et après 76 et 82 ans chez les femmes.

Comparaisons régionales et internationales

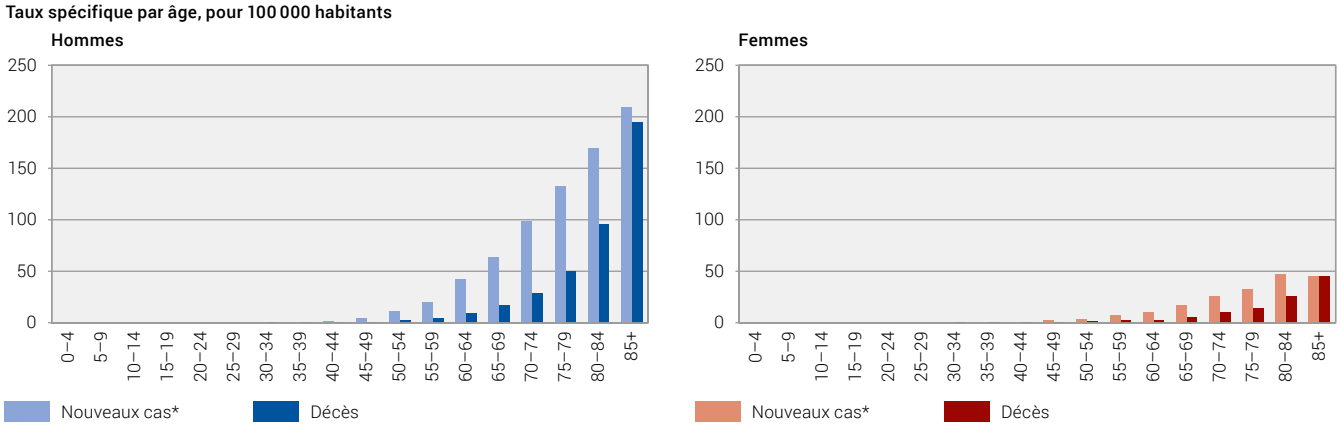
Chez les hommes, l'incidence et la mortalité sont plus élevées en Suisse romande et au Tessin qu'en Suisse alémanique (G4.18.2). Chez les femmes en revanche, il n'existe pas de différence notable entre ces régions.

Pour la comparaison internationale, les taux d'incidence et de mortalité – y compris les taux pour la Suisse – sont tirés de la publication de Ferlay et al. (2018)[1]. Les taux d'incidence pour 2018 présentés dans cette publication incluent également les cancers de la vessie non invasifs. Ces derniers ne sont toutefois pas recensés de façon uniforme dans tous les registres des tumeurs. Sous cette réserve, le taux d'incidence en Suisse est, en comparaison avec les neuf pays européens pris en compte, le quatrième plus bas chez les hommes comme chez les femmes (G4.18.3). Le taux de mortalité est le troisième plus bas chez les hommes et le quatrième plus bas chez les femmes.

Évolution temporelle

L'incidence et la mortalité liées au cancer de la vessie ont reculé depuis 1988 dans les deux sexes (G4.18.4). Chez les hommes, la baisse s'établit à 29% pour l'incidence et à 42% pour la mortalité. Chez les femmes, elle atteint respectivement 19% et 23%.

Cancer de la vessie selon l'âge, de 2013 à 2017 **G4.18.1**



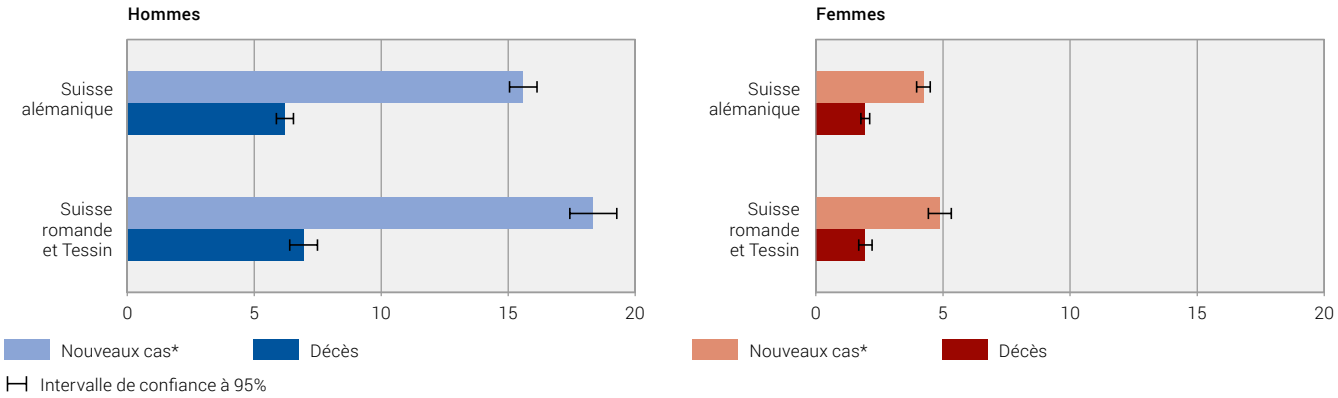
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer de la vessie: comparaison régionale, de 2013 à 2017 G4.18.2

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



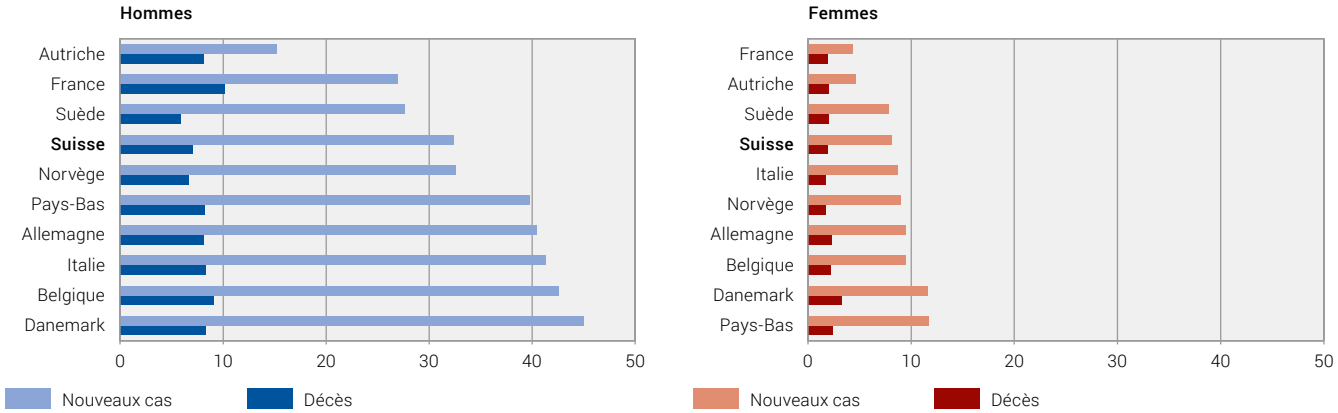
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer de la vessie: comparaison internationale, en 2018 G4.18.3

Taux pour 100 000 habitants, standard européen

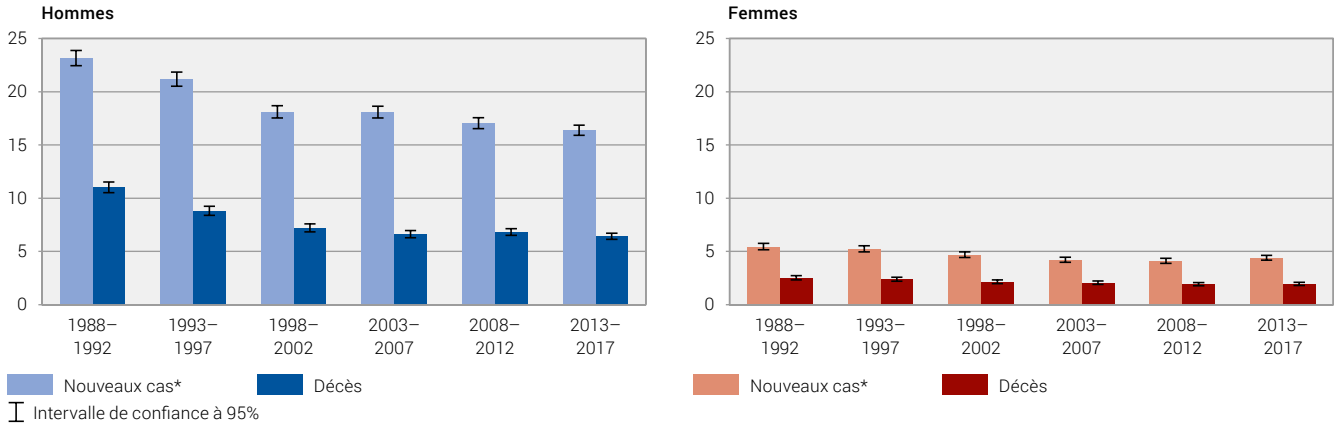


Source: Ferlay J. et al. (2018), Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018

© OFS 2021

Cancer de la vessie: évolution temporelle G4.18.4

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

4.18.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

Sur la période 2013–2017, près de 55% des hommes et de 46% des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de cancer de la vessie (taux de survie absolu). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans s'est établi à 62% chez les hommes et à 51% chez les femmes (taux de survie relatif; T4.18.1).

Pendant la période 2003–2007, le taux de survie relatif à cinq ans se situait pratiquement au même niveau: 61% chez les hommes et 52% chez les femmes. Entre les périodes 2003–2007 et 2013–2017, les taux de survie relatifs à dix ans n'ont pas non plus évolué (53% chez les hommes, 42% chez les femmes) (G4.18.5).

En comparaison avec les pays européens pris en compte, la Suisse se situe dans le milieu du groupe pour les taux de survie (source: EUROCARE-5, période 2000–2007) (G4.18.6). L'étude EUROCARE-5 inclut les tumeurs bénignes de la vessie, de sorte que les taux de survie calculés sont supérieurs à ceux qui figurent dans le graphique G4.18.5.

Le nombre de personnes vivant avec un diagnostic de cancer de la vessie datant de moins de dix ans a augmenté entre 2006 et 2016; il est passé de 4540 environ à près de 5770. Pour l'année 2021, ce groupe est estimé à 6500 personnes en Suisse, soit environ 4970 hommes et 1530 femmes (surfaces hachurées dans le graphique G4.18.7).

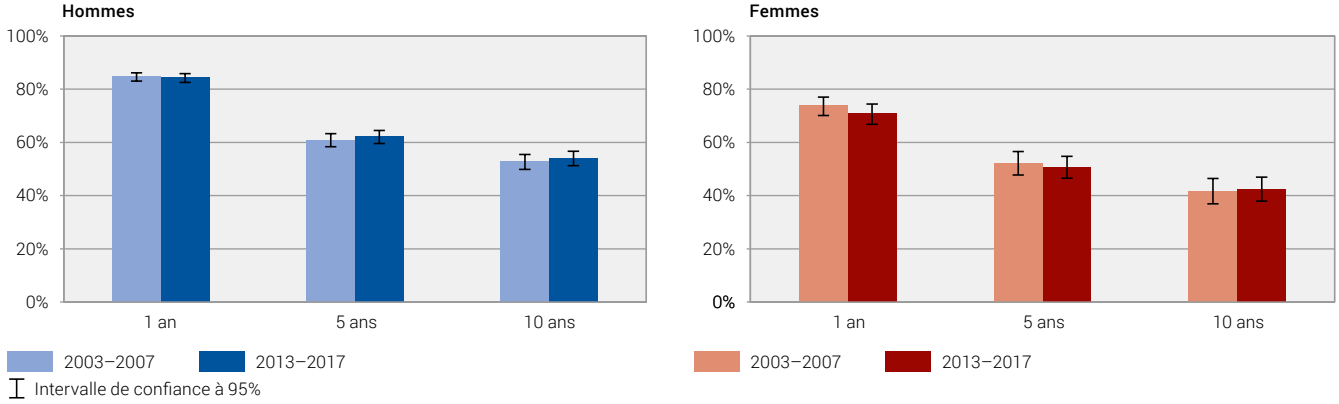
4.18.3 Facteurs de risque

Le tabagisme est le principal facteur de risque de cancer de la vessie. Il multiplie le risque de développer la maladie par six. Les cigarettes contiennent, entre autres, des amines aromatiques, facteur de risque retrouvé dans certaines expositions professionnelles. Il est en effet établi que l'exposition professionnelle aux amines aromatiques (une classe de substances chimiques utilisées dans l'industrie chimique) peut provoquer un cancer de la vessie. S'il est difficile d'identifier l'ensemble des produits concernés, les fluides d'usinage (dans l'industrie des machines et la métallurgie, p. ex.) sont en particulier responsables de l'augmentation du risque[1]. Le cancer de la vessie est reconnu comme cancer professionnel, notamment dans la fabrication des colorants, dans l'industrie du caoutchouc, chez les peintres ou dans la production d'aluminium. Les solvants utilisés pour tanner les cuirs augmentent également le risque de développer ce cancer.

Les sous-produits générés par la chloration de l'eau (désinfection) sont eux aussi associés à une augmentation du risque de cancer de la vessie. Il en va de même de la contamination de l'eau de boisson par l'arsenic, mais cela concerne plutôt certaines régions d'Asie du Sud-Est.

Les inflammations chroniques de la vessie constituent également un facteur de risque. Ces inflammations peuvent être causées par l'utilisation prolongée d'une sonde ou par une

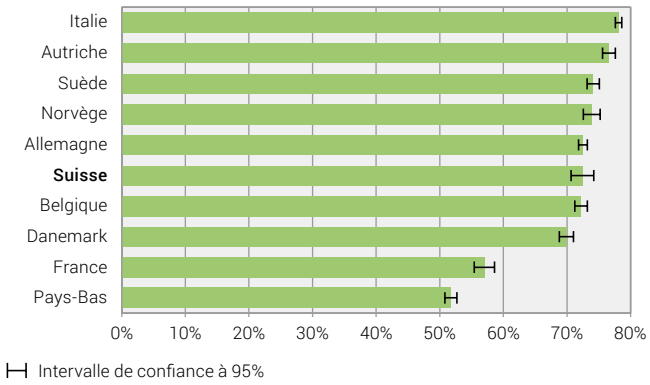
Cancer de la vessie: survie relative à 1, 5 et 10 ans **G4.18.5**



Source: ONEC

© OFS 2021

Cancer de la vessie: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, de 2000 à 2007 **G4.18.6**

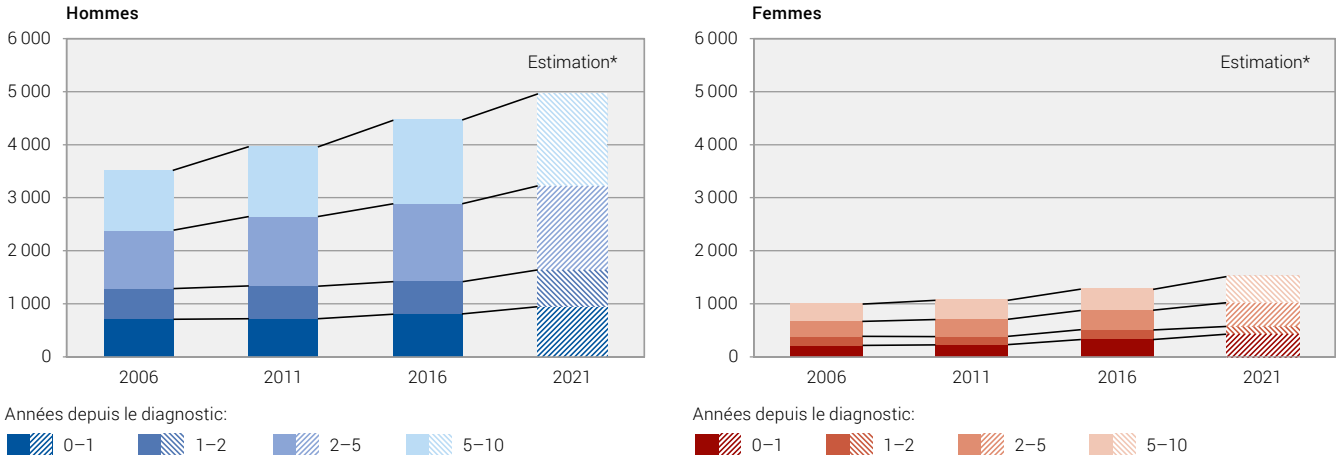


Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

Source: De Angelis R. et al. (2014), Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EUROCARE-5 — a population-based study

© OFS 2021

Cancer de la vessie: nombre de malades (prévalence) G 4.18.7



* Projection à partir des données de 2007 à 2016

Source: ONEC

© OFS 2021

Cancer de la vessie: principaux indicateurs épidémiologiques T 4.18.1

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2013 à 2017	948	399	320	167
Nombre de cas en 2021 (estimé)	1 067	467	391	199
Part de tous les cancers, moyenne 2013 à 2017	4,1%	4,3%	1,6%	2,2%
Taux brut (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	23,2	9,8	7,7	4,0
Évolution annuelle moyenne du taux brut, 2008 à 2017	0,3%	0,5%	2,2%	1,2%
Taux brut en 2021 (estimé)	24,6	10,8	8,9	4,5
Taux standardisé (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	16,4	6,4	4,4.	1,9
Évolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2008 à 2017	–1,1%	–1,2%	1,9%	0,1%
Âge médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2013 à 2017	74,0	80,6	76,1	81,6
Risque vie entière, moyenne 2013 à 2017	2,0%	0,8%	0,6%	0,3%
Risque cumulé avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	0,7%	0,2%	0,2%	0,1%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	_	593	_	313

	Hommes	Femmes
Nombre de malades dont le diagnostic remonte à moins de 5 ans (prévalence), au 31.12.2017	3 012	918
Taux de survie observé à 5 ans, 2013 à 2017	54,6%	45,9%
Taux de survie relatif à 5 ans, 2013 à 2017	62,1%	50,7%

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

maladie parasitaire (bilharziose), mais dans ce cas, cela concerne plutôt les régions où cette maladie est endémique, en particulier l'Afrique et le Moyen-Orient.

Les rayons X et gamma sont également classés parmi les facteurs de risque de cancer de la vessie. Certaines mutations génétiques héréditaires augmentent le risque, notamment en interaction avec le tabagisme.[2, 3, 4]

Références

1. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Dyba T, Randi G, Bettio M, et al., 2018. *Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018.* Eur J Cancer; 103:356-387
2. Ligue suisse contre le cancer. *Le cancer de la vessie.* [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 5 décembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-de-la-vessie/
3. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research 2018. *Continuous Update Project Expert Report 2018. Diet, nutrition, physical activity and bladder cancer.* Accessible depuis dietandcancerreport.org
4. Wild C.P., Weiderpass E., Stewart B.W., éd. 2020. *World Cancer Report. Cancer research for cancer prevention.* International Agency for Research on Cancer, Lyon

4.19 Cancer du cerveau et du système nerveux central

Il existe plusieurs types de tumeurs malignes du cerveau et du système nerveux central (C70–72). Elles se développent principalement dans le cerveau, plus rarement dans la moelle épinière. Chez l'adulte, le gliome est le type de tumeur cérébrale maligne le plus fréquent. Ce cancer touche aussi les enfants, chez qui il se développe à partir de cellules embryonnaires (cf. chapitre enfants).[1] Le cerveau est aussi souvent le siège de métastases, des foyers cancéreux secondaires formés par d'autres tumeurs, qui ne sont pas abordées dans ce chapitre.

4.19.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2013 et 2017, un peu plus de 380 nouveaux cas de tumeurs malignes du cerveau et du système nerveux central ont été diagnostiqués en moyenne chaque année chez les hommes et environ 270 chez les femmes. Cela représente respectivement 1,7% et 1,4% des nouveaux cas de cancer. Le taux d'incidence standardisé est environ une fois et demie plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Le risque de développer une tumeur du cerveau ou du système nerveux central au cours de la vie est de 0,8% chez les hommes et de 0,5% chez les femmes (T4.19.1).

Durant cette même période, les tumeurs malignes du cerveau ou du système nerveux central ont été à l'origine de 310 décès chez les hommes et de près de 210 décès chez les femmes en moyenne chaque année. Cela représente respectivement 3,3% et 2,7% des décès par cancer. Le risque de mourir d'une tumeur cérébrale est de 0,6% chez les hommes et de 0,4% chez les femmes.

Pendant la période 2013–2017, des cas et des décès ont été enregistrés dès l'enfance. L'incidence et la mortalité augmentent avec l'âge jusqu'à 79 ans chez les femmes et jusqu'à 84 ans chez les hommes. La moitié des tumeurs malignes du cerveau et du système nerveux central sont diagnostiquées avant 62 ans chez les hommes et avant 64 ans chez les femmes; la moitié des décès surviennent avant 67 ans chez les hommes et avant 69 ans chez les femmes.

Comparaisons régionales et internationales

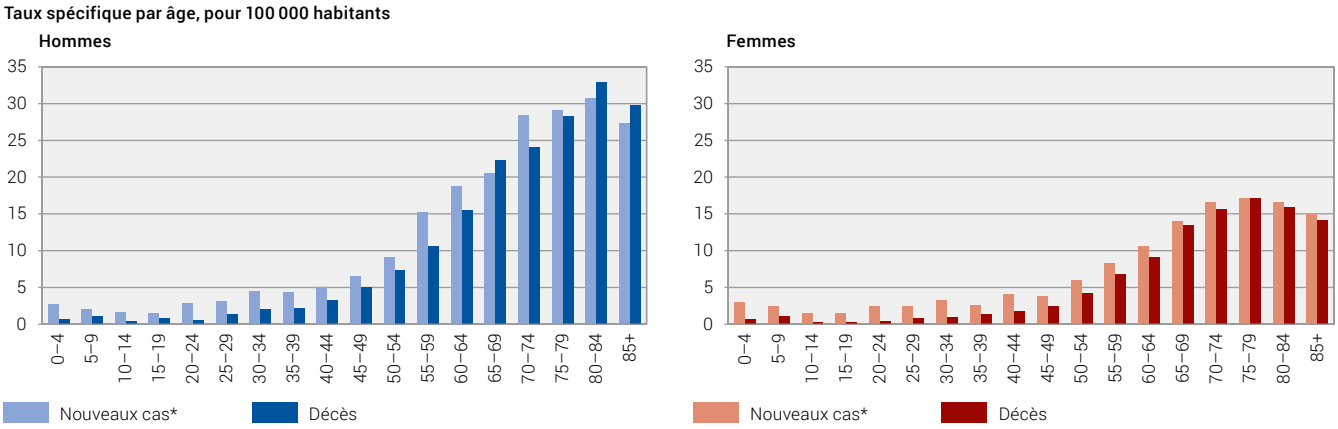
Il n'y a pas de différence clairement interprétable entre la Suisse alémanique d'une part et la Suisse romande et le Tessin d'autre part, ni pour l'incidence ni pour la mortalité (G4.19.2).

Pour ce qui est de la comparaison internationale, la Suisse a le deuxième taux d'incidence le plus élevé chez les hommes. Toutefois, ce taux reste similaire à celui de la majorité des neuf pays européens pris en compte; seule la France présente des taux légèrement plus élevés (G4.19.3). En ce qui concerne la mortalité, la Suisse affiche le quatrième taux le plus haut chez les hommes. Chez les femmes, la Suisse a, en comparaison internationale, le troisième taux d'incidence le plus bas et le troisième taux de mortalité le plus bas.

Évolution temporelle

Chez les hommes comme chez les femmes, les taux d'incidence et de mortalité n'ont pas évolué de façon significative au cours des trente dernières années (G4.19.4).

Cancer du cerveau et du système nerveux central selon l'âge, de 2013 à 2017 **G4.19.1**



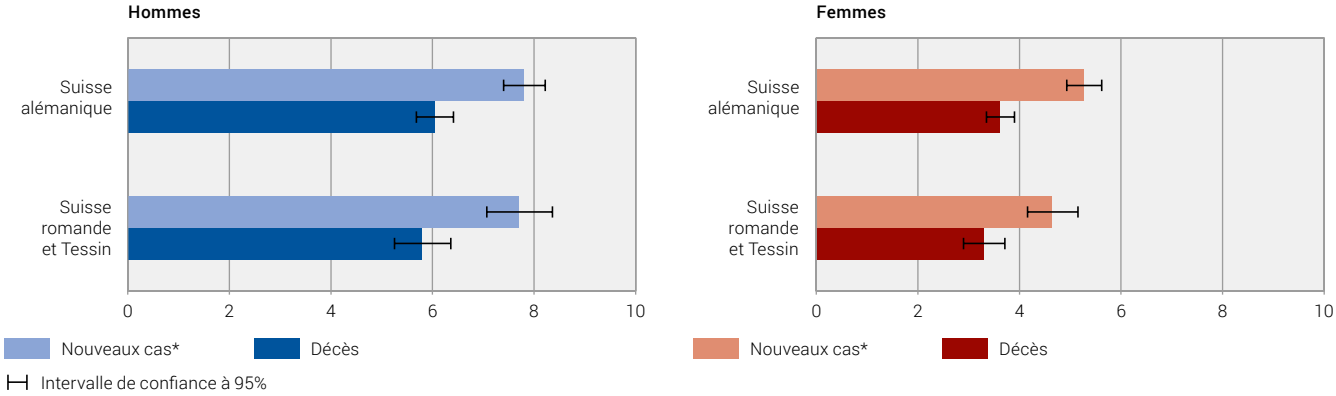
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer du cerveau et du système nerveux central: comparaison régionale, de 2013 à 2017 G4.19.2

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



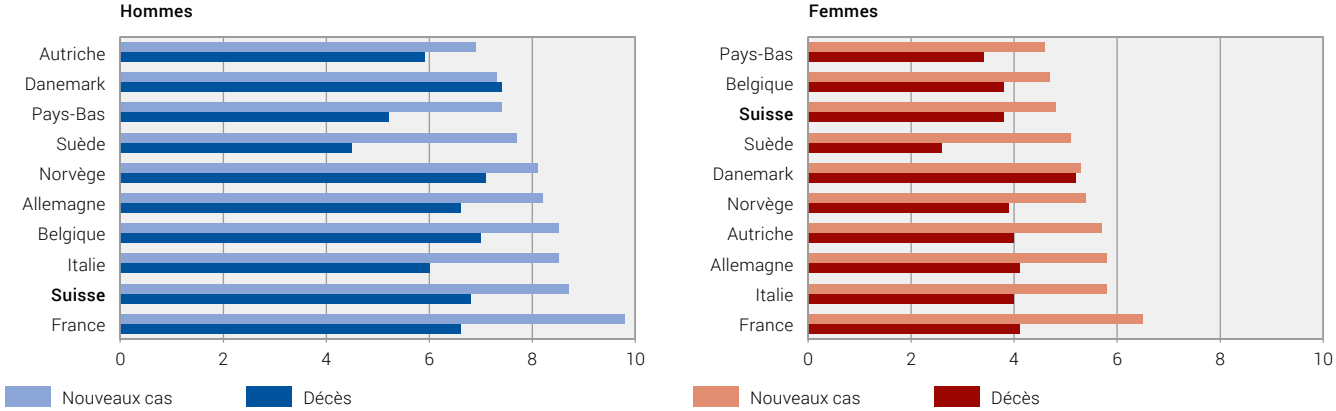
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer du cerveau et du système nerveux central: comparaison internationale, en 2018 G4.19.3

Taux pour 100 000 habitants, standard européen

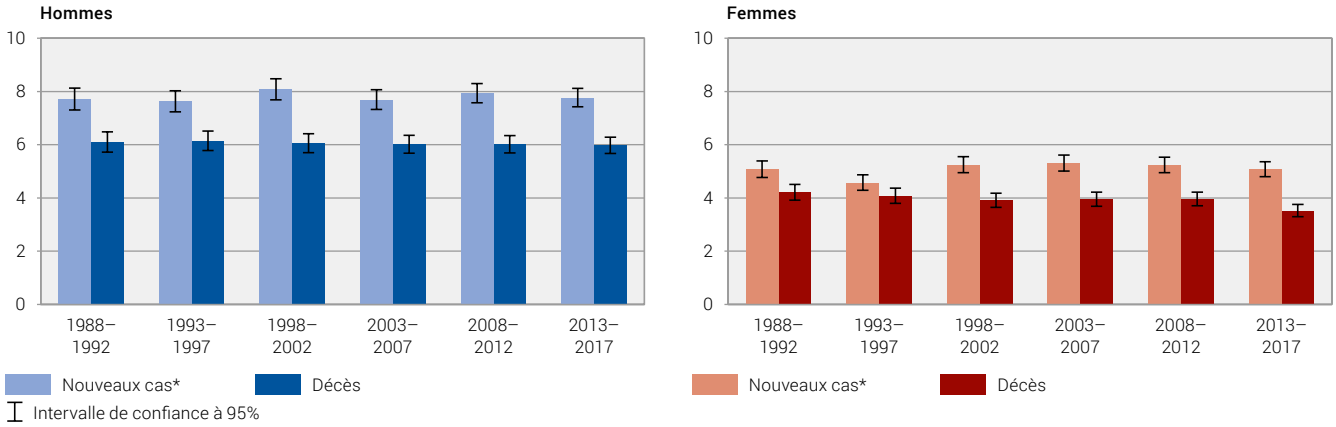


Source: Ferlay J. et al. (2018), Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018

© OFS 2021

Cancer du cerveau et du système nerveux central: évolution temporelle G4.19.4

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

4.19.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

Sur la période 2013–2017, près de 26% des hommes et 29% des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de tumeur du cerveau ou du système nerveux central (taux de survie absolu). Même après avoir pris en compte le risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans est toujours de 26% chez les hommes et de 29% chez les femmes (taux de survie relatif; T4.19.1).

Pendant la période 2003–2007, le taux de survie relatif à cinq ans se situait à peu près au même niveau (24% chez les hommes, 28% chez les femmes). Entre les périodes 2003–2007 et 2013–2017, les taux de survie relatifs à dix ans ont légèrement progressé chez les hommes (de 16% à 19%), alors qu'ils ont peu évolué chez les femmes, passant de 20% à 21% (G 4.19.5).

