



Santé

1178-1500

Le cancer en Suisse, rapport 2015

Etat des lieux et évolutions



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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



Schweizer Kinderkrebsregister (SKKR)
Registre Suisse du Cancer de l'Enfant (RSCE)
Registro Svizzero dei Tumori Pediatrici (RSTP)
Swiss Childhood Cancer Registry (SCCR)

Neuchâtel 2016

La série «Statistique de la Suisse»
publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS)
couvre les domaines suivants:

- 0** Bases statistiques et généralités
- 1** Population
- 2** Espace et environnement
- 3** Travail et rémunération
- 4** Economie nationale
- 5** Prix
- 6** Industrie et services
- 7** Agriculture et sylviculture
- 8** Energie
- 9** Construction et logement
- 10** Tourisme
- 11** Mobilité et transports
- 12** Monnaie, banques, assurances
- 13** Protection sociale
- 14** Santé
- 15** Education 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 et disparités régionales et internationales

Le cancer en Suisse, rapport 2015

Etat des lieux et évolutions

Rédaction Volker Arndt, NICER
Anita Feller, NICER
Dimitri Hauri, OFS
Rolf Heusser, NICER
Christoph Junker, OFS
Claudia Kuehni, RSCE
Matthias Lorez, NICER
Verena Pfeiffer, RSCE
Elodie Roy, OFS
Matthias Schindler, RSCE

Editeurs Office fédéral de la statistique (OFS)
Institut National pour l'Epidémiologie
et l'Enregistrement du Cancer (NICER)
Registre Suisse du Cancer de l'Enfant (RSCE)

www.cancer.bfs.admin.ch
www.nicer.org
www.registretumeursenfants.ch

Office fédéral de la statistique (OFS)
Neuchâtel 2016

Editeurs	Office fédéral de la statistique (OFS), Institut National pour l'Épidémiologie et l'Enregistrement du Cancer (NICER), Registre Suisse du Cancer de l'Enfant (RSCE)
Complément d'information	Service d'information Santé, OFS, Section Santé, tél. + 41 (0)58 463 67 00, gesundheit@bfs.admin.ch
Auteurs	Volker Arndt, Anita Feller, Dimitri Hauri, Rolf Heusser, Christoph Junker, Claudia Kuehni, Matthias Lorez, Verena Pfeiffer, Elodie Roy, Matthias Schindler
Direction de projet	Elodie Roy (OFS)
Comité de pilotage	Ulrich Wagner, OFS; Rolf Heusser, NICER; Claudia Kuehni, RSCE
Lectorat	Wolfgang Wettstein (allemand), Jean-François Marquis et Walter Weiss (français)
Diffusion	Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel Tél. + 41 (0)58 463 60 60, fax + 41 (0)58 463 60 61, order@bfs.admin.ch
Numéro de commande	1178-1500
Prix	31 francs (TVA excl.)
Série	Statistique de la Suisse
Domaine	14 Santé
Langue du texte original	Allemand et français
Traduction	Services linguistiques de l'OFS Le présent rapport est également disponible en allemand, en italien et en anglais.
Page de couverture:	OFS; concept Netthoevel & Gaberthüel, Bienne; photo: © Uwe Bumann – Fotolia.com
Graphisme/Layout	Section DIAM, Prepress/Print
Copyright	OFS, Neuchâtel 2016 La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée
ISBN	978-3-303-14236-3

Table des matières

Remerciements	5	4.5 Cancer du foie	43
Préfaces	6	4.6 Cancer du pancréas	48
L'essentiel en bref	9	4.7 Cancer du larynx	53
1 Introduction	11	4.8 Cancer du poumon	57
2 Introduction aux données et méthodes	12	4.9 Mésothéliome de la plèvre	62
2.1 Sources et qualité des données	12	4.10 Mélanome de la peau	66
2.2 Présentation du contenu	12	4.11 Cancer du sein	71
3 Généralités sur le cancer en Suisse	15	4.12 Cancer de l'utérus	75
3.1 Nouveaux cas et décès	15	4.13 Cancer de l'ovaire	80
3.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population	18	4.14 Cancer de la prostate	83
3.3 Facteurs de risque et prévention	21	4.15 Cancer du testicule	86
3.4 Stratégies de prévention	22	4.16 Cancer du rein	89
3.5 Les cancers de l'enfant	23	4.17 Cancer de la vessie	93
4 Localisations cancéreuses	25	4.18 Cancer du cerveau et du système nerveux central	98
4.1 Cancer de la cavité buccale et du pharynx	26	4.19 Cancer de la thyroïde	102
4.2 Cancer de l'œsophage	30	4.20 Lymphome de Hodgkin	106
4.3 Cancer de l'estomac	34	4.21 Lymphome non hodgkinien	110
4.4 Cancer colorectal	38	4.22 Leucémies	114
		4.23 Autres cancers et cancers de siège indéterminé	121

5	Les cancers chez les enfants	124
5.1	Nouveaux cas et décès	124
5.2	Taux de survie et nombre de malades dans la population	126
5.3	Traitement	127
5.4	Facteurs de risque et prévention	128
6	Conclusions et perspectives	131
7	Glossaire	133
8	Bibliographie	136
9	Abréviations	138

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).

Christine Bouchardy-Magnin; Registre genevois des tumeurs (depuis 1970)

Murielle Bochud, Rafael Blanc Moya; Registre vaudois des tumeurs (depuis 1974)

Murielle Bochud, Manuela Maspoli; Registre neuchâtelois et jurassien des tumeurs (depuis 1974 pour Neuchâtel et 2005 pour le Jura)

Silvia Ess; Krebsregister St.Gallen-Appenzel (depuis 1980)

Silvia Dehler; Krebsregister der Kantone Zürich und Zug (depuis 1980 pour Zurich et 2011 pour Zoug)

Mohsen Mousavi; Krebsregister beider Basel (depuis 1981)

Silvia Ess; Krebsregister der Kantone Graubünden und Glarus (depuis 1989 pour les Grisons et 1992 pour Glaris)

Isabelle Konzelmänn; Registre valaisan des tumeurs (depuis 1989)

Andrea Bordini; Registro Tumori del Canton Ticino (depuis 1996)

Bertrand Camey; Registre fribourgeois des tumeurs (depuis 2006)

Joachim Diebold; Zentralschweizer Krebsregister (depuis 2010 pour Lucerne et 2011 pour Uri, Obwald et Nidwald)

Anne Schmidt; Krebsregister des Kantons Thurgau (depuis 2012)

Martin Adam, Ivan Curjurić; Krebsregister Aargau (depuis 2013)

Aurel Perren, Andrea Jordan; Krebsregister Bern (depuis 2014)

Préfaces

À un moment ou à un autre de notre vie, nous sommes toutes et tous confrontés au cancer: quatre personnes sur dix développent un cancer, et nous sommes nombreux à connaître un parent ou un ami à qui cette maladie a été diagnostiquée. Chaque année, 38'000 personnes apprennent qu'elles ont un cancer et cette tendance est en hausse en raison du vieillissement de la population.

Ce n'est pas seulement le nombre de nouveaux cas de cancer qui augmente, mais également celui des personnes qui survivent à un cancer grâce aux progrès en matière de diagnostic et de traitement. Environ 300'000 personnes ayant reçu un diagnostic de cancer vivent actuellement en Suisse. Elles étaient deux fois moins nombreuses il y a vingt-cinq ans.

Notre société est confrontée au fait que le cancer devient une maladie chronique. Cela signifie beaucoup de souffrance, mais aussi des défis importants pour le système de santé, financiers et en termes de personnel.

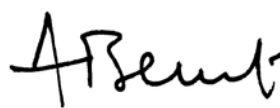
La Confédération et les cantons ont répondu à cette évolution en élaborant la «Stratégie nationale contre le cancer 2014–2017». Les principaux domaines d'action en matière de prévention, de soins et de recherche y

sont définis. Le Conseil fédéral a fait de la lutte contre le cancer un but important de sa stratégie globale «Santé2020».

Une analyse statistique régulière des données sur le cancer est indispensable pour assurer une prévention et un dépistage efficaces, pour évaluer les progrès dans le diagnostic et pour organiser au mieux le système de santé. Ce deuxième rapport sur le cancer de l'Office fédéral de la statistique (OFS), de l'Institut National pour l'Epidémiologie et l'Enregistrement du cancer (NICER) et du Registre Suisse du Cancer de l'Enfant (RSCE) est un outil important dans ce but. Un autre instrument viendra bientôt s'y ajouter avec la nouvelle loi fédérale sur l'enregistrement des maladies oncologiques: elle permettra un enregistrement exhaustif et uniforme des cas de cancer en Suisse et des comparaisons internationales.