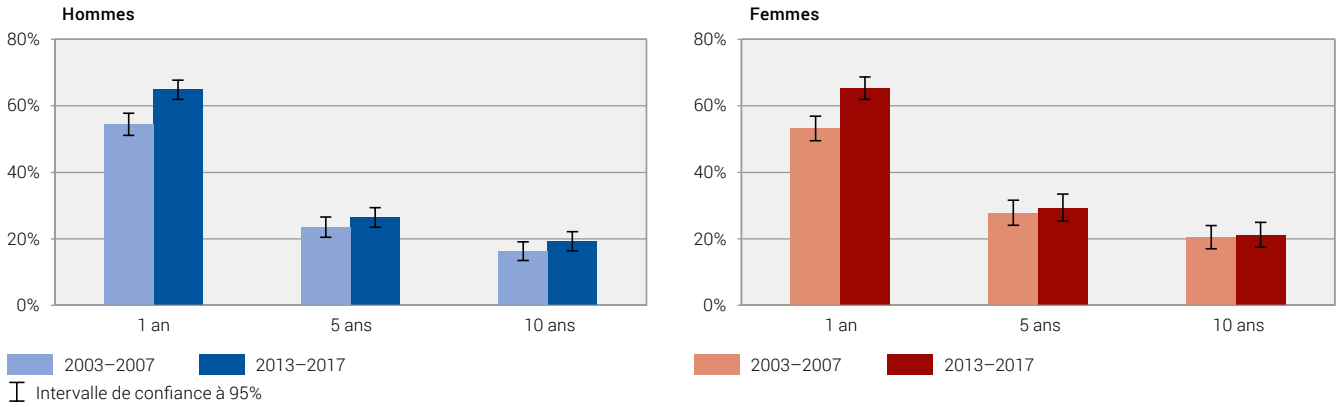
En comparaison avec les pays européens pris en compte, la Suisse se situe dans le milieu du classement (source: CONCORD-3, période 2010–2014) (G 4.19.6).

Le nombre de personnes vivant avec un diagnostic de tumeur maligne du cerveau ou du système nerveux central datant de moins de dix ans s'est accru entre 2006 et 2016; il est passé d'environ 1310 à un peu plus de 1730. Pour l'année 2021, ce groupe est estimé à 1840 personnes en Suisse, soit environ 1070 hommes et 770 femmes (G 4.19.7).

4.19.3 Facteurs de risque

Hormis certains syndromes de cancers héréditaires associés à une très petite proportion de tumeurs du cerveau ou du système nerveux central (moins de 1%), l'irradiation thérapeutique est le seul facteur de risque clairement établi.

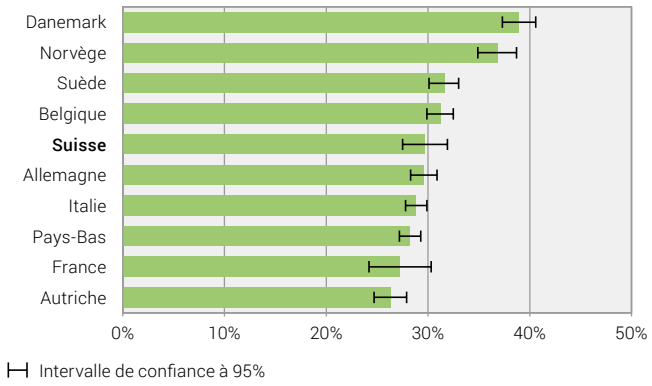
Cancer du cerveau et du système nerveux central: survie relative à 1, 5 et 10 ans **G 4.19.5**



Source: ONEC

© OFS 2021

Cancer du cerveau et du système nerveux central: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, de 2010 à 2014 **G 4.19.6**



Les tumeurs cérébrales bénignes sont incluses.

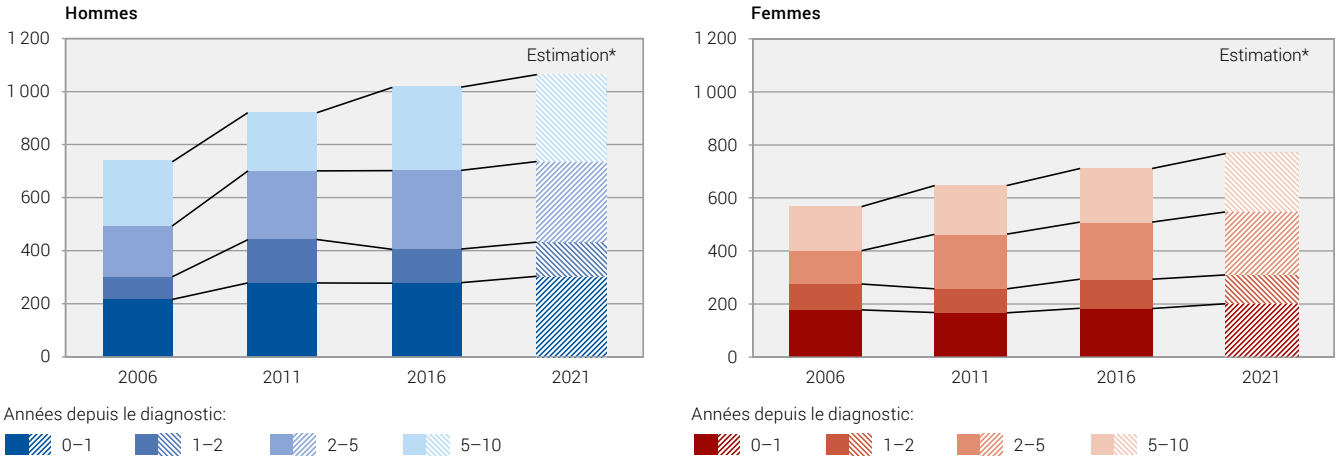
Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

Source: Allemani C. et al. (2018). Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3)

© OFS 2021

À ce jour, aucun facteur environnemental ou comportemental n'a été identifié comme facteur de risque pour les tumeurs du cerveau et du système nerveux central. Aucun lien n'a pu être démontré avec l'exposition aux champs électromagnétiques. À la lumière des nombreuses études internationales réalisées, cela concerne aussi l'utilisation de téléphones mobiles.[1, 2]

Cancer du cerveau et du système nerveux central: nombre de malades (prévalence) G 4.19.7



* Projection à partir des données de 2007 à 2016

Source: ONEC

© OFS 2021

Cancer du cerveau et du système nerveux central: principaux indicateurs épidémiologiques T 4.19.1

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2013 à 2017	382	310	267	207
Nombre de cas en 2021 (estimé)	435	354	314	223
Part de tous les cancers, moyenne 2013 à 2017	1,7%	3,3%	1,4%	2,7%
Taux brut (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	9,3	7,6	6,4	4,9
Évolution annuelle moyenne du taux brut, 2008 à 2017	0,3%	0,7%	0,2%	–0,6%
Taux brut en 2021 (estimé)	10,0	8,2	7,1	5,1
Taux standardisé (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	7,8	6,0	5,1	3,5
Évolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2008 à 2017	–0,6%	–0,4%	–0,3%	–1,4%
Âge médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2013 à 2017	62,6	66,6	64,3	68,6
Risque vie entière, moyenne 2013 à 2017	0,8%	0,6%	0,5%	0,4%
Risque cumulé avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	0,5%	0,3%	0,3%	0,2%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	_	2 879	_	1 703

	Hommes	Femmes
Nombre de malades dont le diagnostic remonte à moins de 5 ans (prévalence), au 31.12.2017	729	526
Taux de survie observé à 5 ans, 2013 à 2017	25,6%	28,7%
Taux de survie relatif à 5 ans, 2013 à 2017	26,4%	29,4%

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Références

1 Ligue suisse contre le cancer. *Les tumeurs et les métastases cérébrales.* [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 6 décembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/les-tumeurs-et-les-metastases-cerebrales/

2 Wild C.P., Weiderpass E., Stewart B.W., éd. 2020. *World Cancer Report. Cancer research for cancer prevention.* International Agency for Research on Cancer, Lyon

4.20 Cancer de la thyroïde

Le cancer de la thyroïde (C73) regroupe différents types de tumeurs dont la majorité sont issues des cellules produisant les hormones thyroïdiennes.[1]

4.20.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2013 et 2017, 240 nouveaux cas de cancer de la thyroïde ont été diagnostiqués en moyenne chaque année chez les hommes, contre 560 chez les femmes. Le taux d'incidence standardisé est 2,5 fois plus élevé chez les femmes pour ce cancer. Le risque de développer un cancer de la thyroïde au cours de la vie est de 0,4% chez les hommes et de 1,0% chez les femmes (T4.20.1). Le cancer de la thyroïde représente 1% des cancers chez les hommes et moins de 3% chez les femmes.

Durant cette même période, 30 hommes et un peu moins de 40 femmes sont décédés d'un cancer de la thyroïde en moyenne chaque année. Le risque de mourir d'un cancer de la thyroïde est de 0,1% dans les deux sexes.

Chez les hommes, le taux d'incidence augmente lentement jusqu'à 74 ans (G4.20.1), la moitié des cancers de la thyroïde étant diagnostiqués avant 56 ans. Chez les femmes, l'incidence augmente jusqu'à 54 ans, puis elle diminue (avec quelques fluctuations); la moitié des diagnostics sont posés avant 51 ans. La mortalité reste inférieure à un décès pour 100 000 habitants jusqu'à 60 ans chez les hommes et jusqu'à 65 ans chez les femmes. La moitié des décès liés au cancer de la thyroïde surviennent avant 75 ans chez les hommes et avant 83 ans chez les femmes.

Comparaisons régionales et internationales

Les diagnostics de cancer de la thyroïde sont nettement plus fréquents en Suisse romande et au Tessin qu'en Suisse alémanique chez les femmes (G4.20.2). Cette différence n'est pas observée chez les hommes. Pour ce qui est de la mortalité, il n'existe pas de différence entre les régions, ni chez les femmes ni chez les hommes.

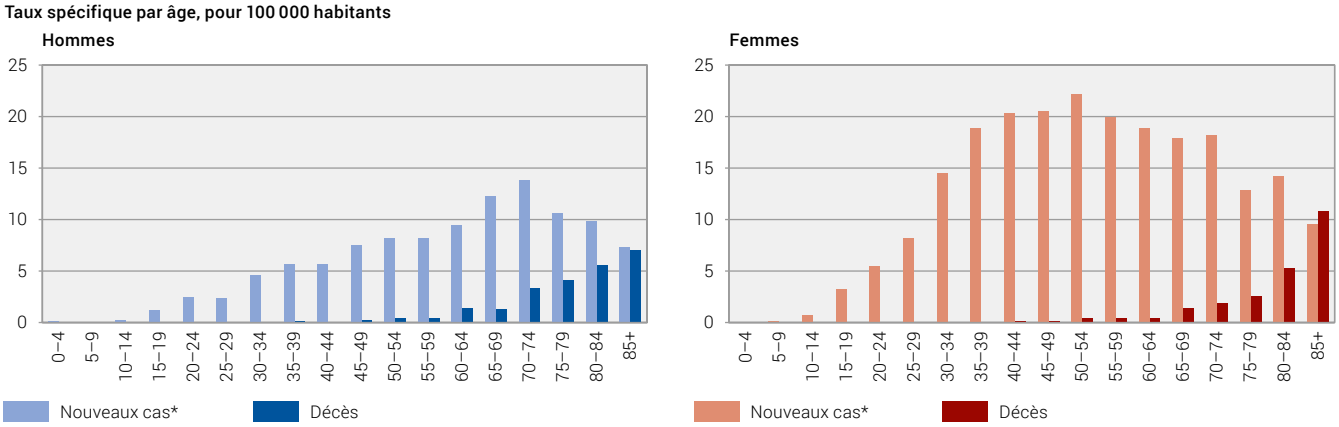
Parmi les dix pays européens retenus pour la comparaison internationale, les taux d'incidence présentent de grandes différences. La Suisse enregistre le quatrième taux d'incidence le plus bas chez les hommes et le troisième taux le plus haut chez les femmes (G4.20.3). Les taux de mortalité sont faibles et globalement similaires dans tous les pays.

Évolution temporelle

Une nette augmentation de l'incidence s'observe chez les femmes: le taux d'incidence standardisé a plus que doublé depuis 1988 (G4.20.4). Chez les hommes également, la hausse atteint presque 100% pour cette même période, alors que la mortalité a reculé pour les deux sexes (hommes – 45%, femmes – 64%).

L'augmentation des cas de cancer de la thyroïde s'explique en premier lieu par des diagnostics plus fréquents et des techniques d'examen améliorées (échographie). Les affections bénignes de la thyroïde, et donc les examens diagnostiques, sont par ailleurs plus fréquents chez les femmes. Les découvertes fortuites de cancers seraient donc plus nombreuses chez elles.

Cancer de la thyroïde selon l'âge, de 2013 à 2017 **G4.20.1**



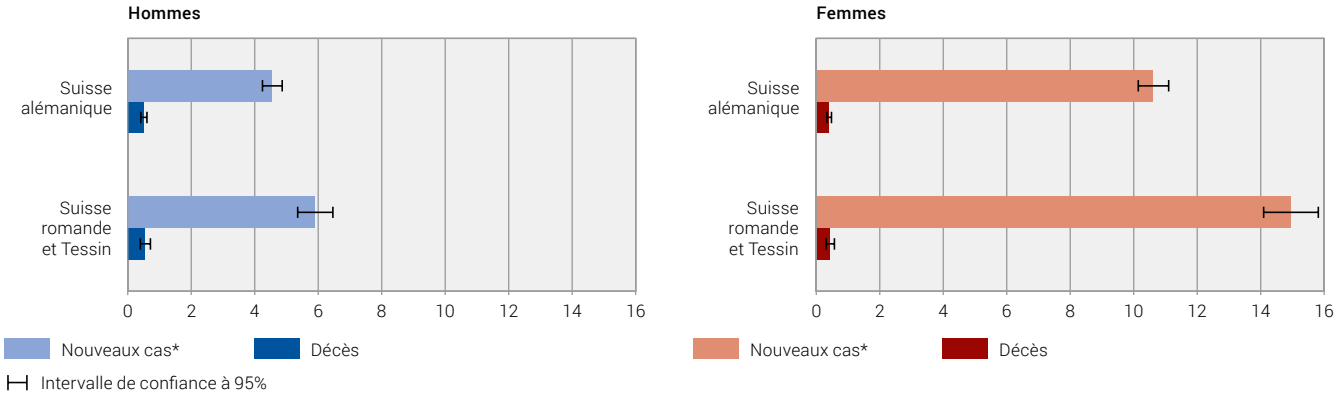
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer de la thyroïde: comparaison régionale, de 2013 à 2017 G4.20.2

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



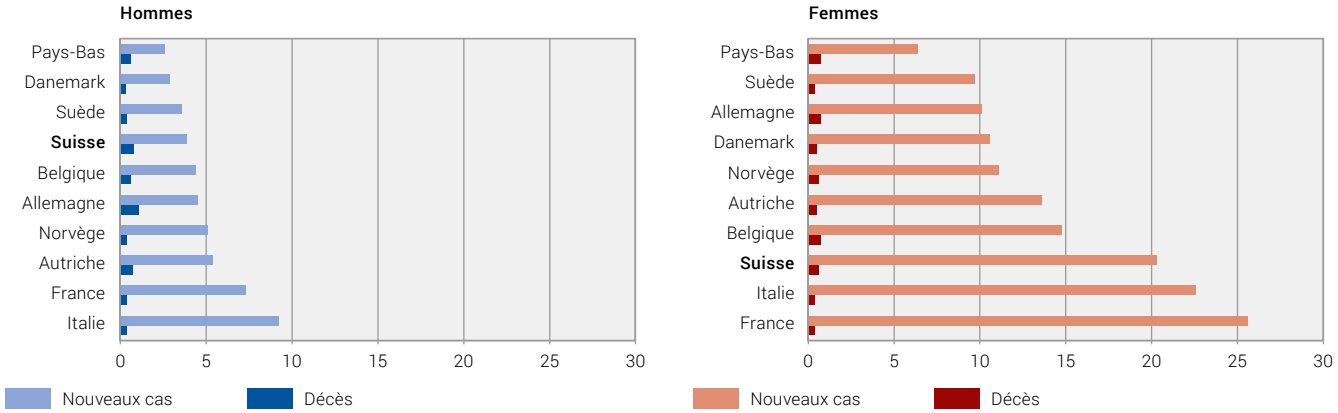
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer de la thyroïde: comparaison internationale, en 2018 G4.20.3

Taux pour 100 000 habitants, standard européen

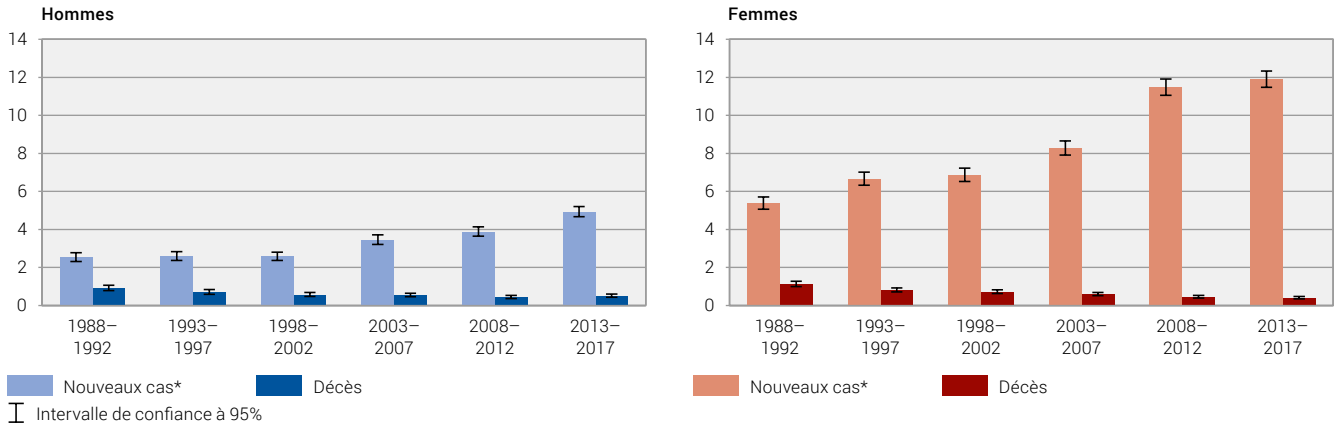


Source: Ferlay J. et al. (2018), Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018

© OFS 2021

Cancer de la thyroïde: évolution temporelle G4.20.4

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

4.20.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

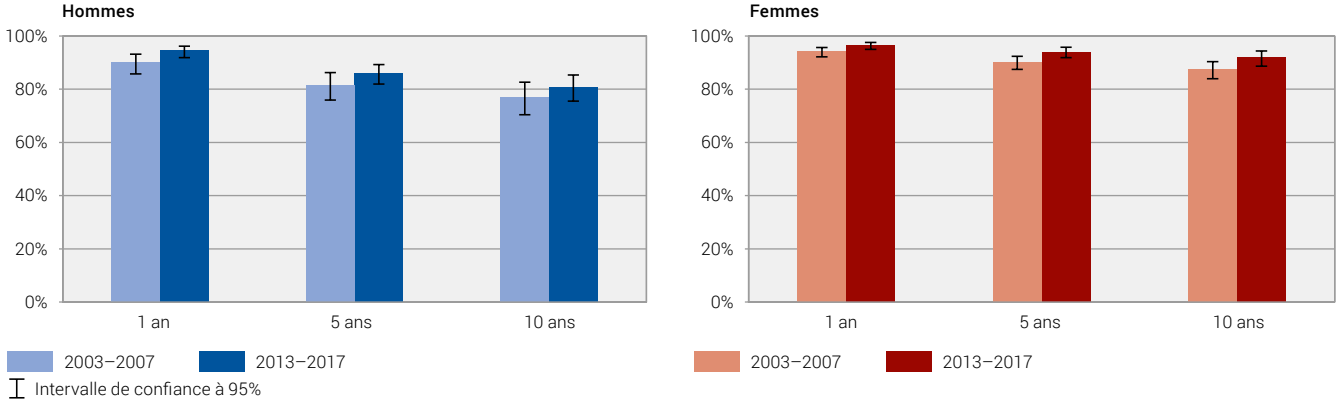
Sur la période 2013–2017, environ 81% des hommes et 90% des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de cancer de la thyroïde (taux de survie absolu). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans s'est établi à 86% chez les hommes et à 94% chez les femmes (taux de survie relatif; T4.20.1).

Pendant la période 2003–2007, le taux de survie relatif à cinq ans était à peine plus bas (82% chez les hommes, 90% chez les femmes). Entre les périodes 2003–2007 et 2013–2017, les taux de survie relatifs à dix ans n'ont que peu progressé, passant de 77% à 81% chez les hommes et de 87% à 92% chez les femmes (G4.20.5).

En comparaison avec les pays européens pris en compte, la Suisse se situe dans la moyenne pour les taux de survie (source: EUROCARE-5, période 2000–2017) (G4.20.6).

Le nombre de personnes vivant avec un diagnostic de cancer de la thyroïde datant de plus de dix ans s'est fortement accru entre 2006 et 2016; il est passé d'environ 3270 à un peu plus de 6030. Pour l'année 2021, ce groupe est estimé à 7170 personnes en Suisse, soit environ 1980 hommes et 5190 femmes (G4.20.7).

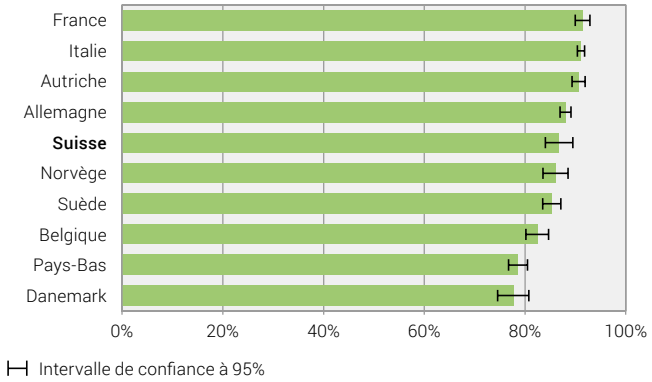
Cancer de la thyroïde: survie relative à 1, 5 et 10 ans **G4.20.5**



Source: ONEC

© OFS 2021

Cancer de la thyroïde: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, de 2000 à 2007 **G4.20.6**



Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

Source: De Angelis R. et al. (2014), Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EUROCARE-5 — a population-based study

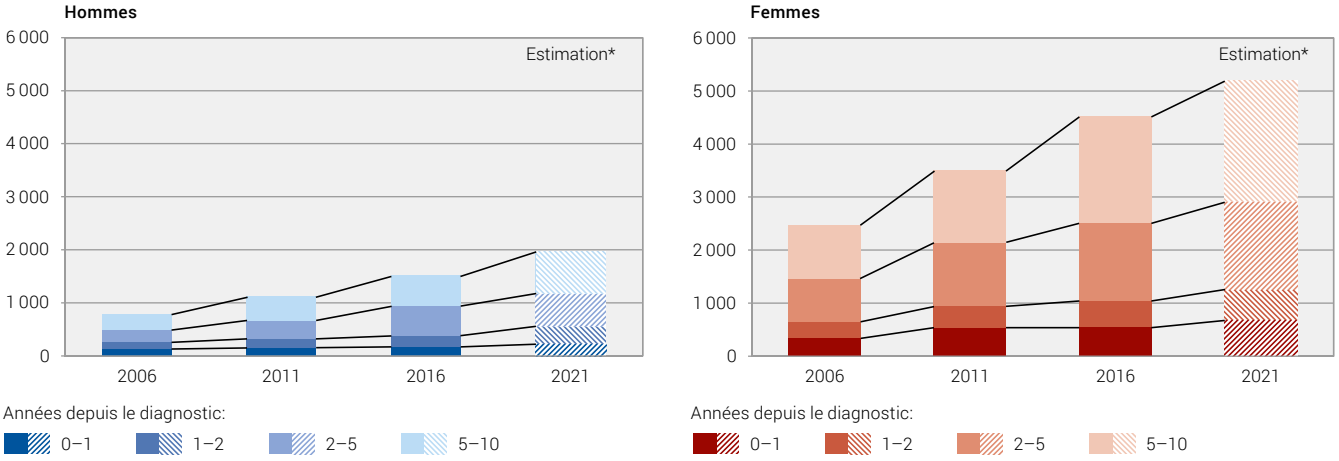
© OFS 2021

4.20.3 Facteurs de risque

L'exposition aux rayonnements ionisants (*rayons X* ou gamma) ainsi qu'à l'iode radioactif, particulièrement en cas d'exposition (accident nucléaire ou traitement par radiothérapie) dans l'enfance, est le seul facteur de risque établi avec certitude pour le cancer de la thyroïde.

L'hérédité semble également jouer un rôle dans la survenue de la maladie. Par ailleurs, le surpoids et l'obésité sont soupçonnés de favoriser l'apparition du cancer de la thyroïde.[1, 2]

Cancer de la thyroïde: nombre de malades (prévalence) G 4.20.7



* Projection à partir des données de 2007 à 2016

Source: ONEC

© OFS 2021

Cancer de la thyroïde: principaux indicateurs épidémiologiques T 4.20.1

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2013 à 2017	235	30	562	36
Nombre de cas en 2021 (estimé)	318	41	634	45
Part de tous les cancers, moyenne 2013 à 2017	1,0%	0,3%	2,9%	0,5%
Taux brut (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	5,7	0,7	13,4	0,9
Évolution annuelle moyenne du taux brut, 2008 à 2017	4,1%	2,9%	0,8%	0,1%
Taux brut en 2021 (estimé)	7,3	0,9	14,4	1,0
Taux standardisé (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	4,9	0,5	11,9	0,4
Évolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2008 à 2017	3,7%	1,2%	0,6%	–0,5%
Âge médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2013 à 2017	55,5	74,6	51,0	82,6
Risque vie entière, moyenne 2013 à 2017	0,4%	0,1%	1,0%	0,1%
Risque cumulé avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	0,3%	<0,1%	0,8%	<0,1%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	_	95	_	69

	Hommes	Femmes
Nombre de malades dont le diagnostic remonte à moins de 5 ans (prévalence), au 31.12.2017	985	2 631
Taux de survie observé à 5 ans, 2013 à 2017	80,8%	90,1%
Taux de survie relatif à 5 ans, 2013 à 2017	85,8%	94,0%

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Références

[1] Ligue suisse contre le cancer. *Le cancer de la thyroïde.* [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 6 décembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-de-la-thyroide/

[2] Wild C.P., Weiderpass E., Stewart B.W., éd. 2020. *World Cancer Report. Cancer research for cancer prevention.* International Agency for Research on Cancer, Lyon

4.21 Lymphome de Hodgkin

Le lymphome de Hodgkin (C81), comme le lymphome non hodgkinien, est un cancer qui se forme à partir des globules blancs. À la différence du lymphome non hodgkinien, qui peut se développer presque partout dans le corps, le lymphome de Hodgkin reste généralement confiné aux ganglions lymphatiques.[60]

4.21.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2013 et 2017, un peu plus de 160 nouveaux cas de lymphomes de Hodgkin ont été diagnostiqués en moyenne chaque année chez les hommes et environ 110 chez les femmes. Cela représente 0,7% des cancers chez les hommes et 0,6% des cancers chez les femmes. Le risque de développer un lymphome de Hodgkin au cours de la vie est de 0,3% chez les hommes et de 0,2% chez les femmes (T4.21.1). Les hommes sont 1,4 fois plus touchés.

Le taux de mortalité est bas pour ce cancer. Durant la période 2013–2017, 20 hommes et 10 femmes environ sont décédés d'un lymphome de Hodgkin en moyenne chaque année. Ce cancer est responsable de 0,5% des décès par cancer chez les hommes (0,3% chez les femmes). Le risque de mourir d'un lymphome de Hodgkin est inférieur à 0,1% tant chez les hommes que chez les femmes.

Pour l'incidence, un premier pic s'observe dans la classe d'âge des 20 à 24 ans chez les femmes et dans celle des 30 à 34 ans chez les hommes. Un second pic se produit entre 75 et 79 ans chez les hommes et entre 70 et 74 ans chez les femmes.

Contrairement aux taux d'incidence, les taux de mortalité augmentent avec l'âge dans les deux sexes. Chez les hommes, les taux de mortalité culminent chez les plus de 85 ans. Chez les femmes, les taux augmentent jusqu'à 84 ans (G4.21.1). La moitié des décès liés au lymphome de Hodgkin surviennent avant 75 ans chez les hommes et avant 80 ans chez les femmes.

Comparaisons régionales et internationales

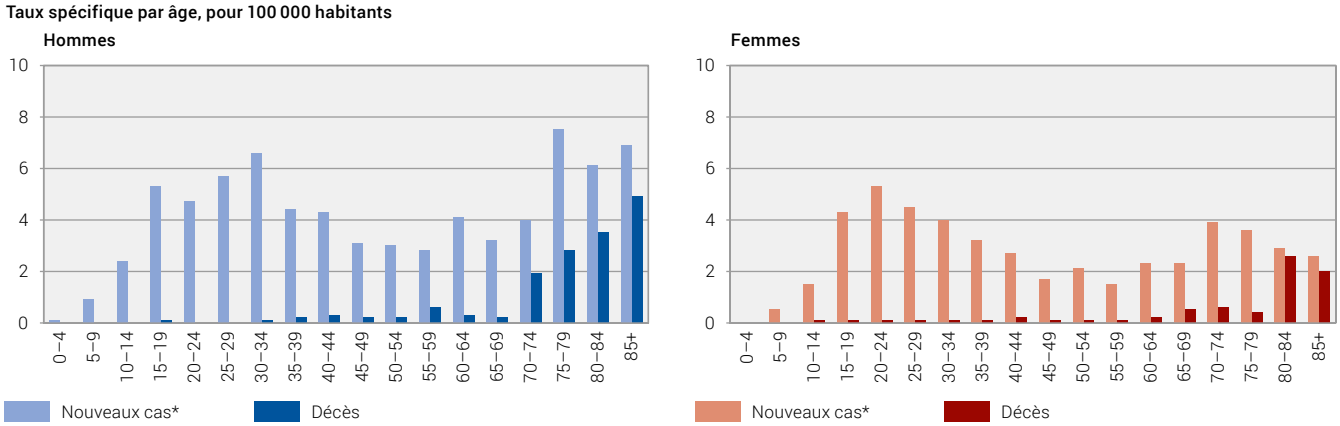
Il n'existe pas de différence clairement interprétable entre la Suisse alémanique d'une part et la Suisse romande et le Tessin d'autre part (G4.21.2).