Nos connaissances sur le cancer sont encore lacunaires: pourquoi la maladie se déclare-t-elle? Comment la détecter le plus tôt possible? Comment organiser au mieux une prise en charge coordonnée des patients? Pour cette raison, il est indispensable d'améliorer constamment les données disponibles.

Berne, janvier 2016



Alain Berset
Conseiller fédéral
Chef du Département fédéral de l'intérieur

Environ 40% de la population suisse développent un cancer au cours de la vie, et approximativement 17'000 personnes meurent chaque année des suites de cette maladie. Dans ce contexte, un monitoring national du cancer, et donc l'enregistrement exhaustif de tous les cas de cancers dans l'ensemble de la Suisse, est extrêmement important pour la politique de santé et d'un point de vue social. Les responsables politiques, les médecins et les organisations professionnelles doivent pouvoir s'appuyer sur ces données épidémiologiques pour prendre des décisions fondées en matière de prévention et de thérapie des maladies cancéreuses.

Actuellement, les données sur le cancer sont recueillies et enregistrées systématiquement dans vingt-trois cantons. Ces données sont également regroupées par NICER (Institut National pour l'Epidémiologie et l'Enregistrement du Cancer) en vue de leur exploitation. Une loi fédérale sur l'enregistrement des maladies oncologiques, préparée par le Département fédéral de l'intérieur (DFI) est prévue

pour 2018; elle permettra l'enregistrement des cas de cancer dans l'ensemble de la Suisse. Le but du projet de loi est entre autres de compléter les données épidémiologiques existantes avec des données sur l'évolution de la maladie et des traitements. Les données des registres des tumeurs pourront ainsi être utilisées à l'avenir afin de contrôler la qualité des prises en charge en oncologie et pour créer des bases fiables en vue d'optimiser les thérapies et d'améliorer la qualité de vie des patients. Le présent rapport se fonde sur les données des registres cantonaux des tumeurs, de l'Office fédéral de la statistique (OFS) et du Registre Suisse du Cancer de l'Enfant (RSCE). La fondation NICER exprime ses remerciements à ses partenaires pour leur excellente collaboration. L'étape suivante consistera à intégrer les résultats dans la «Stratégie nationale contre le cancer 2014–2017», stratégie à laquelle la fondation NICER travaille étroitement avec ses partenaires nationaux.

Zurich, janvier 2016



Prof. Dr. med. Giorgio Nosedà
Président de la fondation NICER

Le cancer peut survenir à tout âge, depuis la naissance jusqu'aux âges les plus avancés. Le cancer de l'enfant n'est certes pas fréquent, néanmoins environ 190 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année en Suisse. Même si une grande partie de ces patients peut être guérie, le cancer représente toujours la deuxième cause de mortalité chez l'enfant.

Les cancers de l'enfant diffèrent des cancers de l'adulte sur de nombreux points: pas seulement concernant leur fréquence, mais aussi et surtout concernant leur nature, leur évolution dans l'organisme et leur réponse à la thérapie. De plus, nous avons à faire chez les enfants à des organismes encore en croissance et en développement, qui réagissent de manière particulièrement sensible à certaines formes de thérapie. La maladie et le traitement entraînent souvent beaucoup de désespoir, d'incertitudes et de tensions et représentent un énorme défi pour la famille et l'entourage. Un suivi et un soutien global, par des professionnels engagés issus de différentes disciplines, est indispensable.

Seul un enregistrement à l'échelle nationale de données épidémiologiques, comme l'âge et le lieu de domicile, le type de cancer, son traitement et son évolution, ainsi que de nombreuses autres données importantes, peut fournir des informations précises sur la fréquence des différents types de cancer et leurs chances de guérison. De possibles causes, correspondant à des facteurs de risque externes, de même que les conséquences à long terme de la maladie et de son traitement doivent pouvoir être étudiées et analysées même des années plus tard si l'on veut influencer favorablement à long terme sur la survie de la maladie et les chances de guérison. Le Registre Suisse du Cancer de l'Enfant (RSCE) est un registre national des cas de cancer de l'enfant en Suisse basé sur la population. Il recense tous les nouveaux cas de cancer, documente leur traitement et permet des études longitudinales. Il apporte ainsi une contribution importante pour comprendre les causes du cancer, pour le prévenir, pour améliorer son traitement et pour éviter des conséquences à long terme.

Zurich, janvier 2016



Prof. Dr. Felix Niggli
Président du Groupe d'Oncologie Pédiatrique Suisse
SPOG

L'essentiel en bref

Le nombre de cas de cancer augmente ...

Pendant la période 2008–2012, environ 21'000 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués chaque année chez les hommes et 17'500 chez les femmes. Comparé à la période 2003–2007, ce sont pour chaque sexe 2000 cas de plus qui ont été diagnostiqués. En 2015, les estimations portent à environ 42'000 le nombre de nouveaux cas de cancer, 23'000 dans la population masculine et 19'000 dans la population féminine.

... car la population vieillit

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, le risque de cancer a très peu varié entre 1998 et 2012. Les taux standardisés, c'est à dire corrigés de l'évolution démographique, ont augmenté de seulement 1% chez les femmes et ils ont même diminué de 4% chez les hommes.

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 53% des nouveaux cas de cancer diagnostiqués chaque année. Chez la femme, 51% 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 présent rapport contient des données détaillées sur 22 types de cancer; des informations sur d'autres cancers plus rares y figurent également pour la première fois.

Des risques qui évoluent différemment selon les types de cancer

Entre 1998 et 2012, les taux d'incidence du mélanome de la peau et du cancer de la thyroïde ont continué à augmenter chez les deux sexes. Il en est de même pour le cancer du poumon chez la femme. En revanche, les

taux d'incidence ont nettement diminué pour le cancer du larynx, le cancer de l'estomac et le cancer du col de l'utérus.

La mortalité diminue pour la plupart des cancers

Entre 1983 et 2012, les taux de mortalité standardisés par âge ont baissé de 27% chez la femme et de 36% chez l'homme. Depuis 1998, la mortalité a surtout diminué pour les cancers du larynx, de l'estomac, du col de l'utérus, du sein et de la prostate, ainsi que pour le cancer colorectal et pour le lymphome non hodgkinien. Le taux de mortalité du cancer du poumon a diminué uniquement dans la population masculine; il continue de croître fortement dans la population féminine.

Environ 16'000 personnes décèdent chaque année du cancer

Chaque année, 9000 hommes et 7000 femmes décèdent du cancer. En Suisse, 30% des décès chez les hommes et 23% chez les femmes sont dus au cancer. Chez les hommes, 22% des décès par cancer sont dus au cancer du poumon, 15% au cancer de la prostate et 10% au cancer colorectal. Chez les femmes, 19% des décès par cancer sont dus au cancer du sein, 15% au cancer du poumon et 10% au cancer colorectal. Globalement, le cancer du poumon est la première cause de décès par cancer, avec 3000 décès par an.

En comparaison européenne, la Suisse affiche des taux d'incidence moyens et de faibles taux de mortalité

Comparée aux autres pays européens, la Suisse a, pour tous les cancers réunis, un taux d'incidence moyen chez les hommes et bas chez les femmes. Le mélanome de la peau, très fréquent en Suisse, fait exception. Toutefois, la mortalité pour ce cancer est très basse en comparaison européenne: la Suisse a le deuxième taux de mortalité le plus faible chez les hommes et le taux de mortalité le plus faible chez les femmes.

Les chances de survie sont bonnes pour de nombreux cancers

Les chances de survie dépendent non seulement du type de cancer, mais 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 cancer de la thyroïde, le cancer de la prostate, le lymphome hodgkinien et le cancer du sein. En revanche, moins de 20% des personnes sont encore en vie cinq ans après un diagnostic de cancer du foie, de cancer du poumon, de cancer du pancréas, de mésothéliome ou de leucémie myéloïde aiguë. En Suisse, les taux de survie à cinq ans figurent parmi les plus élevés d'Europe.