Parmi les pays européens retenus pour la comparaison internationale, la Suisse se classe au milieu du groupe pour les taux d'incidence et de mortalité chez les hommes comme chez les femmes (G4.21.3).

Évolution temporelle

L'incidence a augmenté de 25% chez les hommes entre 1988 et 2017, alors qu'elle est restée globalement stable chez les femmes. La mortalité a très fortement reculé dans les deux sexes (hommes –74%; femmes –77%; G4.21.4).

Lymphome de Hodgkin selon l'âge, de 2013 à 2017 **G4.21.1**



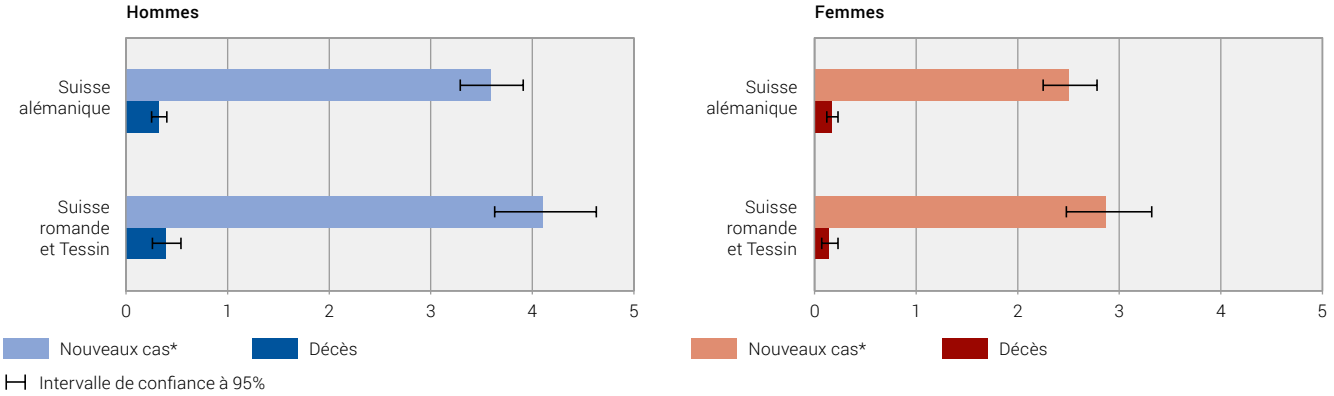
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Lymphome de Hodgkin: comparaison régionale, de 2013 à 2017 G4.21.2

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



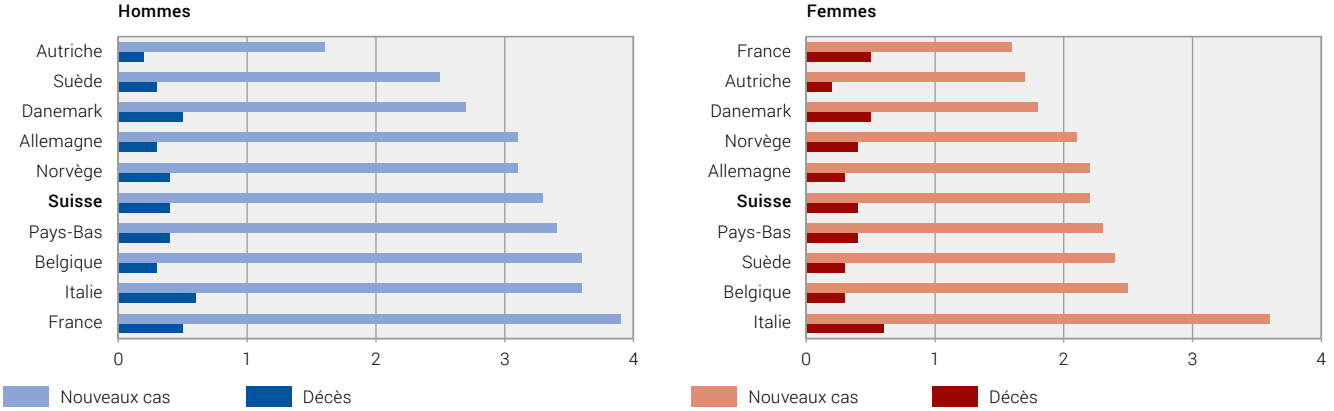
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Lymphome de Hodgkin: comparaison internationale, en 2018 G4.21.3

Taux pour 100 000 habitants, standard européen

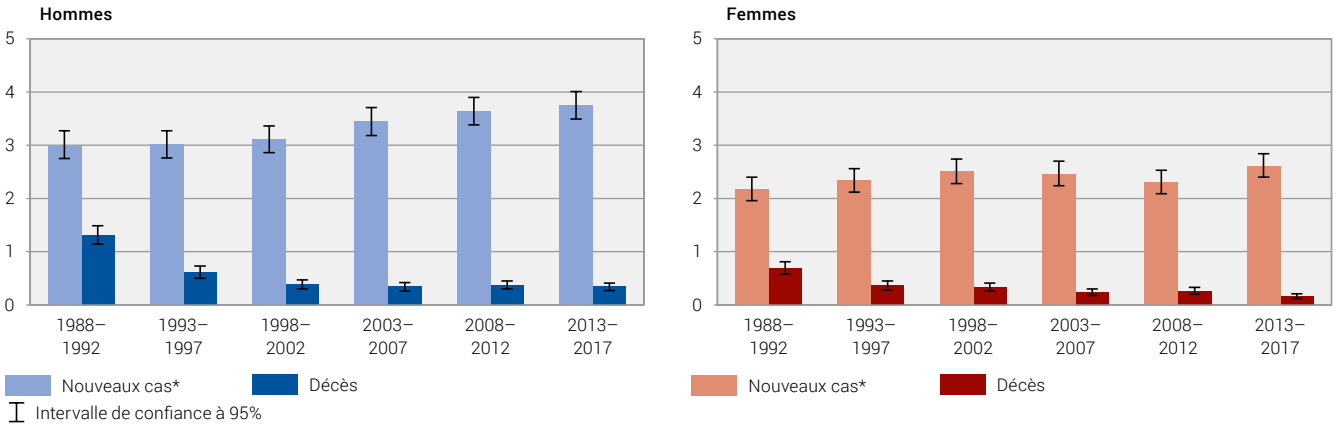


Source: Ferlay J. et al. (2018), Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018

© OFS 2021

Lymphome de Hodgkin: évolution temporelle G4.21.4

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

4.21.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

Sur la période 2013–2017, 88% environ des hommes et des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de lymphome hodgkinien (taux de survie absolu). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans s'est établi à 91% chez les hommes et à 90% chez les femmes (taux de survie relatif; T4.21.1).

Pendant la période 2003–2007, le taux de survie relatif à cinq ans était légèrement plus bas (84% chez les hommes, 86% chez les femmes). Entre les périodes 2003–2007 et 2013–2017, les taux de survie relatifs à dix ans ont progressé de 81% à 89% chez les hommes et de 82% à 86% chez les femmes (G4.21.5).

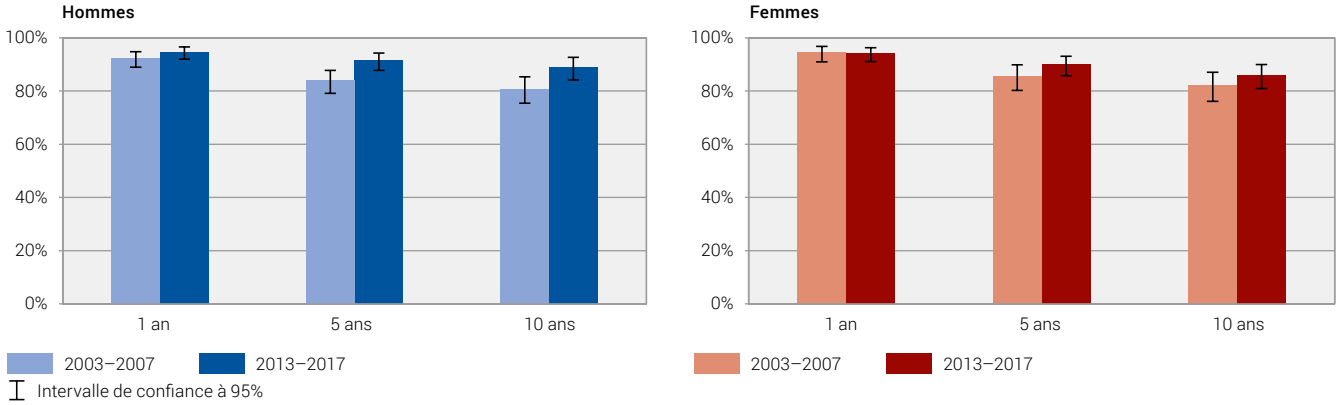
En comparaison avec les pays européens pris en compte, la Suisse se situe dans la moyenne pour les taux de survie (source: EUROCARE-5, période 2000–2007). Les écarts entre les pays sont faibles (G4.21.6).

Le nombre de personnes vivant avec un diagnostic de lymphome de Hodgkin datant de moins de dix ans a progressé entre 2006 et 2016; il est passé de 1680 à 2200 environ. Pour l'année 2021, ce groupe est estimé à 2460 personnes en Suisse, soit environ 1440 hommes et 1020 femmes (G4.21.7).

4.21.3 Facteurs de risque

Une infection par le virus d'Epstein-Barr (EBV), responsable de la mononucléose, est un facteur de risque de lymphome hodgkinien. Une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) augmente le risque de survenue de ce cancer. Les antécédents familiaux jouent également un rôle; le risque de développer la maladie est plus élevé chez les personnes qui ont des cas de lymphome de Hodgkin dans leur fratrie.[1, 2]

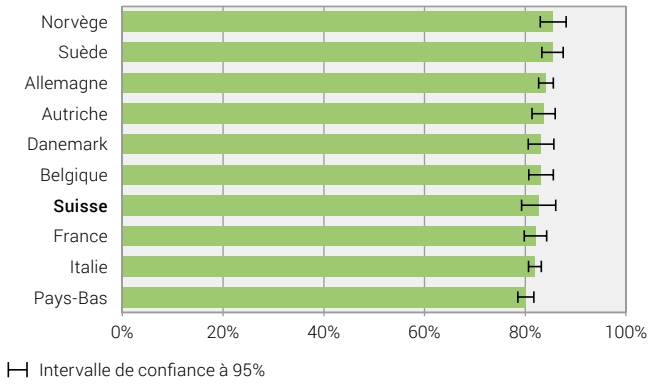
Lymphome de Hodgkin: survie relative à 1, 5 et 10 ans **G4.21.5**



Source: ONEC

© OFS 2021

Lymphome de Hodgkin: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, de 2000 à 2007 **G4.21.6**

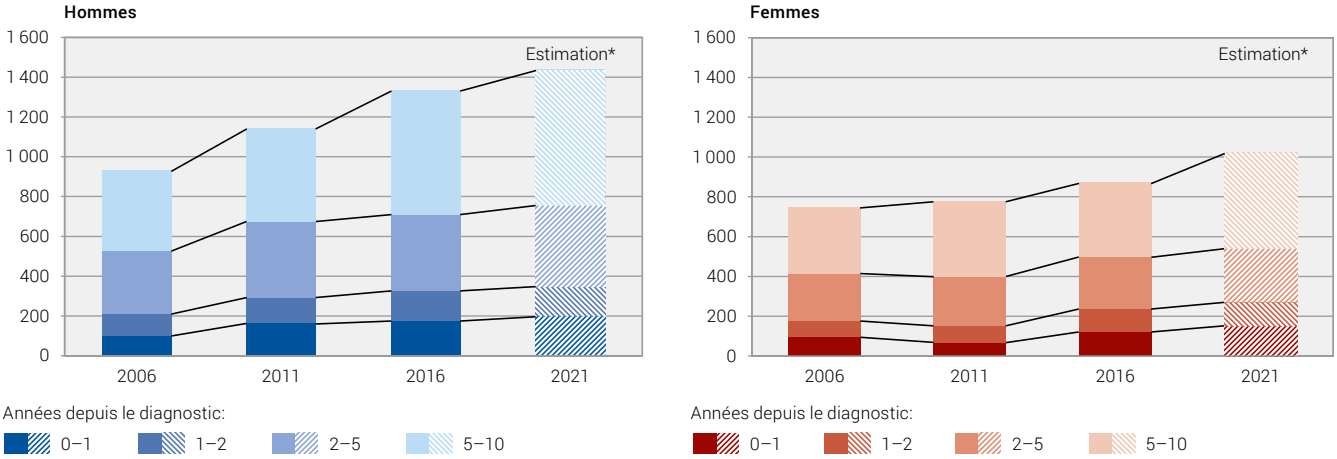


Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

Source: De Angelis R. et al. (2014), Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EUROCARE-5 — a population-based study

© OFS 2021

Lymphome de Hodgkin: nombre de malades (prévalence) G 4.21.7



* Projection à partir des données de 2007 à 2016

Source: ONEC

© OFS 2021

Lymphome de Hodgkin: principaux indicateurs épidémiologiques T 4.21.1

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2013 à 2017	162	19	114	12
Nombre de cas en 2021 (estimé)	173	19	123	8
Part de tous les cancers, moyenne 2013 à 2017	0,7%	0,2%	0,6%	0,2%
Taux brut (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	4,0	0,5	2,7	0,3
Évolution annuelle moyenne du taux brut, 2008 à 2017	–0,2%	–1,3%	1,6%	–5,6%
Taux brut en 2021 (estimé)	4,0	0,4	2,8	0,2
Taux standardisé (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	3,7	0,3	2,6	0,2
Évolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2008 à 2017	–0,3%	–2,8%	1,0%	–8,5%
Âge médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2013 à 2017	40,7	75,0	39,0	80,2
Risque vie entière, moyenne 2013 à 2017	0,3%	<0,1%	0,2%	<0,1%
Risque cumulé avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	0,2%	<0,1%	0,2%	<0,1%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	_	121	_	87

	Hommes	Femmes
Nombre de malades dont le diagnostic remonte à moins de 5 ans (prévalence), au 31.12.2017	737	519
Taux de survie observé à 5 ans, 2013 à 2017	88,3%	87,8%
Taux de survie relatif à 5 ans, 2013 à 2017	91,4%	89,9%

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Références

1 Ligue suisse contre le cancer. *Les lymphomes hodgkiniens.* [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 6 décembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/les-lymphomes-hodgkiniens/

2 Wild C.P., Weiderpass E., Stewart B.W., éd. 2020. *World Cancer Report. Cancer research for cancer prevention.* International Agency for Research on Cancer, Lyon

4.22 Lymphome non hodgkinien

Comme le lymphome de Hodgkin, le lymphome non hodgkinien (C82–C86, C96) se forme à partir des globules blancs; contrairement à celui-ci qui reste généralement confiné aux ganglions lymphatiques, le lymphome non hodgkinien peut se développer presque partout dans le corps.[1]

4.22.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2013 et 2017, 910 nouveaux cas de lymphome non hodgkinien ont été diagnostiqués en moyenne chaque année chez les hommes et près de 710 chez les femmes. Cela représente 3,9% des cancers chez les hommes et 3,6% des cancers chez les femmes. Le risque de développer un lymphome non hodgkinien au cours de la vie est de 1,9% chez les hommes et de 1,4% chez les femmes (T4.22.1). Ce cancer est une 1,5 fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes.

Durant cette même période, près de 290 hommes et de 250 femmes sont décédés d'un lymphome non hodgkinien en moyenne chaque année. Cela représente 3% des décès par cancer chez les hommes et 3,2% chez les femmes. Le risque de mourir d'un lymphome non hodgkinien est de 0,6% chez les hommes et de 0,4% chez les femmes.

L'incidence augmente avec l'âge chez les hommes; elle progresse jusqu'à 84 ans chez les femmes et s'infléchit par la suite (G4.22.1). La mortalité s'accroît avec l'âge dans les deux sexes. La moitié des lymphomes non hodgkiniens sont diagnostiqués avant 69 ans chez les hommes et avant 71 ans chez les femmes. La moitié des décès liés à ce cancer surviennent avant 78 ans chez les hommes et avant 80 ans chez les femmes.

Comparaisons régionales et internationales

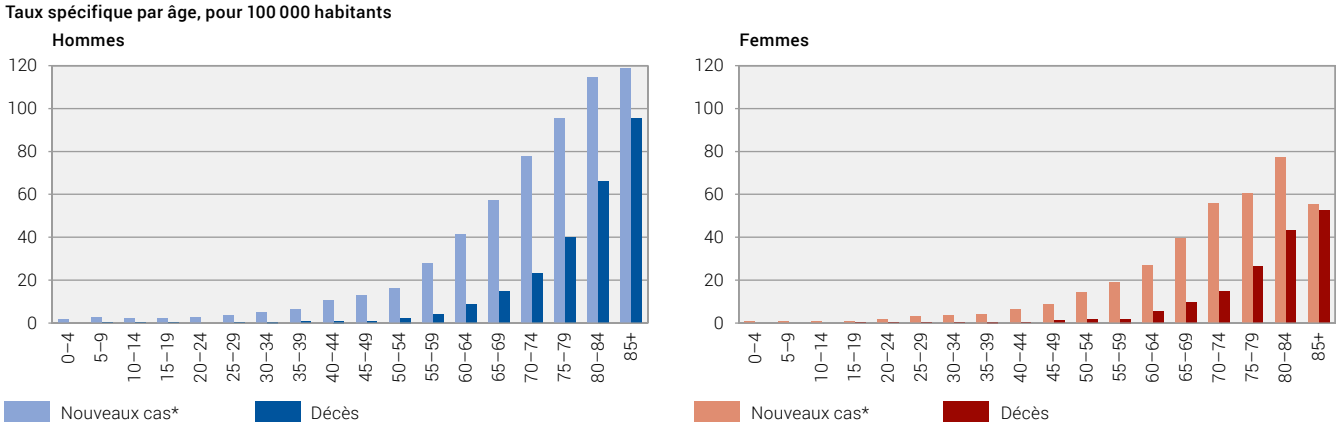
Les taux d'incidence sont plus élevés en Suisse romande et au Tessin qu'en Suisse alémanique chez les hommes et chez les femmes, sans que cette différence puisse être interprétée (G4.22.2).

Parmi les pays européens retenus pour la comparaison internationale, la Suisse présente le deuxième taux d'incidence le plus bas dans les deux sexes. Elle a également le deuxième taux de mortalité le plus bas chez les hommes. Chez les femmes, elle enregistre le taux de mortalité le plus faible (G4.22.3).

Évolution temporelle

Les taux d'incidence sont restés globalement stables dans les deux sexes entre 1988 et 2017. En revanche, les taux de mortalité ont fortement diminué (hommes: – 34%, femmes: – 35%; G4.22.4).

Lymphome non hodgkinien selon l'âge, de 2013 à 2017 **G4.22.1**



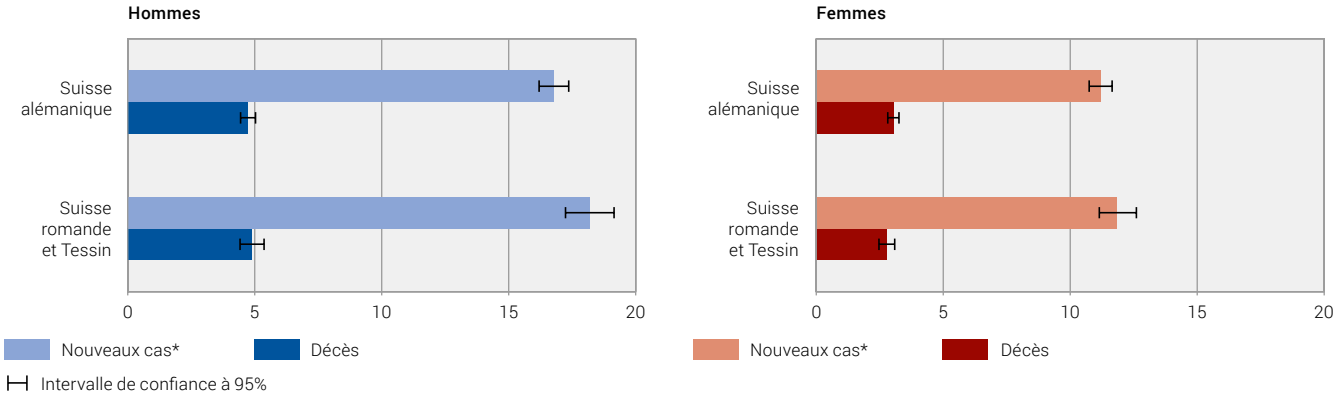
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Lymphome non hodgkinien: comparaison régionale, de 2013 à 2017 G4.22.2

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



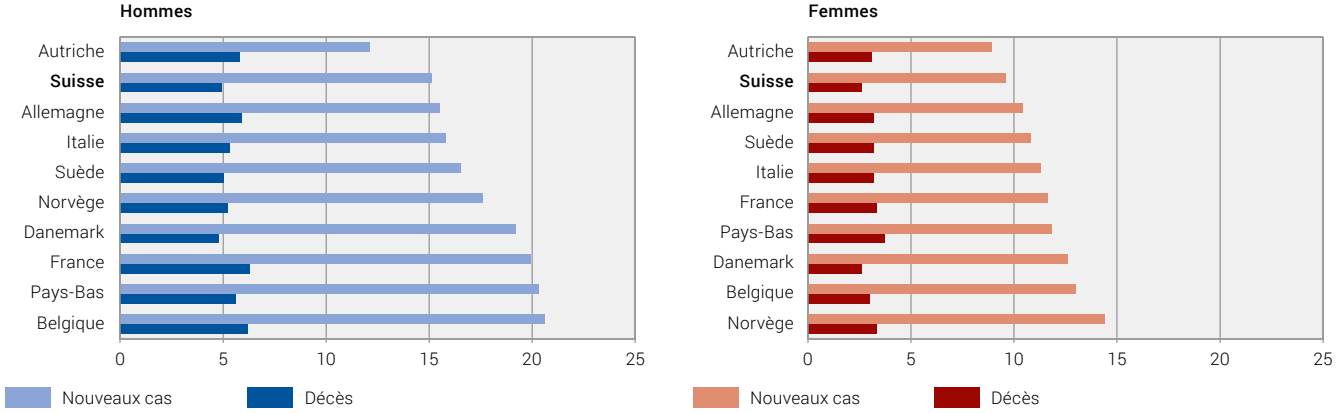
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Lymphome non hodgkinien: comparaison internationale, en 2018 G4.22.3

Taux pour 100 000 habitants, standard européen

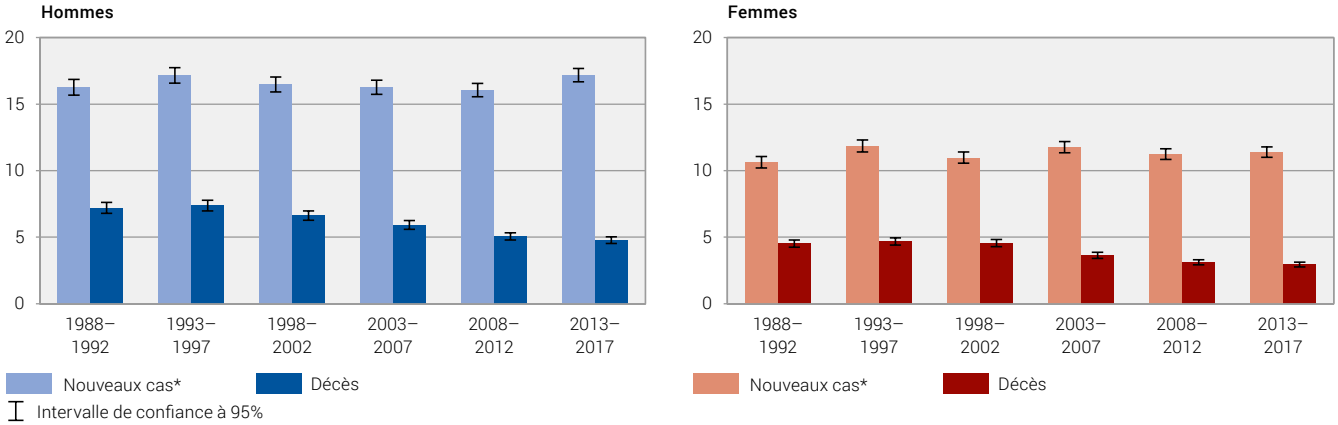


Source: Ferlay J. et al. (2018), Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018

© OFS 2021

Lymphome non hodgkinien: évolution temporelle G4.22.4

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

4.22.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

Sur la période 2013–2017, environ 65% des hommes et 68% des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de lymphome non hodgkinien (taux de survie absolu). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans s'est établi à 74% chez les hommes et à chez les femmes (taux de survie relatif; T4.22.1)

Pendant la période 2003–2007, le taux de survie relatif à cinq ans était nettement plus bas chez les hommes (66%) et légèrement inférieur chez les femmes (71%). Entre les périodes 2003–2007 et 2013–2017, les taux de survie relatifs à dix ans ont sensiblement progressé chez les hommes, passant de 56% à 64%; chez les femmes, la hausse est moins marquée (de 61% à 66%) (G4.22.5).

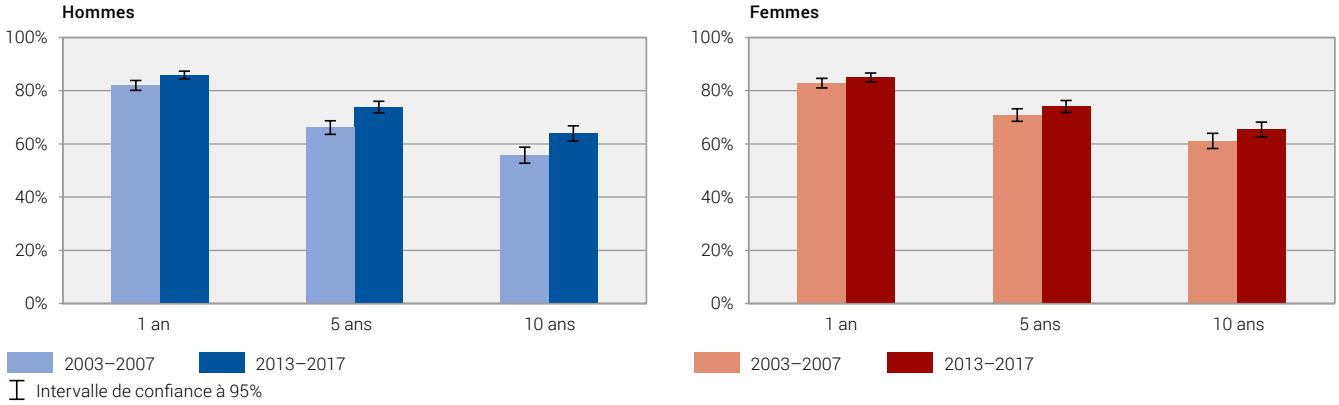
En comparaison avec les pays européens pris en compte, la Suisse se situe dans le tiers supérieur du classement pour les taux de survie (source: EUROCARE-5, période 2000–2007) (G4.22.6).

Le nombre de personnes vivant avec un diagnostic de lymphome non hodgkinien datant de moins de dix ans a progressé entre 2006 et 2016; il est passé de 6460 environ à 9310. Pour l'année 2021, ce groupe est estimé à 10 550 personnes en Suisse, soit environ 5970 hommes et 4580 femmes (G4.22.7).

4.22.3 Facteurs de risque

Les causes et les facteurs de risque des lymphomes non hodgkiniens sont encore largement inconnus. Une infection par le virus d'Epstein-Barr (EBV), par le virus de l'hépatite C ou par la bactérie Helicobacter pylori est considérée comme un facteur de risque pour certains lymphomes. L'exposition aux pesticides tels que le lindane, le glyphosate et le pentachlorophénol est également classée parmi les facteurs de risque. Les médicaments immunosuppresseurs, de même que l'exposition aux rayonnements radioactifs, augmentent aussi le risque de lymphome non hodgkinien. Une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est également associée à un risque accru.[1, 2]

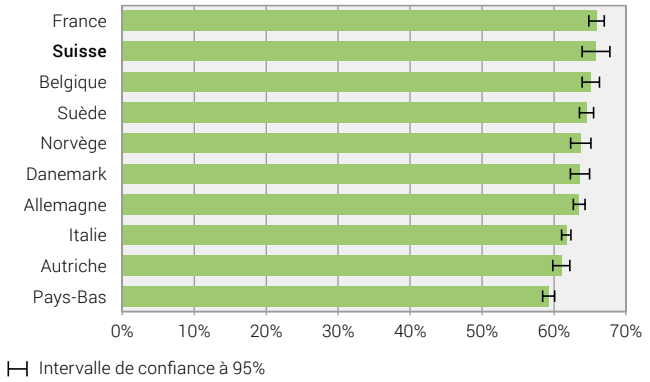
Lymphome non hodgkinien: survie relative à 1, 5 et 10 ans **G4.22.5**



Source: ONEC

© OFS 2021

Lymphome non hodgkinien: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, de 2000 à 2007 **G4.22.6**

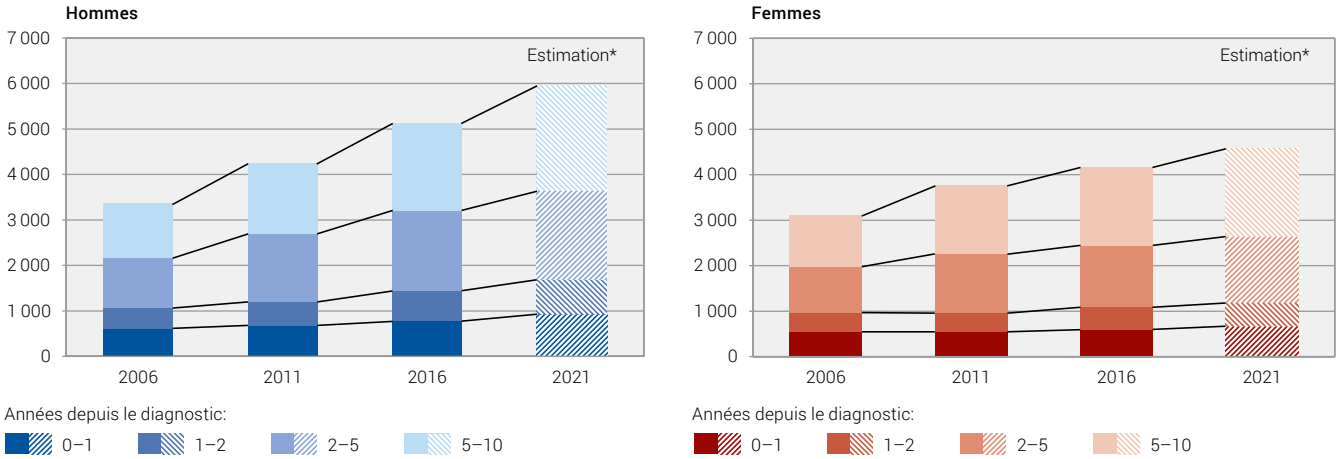


Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

Source: De Angelis R. et al. (2014), Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EUROCARE-5 — a population-based study

© OFS 2021

Lymphome non hodgkinien: nombre de malades (prévalence) G 4.22.7



* Projection à partir des données de 2007 à 2016

Source: ONEC

© OFS 2021

Lymphome non hodgkinien: principaux indicateurs épidémiologiques T 4.22.1

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2013 à 2017	910	286	707	245
Nombre de cas en 2021 (estimé)	1 125	346	821	270
Part de tous les cancers, moyenne 2013 à 2017	3,9%	3,0%	3,6%	3,2%
Taux brut (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	22,2	7,0	16,9	5,9
Évolution annuelle moyenne du taux brut, 2008 à 2017	2,0%	0,6%	0,9%	–0,3%
Taux brut en 2021 (estimé)	26,0	8,0	18,7	6,1
Taux standardisé (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	17,2	4,8	11,4	3,0
Évolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2008 à 2017	0,9%	–1,1%	0,2%	–1,3%
Âge médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2013 à 2017	68,7	77,5	70,8	80,3
Risque vie entière, moyenne 2013 à 2017	1,9%	0,6%	1,4%	0,4%
Risque cumulé avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	0,9%	0,2%	0,6%	0,1%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	_	818	_	494

	Hommes	Femmes
Nombre de malades dont le diagnostic remonte à moins de 5 ans (prévalence), au 31.12.2017	3 342	2 547
Taux de survie observé à 5 ans, 2013 à 2017	65,5%	68,2%
Taux de survie relatif à 5 ans, 2013 à 2017	73,9%	74,1%

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Références

1 Ligue suisse contre le cancer. *Les lymphomes non hodgkiniens.* [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 6 décembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/les-lymphomes-hodgkiniens/

2 Wild C.P., Weiderpass E., Stewart B.W., éd. 2020. *World Cancer Report. Cancer research for cancer prevention.* International Agency for Research on Cancer, Lyon

4.23 Myélome multiple

Le myélome multiple (et les tumeurs malignes à plasmocytes; C90) appartiennent au groupe des hémopathies malignes au même titre que les leucémies ou les lymphomes. Le myélome multiple se caractérise par la prolifération excessive de plasmocytes (un type de globules blancs) anormaux. Les cellules cancéreuses forment des amas dans la moelle osseuse, ce qui empêche la fabrication normale des autres cellules sanguines. Le myélome multiple peut également conduire à la destruction des os ou d'autres organes comme les reins.[1]

4.23.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2013 et 2017, près de 370 nouveaux cas de myélome multiple ont été diagnostiqués en moyenne chaque année chez les hommes et 290 environ chez les femmes. Les hommes sont davantage touchés, avec un taux d'incidence standardisé environ 1,5 fois plus élevé que les femmes. Le myélome multiple représente moins de 1,6% des nouveaux cas de cancer. Le risque de développer un myélome multiple au cours de la vie est de 0,8% chez les hommes et de 0,6% chez les femmes (T4.23.1).

Durant cette même période, le myélome multiple a entraîné près de 370 décès en moyenne chaque année (environ 190 chez les hommes et 180 chez les femmes). Il est responsable d'environ 2% des décès par cancer. Le risque de mourir d'un myélome multiple est de 0,4% chez les hommes et de 0,3% chez les femmes.

Les taux d'incidence augmentent avec l'âge jusqu'à 84 ans (G4.23.1). La moitié des cas sont diagnostiqués après 71 ans chez les hommes et après 73 ans chez les femmes. La moitié des décès liés au myélome multiple surviennent après 76 ans chez les hommes et après 79 ans chez les femmes.

Comparaisons régionales et internationales

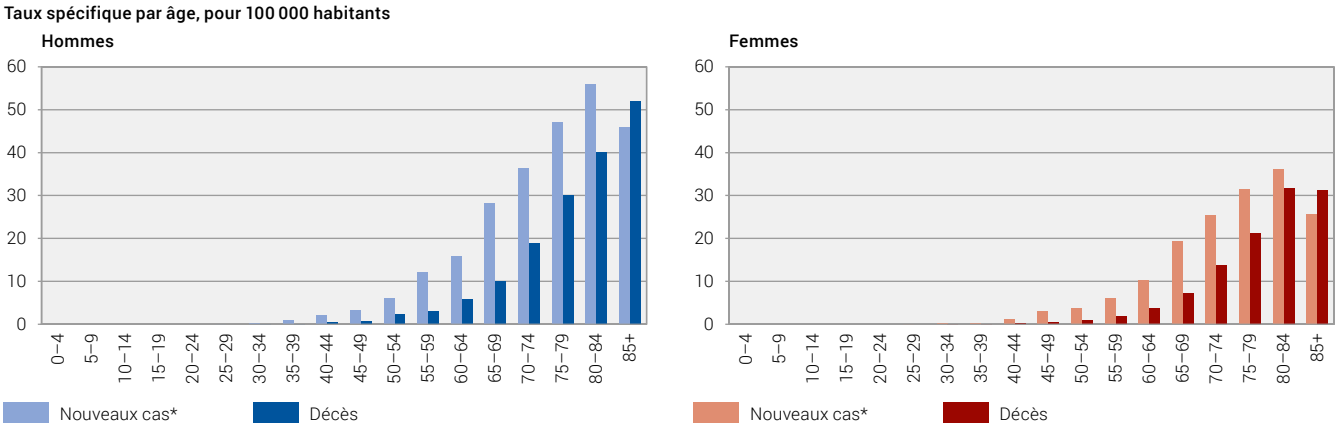
Dans les deux sexes, les taux d'incidence sont légèrement inférieurs en Suisse romande et au Tessin qu'en Suisse alémanique. Chez les hommes, il n'y a pas de différence de taux mortalité entre les deux régions linguistiques. Chez les femmes, le taux de mortalité est nettement plus bas en Suisse romande et au Tessin qu'en Suisse alémanique (G4.23.2).

Parmi les pays européens retenus pour la comparaison internationale, la Suisse se situe dans la moyenne pour les taux d'incidence (G4.23.3). Il en va de même pour les taux de mortalité, qui sont globalement similaires dans l'ensemble du groupe.

Évolution temporelle

Chez les hommes, l'incidence a augmenté de 23% au total entre 1988 et 2017 (G4.23.4). Chez les femmes, la hausse a été un peu moins marquée durant cette période (18%). Durant la même période, la mortalité a en revanche diminué tant chez les hommes (–25%) que chez les femmes (–20%).

Myélome multiple selon l'âge, de 2013 à 2017 **G4.23.1**



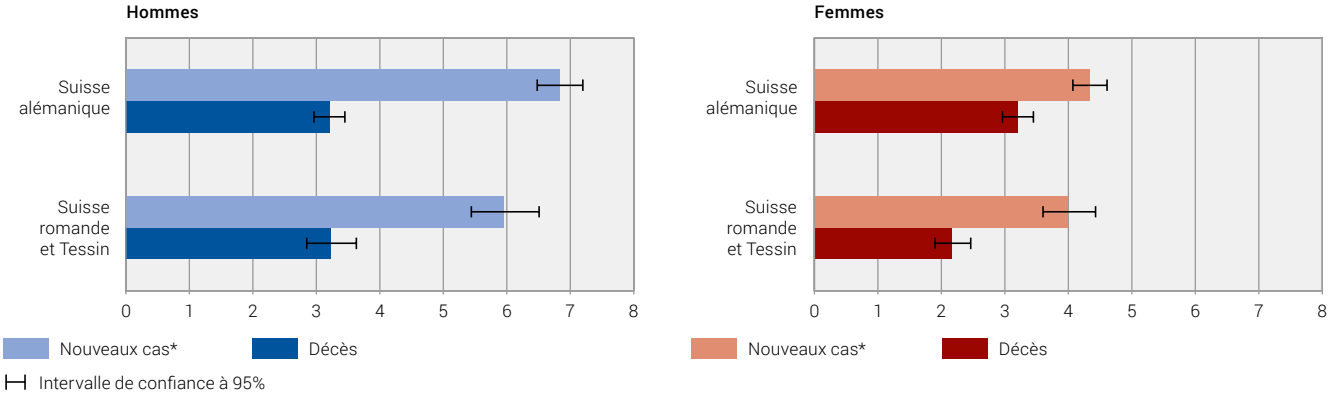
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Myélome multiple: comparaison régionale, de 2013 à 2017 G4.23.2

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



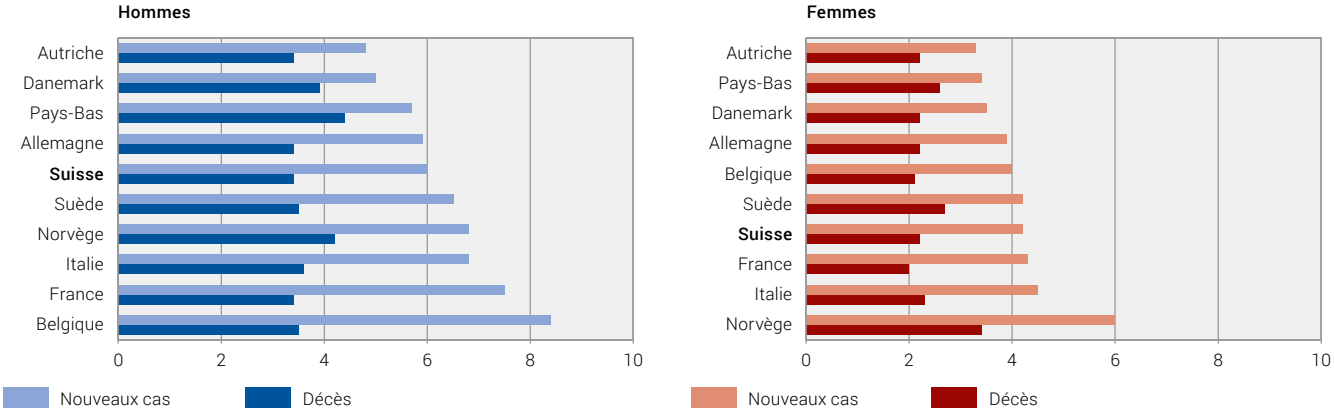
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Myélome multiple: comparaison internationale, en 2018 G4.23.3

Taux pour 100 000 habitants, standard européen

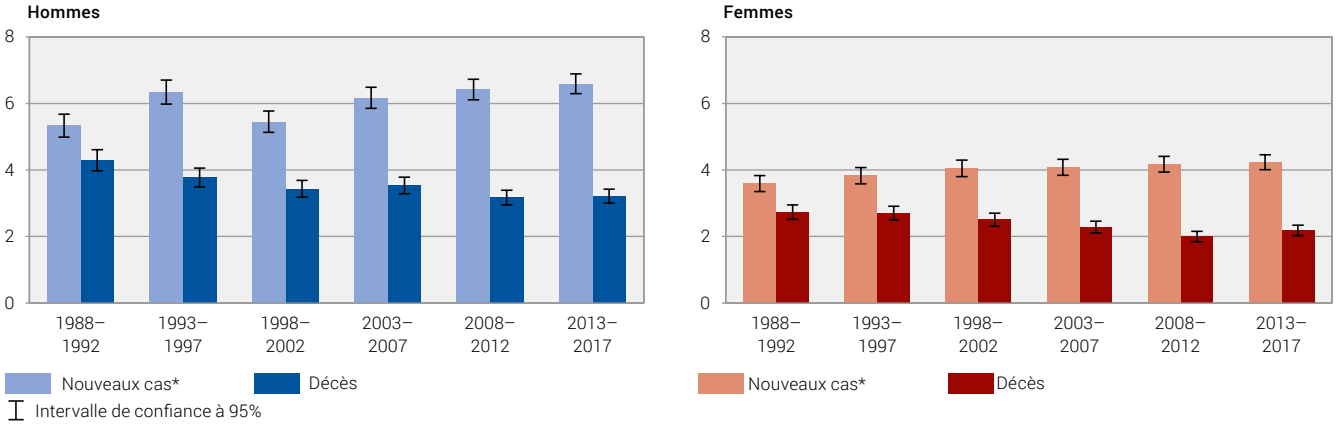


Source: Ferlay J. et al. (2018), Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018

© OFS 2021

Myélome multiple: évolution temporelle G4.23.4

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

4.23.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

Sur la période 2013–2017, environ 52% des hommes et 53% des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de myélome multiple (taux de survie absolu). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans s'est établi 58% chez les hommes et 57% chez les femmes (taux de survie relatif; T4.23.1).

Pendant la période 2003–2007, le taux de survie relatif à cinq ans était sensiblement plus bas (51% chez les hommes, 49% chez les femmes). Entre les périodes 2003–2007 et 2013–2017, les taux de survie relatifs à dix ans ont légèrement progressé chez les hommes, passant de 32% à 37%, alors qu'il ne s'est pas notablement amélioré (de 31% à 33%) chez les femmes (G4.23.5).

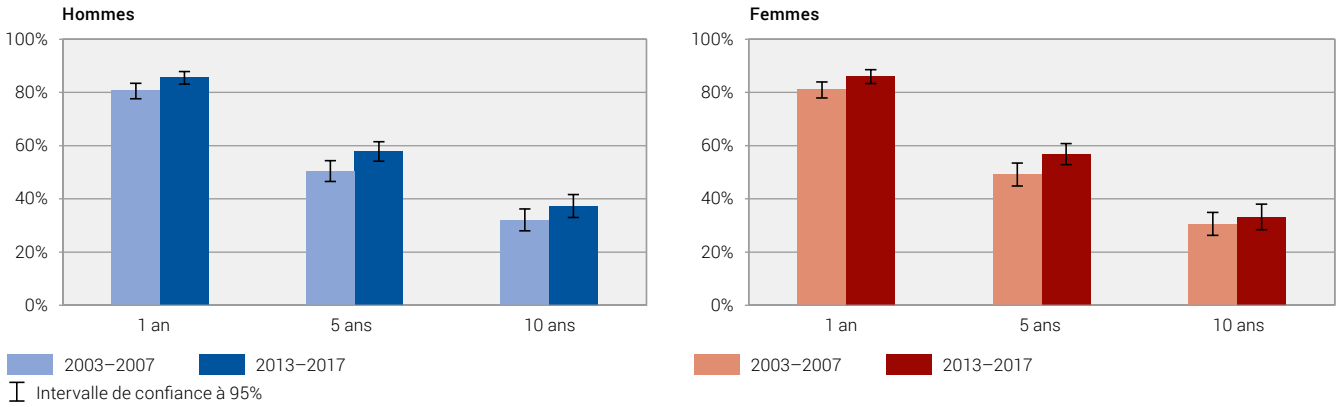
En comparaison avec les pays européens pris en compte, la Suisse se situe dans la moyenne (source: EUROCARE-5, période 2000–2007) (G4.23.6).

Le nombre de personnes vivant avec un diagnostic de myélome multiple datant de moins de dix ans s'est accru entre 2006 et 2016; il est passé de 1780 à 2840 environ. Pour l'année 2021, ce groupe est estimé à 3210 personnes en Suisse, soit environ 1750 hommes et 1460 femmes (G4.23.7).

4.23.3 Facteurs de risque

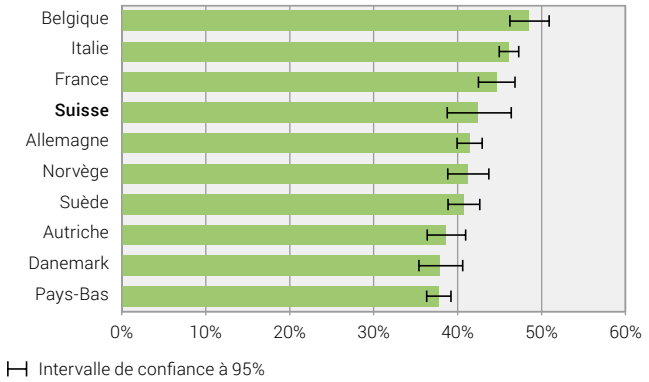
Les causes du myélome multiple restent mal connues. Le risque de développer la maladie augmente toutefois avec l'âge, comme c'est le cas pour de nombreux types de cancer; il est plus élevé chez les hommes. Une gammapathie monoclonale de signification indéterminée (GMSI) augmente le risque de myélome multiple. La surcharge pondérale est également associée à une augmentation du risque. L'exposition aux rayonnements ionisants (après un accident nucléaire, p. ex.) et à certaines substances toxiques (amiante, pesticides) est par ailleurs discutée dans la littérature scientifique comme un facteur de risque possible. Le myélome multiple a également – comme d'autres types de cancer – une composante génétique.[1, 2, 3]

Myélome multiple: survie relative à 1, 5 et 10 ans **G4.23.5**



Source: ONEC © OFS 2021

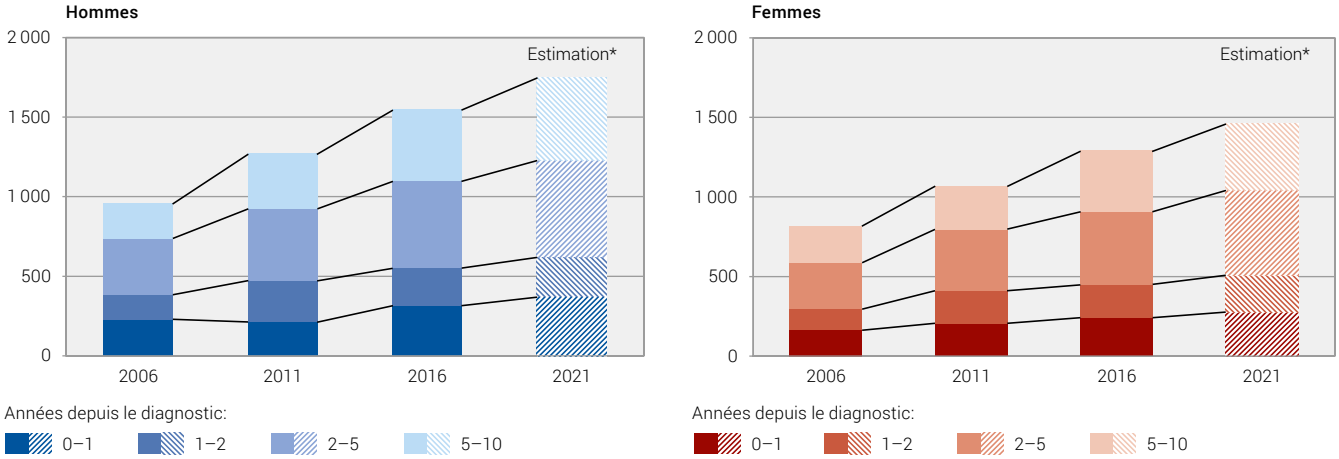
Myélome multiple: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, de 2000 à 2007 **G4.23.6**



Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

Source: De Angelis R. et al. (2014), Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EUROCARE-5 — a population-based study © OFS 2021

Myélome multiple: nombre de malades (prévalence) G 4.23.7



* Projection à partir des données de 2007 à 2016

Source: ONEC

© OFS 2021

Myélome multiple: principaux indicateurs épidémiologiques T 4.23.1

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2013 à 2017	366	191	286	177
Nombre de cas en 2021 (estimé)	444	231	372	229
Part de tous les cancers, moyenne 2013 à 2017	1,6%	2,0%	1,5%	2,3%
Taux brut (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	8,9	4,7	6,8	4,2
Évolution annuelle moyenne du taux brut, 2008 à 2017	1,3%	1,3%	2,3%	2,5%
Taux brut en 2021 (estimé)	10,3	5,3	8,5	5,2
Taux standardisé (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	6,6	3,2	4,2	2,2
Évolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2008 à 2017	0,1%	0,0%	1,6%	1,1%
Âge médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2013 à 2017	71,1	76,3	73,4	79,1
Risque vie entière, moyenne 2013 à 2017	0,8%	0,4%	0,6%	0,3%
Risque cumulé avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	0,3%	0,1%	0,2%	0,1%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	_	492	_	289

	Hommes	Femmes
Nombre de malades dont le diagnostic remonte à moins de 5 ans (prévalence), au 31.12.2017	1 133	940
Taux de survie observé à 5 ans, 2013 à 2017	52,2%	52,8%
Taux de survie relatif à 5 ans, 2013 à 2017	57,9%	56,9%

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Références

1. Ligue suisse contre le cancer. *Le myélome multiple.* [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 29 novembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-myelome-multiple/
2. Wild C.P., Weiderpass E., Stewart B.W., éd. 2020. *World Cancer Report. Cancer research for cancer prevention.* International Agency for Research on Cancer, Lyon
3. American Society of clinical oncology (sans date). *Multiple Myeloma: Risk Factors.* [en ligne] 1 aout 2021 [page consultée le 13 février 2021] www.cancer.net/cancer-types/multiple-myeloma/risk-factors

4.24 Leucémies

Les leucémies (C91–95) apparaissent quand les cellules sanguines encore immatures (précurseurs), produites dans la moelle osseuse et à l'origine des globules blancs, se mettent à proliférer de façon incontrôlée. Elles sont alors déversées dans le sang, soit à un stade immature non fonctionnel, soit en excès. La distinction entre leucémie lymphoïde (LL, C91) et myéloïde (LM, C92–94) dépend du type de précurseur atteint. Selon la vitesse d'évolution, les leucémies lymphoïdes et myéloïdes peuvent être aiguës (LLA et LMA) ou chroniques (LLC et LMC).[1] Les données présentées dans ce chapitre concernent les leucémies chez l'adulte; les leucémies chez l'enfant sont détaillées au chapitre 5.

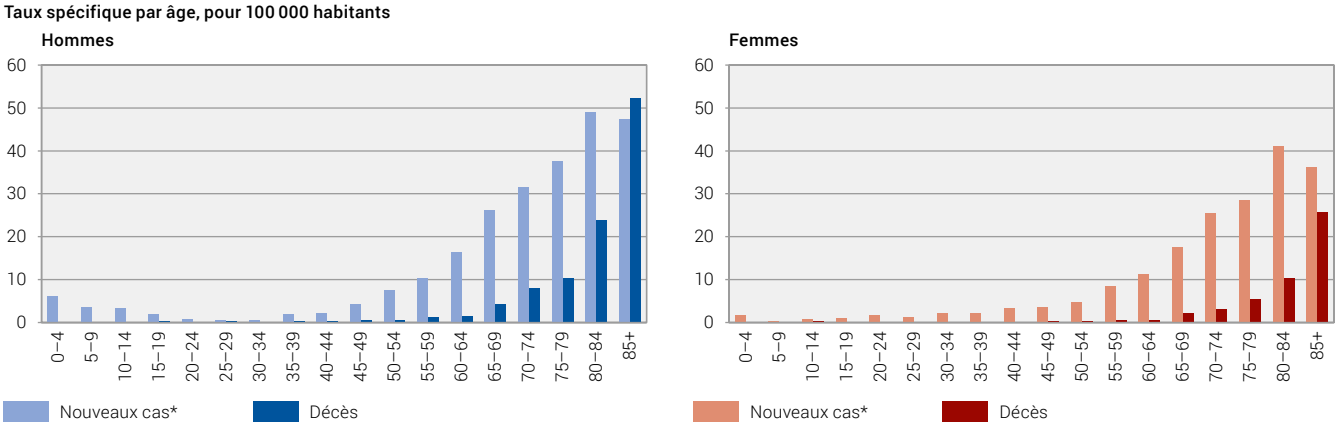
4.24.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2013 et 2017, près de 1150 leucémies – un peu moins de 700 chez les hommes et environ 450 chez les femmes – ont été diagnostiquées en moyenne chaque année. Cela représente un peu moins de 3% des nouveaux cas de cancer. Les leucémies sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes; le risque de développer une leucémie au cours de la vie est de 1,4% chez les hommes et de 0,9% chez les femmes (T4.24.1).

Durant cette même période, les leucémies ont été à l'origine de 600 décès en moyenne chaque année, soit environ 350 chez les hommes et 250 chez les femmes. Cela représente près de 3,5% des décès par cancer. Le risque de mourir d'une leucémie est de 0,7% chez les hommes et de 0,4% chez les femmes.