En Suisse, 317'000 personnes vivent avec un diagnostic de cancer

En Suisse, environ 170'000 femmes et 147'000 hommes vivent avec un diagnostic de cancer. Pour 55'000 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 60'000 personnes, le diagnostic date de deux à cinq ans: ces personnes continuent d'avoir besoin d'un suivi et de contrôles réguliers. Quant aux 200'000 personnes diagnostiquées depuis plus de cinq ans, elles sont certes 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.

Bien que rares, les cancers de l'enfant sont la deuxième cause de décès durant l'enfance

Chaque année, environ 190 enfants développent un cancer, et 28 en meurent. Les cancers les plus fréquents sont les leucémies (34%), les tumeurs du système nerveux central (21%) et les lymphomes (11%). Les chances de guérison se sont beaucoup améliorées et atteignent actuellement 80%. Pour les cancers de l'enfant, la Suisse compte parmi les pays où les traitements donnent les meilleurs résultats.

De nombreux cancers sont liés à des facteurs comportementaux et environnementaux

Les facteurs de risque, lorsqu'ils sont connus, sont généralement liés au mode de vie, aux habitudes de consommation (p.ex. tabagisme, consommation excessive d'alcool et mauvaise alimentation) ainsi qu'à une exposition à des polluants et à des rayonnements sur le lieu de travail ou dans l'environnement. La fumée du tabac, la pollution de l'air par les particules fines ainsi que le radon accroissent fortement le risque de cancer du poumon. Pour le cancer colorectal, l'effet néfaste de la consommation d'alcool et d'une consommation importante de viande rouge ou de viande transformée est avéré. Les mélanomes de la peau sont causés par une trop forte ou trop longue exposition au soleil.

La prévention est possible

Pour de nombreux types de cancers, la prévention consiste en premier lieu à éviter le plus possible l'exposition aux facteurs de risque, le plus important étant le tabac. La consommation de légumes et fruits frais et l'exercice physique sont bénéfiques pour la santé et ont un effet protecteur contre le cancer. Certaines mesures médicales ont aussi un effet préventif. C'est le cas de la vaccination contre l'hépatite B (facteur de risque du cancer du foie) et contre le papillomavirus humain (HPV; facteur de risque du cancer du col de l'utérus).

Des données encore incomplètes

Les résultats présentés dans ce rapport sur les nouveaux cas de cancer et les pronostics chez les adultes se basent sur les données de douze registres cantonaux et régionaux, qui enregistrent les cas de cancer dans tous les cantons romands (FR, VD, VS, BE, NE, JU), au Tessin et dans une partie des cantons alémaniques (ZH, LU, GL, BS, BL, SR, SI, SG, GR). Ces douze registres couvrent 62% de la population suisse. Le recensement des cas de cancer au sein de la population a été étendu depuis à d'autres cantons et couvrira l'ensemble de la Suisse dès l'entrée en vigueur de la nouvelle loi fédérale sur l'enregistrement des maladies oncologiques. Le Registre Suisse du Cancer de l'Enfant recense les cas de cancer chez l'enfant de toute la Suisse.

1 Introduction

Contexte et objectif: chaque année en Suisse, environ 38'500 personnes apprennent qu'elles ont un cancer, et plus de 16'000 décèdent de cette maladie. Parmi les causes de décès, le cancer est la maladie à l'origine du plus grand nombre d'années potentielles de vie perdues avant 70 ans.

Ce second rapport sur le cancer en Suisse contient les derniers chiffres sur l'évolution du cancer en Suisse, des estimations nationales de l'incidence et de la mortalité ainsi que des comparaisons régionales.

Sources des données: les données qui ont servi à l'élaboration du rapport sont issues de la statistique des causes de décès, des registres des tumeurs mis en place dans les cantons à partir de 1970 et du Registre suisse du cancer de l'enfant qui a été institué en 1976.

La statistique des causes de décès est un relevé exhaustif des décès dans la population suisse. Les données des registres des tumeurs utilisées pour ce rapport couvrent 62% de la population suisse. Depuis 2006, la couverture est totale pour la Suisse romande et le Tessin. On peut ainsi aujourd'hui estimer l'incidence annuelle (nombre de nouveaux cas) pour la Suisse romande et le Tessin ainsi que pour la Suisse alémanique et l'extrapoler pour toute la Suisse. Les données des registres des tumeurs et celles de la statistique des causes de décès se complètent. Il n'est en effet pas possible de tirer des conclusions au sujet du taux d'incidence à partir du taux de mortalité.