Leucémie lymphoïde selon l'âge, de 2013 à 2017 **G4.24.1a**

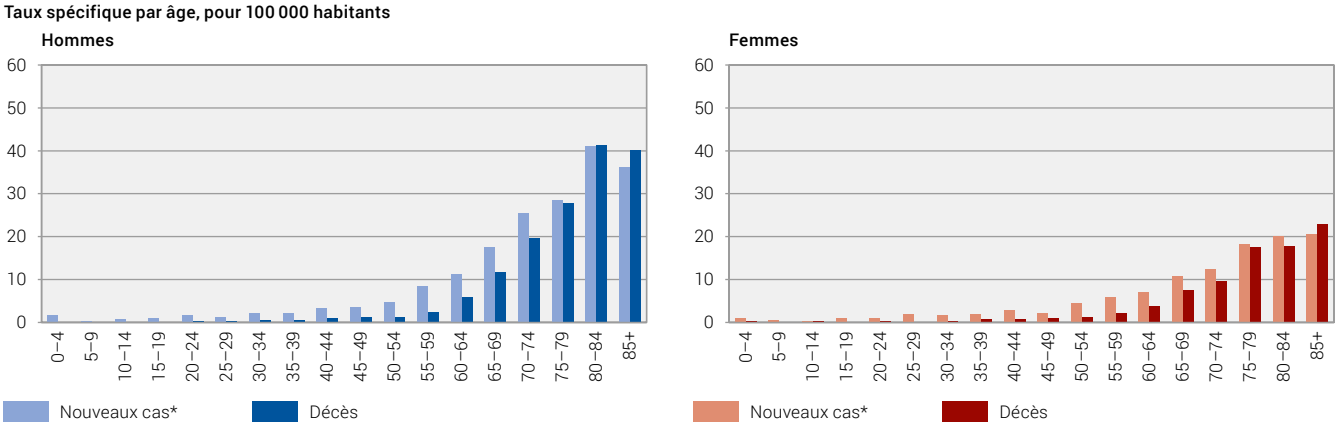


* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Leucémie myéloïde selon l'âge, de 2013 à 2017 **G4.24.1b**



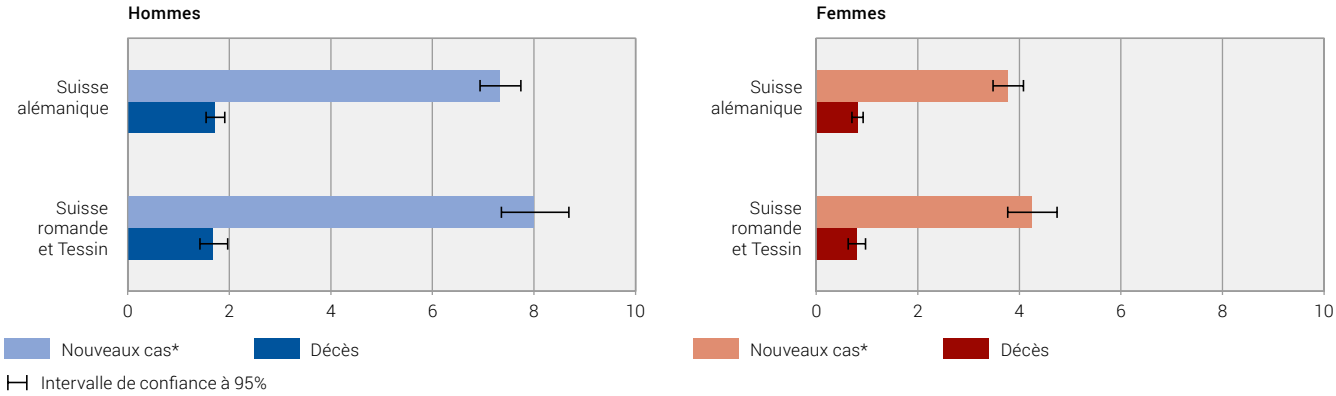
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Leucémie lymphoïde: comparaison régionale, de 2013 à 2017 G 4.24.2a

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



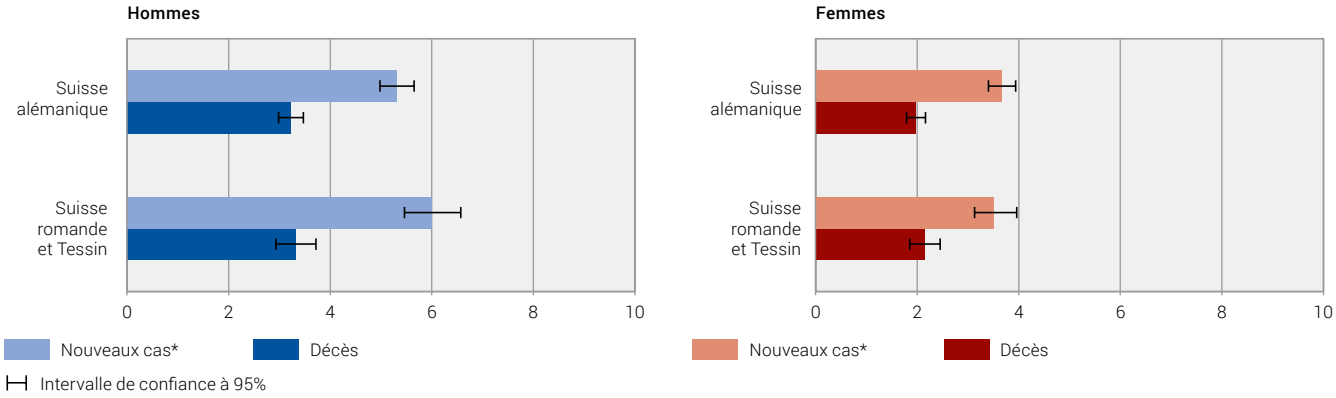
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Leucémie myéloïde: comparaison régionale, de 2013 à 2017 G 4.24.2b

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



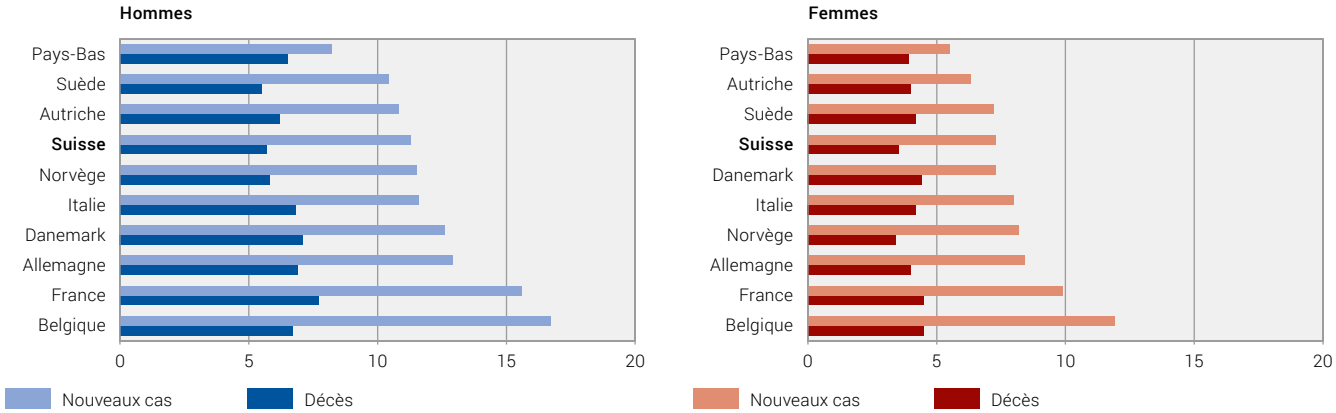
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Leucémie lymphoïde et myéloïde: comparaison internationale, en 2018 G 4.24.3

Taux pour 100 000 habitants, standard européen



Source: Ferlay J. et al. (2018), Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018

© OFS 2021

La leucémie lymphoïde (LL) est responsable d'environ 1% des nouveaux cas et d'environ 1% des décès liés au cancer. La leucémie myéloïde (LM) est à l'origine de 1% des nouveaux cas et de 2% des décès. La moitié des cas de leucémie lymphoïde sont diagnostiqués après 68 ans chez les hommes et après 70 ans chez les femmes; la moitié des décès surviennent après 81 ans chez les hommes et après 84 ans chez les femmes.

Les diagnostics sont posés à un âge similaire pour les leucémies myéloïdes, puisque la moitié des cas sont diagnostiqués après 69 ans chez les hommes et chez les femmes. En revanche, les décès liés à la LM surviennent plus précocement; la moitié sont enregistrés avant 75 ans chez les hommes et avant 77 ans chez les femmes.

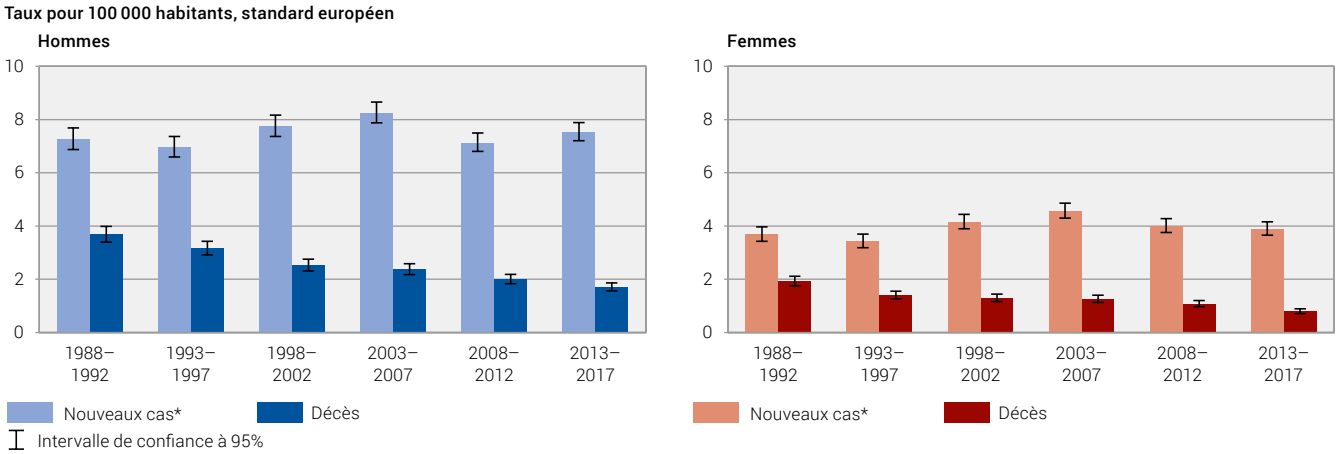
Pour les deux types de leucémie, l'incidence et la mortalité augmentent avec l'âge, les premiers cas apparaissant dès l'enfance (G 4.24.1a, G 4.24.1b et chapitre 5).

Comparaisons régionales et internationales

Pour les leucémies lymphoïdes comme pour les leucémies myéloïdes, il n'existe pas de différence clairement interprétable entre la Suisse alémanique d'une part et la Suisse romande et le Tessin d'autre part en ce qui concerne les taux d'incidence et de mortalité (G 4.24.2a et G 4.24.2b).

Parmi les pays européens retenus pour la comparaison internationale, la Suisse a le quatrième taux d'incidence le plus bas et le deuxième taux de mortalité le plus bas, tant chez les hommes que chez les femmes (G 4.24.3). À noter que le calcul a été effectué en additionnant les données pour les deux types de leucémie.

Leucémie lymphoïde: évolution temporelle — G 4.24.4a

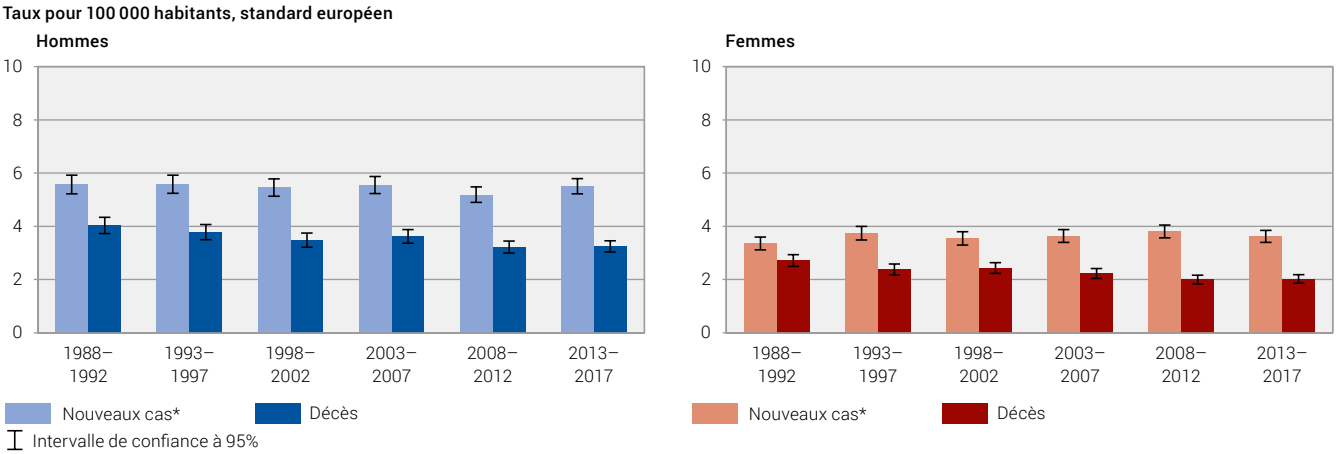


* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Leucémie myéloïde: évolution temporelle — G 4.24.4b



* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Évolution temporelle

L'évolution des nouveaux cas est globalement stable depuis 1988 pour les deux types de leucémie et chez les deux sexes (G 4.24.4a et G 4.24.4b). En revanche, la mortalité, a diminué depuis 1988 aussi bien pour la LL que pour la LM; le recul est plus marqué pour la LL (hommes – 54%, femmes – 59%).

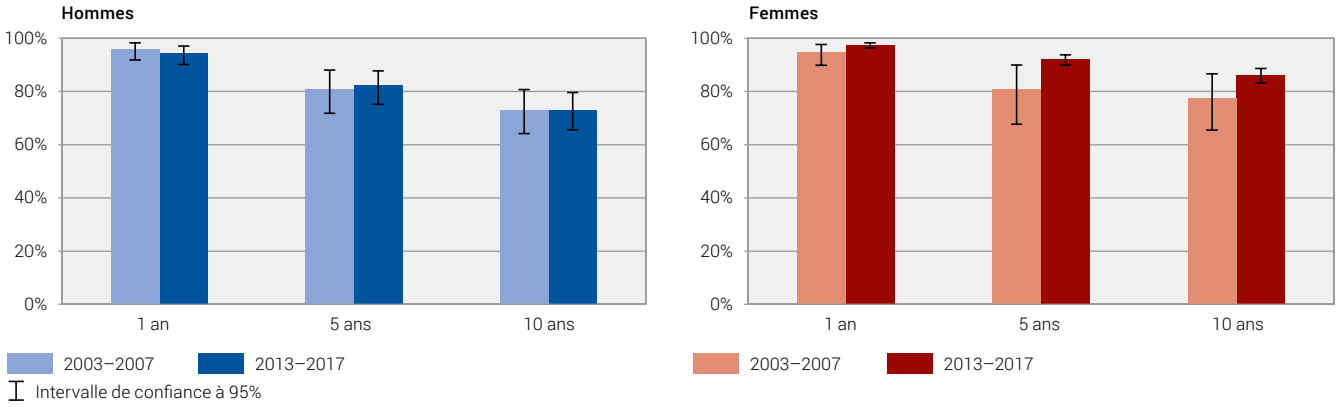
4.24.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

Leucémie lymphoïde

Sur la période 2013–2017, environ 79% des hommes et 88% des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de leucémie lymphoïde (taux de survie absolu). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans s'est établi à 82% chez les hommes et à 92% chez les femmes (taux de survie relatif; T 4.24.1).

Pendant la période 2003–2007, le taux de survie relatif à cinq ans n'était pas beaucoup plus bas chez les hommes (81%), alors qu'il était inférieur chez les femmes (81%). Entre les périodes 2003–2007 et 2013–2017, les taux de survie relatifs à dix ans ne se sont pas non plus améliorés chez les hommes; il se

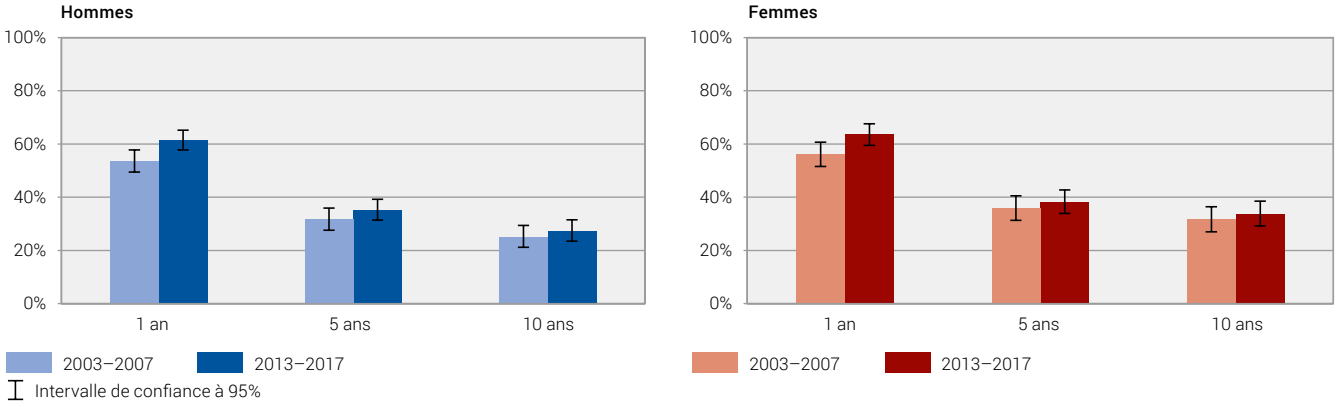
Leucémie lymphoïde: survie relative à 1, 5 et 10 ans **G 4.24.5a**



Source: ONEC

© OFS 2021

Leucémie myéloïde: survie relative à 1, 5 et 10 ans **G 4.24.5b**



Source: ONEC

© OFS 2021

sont maintenus à 73%. Chez les femmes, le taux de survie relatif à dix ans était de 78% pour la période 2003–2007 et de 86% pour la période 2013–2017 (G 4.24.5a).

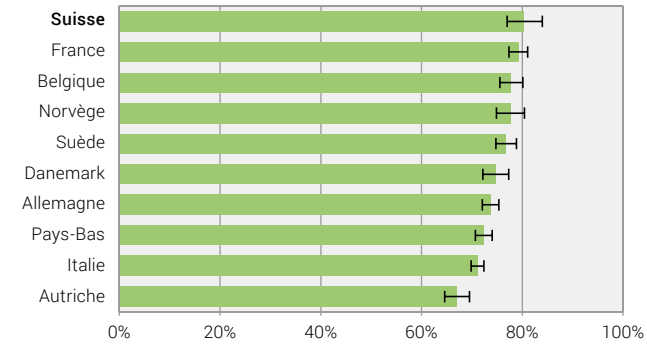
Les leucémies forment un groupe hétérogène qui comprend des formes chroniques, pour lesquelles les taux de survie sont nettement meilleurs, et des formes aiguës. Le pronostic est devenu très bon pour les leucémies survenant pendant l'enfance, alors qu'il est toujours moins favorable chez les adultes et pour les leucémies aiguës.

En comparaison avec les neuf pays européens pris en compte, la Suisse enregistre, pour la période 2000–2007, les taux de survie les plus hauts pour les personnes atteintes de leucémie lymphoïde chronique (G 4.24.6a).

Pour ce qui est des leucémies lymphoïdes aiguës, la Suisse a les taux de survie les plus bas en comparaison internationale chez les hommes. Les données ne sont pas disponibles pour les femmes (source: EUROCARE-5, période 2000–2007) (G 4.24.6b).

Le nombre de personnes vivant avec un diagnostic de leucémie lymphoïde datant de moins de dix ans a augmenté entre 2006 et 2016; il est passé d'environ 3340 à 3940. Pour l'année 2021, ce groupe est estimé à 4370 personnes en Suisse, soit environ 2820 hommes et 1550 femmes (G 4.24.7a)

Leucémie lymphoïde chronique: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, de 2000 à 2007 **G 4.24.6a**

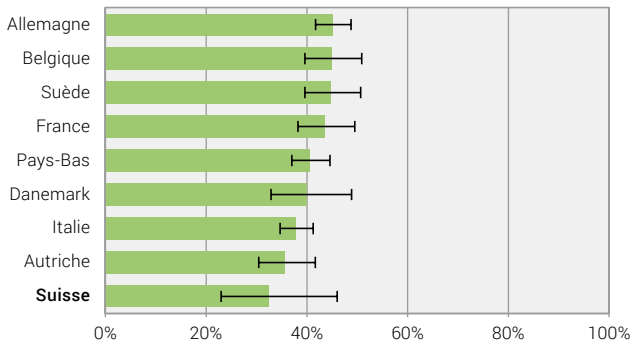


Intervalle de confiance à 95%

Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

Source: De Angelis R. et al. (2014), Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EUROCARE-5 — a population-based study © OFS 2021

Leucémie lymphoïde aiguë: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, de 2000 à 2007 **G 4.24.6b**



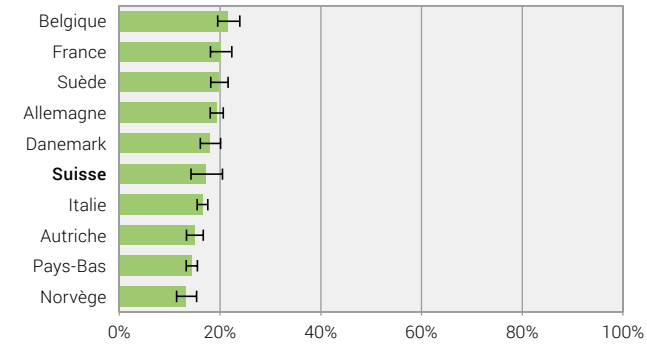
Intervalle de confiance à 95%

La source ne fournit pas de données pour la Norvège et pour les femmes en Suisse.

Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

Source: De Angelis R. et al. (2014), Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EUROCARE-5 — a population-based study © OFS 2021

Leucémie myéloïde aiguë: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, de 2000 à 2007 **G 4.24.6c**

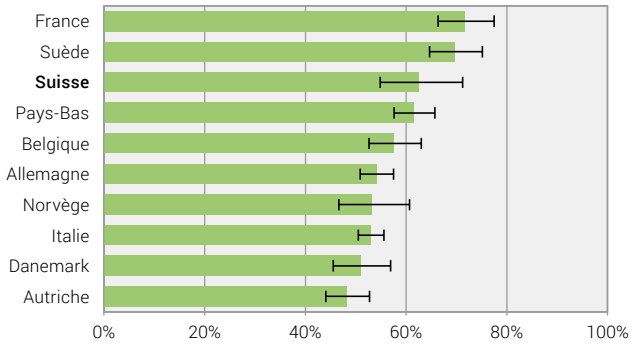


Intervalle de confiance à 95%

Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

Source: De Angelis R. et al. (2014), Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EUROCARE-5 — a population-based study © OFS 2021

Leucémie myéloïde chronique: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, de 2000 à 2007 **G 4.24.6d**



Intervalle de confiance à 95%

Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

Source: De Angelis R. et al. (2014), Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EUROCARE-5 — a population-based study © OFS 2021

Leucémie myéloïde

Sur la période 2013–2017, environ 32% des hommes et 36% des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de leucémie myéloïde (taux de survie absolu). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans s'est établi à 35% chez les hommes et à 38% chez les femmes (taux de survie relatif; T4.24.1).

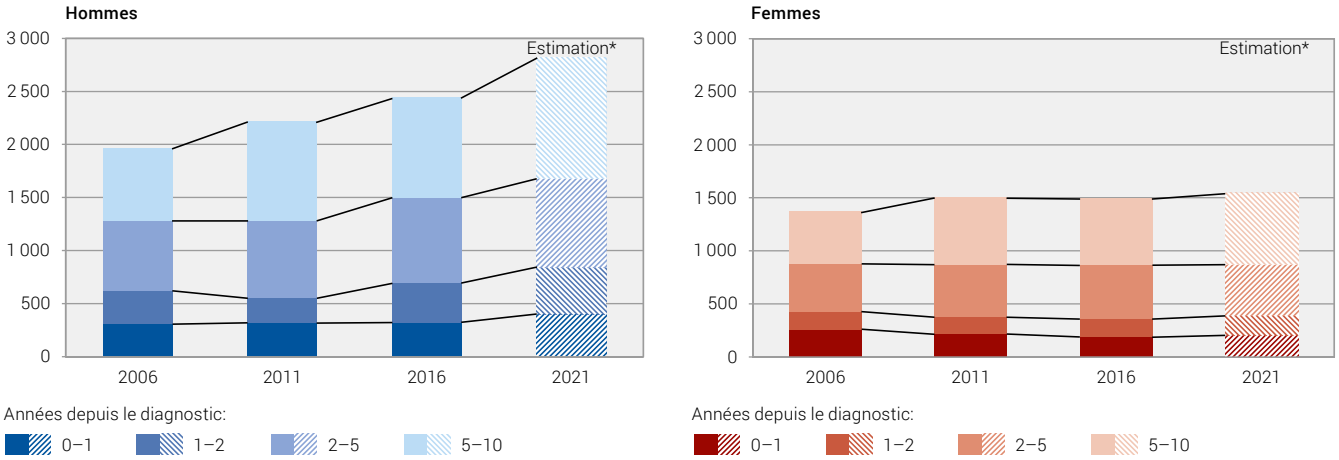
Pendant la période 2003–2007, le taux de survie relatif à cinq ans était à peine plus bas chez les hommes (32%) et chez les femmes (36%). Entre les périodes 2003–2007 et 2013–2017, les taux de survie relatifs à dix ans ne se sont améliorés notablement ni pour les hommes (de 25% à 27%) ni pour les femmes (de 32% à 34%) (G 4.24.5b).

En comparaison avec les autres pays européens pris en compte, les taux de survie des personnes atteintes de leucémie myéloïde aiguë ou chronique en Suisse se situent dans la moyenne (source: EUROCARE-5, période 2000–2007) (G 4.24.6c/d).

Le nombre de personnes vivant avec un diagnostic de leucémie myéloïde datant de moins de dix ans a augmenté entre 2006 et 2016; il est passé de 1260 à 1660 environ. Pour l'année 2021, ce groupe est estimé à 1860 personnes en Suisse, dont environ 1040 hommes et 820 femmes (G 4.24.7b)

4.24.3 Facteurs de risque

Leucémie lymphoïde: nombre de malades (prévalence) **G 4.24.7a**

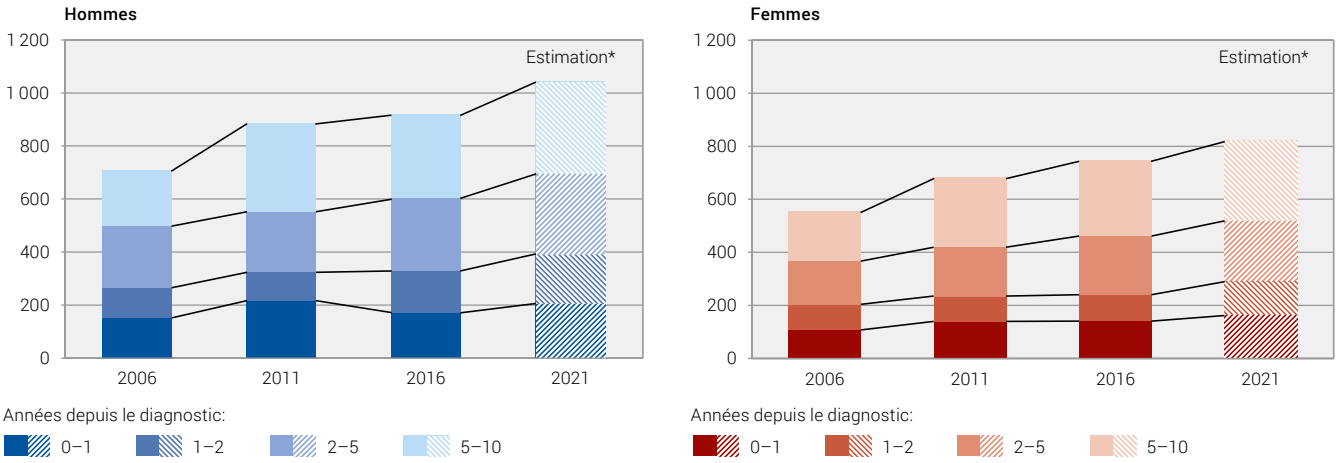


* Projection à partir des données de 2007 à 2016

Source: ONEC

© OFS 2021

Leucémie myéloïde: nombre de malades (prévalence) **G 4.24.7b**



* Projection à partir des données de 2007 à 2016

Source: ONEC

© OFS 2021

Les produits chimiques tels que le formaldéhyde, le benzène, l'oxyde d'éthylène ou encore le 1,3 butadiène figurent parmi les facteurs de risque clairement établis pour certaines leucémies. L'exposition professionnelle aux substances utilisées dans les entreprises de peinture ou dans l'industrie de production de caoutchouc est associée à un risque plus élevé de leucémie. Certains médicaments utilisés pour le traitement d'un premier cancer augmentent le risque de leucémie. C'est le cas des agents alkylants tels que le busulfan, le chlorambucil, le cyclophosphamide, des chimiothérapies combinant la chlorméthine, la vincristine, la procarbazine et la prednisone, ainsi que des inhibiteurs de la topoisomérase II comme l'étoposide.

Dans de rares cas, les rayonnements ionisants peuvent augmenter le risque de leucémie, surtout aiguë. L'exposition à ces radiations peut avoir lieu dans un cadre médical (thorium 232 et ses produits de dégradation, phosphore 32, rayons X ou gamma, scanner); il peut aussi s'agir d'une exposition environnementale (radon).

Un risque accru de leucémie est également possible lors d'un accident nucléaire (exposition aux produits de fission comme le strontium 90) ou à la suite de l'explosion d'une bombe atomique (exposition aux rayons X ou gamma).

Le tabac, les pesticides, le virus HTLV-1 (répandu au Japon, en Afrique, aux Caraïbes, en Amérique centrale, en Amérique latine, en Asie du Sud-Est et en Australie, mais pas en Europe) sont aussi des facteurs de risque reconnus. La surcharge pondérale entraine également une augmentation du risque de leucémie. Des études épidémiologiques observationnelles montrent un lien entre l'exposition à des champs électromagnétiques à basse fréquence et les leucémies chez l'enfant. La relation causale n'est cependant pas démontrée.

L'exposition de la mère à de nombreux facteurs de risque mentionnés ci-dessus (peinture, rayons X et gamma, pesticides) est une source d'exposition pour l'enfant in utero et augmente le risque de leucémie chez celui-ci. Des facteurs génétiques jouent également un rôle. Par ailleurs, les personnes atteintes de trisomie 21 (syndrome de Down) ont également un risque accru de leucémie.[1, 2]

Leucémie lymphoïde: principaux indicateurs épidémiologiques T 4.24.1

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2013 à 2017	689	333	451	252
dont leucémie lymphoïde	383	104	222	73
dont leucémie myéloïde	289	190	216	145
Nombre de cas en 2021 (estimé)	838	389	474	270
dont leucémie lymphoïde	454	108	213	63
dont leucémie myéloïde	364	241	241	173
Part de tous les cancers, moyenne 2013 à 2017	3,0%	3,5%	2,3%	3,3%
dont leucémie lymphoïde	1,7%	1,1%	1,1%	1,0%
dont leucémie myéloïde	1,3%	2,0%	1,1%	1,9%
Taux brut (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	16,8	8,1	10,8	6,0
Évolution annuelle moyenne du taux brut, 2008 à 2017	1,7%	0,4%	–0,7%	–0,8%
Taux brut en 2021 (estimé)	19,3	9,0	10,8	6,1
dont leucémie lymphoïde	10,5	2,5	4,9	1,4
dont leucémie myéloïde	8,4	5,6	5,5	3,9
Taux standardisé (pour 100 000 habitants et par an), moyenne 2013 à 2017	13,3	5,6	7,7	3,2
dont leucémie lymphoïde	7,5	1,7	3,9	0,8
dont leucémie myéloïde	5,5	3,25	3,62	2,02
Évolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2008 à 2017	0,8%	–1,5%	–0,8%	–1,7%
dont leucémie lymphoïde	0,7%	–4,0%	–0,9%	–5,6%
dont leucémie myéloïde	1,0%	–0,4%	–0,7%	0,5%
Âge médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2013 à 2017	68,8	76,9	69,9	79,7
dont leucémie lymphoïde	68,3	80,7	69,6	84,4
dont leucémie myéloïde	68,9	75,1	69,4	76,5
Risque vie entière[1], moyenne 2013 à 2017	1,4%	0,7%	0,9%	0,4%
Risque cumulé avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	0,7%	0,2%	0,4%	0,1%
dont leucémie lymphoïde	0,4%	0,1%	0,2%	<0,1
dont leucémie myéloïde	0,3%	0,1%	0,2%	0,1%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne 2013 à 2017	–	1 200	–	821
dont leucémie lymphoïde	–	349	–	160
dont leucémie myéloïde	–	702	–	604

	Hommes	Femmes
Nombre de malades dont le diagnostic remonte à moins de 5 ans (prévalence), au 31.12.2017[2] (C 91, C 92–94)	2 185	1 381
dont leucémie lymphoïde	1 555	900
dont leucémie myéloïde	630	480
Taux de survie observé à 5 ans, 2013 à 2017	54,0%	55,1%
dont leucémie lymphoïde	78,7%	88,4%
dont leucémie myéloïde	31,8%	36,3%
Taux de survie relatif à 5 ans, 2013 à 2017	60,8%	60,0%
dont leucémie lymphoïde	82,2%	92,0%
dont leucémie myéloïde	35,3%	38,3%

[1] Total des leucémies
[2] Somme des leucémies lymphocytaires et myéloïdes, leucémies autres et non spécifiées exclues

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Références

1 Ligue suisse contre le cancer. *Les leucémies.* [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 29 novembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/les-leucemies/

2 Wild C.P., Weiderpass E., Stewart B.W., éd. 2020. W*orld Cancer Report. Cancer research for cancer prevention. I*nternational Agency for Research on Cancer, Lyon

4.25 Autres cancers et cancers de siège indéterminé

Les 24 chapitres précédents sont consacrés aux cancers les plus fréquents. D'autres cancers moins fréquents représentent toutefois un nombre substantiel de cas au total. Ces cancers, qui se répartissent entre diverses localisations, sont brièvement exposés ci-après (C17, C21, C26, C30, C31, C37, C38, C39, C40, C41, C44, C46, C47, C48, C49, C51, C52, C57, C58, C60, C63, C65, C66, C68, C69, C74, C75, C88; voir l'illustration G4.25 pour l'explication des codes). Ce chapitre présente en outre les cas pour lesquels le type de cancer n'a pas pu être établi ou n'a pas été enregistré (C76-C80, C97).

4.25.1 Autres cancers

Nouveaux cas et décès

La liste de ces cancers et leur fréquence sont présentées dans le graphique G4.25 et dans le tableau T4.25.1. Ces autres cancers sont rassemblés en 25 groupes diagnostiques. Le nombre de cancers de siège non déterminé ou non déterminable précisément est également représenté (C76–80, C 97).

Entre 2013 et 2017, un de ces cancers peu fréquents a été diagnostiqué chez environ 1300 hommes et tout autant de femmes en moyenne chaque année (sans les cancers de la peau autres que le mélanome). Cela représente 6,5% des cancers chez les hommes et 7,7% des cancers chez les femmes.

Durant cette même période, 680 hommes et 720 femmes sont décédés d'un de ces cancers en moyenne chaque année (sans les cancers de la peau autres que le mélanome). Cela représente 7,3% des décès par cancer chez les hommes et 9,5% des décès par cancer chez les femmes.

Les cancers de la peau autres que le mélanome occupent une place à part. Il s'agit surtout des carcinomes basocellulaires (basaliomes) et spinocellulaires (spinaliomes). Ces tumeurs sont faciles à détecter et à exciser et ne se propagent généralement pas aux tissus voisins. Elles sont relativement fréquentes: durant la période 2013–2017, près de 3300 cas chez les hommes et 2700 chez les femmes ont été répertoriés en moyenne chaque année, alors que seuls quelques registres les répertorient. Mais elles entraînent peu de décès – 47 chez les femmes et 71 chez les hommes en moyenne chaque année –, ce qui leur vaut d'être classées dans la catégorie des autres cancers.

Parmi ces autres cancers, les plus fréquents sont le cancer des nerfs périphériques et des autres tissus mous chez les hommes (C47, C49) et le cancer de l'anus et du canal anal (C21) chez les femmes. Le cancer de l'intestin grêle (C17) est aussi relativement fréquent chez les hommes, de même que le cancer du vagin (C52) chez les femmes.

Pour ce qui est des causes de décès, les cancers des voies urinaires (C65, C66, C68) arrivent en tête chez les hommes. Chez les femmes, le cancer des autres organes digestifs (C26) est la cause de décès par cancer la plus fréquente pour ces autres localisations cancéreuses.

Pour certains types de cancer mal définis (tumeurs des organes digestifs de siège non défini, cancer des glandes endocrines de siège non défini, mésothéliome de siège non défini), le nombre de décès enregistrés dépasse celui des malades. Cela tient au fait que certains cas sont recensés dans la statistique des causes de décès alors qu'ils n'ont pas été enregistrés préalablement dans un registre des tumeurs.

Pour le cancer des os et du cartilage, le cancer des glandes surrénales et d'autres glandes endocrines ainsi que pour les cancers, très peu fréquents, de l'œil, du thymus et du placenta, l'âge médian au diagnostic et au décès est plutôt bas. Les cancers de la peau autres que le mélanome et les maladies immunoprolifératives malignes, les cancers des organes génitaux externes et les tumeurs des organes digestifs de localisation non précisée sont diagnostiqués à un âge globalement plus avancé que les cancers dans leur ensemble.

4.25.2 Cancers de siège indéterminé

Il n'est pas toujours possible d'attribuer une localisation précise à un cancer. Des métastases sont parfois décelées sans que la tumeur dont elles sont issues puisse être découverte. Quelques patients ne consultent pas, ou consultent trop tardivement, lorsqu'ils présentent des troubles. Dans pareil cas, la maladie est souvent avancée et seul un traitement palliatif peut être entrepris, ou le décès survient très rapidement et des examens approfondis ne peuvent plus être pratiqués. Quelques cancers sont découverts uniquement au moment du décès; il n'est alors pas possible d'établir a posteriori un diagnostic précis ni d'enregistrer ces cas dans un registre des tumeurs.

Entre 2013 et 2017, 244 hommes et 265 femmes ont développé – en moyenne chaque année – un cancer ou des métastases dont l'origine n'a pas pu être établie ou dont le registre compétent n'a pas eu connaissance. Cela représente 1,3% des cancers chez les hommes et 1,6% des cancers chez les femmes.

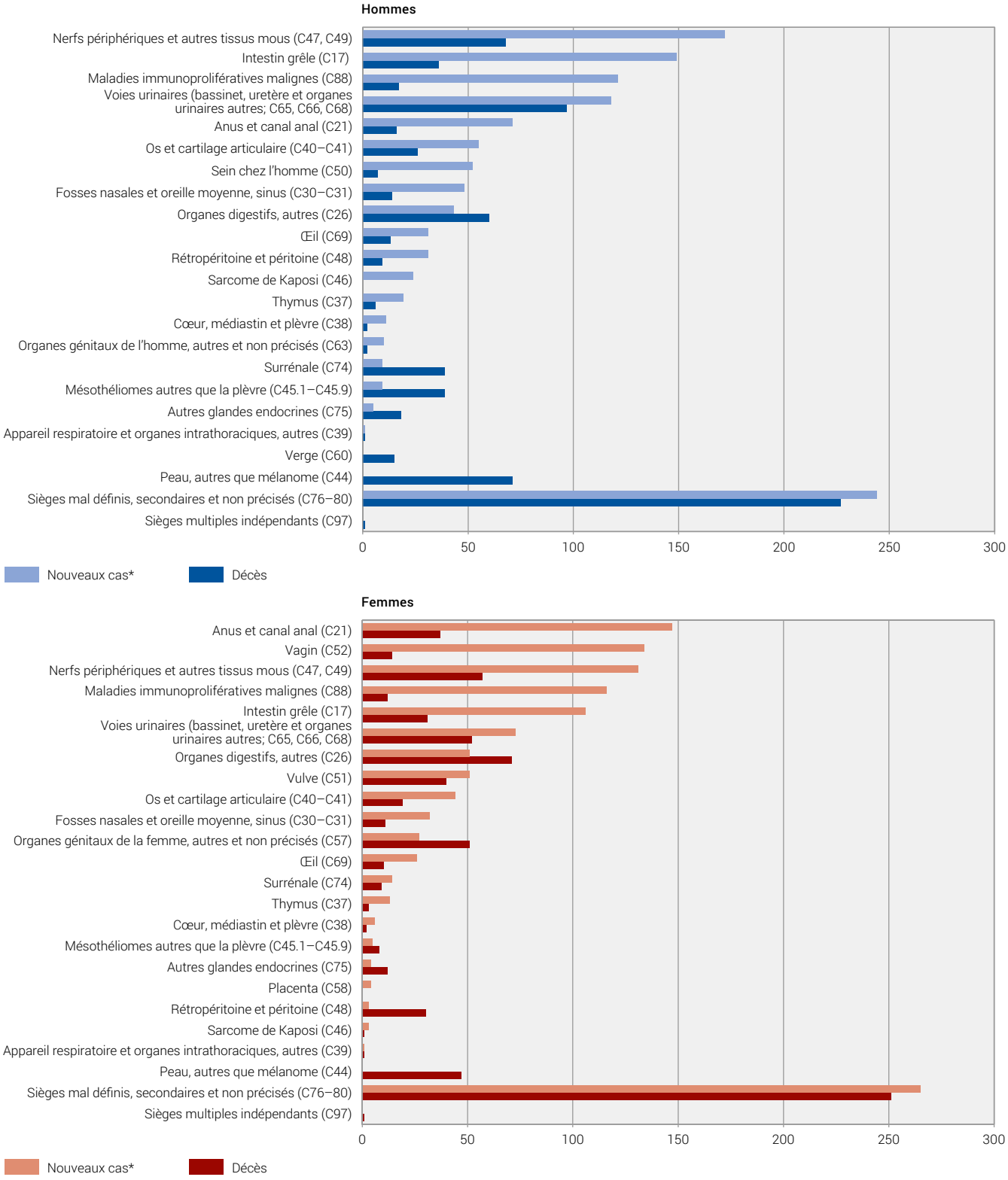
Durant cette même période, environ 230 hommes et 250 femmes sont décédés d'une tumeur primaire d'origine inconnue en moyenne chaque année. Cela représente 2,4% des décès par cancer chez les hommes et 3,3% des décès par cancer chez les femmes.

Pour les cancers ou les métastases d'origine inconnue, l'âge médian au diagnostic est plus élevé que celui enregistré pour l'ensemble des cancers: la différence est de 6 ans chez les hommes et de 14 ans chez les femmes. L'âge médian au décès est aussi plus élevé pour les cancers de siège indéterminé que pour l'ensemble des cancers. Ces différences sont en partie dues au fait que, pour les cancers découverts à un âge avancé ou chez des personnes atteintes simultanément d'une autre maladie grave – la démence par exemple –, des examens plus approfondis ne sont pas pratiqués, car un traitement curatif n'apparaît pas pertinent dans pareil cas.

Le code C97 correspondant aux cancers de sièges multiples n'est plus utilisé qu'à titre optionnel aujourd'hui. Tous les cancers nouvellement découverts sont désormais enregistrés séparément sous leur code spécifique.[1]

Autres cancers et cancers de siège indéterminé: nouveaux cas et décès, de 2013 à 2017 G 4.25

Nombre moyen de cas par an



* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Autres cancers rares: incidence et âge moyen, 2013 à 2017 — T 4.25.1

	Hommes				Femmes			
	Nouveaux cas		Décès		Nouveaux cas		Décès	
	Cas[1]	Age	Cas[1]	Age	Cas[1]	Age	Cas[1]	Age
Cancer de l'intestin grêle (C17)	149	67,9	36	74,5	106	69,6	31	77,4
Cancer de l'anus et du canal anal (C21)	71	67,1	16	70,6	147	66	37	77,4
Cancer des organes digestifs, autres et SAI [2] (C26)	43	73,4	60	76,2	51	81,8	71	83,4
Cancer des fosses nasales, de l'oreille moyenne et des sinus (C30–C31)	48	66	14	71,1	32	69,5	11	75
Cancer du thymus (C37)	19	63,2	6	64,5	13	62,5	3	72,5
Cancer du cœur, du médiastin et de la plèvre (C38)	11	53,9	2	67,5	6	68,3	2	59,2
Cancer de l'appareil respiratoire et des organes intrathoraciques, autres et SAI[2] (C39)	1	67,5	1	77,5	1	80	1	77,5
Cancer des os et du cartilage articulaire (C40–C41)	55	50,4	26	66,3	44	48	19	66,7
Cancer de la peau, autres que mélanome (C44)	[3]	75,4	71	85,1	[3]	77,1	47	86,4
Mésothéliomes autre que la plèvre (C45.1–C45.9)	9	68,4	39	74,3	5	68,8	8	77,8
Sarcome de Kaposi (C46)	24	62,5	<1	85	3	67,5	0	NA
Cancer des nerfs périphériques et autres tissus mous (C47, C49)	172	66,3	68	71,3	131	62,5	57	73,3
Cancer du rétropéritoine et péritoine (C48)	31	64,2	9	72,5	3	67,5	30	74,5
Cancer du sein chez l'homme (C50)	52	70	7	78,6	[4]	[4]	[4]	[4]
Cancer de la vulve (C51)					134	75,6	40	84
Cancer du vagin (C52)					27	72,5	14	77,8
Cancer des organes génitaux de la femme, autres et SAI[2] (C57)					100	72,9	51	76,4
Cancer du placenta (C58)					4	38,5	0	NA
Cancer de la verge (C60)	74	72,9	15	75,5				
Cancer des organesv génitaux de l'homme, autres et SAI[2] (C63)	10	65	2	85,8				
Cancer des voie urinaires (bassinet, uretère et organes urinaires autres et SAI[2]; C65, C66, C68)	118	74,7	97	78,2	73	76,6	52	80,3
Cancer de l'œil et ses annexes (C69)	31	68,1	13	66,7	26	68,2	10	76,7
Cancer de la surrénale (C74)	11	54,3	4	54,2	14	54,6	9	59,6
Cancer des autres glandes endocrine (C75)	5	50	18	72,1	4	63,8	12	74,6
Maladies immunoprolifératives malignes (C88)	121	70,8	17	81,4	116	68,2	12	80,6
Cancer de sièges mal définis, secondaires et non précisés (C76–C80)	244	76,9	227	79,1	265	81,5	251	82,9
Cancer de sièges multiplies indépendants (C97)			<1	82,5			<1	75

[1] Nombre moyen par an
[2] SAI: sans autre indication (origine non précise ou mal définie)
[3] 3 300 nouveaux cas rapportés chez les hommes et 2 700 chez les femmes
[4] voir chapitre 4.11

Sources: ONEC – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

[1] *Medcode: recherche de diagnostic* (sans date) https://www.medcode.ch/ch/fr/icds/ICD10-GM-2016/C97, page consultée le 4.6.2021

5 Les cancers chez les enfants et les adolescents

5.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Le présent chapitre renseigne sur les maladies cancéreuses chez les enfants (0–14 ans) et les adolescents (15–19 ans). Le cancer est rare dans ces deux groupes d'âge: seulement environ 4% de toutes les tumeurs apparaissent entre 0 et 19 ans. Entre 2013 et 2017, environ 345 nouveaux cas ont été diagnostiqués en moyenne chaque année (21 nouveaux diagnostics par an pour 100 000 personnes de 0 à 19 ans; T 5.1). Environ 430 garçons sur 100 000 et 380 filles sur 100 000 développent un cancer avant l'âge de 20 ans (T 5.1). La plupart des tumeurs est plus fréquente chez les garçons que chez les filles (G 5.1). Le cancer survient plus souvent chez les nourrissons et chez les enfants de 1 à 4 ans que chez les enfants en âge d'aller à l'école. L'incidence augmente à nouveau lentement chez les adolescents, puis continue sa progression à l'âge adulte (G 5.1).

Grâce à d'importants progrès thérapeutiques, plus de quatre cancers sur cinq peuvent aujourd'hui être guéris chez les enfants et les adolescents. Le taux de guérison est donc plus élevé que chez les adultes. Le cancer est cependant la première cause de décès par maladie chez les enfants et les adolescents. Durant la période 2013–2017, 36 enfants et adolescents en sont décédés en moyenne chaque année (2,15 sur 100 000). La mortalité chez les enfants et les adolescents varie peu selon l'âge (G 5.1).

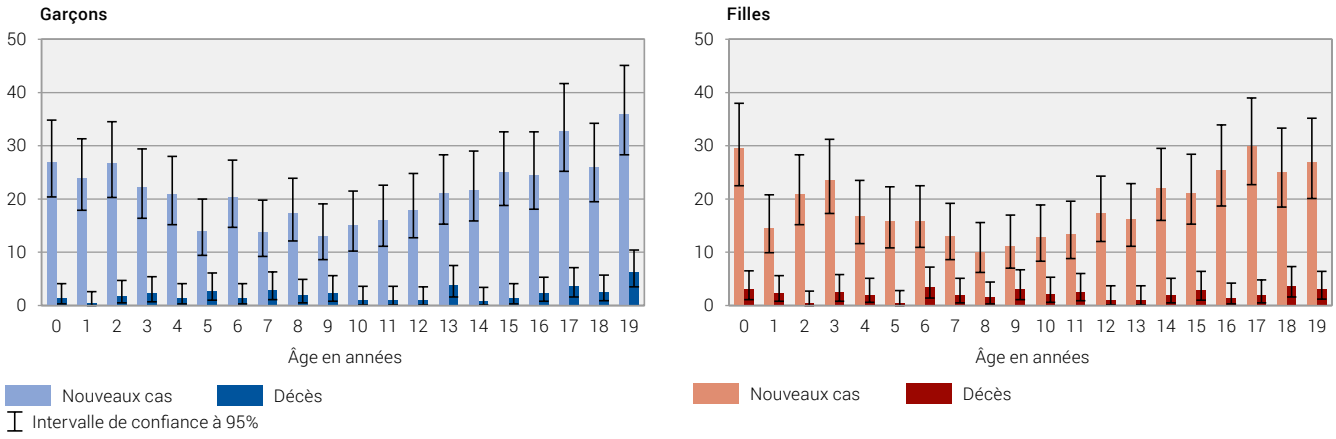
Dans la classification internationale des cancers de l'enfant (ICCC-3), les cancers de l'enfant (0–14 ans) et de l'adolescent (15–19 ans) sont répartis en douze groupes diagnostiques: leucémies, lymphomes, tumeurs du système nerveux central, tumeurs du système nerveux périphérique, rétinoblastomes, tumeurs rénales, tumeurs du foie, tumeurs osseuses, sarcomes des tissus mous, tumeurs germinales et gonadiques, autres tumeurs épithéliales malignes et autres tumeurs malignes non spécifiées.[1] Les histiocytoses à cellules de Langerhans, qui sont également recensées dans le registre du cancer de l'enfant en Suisse, ne sont pas abordées dans ce chapitre, car elles ne comptent pas officiellement parmi les tumeurs malignes selon l'ICCC-3.

Groupes de tumeurs chez les enfants et les adolescents

Le graphique G 5.2 présente les taux d'incidence et de mortalité pour les douze principaux groupes de tumeurs qui surviennent chez les enfants et les adolescents. Les cancers les plus fréquents sont les leucémies (25% de tous les cancers), suivies des tumeurs du système nerveux central (surtout des tumeurs cérébrales, 21%) et des lymphomes (15%). Les sarcomes des tissus mous (8%), constitués de cellules qui prolifèrent dans les tissus mous (tissu graisseux, muscles, tendons, tissu conjonctif), et les tumeurs osseuses (5%) sont un peu moins fréquents.

Cancers chez les enfants et les adolescents selon l'âge, de 2013 à 2017 **G 5.1**

Taux spécifique par âge, pour 100 000 enfants et adolescents

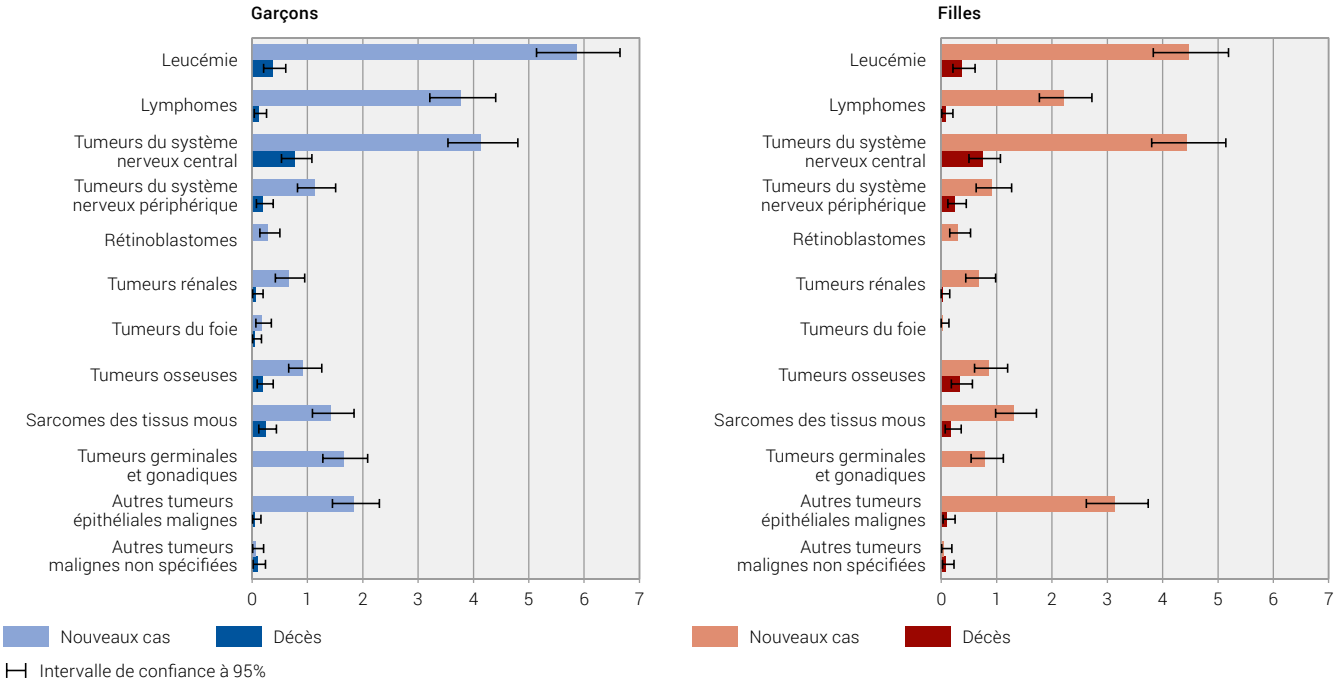


Sources: RCdE – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

Cancer chez les enfants et les adolescents selon le type de tumeur, de 2013 à 2017 G 5.2

Taux standardisé pour 100 000 enfants et adolescents



Sources: RCdE – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

D'autres types de tumeurs se développent à partir de tissus embryonnaires. En font partie les tumeurs germinales et gonadiques (6%), qui peuvent se développer dans les gonades, mais aussi à d'autres endroits, comme le cerveau, les tumeurs du système nerveux périphérique (5%), formées de tissu nerveux primitif, les tumeurs rénales (3%), formées de tissu rénal, les rétinoblastomes (1%), formés de cellules de la rétine et les tumeurs du foie (< 1%), formées de tissu hépatique. D'autres tumeurs malignes rares surviennent aussi chez les enfants et les adolescents (< 1%).

Les principales causes de décès par cancer entre 0 et 19 ans sont les leucémies, les tumeurs du système nerveux central, les tumeurs du système nerveux périphérique, les tumeurs osseuses et les sarcomes des tissus mous (G 5.2).

La part des différents types de tumeurs varie nettement au cours de l'enfance et de l'adolescence. Chez les nourrissons, les tumeurs sont majoritairement d'origine embryonnaire. Chez les enfants en âge préscolaire, les leucémies prédominent, alors que chez les enfants en âge d'aller à l'école, les lymphomes, les tumeurs osseuses et les sarcomes des tissus mous sont plus fréquents (G 5.3). Chez les adolescents, les lymphomes, les tumeurs osseuses, les leucémies et les tumeurs germinales sont les cancers les plus fréquents. D'autres tumeurs épithéliales malignes apparaissent plus souvent chez eux que chez les enfants (G 5.3). Les tumeurs cérébrales sont relativement fréquentes à tous les âges.

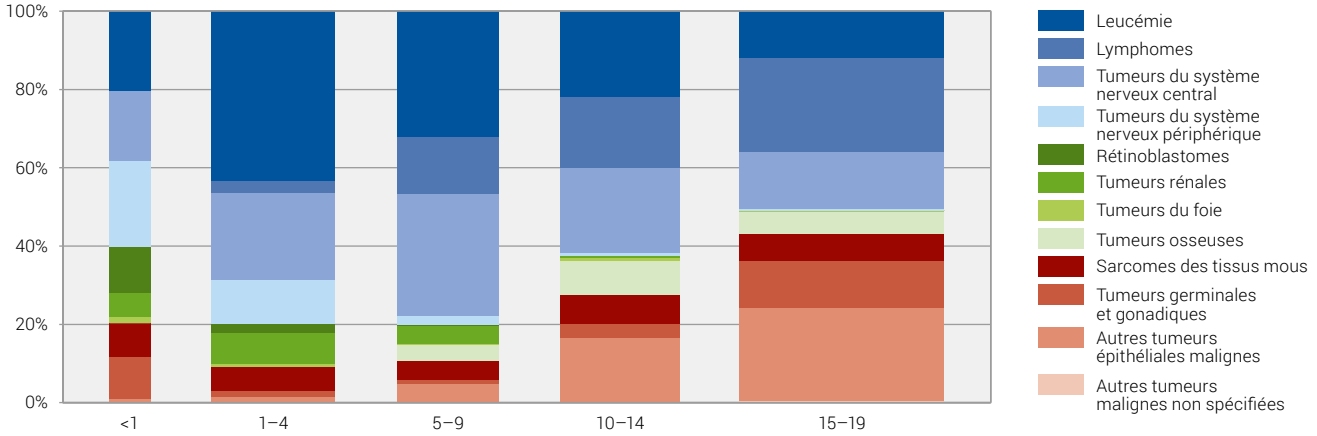
Évolution temporelle

Le graphique G 5.4 montre une légère augmentation des nouveaux cas enregistrés depuis le début des années 1990 aussi bien chez les garçons que chez les filles. La hausse annuelle moyenne depuis 1998 est estimée à 0,8% chez les garçons et 1,4% chez les filles (T 5.2). Cette hausse pourrait traduire une augmentation réelle des cas, en particulier pour les leucémies. Pour d'autres cancers, comme les tumeurs cérébrales, elle pourrait toutefois aussi refléter les progrès réalisés dans le diagnostic[2]. La mortalité a été enregistrée de manière exhaustive pendant toute la période. Elle a régulièrement reculé, passant de 4,2 décès pour 100 000 enfants et adolescents par an (1988–1992) à 2,1 décès pour 100 000 (2013–2017). Ce recul reflète les progrès thérapeutiques. Les variations aléatoires liées au petit nombre de cas peuvent expliquer les fluctuations entre les périodes.

Comparaisons internationales

En comparaison internationale, la Suisse a un taux d'incidence similaire à celui des pays voisins pour les cancers de l'enfant et de l'adolescent (20,6 cas pour 100 000 sur la période 2013–2017): 17 cas pour 100 000 sans les jeunes de 19 ans pour la période 2009–2018 en Allemagne[3], 17,8 cas pour 100 000 pour la période 2009–2018 en Autriche[4] et 16,6 cas pour 100 000 pour la période 1967–2011 pour le Piémont (Italie)[5].

Cancers chez les enfants et les adolescents: type de tumeur selon la classe d'âge, de 2013 à 2017 G 5.3



Les surfaces sont proportionnelles au nombre de nouveaux cas.

Source: RCdE

© OFS 2021

Cancer chez les enfants et adolescents: types de tumeur par classe d'âge, 2013–2017 T 5.1

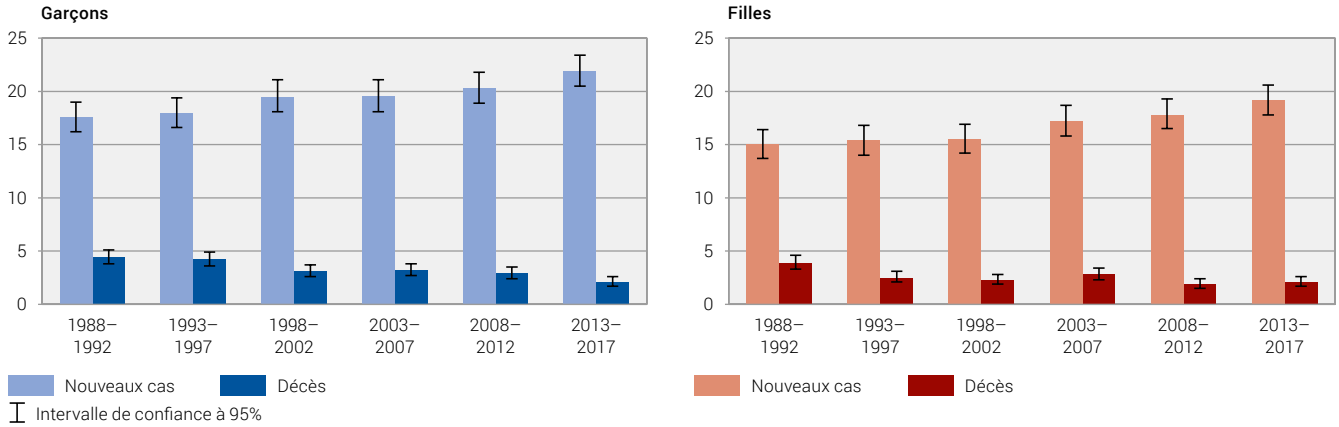
Groupes de tumeurs	Total		Âge au moment du diagnostic (années)									
			<1		1–4		5–9		10–14		15–19	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Leucémie	423	24,5	24	20,3	155	43	95	32	77	21,9	72	12
Lymphomes	263	15,2	0	0	11	3,1	44	14,8	64	18,2	144	24
Tumeurs du système nerveux central	355	20,6	21	17,8	80	22	92	31	76	21,6	86	14,4
Tumeurs du système nerveux périphérique	79	4,6	26	22	40	11	7	2,4	3	0,9	3	0,6
Rétinoblastomes	22	1,3	14	11,9	8	2,2	0	0	0	0	0	0
Tumeurs rénales	52	3	7	5,9	29	8,1	14	4,7	2	0,6	0	0
Tumeurs du foie	8	0,5	2	1,7	2	0,6	1	0,3	2	0,6	1	0,2
Tumeurs osseuses	77	4,5	0	0	0	0	12	4	31	8,8	34	5,7
Sarcomes des tissus mous	115	6,7	10	8,5	22	6,1	15	5,1	26	7,4	42	7
Tumeurs germinales et gonadiques	107	6,2	13	11	6	1,7	3	1	13	3,7	72	12
Autres tumeurs épithéliales malignes	217	12,6	1	0,8	4	1,1	14	4,7	57	16,2	141	23,6
Autres tumeurs malignes non spécifiées	5	0,3	0	0	1	0,3	0	0	1	0,3	3	0,6
Totaux	**1724**	**100**	**118**	**100**	**358**	**100**	**297**	**100**	**352**	**100**	**599**	**100**

Source: RCdE

© OFS 2021

Cancers chez les enfants et les adolescents: évolution temporelle G 5.4

Taux standardisé pour 100 000 enfants et adolescents



Sources: RCdE – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS 2021

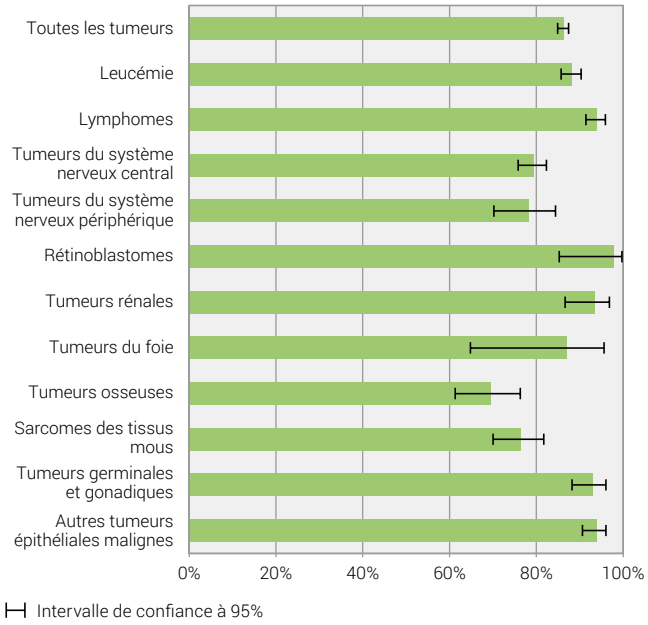
5.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

Taux de survie

Tous les enfants malades sont, dans la mesure du possible, intégrés dans des études internationales d'optimisation thérapeutique. Dans ces études, le meilleur traitement admis est comparé avec une thérapie légèrement modifiée et les résultats sont analysés régulièrement. Grâce à ces nombreuses études, le traitement des cancers de l'enfant s'est amélioré progressivement au fil des décennies. Les chances de guérison sont supérieures à 85% aujourd'hui, alors qu'elles n'étaient que de 20% environ dans les années 1950. Le taux de survie à cinq ans des enfants dont le cancer a été diagnostiqué entre 2008 et 2017 est d'environ 86% (G5.5). Les cancers qui présentent les meilleurs taux de guérison sont les lymphomes, les rétinoblastomes, les tumeurs rénales et les tumeurs germinales (taux de survie à cinq ans de plus de 90%). Viennent ensuite les leucémies, avec un taux de guérison de 88%. Le pronostic est moins favorable pour les tumeurs du système nerveux central, les tumeurs du système nerveux périphérique à un stade avancé, les tumeurs osseuses et les sarcomes des tissus mous (G5.5).

Cancers chez les enfants et les adolescents: survie à 5 ans selon le type de tumeur, de 2008 à 2017

Taux de survie observé à 5 ans **G 5.5**



Source: RCdE © OFS 2021

Comparaisons internationales

Les taux de survie enregistrés en Suisse après un cancer survenu dans l'enfance ou l'adolescence sont comparables à ceux des pays voisins (G 5.6)[4, 6–9].

Évolution temporelle

Les chances de guérison des enfants et des adolescents tombés malades pendant la période 2013–2017 sont nettement meilleures que celles de ceux qui ont développé un cancer pendant les périodes 1993–2002 et 2003–2012 (G 5.7). Cette amélioration est visible tant pour les taux de survie à un an qu'à cinq et dix ans. Des différences importantes subsistent néanmoins entre les types de cancers.

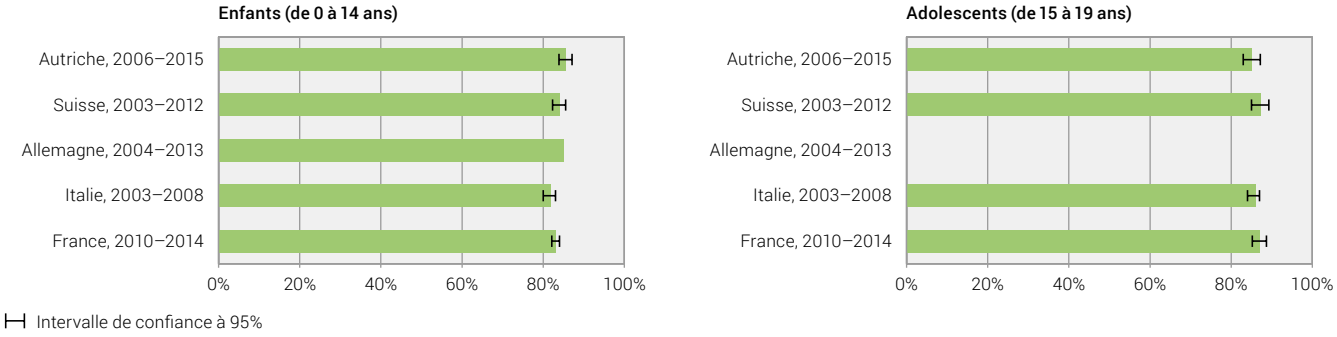
Nombre de malades dans la population, conséquences à long terme et qualité de vie

Sur tous les patients recensés dans le registre du cancer de l'enfant depuis 1976 à la suite d'un cancer survenu entre 0 et 19 ans, 7439 étaient encore en vie en Suisse le 31.12.2017 (T 5.2). En 2016, sur 100 000 enfants et adolescents (0–19 ans) vivant en Suisse, 159 garçons et 139 filles avaient eu un cancer au cours de leur vie (G 5.8). Les chiffres étaient légèrement plus bas en 2006 (148 garçons et 125 filles sur 100 000 enfants et adolescents vivant en Suisse). Cette différence dans la prévalence s'explique en partie par l'enregistrement incomplet des cas dans les années 1980 (G 5.8).

Compte tenu du taux élevé de guérisons, du jeune âge des malades et des conséquences possibles à long terme, il est très important d'observer l'évolution de l'état de santé et de la qualité de vie de ces enfants. En Suisse, tous les anciens patients atteints d'un cancer dans leur enfance sont invités à répondre au questionnaire de l'enquête de suivi «Swiss Childhood Cancer Survivor Study»[10]. Les résultats montrent que la plupart des jeunes adultes qui a eu un cancer dans l'enfance est en bonne santé physique et psychique[11]. Le risque de mortalité après un cancer durant l'enfance est néanmoins accru et de nombreux survivants souffrent de problèmes de santé plus tard dans la vie[12]. Ils ont par exemple un risque plus élevé de développer une seconde tumeur[13]. D'autres problèmes de santé tels que dérèglements hormonaux, maladies cardiovasculaires, maladies des voies respiratoires et ostéoporose surviennent aussi plus fréquemment des suites de la thérapie anticancéreuse.

Cancers chez les enfants et les adolescents: taux de survie, comparaison avec les pays voisins

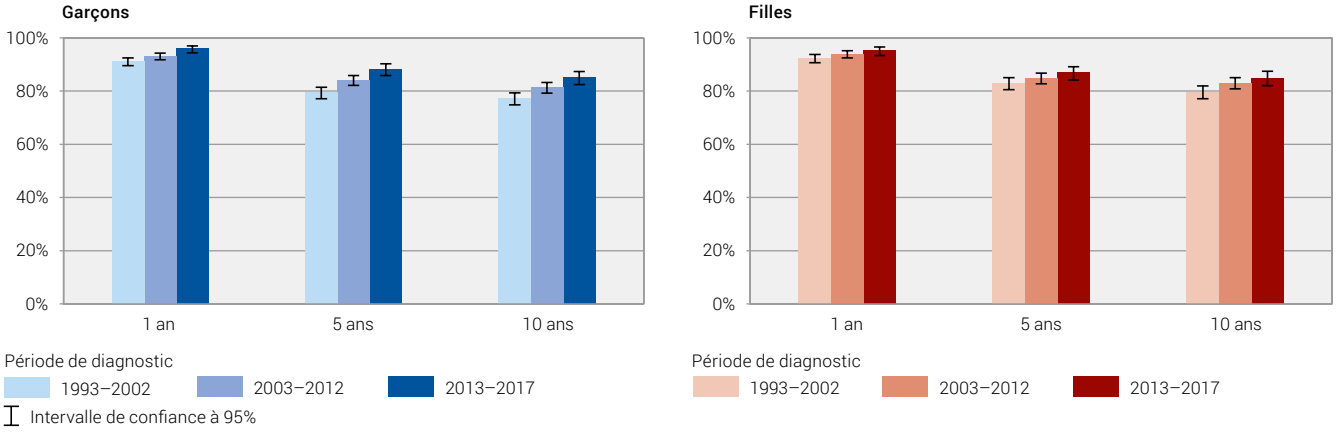
Taux de survie observé **G 5.6**



Source: Informations provenant des registres nationaux du cancer ou des offices statistiques

© OFS 2021

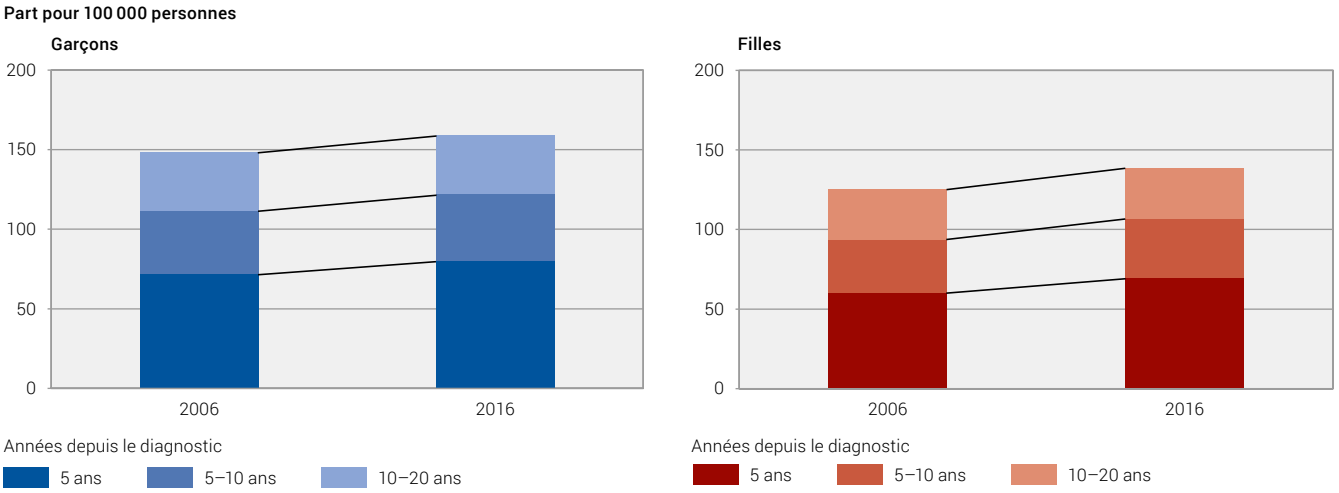
Cancers chez les enfants et les adolescents: survie à 1, 5 et 10 ans **G 5.7**



Source: RCdE

© OFS 2021

Prévalence du cancer chez les enfants et les adolescents: part des 0-19 ans ayant reçu un diagnostic de cancer **G 5.8**



Source: RCdE

© OFS 2021

Cancer chez les enfants et les adolescents: principaux indicateurs épidémiologiques **T 5.2**

	Garçons		Filles	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2013 à 2017	189	19	156	17
Taux brut (pour 100 000 enfants et par an), 2013 à 2017	22	2,2	19,2	2,1
Évolution annuelle moyenne du taux brut, 1998 à 2017[1]	0,78%	–2,29%	1,41%	–0,77%
Taux standardisé (pour 100 000 enfants et par an), 2013 à 2017	21,9	2,1	19,2	2,1
Évolution annuelle moyenne du taux standardisé, 1998 à 2017[1]	0,85%	–2,86%	1,38%	–0,90%
Risque cumulé avant 15 ans, 2013 à 2017	0,29%	0,01%	0,25%	0,01%
Risque cumulé avant 20 ans, 2013 à 2017	0,43%	0,01%	0,38%	0,01%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne annuelle 2013 à 2017[2]	–	5 018	–	4 844

	Garçons	Filles
Nombre de malades (prévalence) au 31.12.2017 depuis 1976	4 056	3 383
dont diagnostiqués au cours des 5 dernières années	842	684
Taux de survie observé à 5 ans, au 31.12.2017	88,20%	86,80%

[1] Pour le calcul de la variation annuelle moyenne du taux brut et du taux standardisé, une période de 20 ans a été considérée en raison du faible nombre de cas.
[2] Seuls les décès des 0–19 ans sont pris en compte

Sources: RCdE (nouveaux cas); OFS (décès)

© OFS 2021

5.3 Traitement

En Suisse, la plupart des enfants de 0 à 14 ans atteints d'un cancer (90% environ) sont traités dans l'une des neuf cliniques spécialisées en oncologie pédiatrique. Les départements d'oncologie et d'hématologie pédiatrique des cliniques pour enfants d'Aarau, de Bâle, de Berne, de Genève, de Lausanne, de Lucerne, de Saint-Gall, de Zurich et du Tessin (à Locarno jusqu'en 2008, ensuite à Bellinzone) sont réunis au sein du Groupe d'oncologie pédiatrique suisse (SPOG; www.spog.ch). Ces départements travaillent en étroite collaboration pour assurer un traitement du plus haut niveau. Tous les enfants concernés sont, si possible, inclus dans des études internationales. Cela contribue à l'amélioration continue des traitements. Ces études visent non seulement à accroître l'efficacité des traitements, mais aussi à en réduire les effets secondaires et les conséquences à long terme. Les adolescents atteints d'un cancer sont, quant à eux, traités en partie dans les départements d'oncologie et d'hématologie pédiatrique susmentionnés et/ou en partie dans les services d'oncologie pour adultes et dans d'autres cliniques spécialisées en Suisse.

5.4 Facteurs de risque et prévention

Les causes des cancers chez l'enfant et l'adolescent restent largement inconnues. Il est toutefois admis que les maladies cancéreuses ont une étiologie multifactorielle. Cela signifie que différentes causes interagissent et que des facteurs tant environnementaux que génétiques jouent un rôle dans l'apparition du cancer. Chez les nourrissons et les enfants en bas âge, certains facteurs de risque pourraient intervenir pendant la grossesse et la petite enfance; quelques-uns sont probablement même à rechercher avant la conception.

Rayons ionisants et autres influences environnementales

Les rayonnements ionisants à haute dose favorisent le développement du cancer, en particulier chez les enfants et les adolescents[14]. C'est ce que montrent clairement des études à long terme sur les personnes ayant survécu aux bombes atomiques larguées sur le Japon. L'augmentation des cas de carcinomes de la thyroïde chez les enfants et les adolescents en Biélorussie après l'accident nucléaire de Tchernobyl en avril 1986 est aussi solidement documentée.

Différentes autres influences environnementales pourraient jouer un rôle dans le développement du cancer chez l'enfant. Des études à large échelle sont menées en Suisse sur le sujet. L'une d'elles compare le lieu de domicile d'enfants atteints de cancer, depuis la naissance jusqu'au diagnostic, avec celui d'enfants en bonne santé.[15] Un risque de cancer légèrement accru est observé chez les enfants qui sont exposés à des doses plus élevées de radioactivité naturelle (radiation terrestre ou cosmique)[16] et chez ceux qui vivent à proximité d'une autoroute[17]. En ce qui concerne les leucémies et les tumeurs du cerveau et du système nerveux central, peu d'éléments indiquent un effet en Suisse du radon, de la proximité d'une centrale nucléaire et des rayonnements électromagnétiques des émetteurs radio/TV ou de la téléphonie mobile[18–21]. D'autres études en cours en Suisse et à l'étranger s'intéressent aux effets de la pollution de l'air, des pesticides, de l'environnement

professionnel des parents et des maladies infectieuses pendant l'enfance. Le cancer est une maladie rare chez l'enfant et la période de latence entre les premiers dégâts causés aux cellules et l'apparition de la maladie est probablement longue. Ceci rend difficile les recherches sur les influences environnementales à l'origine du cancer. Les cancers pouvant être développés par les adolescents ont rarement été étudiés séparément.

Autres facteurs de risque

Certains virus, en particulier le VIH, le virus de l'hépatite B, le virus d'Epstein-Barr (EBV) et l'herpèsvirus humain de type 8 (HHV-8) contribuent à la variation internationale de l'incidence du cancer chez l'enfant ; c'est notamment le cas pour les lymphomes, les carcinomes du nasopharynx, les carcinomes du foie et le sarcome de Kaposi.

La fréquence du cancer s'accroît en présence de certains syndromes familiaux et génétiques. En font partie les syndromes néoplasiques familiaux comme le rétinoblastome familial, la tumeur de Wilms familiale, le syndrome de Li-Fraumeni, la neurofibromatose ou la néoplasie endocrinienne multiple[13]. Les enfants souffrant d'une immunodéficience congénitale ou d'une maladie de la moelle osseuse et ceux ayant une maladie génétique ou une anomalie chromosomique ont un risque accru de développer un cancer.

Les enfants atteints du syndrome de Down (trisomie 21) ont un risque plus élevé pour les leucémies aiguës, mais moindre pour les tumeurs solides. Les membres de la famille d'enfants atteints d'un cancer (frères, sœurs, futurs descendants) peuvent avoir un risque de cancer accru s'ils souffrent d'un des syndromes familiaux précités ou d'une maladie génétique.

Le risque de cancer chez l'enfant augmente légèrement avec l'âge de la mère à la naissance, en particulier pour la leucémie lymphoïde aiguë (LLA). Concernant l'âge du père, les données sont moins concluantes.

Prévention et dépistage

Les facteurs de risque évitables sont peu connus. Certaines tumeurs du nourrisson ou de l'enfant en bas âge (les rétinoblastomes, p. ex.) peuvent être découvertes lors d'un contrôle pédiatrique de routine. Il n'est cependant pas indiqué de procéder à des examens spécifiques de dépistage en l'absence de syndrome héréditaire dans la famille. Le dépistage des neuroblastomes (qui font partie du groupe des tumeurs du système nerveux périphérique) au moyen de tests de laboratoire (mesure de la concentration de certaines substances dans l'urine) n'a pas fait ses preuves. Certaines tumeurs sont détectées par cette méthode alors qu'elles se seraient résorbées sans traitement. Certains enfants ont donc reçu inutilement un traitement, sans que ce diagnostic précoce améliore leurs chances de survie. Mais la recherche continue d'avancer dans ce domaine également.

Références

1. Steliarova-Foucher E., Stiller C., Lacour B., Kaatsch P., 2005. *International Classification of Childhood Cancer, third edition. Cancer* ; 103 : 1457–1467
2. Sommer G., Schindler M., Redmond S., Pfeiffer V., Konstantinoudis G., Ammann R.A., et al., 2019. *Temporal trends in incidence of childhood cancer in Switzerland, 1985–2014.* Cancer Epidemiol ; 61:157-164. doi : 10.1016/j.canep.2019.06.002
3. Erdmann F., Kaatsch P., Grabow D., Spix C., 2020. *German Childhood Cancer Registry - Annual Report 2019 (1980–2018).* Institute of Medical Biostatistics, Epidemiology and Informatics (IMBEI) at the University Medical Center of the Johannes Gutenberg University Mainz
4. Österreichisches Krebsregister. Data for the time period 2008–2019 from the webpage Statistik Austria. [en ligne] 12 avril 2021 [page consultée le 17 décembre 2020] www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/krebs_bei_kindern-und_jugendlichen/index.html
5. Isaevska E., Manasievska M., Alessi D., Mosso M.L., Magnani C., Sacerdote, et al., 2017. *Cancer incidence rates and trends among children and adolescents in Piedmont, 1967–2011.* PloS one ; 12(7) : e0181805
6. AIRTUM Working Group ; CCM ; AIEOP Working Group (2013). *Italian cancer figures, reporT 2012: Cancer in children and adolescents.* Epidemiol Prev ; 37(1 Suppl 1):1–225
7. Kaatsch P., Grabow D., Spix C., 2019. *German Childhood Cancer Registry - Annual Report 2018 (1980–2017).* Mainz : Institute of Medical Biostatistics, Apidemiology and Informatics (IMBEI) at the University Medical Center of the Johannes Gutenberg University Mainz
8. *Registre national des cancers de l'enfant (RNCE).* Data published on the registry's website. [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 17 décembre 2020] https://rnce.inserm.fr/index.php/en/statistiques/survie/variations-temporelles-du-taux-de-survie-a-5-ans-entre-2000-et-2014-par-groupe-diagnostique
9. Raze T., Lacour B., Cowppli-Bony A., Delafosse P., Velten M., Trétarre B., et al., 2016. *Cancer Among Adolescents and Young Adults Between 2000 and 2016 in France: Incidence and Improved Survival.* J Adolesc Young Adult Oncol. 2020 May 15. doi : 10.1089/jayao.2020.0017
10. Kuehni C.E., Ruegg C.E., Michel G., Rebholz C., Strippoli M.P., Niggli F., et al., 2012. *Cohort profile: the Swiss childhood cancer survivor study.* International journal of epidemiology ; 41 : 1553–1564
11. Rueegg C.S., Gianinazzi M.E., Rischewski J., Beck Popovic M., von der Weid N., Michel G., et al., 2013. *Health-related quality of life in survivors of childhood cancer: the role of chronic health problems.* Journal of cancer survivorship : research and practice ; 7 : 511–522
12. Landier W., Armenian S., Bhatia S., 2015. *Late effects of childhood cancer and its treatment.* Pediatr Clin North Am ; 62 : 275–300
13. Waespe N., Belle S., Redmond C., Schindera B.D., Spycher J., Rossler M., et al., 2021. *Cancer predisposition syndromes as a risk factor for early second primary neoplasms after childhood cancer - A national cohort study.* Eur J Cancer.145 : p. 71–80
14. Mazzei-Abba A., Folly C., Spycher B.D., 2018. *Krebsrisiko bei Kindern durch Exposition gegenüber ionisierender Strahlung.* Paediatrica ; 29 : 21–26
15. Lupatsch J.E., Kreis C., Niggli F., Kuehni C.E., Spycher B.D., 2016. *Ursachen von Krebs bei Kindern: Was verrät der Wohnort ?* Schweizer Krebsbulletin ; 1:29–33
16. Spycher B.D., Lupatsch J.E., Zwahlen M., Röösli M., Niggli F., Grotzer M.A., et al., 2015. *Background Ionizing Radiation and the Risk of Childhood Cancer: A Census-Based Nationwide Cohort Study.* Environ Health Perspect.; 123(6): 622–628
17. Spycher B.D., Feller M., Röösli M., Ammann R.A., Diezi M., Egger M., et al., 2015. *Childhood cancer and residential exposure to highways: a nationwide cohort study.* European journal of epidemiology, 30(12), 1263–1275
18. Hauri D., Spycher B., Huss A., Zimmermann A., Grotzer F., von der Weid N., et al., 2013. *Domestic radon exposure and risk of childhood cancer: a prospective census-based cohort study.* Environmental health perspectives; 121: 1239–1244
19. Spycher B.D., Feller M., Zwahlen M., Röösli M., von der Weid N., Hengartner H., et al., 2011. *Childhood cancer and nuclear power plants in Switzerland: a census-based cohort study.* International journal of epidemiology ; 40 : 1247–1260
20. Hauri D., Spycher B., Huss A., Zimmermann A., Grotzer F., von der Weid N., et al., 2014. *Exposure to Radio-Frequency Electromagnetic Fields from Broadcast Transmitters and Risk of Childhood Cancer: A Census-based Cohort Study.* Am J Epidemiol ; 179 : 843–851
21. Aydin D., Feychting M., Schuz J., Tynes T., Andersen T.V., Schmidt L.S., et al., 2011. *Mobile phone use and brain tumors in children and adolescents: a multicenter case-control study.* Journal of the National Cancer Institute; 103(16): 1264–76

6 Conclusions et perspectives

Le rapport «Le cancer en Suisse», publié pour la troisième fois depuis 2011, fournit aux spécialistes et au grand public des chiffres et des informations actuels sur l'évolution du cancer. Il met à nouveau en évidence le fait que le cancer représente un enjeu majeur de santé publique, dont l'ampleur ira croissant en raison du vieillissement de la population. Plus de 48 000 nouveaux cas de cancer – environ 26 000 dans la population masculine et 22 000 dans la population féminine – devraient être diagnostiqués en 2021.

Pour la période étudiée (1988 à 2017), les taux d'incidence standardisés pour l'ensemble des cancers ont peu varié chez les hommes et progressé chez les femmes. L'évolution diffère selon les types de cancer. L'incidence du cancer du pancréas, du mélanome de la peau, du cancer de la thyroïde et, chez la femme seulement, du cancer du poumon a augmenté. En revanche, les taux d'incidence ont diminué pour le cancer du larynx chez les hommes, le cancer de l'estomac, de la vessie de même que pour le cancer de l'utérus (col et corps) et de l'ovaire. L'évolution peut aussi varier au cours de la période observée. Ainsi, le taux d'incidence du cancer de la prostate chez l'homme, et du sein chez la femme ont augmenté respectivement jusqu'en 2007 et 2002 avant de connaitre une diminution pour le premier et une stabilisation pour le second.

La mortalité par cancer est en baisse pour la plupart des localisations cancéreuses et notamment pour les cancers les plus fréquents, à savoir le cancer du sein chez les femmes, de la prostate chez les hommes, le cancer colorectal pour les deux sexes et le cancer du poumon chez les hommes. A l'inverse, le taux de mortalité du cancer du poumon continue de croître fortement dans la population féminine. Tous types de cancer réunis, le taux de mortalité standardisé par âge a reculé de 39% chez l'homme et de 28% chez les femmes entre 1988 et 2017.

Les taux de survie à cinq ans varient selon la localisation cancéreuse. Si certains cancers ont un mauvais pronostic, avec des taux de survie inférieurs à 50%, les taux de survie sont supérieurs à 80% notamment pour le mélanome de la peau, le cancer du sein, le cancer de la prostate, mais aussi les cancers de l'enfant et de l'adolescent. Les taux de survie s'améliorent au fil des années en grande partie grâce aux nouvelles thérapies et à l'amélioration des méthodes de diagnostic.

Les estimations pour 2021 portent à plus de 225 000 le nombre de personnes qui vivent en Suisse avec un diagnostic de cancer datant de moins de 10 ans. Les 70 000 personnes dont le diagnostic date de deux à cinq ans continuent d'avoir besoin d'un suivi et de contrôles réguliers. Les personnes qui sont tombées malades il y a plus de cinq ans sont généralement considérées comme guéries, mais beaucoup d'entre elles ont subi des atteintes organiques et leur risque de développer une seconde tumeur est accru. En raison de ces évolutions, la recherche contre le cancer porte de plus en plus son regard sur le long terme.

Les données épidémiologiques sont indispensables pour planifier le système des soins et prendre des décisions basées sur des preuves. Les médecins, les organisations professionnelles, les chercheurs et les politiciens peuvent s'appuyer sur ces données pour assurer une bonne prise en charge des patients dans l'avenir. Les données sur le cancer aident à mieux comprendre les causes de la maladie, à planifier des mesures de prévention ciblées, à évaluer les mesures de dépistage précoce et à vérifier l'efficacité des stratégies de traitement. Elles ont notamment été utilisées pour la mise en œuvre de la «Stratégie nationale contre le cancer 2014–2017»[1] approuvée par la Confédération et les cantons et reconduite de 2017 à 2020[2]. La mise en œuvre des différentes stratégies visant à lutter contre le cancer est depuis 2020 organisée en un réseau (Oncosuisse Forum)[3] dont les différents champs d'action couvrent la prévention et le dépistage, le traitement (suivi et qualité), la recherche mais aussi l'enregistrement et l'utilisation des données.

Pour reposer sur une base solide, l'enregistrement des maladies oncologiques s'appuie désormais sur la loi fédérale sur l'enregistrement des maladies oncologiques de 2016 (LEMO)[4] entrée en vigueur en 2019 au niveau de la Confédération et en 2020 au niveau des cantons. Historiquement, les dispositions légales régissant l'enregistrement des tumeurs variaient considérablement selon les cantons, ce qui limitait parfois l'accès à certaines données. De plus les cantons ne disposaient pas tous d'un registre des tumeurs. Désormais, le recensement des nouveaux cas de cancer est exhaustif (couverture de tous les cantons), les données recueillies sont identiques et la saisie des données se fait sous une forme harmonisée et uniforme, selon des règles communes dans toute la Suisse. La nouvelle organisation repose sur les structures nationales et cantonales existantes. La loi règle aussi la protection des droits individuels des patients et une utilisation sûre des données ainsi que leur publication sous une forme adéquate[5].

La LEMO aura pour effet de moderniser l'enregistrement des maladies oncologiques en Suisse. En complément des données épidémiologiques et des données sur le diagnostic, actuellement recueillies dans les registres des tumeurs, des informations sur l'évolution de la maladie et son traitement seront également collectées[6]. La qualité des données utilisées pour décrire l'état des lieux et l'évolution des maladies cancéreuses au cours du

temps continuera donc de s'améliorer et les données pourront par ailleurs être utilisées dans un but d'assurance de la qualité en oncologie. Des bases fiables seront ainsi disponibles pour évaluer et optimiser les thérapies et pour améliorer la qualité de vie des patients. De même, les données supplémentaires contribueront à rendre les programmes de prévention plus efficaces (p. ex. programmes de dépistage ou de vaccination). Les données de registres permettront également de soutenir les efforts de la recherche. Enfin, la mise en commun des données épidémiologiques, des données cliniques et des données pour l'évaluation de la qualité favorisera l'émergence de nouvelles formes de coopération interdisciplinaire grâce auxquelles il sera possible de continuer à améliorer en Suisse la lutte contre le cancer.

Références

1 Kramis A. K, Ruckstuhl B, Wyler M. *Stratégie nationale contre le cancer 2014–2017.* Ligue Suisse contre le cancer, Bern. [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 28 novembre 2020] www.nsk-krebsstrategie.ch/wp-content/uploads/2015/09/bericht_nsk_f.pdf

2 Gasser C, Röthlisberger M, Kramis K, Lenz F. *Poursuite de la Stratégie nationale contre le cancer 2017–2020.* Ligue Suisse contre le cancer, Bern. (sans date de mise à jour) [page consultée le 28 novembre 2020] www.snc-strategiecancer.ch/wp-content/uploads/2017/11/poursuite-de-la-strategie-nationale-contre-le-cancer-2017-2020.pdf

3 Kramis A. K, Röthlisberger M, Gasser C, del Rey N (2020). *Concept pour la création d'une organisation en réseau dans le domaine du cancer en Suisse – Version abrégée.* Oncosuisse, Bern. [en ligne] 1 janvier 2020 [page consultée le 28 novembre 2020] www.snc-strategiecancer.ch/wp-content/uploads/2020/11/201125_Konzept_OSF_final_FR_kurz.pdf

4 Feldex. *Loi fédérale sur l'enregistrement des maladies oncologique du 18 mars 2016* [en ligne] 1 janvier 2020 [page consultée le 9 avril 2021]. www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2018/289/fr

5 Office fédéral de la santé publique. *Traitement et utilisation des données* [en ligne] 17 décembre 2020 [page consultée le 9 avril 2021]. www.bag.admin.ch/lemo-utilisation-des-donnees

6 Organe national d'enregistrement du cancer, Registre du cancer de l'enfant (2019). *Présentation de dictionnaire des données nationales juridiquement contraignante pour tous les registres des tumeurs conformément à la LEMO et à l'OEMO.* ONEC, KiKR, Bern. [en ligne] 15 octobre 2019 [page consultée le 28 novembre 2020] www.onec.ch/assets/files/uploads/0-dictionnaire-des-donnees-nationales-v1.1.pdf

7 Glossaire

Adénocarcinome
Tumeur maligne qui se développe à partir de cellules glandulaires.

Adénome
Tumeur bénigne qui se développe à partir de cellules glandulaires.

Années potentielles de vie perdues (APVP)
Indicateur de mortalité prématurée se référant aux décès avant 70 ans. Il se calcule en faisant la somme des différences entre l'âge du décès et cet âge théorique.

Basaliome
Type de cancer de la peau qui évolue lentement et ne forme pas de métastases.

Cancer colorectal héréditaire non polyposique (HNPCC)
Ou syndrome de Lynch. Cancer héréditaire du côlon.

Cancérigène, carcinogène
Susceptible de favoriser l'apparition ou le développement d'un cancer.

Carcinome
Tumeur maligne développée à partir des cellules d'un épithélium (tissu de revêtement externe ou interne d'un organe).

Carcinome épidermoïde
Carcinome qui se développe à partir des couches supérieures de la peau ou de la muqueuse.

Classification internationale des cancers de l'enfant (ICCC)
Cette classification des cancers de l'enfant se base d'abord sur la morphologie de la tumeur, puis sur sa localisation.

Classification internationale des maladies (CIM)
Classification des maladies, régulièrement révisée et publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Classification internationale des maladies oncologiques (CIM-O-3)
Extension de la CIM qui permet de recueilir des aspects spécifiques aux maladies tumorales (topographie, histologie). Actuellement, la 3e édition est en vigueur.

Côlon
Partie du gros intestin la plus longue, située entre l'appendice et le rectum.

Colorectal
Qui concerne le côlon et le rectum.

Coloscopie
Examen du côlon au moyen d'un endoscope (sonde optique).

Cytologie
Examen microscopique de la structure d'une cellule.

Dépistage
Méthode (ou intervention) visant à détecter une maladie avant l'apparition de symptômes.

Dysplasie/displasique
Terme générique désignant toutes lésions liées à une anomalie du développement d'un tissu, d'un organe ou d'une partie d'organe.

Étiologie
(Étude des) causes qui jouent un rôle dans l'apparition d'une maladie.

Étude cas-témoins
Étude observationnelle qui consiste à comparer des personnes qui souffrent d'une maladie particulière avec des personnes qui n'en souffrent pas pour étudier si, par le passé, les deux groupes ont été exposés à de potentiels facteurs de risque.

Étude de cohorte
Étude qui consiste à observer pendant une période donnée des groupes de sujets exposés de manière variable à des facteurs de risque. Ces groupes sont ensuite comparés concernant l'apparition ou non de la maladie étudiée.

Frottis cervical
Prélèvement de cellules du col utérin ayant pour but de dépister le cancer du col de l'utérus à un stade précoce.

Gènes *BRCA1* et *BRCA2*
Gènes suppresseurs de tumeurs (qui inhibent la division des cellules endommagées); les femmes qui présentent une mutation du gène *BRCA1* ou *2* ont un risque plus élevé de cancer du sein et de l'ovaire.

Helicobacter pylori
Bactérie responsable de l'inflammation chronique de la muqueuse gastrique.

Hépatite
Inflammation du foie, due par exemple à une infection virale (virus de l'hépatite).

Hépatocytes
Cellules du foie.

Histiocytose à cellules de Langerhans
Tumeur bénigne liée à l'infiltration des tissus par des cellules de Langerhans (cellules du système immunitaire présentes au niveau de la peau), souvent groupées en granulomes.

Histologie
(Étude de la) structure des tissus.

Immunosuppresseurs
Médicaments qui bloquent les réactions immunitaires de l'organisme.

Incidence
Fréquence des nouveaux cas d'une maladie dans une population définie durant une période donnée. L'incidence des cancers est souvent exprimée sous forme de taux annuels par rapport à 100 000 habitants.

In situ
Le cancer in situ est un cancer à un stade initial de son développement, restant limité au tissu qui lui a donné naissance et n'ayant pas (encore) pénétré les tissus environnants.

Invasif
Qui a pénétré les tissus environnants.

Localisation cancéreuse
Ou type de cancer. Lieu ou organe au niveau duquel le cancer se développe.

Lymphocytes
Variété de globules blancs qui jouent un rôle important dans la défense contre les agents infectieux et les substances étrangères.

Médiane
Valeur qui sépare un ensemble de valeurs en deux parties égales : la moitié des valeurs sont inférieures (à la médiane), l'autre moitié est supérieure.

Métastase
Foyer cancéreux dans un autre organe que l'organe d'origine, résultant de la dissémination de cellules cancéreuses par voie sanguine ou lymphatique.

Mortalité
Fréquence des décès dans une population définie durant une période donnée. La mortalité par cancer est souvent exprimée sous forme de taux annuels par rapport à 100 000 habitants.

Myéloïde
Qui prend naissance dans la moelle osseuse.

Palliatif
Qui vise à atténuer les symptômes d'une maladie (et non pas à la traiter).

Papillome
Tumeur bénigne qui se développe à partir de la muqueuse.

Plasmocytome
Synonyme de myélome multiple.

Précancéreux (stade)
Ou lésion précancéreuse. Désigne la modification d'un tissu, avec l'apparition de cellules anormales résultant d'un déréglement des mécanismes du renouvellement cellulaire. Ce stade précède la transformation en tumeur maligne.

Prednisone
Hormone de synthèse utilisée en cas de surréaction du système immunitaire ou pour bloquer le système immunitaire (p. ex. après une transplantation d'organe).

Prévalence
Fréquence des cas d'une maladie dans une population, à un instant donné. Peut s'exprimer par un nombre ou une proportion.

Prévention
Mesure destinée éviter la survenue d'une maladie ou à en limiter ses conséquences.

Rayonnement gamma
Rayonnement ionisant qui se caractérise par un très grand pouvoir de pénétration (jusqu'à 1 mètre dans le corps).

Recto-sigmoïde
Jonction située entre le côlon sigmoïde et le rectum.

Rectum
Segment du tube digestif reliant le côlon sigmoïde au canal anal.

Sang occulte
Sang dans les selles qui n'est pas visible à l'oeil nu. Sa présence est recherchée dans le cadre du dépistage du cancer du côlon et peut être déterminée à l'aide d'un test spécifique (p. ex. test Hemmoccult®).

Sarcome
Cancer qui se développe à partir du tissu conjonctif, des muscles ou des os.

Sarcome de Kaposi
Cancer qui se développe en lien avec une infection par le virus du sida et l'herpèsvirus humain de type 8 (HHV-8).

Sigmoïdoscopie
Examen qui permet d'explorer la partie basse du côlon à l'aide d'un endoscope.

Spinaliome
Type de cancer de la peau.

Sur-diagnostic
Désigne une mesure de dépistage ou de diagnostic conduisant à la détection d'une maladie asymptomatique qui ne se serait pas spontanément révélée au cours de la vie du patient et qui serait restée sans conséquences.

Taux de survie observé
Proportion de personnes atteintes par une maladie encore en vie après une période donnée suivant le diagnostic.

Taux de survie relatif
Taux de survie compte tenu du risque de décéder d'autres causes.

Taux standardisé par âge
Le taux standardisé par âge est un taux recalculé en admettant que la population étudiée présente la structure par âge d'une population-type. Le taux standardisé permet ainsi de comparer l'incidence ou la mortalité entre populations, ayant des structures par âge différentes. Le taux standardisé est une moyenne pondérée des taux spécifiques par âge. La population-type utilisée ici est la population standard européenne de 1976 de l'OMS.

Thymus
Organe qui assure la production et la différenciation des globules blancs.

Tumeur
Formation bénigne ou maligne, constituée de tissus. Une tumeur maligne est un cancer.

Tumeur germinale
Tumeur issue de la transformation de cellules primitives destinées à donner les ovules chez la femme, ou les spermatozoïdes chez l'homme.

Tumeur primaire
Désigne l'endroit où une tumeur s'est formée en premier.

Sources

[1] OFS, CIRC, Ligue suisse contre le cancer (www.liguecancer.ch), Gutzwiller F., Paccaud F. (2009). *Médecine sociale et préventive – santé publique.* 3e éd. entièrement rév. Berne: Huber, *Orphanet – Le portail des maladies rares et des médicaments orphelins* (http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php?lng=DE), Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine

8 Bibliographie

Articles scientifiques

Allemani C., Matsuda T., Di Carlo V., Harewood R., Matz M., Nikšić M., et al., 2018. *Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries.* The Lancet, 391 (10125), 1023–1075. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33326-3

AIRTUM Working Group; CCM; AIEOP Working Group, 2013. *Italian cancer figures, report 2012: Cancer in children and adolescents.* Epidemiol Prev; 37(1 Suppl 1):1–225

Aydin D., Feychting M., Schuz J., Tynes T., Andersen T. V., Schmidt L. S., et al., 2011. *Mobile phone use and brain tumors in children and adolescents: a multicenter case-control study.* Journal of the National Cancer Institute; 103(16): 1264–76

De Angelis R., Sant M., Coleman M.P, Francisci S., Baili P., Pierannunzio D., et al., 2014. *Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EUROCARE-5—a population-based study.* The Lancet Oncology, 15(1), 23–34.

Ferlay J., Colombet M., Soerjomataram I., Dyba T., Randi G., Bettio M., et al., 2018. *Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018.* Eur J Cancer; 103:356–387

Hauri D., Spycher B., Huss A., Zimmermann A., Grotzer F., von der Weid N., et al., 2014. *Exposure to Radio-Frequency Electromagnetic Fields from Broadcast Transmitters and Risk of Childhood Cancer: A Census-based Cohort Study.* Am J Epidemiol; 179: 843–851

Hauri D., Spycher B., Huss A., Zimmermann A., Grotzer F., von der Weid N., et al., 2013. *Domestic radon exposure and risk of childhood cancer: a prospective census-based cohort study.* Environmental health perspectives; 121: 1239–1244

Isaevska E., Manasievska M., Alessi D., Mosso M. L., Magnani C., Sacerdote, et al., 2017. *Cancer incidence rates and trends among children and adolescents in Piedmont, 1967–2011.* PloS one; 12(7): e0181805.

Kuehni C. E., Ruegg C. E., Michel G., Rebholz C., Strippoli M.-P., Niggli F., et al., 2012. *Cohort profile: the Swiss childhood cancer survivor study.* International journal of epidemiology; 41: 1553–1564

Landier W., Armenian S., Bhatia S., 2015. *Late effects of childhood cancer and its treatment.* Pediatr Clin North Am; 62: 275–300

Lupatsch J.E., Kreis C., Niggli F., Kuehni C.E., Spycher B.D., 2016. *Ursachen von Krebs bei Kindern: Was verrät der Wohnort?* Schweizer Krebsbulletin; 1:29–33

Mathew M. A., Yuman F., 2014. *Epidemiology and Risk Factors of Biliary Tract and Primary Liver Tumors.* Surg Oncol Clin N Am 23: 171–188

Mazzei-Abba A., Folly C., Spycher B. D., 2018. *Krebsrisiko bei Kindern durch Exposition gegenüber ionisierender Strahlung.* Paediatrica; 29: 21–26

Raze T., Lacour B., Cowppli-Bony A., Delafosse P., Velten M., Trétarre B., et al., 2016. *Cancer Among Adolescents and Young Adults Between 2000 and 2016 in France: Incidence and Improved Survival.* J Adolesc Young Adult Oncol. 2020 May 15. doi: 10.1089/jayao.2020.0017

Rueegg C. S., Gianinazzi M. E., Rischewski J., Beck Popovic M., von der Weid N., Michel G., et al., 2013. *Health-related quality of life in survivors of childhood cancer: the role of chronic health problems.* Journal of cancer survivorship: research and practice; 7: 511–522

Spycher B. D., Feller M., Röösli M., Ammann R. A., Diezi M., Egger M., et al., 2015. *Childhood cancer and residential exposure to highways: a nationwide cohort study.* European journal of epidemiology, 30(12), 1263–1275

Spycher B. D., Feller M., Zwahlen M., Röösli M., von der Weid N., Hengartner H., et al., 2011. *Childhood cancer and nuclear power plants in Switzerland: a census-based cohort study.* International journal of epidemiology; 40: 1247–1260

Spycher B. D., Lupatsch J. E., Zwahlen M., Röösli M., Niggli F., Grotzer M. A., et al., 2015. *Background Ionizing Radiation and the Risk of Childhood Cancer: A Census-Based Nationwide Cohort Study.* Environ Health Perspect.; 123(6): 622–628

Steliarova-Foucher E., Stiller C., Lacour B., Kaatsch P., 2005. *International Classification of Childhood Cancer, third edition.* Cancer; 103: 1457–1467

Sommer G., Schindler M., Redmond S., Pfeiffer V., Konstantinoudis G., Ammann R. A., et al., 2019. *Temporal trends in incidence of childhood cancer in Switzerland, 1985–2014.* Cancer Epidemiol; 61:157–164. doi: 10.1016/j.canep.2019.06.002

Waespe N., Belle S., Redmond C., Schindera B.D, Spycher J., Rossler M., et al., 2021. *Cancer predisposition syndromes as a risk factor for early second primary neoplasms after childhood cancer – A national cohort study.* Eur J Cancer.145: p. 71–80

Sites web

American Society of clinical oncology (sans date). *Multiple Myeloma: Risk Factors.* [en ligne] 1 aout 2021 [page consultée le 13 février 2021] www.cancer.net/cancer-types/multiple-myeloma/risk-factors

Centre international de recherche sur le cancer. *Le Code Européen contre le Cancer* [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 8 mars 2021]. https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/fr/

Feldex. *Loi fédérale sur l'enregistrement des maladies oncologique du 18 mars 2016* [en ligne] 1 janvier 2020 [page consultée le 9 avril 2021]. www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2018/289/fr

Gasser C., Röthlisberger M., Kramis K., Lenz F. *Poursuite de la Stratégie nationale contre le cancer 2017–2020.* Ligue Suisse contre le cancer, Bern. (sans date de mise à jour) [page consultée le 28 novembre 2020] www.snc-strategiecancer.ch/wp-content/uploads/2017/11/poursuite-de-la-strategie-nationale-contre-le-cancer-2017–2020.pdf

Hermine, Olivier. *Fondation ARC pour la recherche sur le cancer. Cancer: les facteurs de risque* [en ligne] 15 février 2021. [page consultée le 8 mars 2021]. www.fondation-arc.org/cancer/facteurs-risque-cancer

Human Cancer: Known Causes and Prevention by Organ Site. Monographs 1–129, Handbooks 1–17 [en ligne] 26 mars 2021 [page consultée le 2 avril 2021]. https://monographs.iarc.who.int/wp-content/uploads/2019/12/OrganSitePoster.PlusHandbooks.pdf

Institut National du cancer. *Principaux facteurs de risque de cancer* [en ligne] 3 décembre 2019 [page consultée le 8 mars 2021]. www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Comment-prevenir-au-mieux-les-cancers/Principaux-facteurs-de-risque-de-cancer

Kramis A. K., Röthlisberger M., Gasser C., del Rey N (2020). *Concept pour la création d'une organisation en réseau dans le domaine du cancer en Suisse – Version abrégée.* Oncosuisse, Bern. [en ligne] 1 janvier 2020 [page consultée le 28 novembre 2020] www.snc-strategiecancer.ch/wp-content/uploads/2020/11/201125_Konzept_OSF_final_FR_kurz.pdf

Kramis A. K., Ruckstuhl B., Wyler M. *Stratégie nationale contre le cancer 2014–2017.* Ligue Suisse contre le cancer, Bern. [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 28 novembre 2020] www.nsk-krebsstrategie.ch/wp-content/uploads/2015/09/bericht_nsk_f.pdf

Ligue suisse contre le cancer. Le cancer de la vessie. [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 5 décembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-de-la-vessie/

Ligue suisse contre le cancer. Le cancer de la cavité buccale. [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 28 novembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-de-la-cavite-buccale/

Ligue suisse contre le cancer. Les lymphomes non hodgkiniens. [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 6 décembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/les-lymphomes-hodgkiniens/

Ligue suisse contre le cancer. Les leucémies. [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 29 novembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/les-leucemies/

Ligue suisse contre le cancer. Le myélome multiple. [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 29 novembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-myelome-multiple/

Ligue suisse contre le cancer. Le cancer de la thyroïde. [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 6 décembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-de-la-thyroide/

Ligue suisse contre le cancer. Les tumeurs et les métastases cérébrales. [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 6 décembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/les-tumeurs-et-les-metastases-cerebrales/

Ligue suisse contre le cancer. Les lymphomes hodgkiniens. [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 6 décembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/les-lymphomes-hodgkiniens/

Ligue Suisse contre le cancer. Qu'est-ce que le cancer [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 8 mars 2021]. www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/quest-ce-que-le-cancer/

Ligue suisse contre le cancer. Le cancer du testicule. [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 29 novembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-du-testicule/

Ligue suisse contre le cancer. Le cancer du sein (carcinome rénal). [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 6 décembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/cancer-du-rein-carcinome-renal/

Ligue suisse contre le cancer. Le cancer de la prostate. [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 28 novembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-de-la-prostate/

Ligue suisse contre le cancer. Le cancer de l'ovaire. [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 28 novembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-de-lovaire/

Ligue suisse contre le cancer. Le cancer du col de l'utérus. [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 28 novembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-du-col-de-luterus/

Ligue suisse contre le cancer. Le cancer du corps de l'utérus. [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 28 novembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-du-corps-de-luterus/

Ligue suisse contre le cancer. Le cancer du sein. [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 28 novembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-du-sein/

Ligue suisse contre le cancer. Le mélanome. [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 6 décembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-melanome/

Ligue suisse contre le cancer. Le mésothéliome malin. [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 6 décembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-mesotheliome-malin/

Ligue suisse contre le cancer. [en ligne] Le cancer du poumon (carcinome bronchique). (sans date de mise à jour) [page consultée le 28 novembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-du-poumon-carcinome-bronchique/

Ligue suisse contre le cancer. Le cancer du larynx. [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 6 décembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-du-larynx/

Ligue suisse contre le cancer. Le cancer du pancréas. [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 5 décembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-du-pancreas/

Ligue suisse contre le cancer. Le cancer de la vésicule et des voies biliaires. [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 29 novembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-de-la-vesicule-et-des-voies-biliaires/

Ligue suisse contre le cancer. Le cancer du foie. [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 5 décembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-du-foie/

Ligue suisse contre le cancer. Le cancer du côlon et du rectum. [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 4 décembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-du-colon-et-du-rectum/

Ligue suisse contre le cancer. Le cancer de l'estomac. [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 4 décembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-de-lestomac/

Ligue suisse contre le cancer. Le cancer de l'œsophage. [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 28 novembre 2020] www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-de-loesophage/

Medcode: recherche de diagnostic. [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 4 juin 2021] https://www.medcode.ch/ch/fr/icds/ICD10-GM-2016/C97

Office fédéral de la santé publique. *Traitement et utilisation des données* [en ligne] 17 décembre 2020 [page consultée le 9 avril 2021]. www.bag.admin.ch/lemo-utilisation-des-donnees

Organe national d'enregistrement du cancer, Registre du cancer de l'enfant (2019). *Présentation de dictionnaire des données nationales juridiquement contraignante pour tous les registres des tumeurs conformément à la LEMO et à l'OEMO.* ONEC, KiKR, Bern. [en ligne] 15 octobre 2019 [page consultée le 28 novembre 2020] www.onec.ch/assets/files/uploads/0-dictionnaire-des-donnees-nationales-v1.1.pdf.pdf

Österreichisches Krebsregister. Data for the time period 2008–2019 from the webpage Statistik Austria. [en ligne] 12 avril 2021 [page consultée le 17 décembre 2020] www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/krebs_bei_kindern-und_jugendlichen/index.html

Registre national des cancers de l'enfant (RNCE). Data published on the registry's website. [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 17 décembre 2020] https://rnce.inserm.fr/index.php/en/statistiques/survie/variations-temporelles-du-taux-de-survie-a-5-ans-entre-2000-et-2014-par-groupe-diagnostique

Word Health Organisation. *10 facts about cancer* [en ligne] (sans date de mise à jour) [page consultée le 19 février 2021]. www.who.int/features/factfiles/cancer/en/

Word Health Organisation. *Cancer – Prévenir le cancer.* [en ligne] 21 septembre 2021 [page consultée le 8 mars 2021]. www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer

Documents de référence et documents thématiques:

Bulliard J.-L., Braendle K., Fracheboud J., Zwahlen M., 2021. *Breast cancer screening programmes in Switzerland*, 2010–2018. Swiss Cancer Screening, Bern.

Erdmann F., Kaatsch P., Grabow D., Spix C., 2020. German *Childhood Cancer Registry – Annual Report 2019 (1980–2018).* Institute of Medical Biostatistics, Epidemiology and Informatics (IMBEI) at the University Medical Center of the Johannes Gutenberg University Mainz

Kaatsch P., Grabow D., Spix C., 2019. German *Childhood Cancer Registry – Annual Report 2018 (1980–2017).* Mainz: Institute of Medical Biostatistics, Epidemiology and Informatics (IMBEI) at the University Medical Center of the Johannes Gutenberg University Mainz

Waterhouse J., Muir C.S., Correa P., Powell J., eds. *Cancer incidence in five continents.* Lyon: IARC, 1976: 465.

Wild C.P., Weiderpass E., Stewart B.W., éd. 2020. *World Cancer Report. Cancer research for cancer prevention.* International Agency for Research on Cancer, Lyon

World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research, 2018. *Continuous Update Project Expert Report 2018. Diet, nutrition, physical activity and cancer of the mouth, pharynx and larynx.* Accessible depuis dietandcancerreport.org

9 Abréviations

ADN	Acide désoxyribonucléique (porteur de l'information génétique)
AICR	American Institute for Cancer Research
APVP	Années potentielles de vie perdues
CIM-10	Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision
CIRC	Centre international de recherche sur le cancer
DFI	Département fédéral de l'intérieur
EBV	Virus d'Epstein-Barr (EBV pour: Epstein-Barr-Virus)
EUROCARE	European Cancer Registry based study on survival and care of cancer patients (EUROCARE pour: EUROpean CAncer REgistry)
HHV-8	Herpèsvirus humain de type 8 (HHV-8 pour: Human Herpesvirus – 8)
HNPCC	Cancer colorectal héréditaire non polyposique (HNPCC pour: Hereditary nonpolyposis colorectal cancer)
HTLV-1	Virus T-lymphotropique humain de type 1 (HTLV-1 pour: Human T-lymphotropic virus – 1)
ICCC-3	Classification internationale des cancers de l'enfant, 3e Révision (ICCC pour: International Classification of Childhood Cancer)
IMC	Indice de masse corporelle
LEMO	Loi fédérale sur l'enregistrement des maladies oncologiques
LL	Leucémie lymphoïde
LLA	Leucémie lymphoïde aiguë
LLC	Leucémie lymphoïde chronique
LM	Leucémie myéloïde
LMA	Leucémie myéloïde aiguë
LMC	Leucémie myéloïde chronique
LRH	Loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain
NICER	Institut National pour l'Epidémiologie et l'Enregistrement du Cancer (NICER pour: National Institute for Cancer Epidemiology and Registration)
OFS	Office fédéral de la statistique
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONEC	Organe national d'enregistrement du cancer
PAF	Polypose adénomateuse familiale
PCB	Polychlorobiphényles
PSA	Antigène prostatique spécifique (PSA pour: Prostate Specific Antigen)
Rayons UV	Rayons ultraviolets
RCdE	Registre du Cancer de l'Enfant
SOPK	Syndrome des ovaires polykystiques
SPOG	Groupe d'Oncologie Pédiatrique Suisse (SPOG pour: Schweizerischen Pädiatrischen Onkologiegruppe)
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain

Programme des publications de l'OFS

En tant que service statistique central de la Confédération, l'Office fédéral de la statistique (OFS) a pour tâche de rendre les informations statistiques accessibles à un large public. Il utilise plusieurs moyens et canaux pour diffuser ses informations statistiques par thème.

Les domaines statistiques

00 Bases statistiques et généralités
01 Population
02 Espace et environnement
03 Travail et rémunération
04 Économie nationale
05 Prix
06 Industrie et services
07 Agriculture et sylviculture
08 Énergie
09 Construction et logement
10 Tourisme
11 Mobilité et transports
12 Monnaie, banques, assurances
13 Sécurité sociale
14 Santé
15 Éducation et science
16 Culture, médias, société de l'information, sport
17 Politique
18 Administration et finances publiques
19 Criminalité et droit pénal
20 Situation économique et sociale de la population
21 Développement durable, disparités régionales et internationales

Les principales publications générales

L'Annuaire statistique de la Suisse

L'Annuaire statistique de la Suisse de l'OFS constitue depuis 1891 l'ouvrage de référence de la statistique suisse. Il englobe les principaux résultats statistiques concernant la population, la société, l'État, l'économie et l'environnement de la Suisse.

Le Mémento statistique de la Suisse

Le mémento statistique résume de manière concise et attrayante les principaux chiffres de l'année. Cette publication gratuite de 52 pages au format A6/5 est disponible en cinq langues (français, allemand, italien, romanche et anglais).

Le site Internet de l'OFS: www.statistique.ch

Le portail «Statistique suisse» est un outil moderne et attrayant vous permettant d'accéder aux informations statistiques actuelles. Nous attirons ci-après votre attention sur les offres les plus prisées.

La banque de données des publications pour des informations détaillées
Presque tous les documents publiés par l'OFS sont disponibles gratuitement sous forme électronique sur le portail Statistique suisse (www.statistique.ch). Pour obtenir des publications imprimées, vous pouvez passer commande par téléphone (058 463 60 60) ou par e-mail (order@bfs.admin.ch).
www.statistique.ch → Trouver des statistiques → Catalogues et banques de données → Publications

Vous souhaitez être parmi les premiers informés?

Abonnez-vous à un Newsmail et vous recevrez par e-mail des informations sur les résultats les plus récents et les activités actuelles concernant le thème de votre choix.
www.news-stat.admin.ch

STAT-TAB: la banque de données statistiques interactive

La banque de données statistiques interactive vous permet d'accéder simplement aux résultats statistiques dont vous avez besoin et de les télécharger dans différents formats.
www.stattab.bfs.admin.ch

Statatlas Suisse: la banque de données régionale avec ses cartes interactives

L'atlas statistique de la Suisse, qui compte plus de 4500 cartes, est un outil moderne donnant une vue d'ensemble des thématiques régionales traitées en Suisse dans les différents domaines de la statistique publique.
www.statatlas-suisse.admin.ch

Pour plus d'informations

Centre d'information statistique
058 463 60 11, info@bfs.admin.ch

En Suisse, plus de 40 000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués en moyenne chaque année et le cancer est la deuxième cause de décès la plus fréquente. Ce troisième rapport sur le cancer en Suisse expose la situation actuelle du cancer et son évolution au cours des 30 dernières années, ainsi que des comparaisons régionales et internationales. Le rapport présente des estimations nationales du nombre de nouveaux cas et des décès dus aux cancers, ainsi que des données sur la survie et le nombre de patients touchés par cette maladie. Ces chiffres sont complétés par la description des facteurs de risque recensés dans la littérature scientifique.

Après un aperçu général de l'ensemble des cancers, suivent des chapitres contenant des informations détaillées sur les cancers principaux chez les adultes ainsi que chez les enfants et les adolescents. Les méthodes utilisées pour établir ce rapport font l'objet d'une publication séparée.

En ligne
www.statistique.ch

Imprimés
www.statistique.ch
Office fédéral de la statistique
CH-2010 Neuchâtel
order@bfs.admin.ch
tél. 058 463 60 60

Numéro OFS
1178-2100

ISBN
978-3-303-14334-6

La statistique compte pour vous.
www.la-statistique-compte.ch