Ce rapport est le fruit d'une collaboration entre l'Office fédéral de la statistique (OFS), l'Institut National pour l'Épidémiologie et l'Enregistrement du Cancer (NICER) et le Registre Suisse du Cancer de l'Enfant (RSCE).

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 et les facteurs de risque.

Les 22 principaux types de cancer (localisations) sont détaillés dans le chapitre 4. Chaque sous-chapitre contient une brève information au sujet du code de la classification internationale des maladies (CIM-10) correspondant au type de cancer en question ainsi que des organes et des tissus atteints. Sont ensuite décrits la fréquence des nouveaux cas et des décès selon le sexe, les différences par âge et par région, les évolutions temporelles et les taux de survie. Lorsque les données sont disponibles, le nombre de personnes vivant en Suisse avec un diagnostic du cancer en question (prévalence) est également publié. Les facteurs de risque comportementaux et environnementaux identifiés dans la littérature scientifique sont présentés à la fin de chaque sous-chapitre. La dernière section du chapitre 4 traite brièvement de quelques cancers rares.

Le cancer est d'abord une maladie liée à l'âge et il est relativement rare dans l'enfance. Toutefois, il est la deuxième cause de mortalité chez l'enfant. Le cancer chez l'enfant fait donc l'objet du chapitre 5.

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 du projet de loi fédérale sur l'enregistrement des maladies oncologiques actuellement en préparation.

Références et informations complémentaires: les références bibliographiques sont rassemblées à la fin de chaque chapitre sous forme de notes numérotées. Les lettres renvoient à des notes de bas de page contenant des explications complémentaires se rapportant aux textes. 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

NICER – www.nicer.org

RSCE – 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 1983 à 2012. Les données sur les nouveaux cas de cancer sont issues des registres cantonaux et régionaux des tumeurs (C1). Elles sont compilées par l'Institut National pour l'Epidémiologie et l'Enregistrement du Cancer (NICER). Pour la période 2008–2012, les registres couvrent toute la population de Suisse romande et du Tessin. Pour cette même période, les données des registres couvrent 45% de la population de Suisse alémanique.

Le présent rapport a été élaboré durant l'année 2015. Au début de l'année, les données disponibles dans les registres des tumeurs portaient jusqu'à l'année d'observation 2012. Cet intervalle est dû aux importants travaux nécessaires pour l'enregistrement, la plausibilisation et le contrôle de l'exhaustivité des données. Une comparaison avec la statistique des causes de décès est entre autres nécessaire. Les données de cette statistique étaient disponibles au printemps 2014.

Les données sur les cas de cancer chez l'enfant proviennent du Registre suisse du cancer de l'enfant (RSCE), qui répertorie les tumeurs pédiatriques pour l'ensemble du pays depuis 1976. Les chiffres sur la mortalité sont extraits de la statistique des causes de décès de l'Office fédéral de la statistique (OFS), qui est établie elle aussi sur la base d'un relevé exhaustif. Les données démographiques nécessaires au calcul des divers indicateurs (p.ex. incidence et mortalité) proviennent également 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 sont publiées dans un rapport méthodologique séparé (Le cancer en Suisse, rapport 2015. Méthode; cf. www.cancer.bfs.admin.ch).

2.2 Présentation du contenu

Les données sont globalement présentées sous la même forme et dans le même ordre dans les chapitres. Les principaux indicateurs sont commentés et illustrés par des graphiques. Des indicateurs supplémentaires figurent dans un tableau à la fin de chaque chapitre. Les données sont présentées séparément pour les hommes et les femmes, car certains cancers peuvent se développer différemment selon le sexe.

Définition en encadré

Chaque chapitre débute par un encadré qui décrit brièvement le type de cancer et précise son code dans la Classification internationale des maladies (CIM-10). Il s'agit de tenir compte de ces codes lors de la comparaison avec les résultats provenant d'autres sources. Pour les enfants, c'est la Classification internationale du cancer de l'enfant, 3^e révision (ICCC-3) qui sert de référence, compte tenu des spécificités des cancers pédiatriques.

Nouveau cas et décès

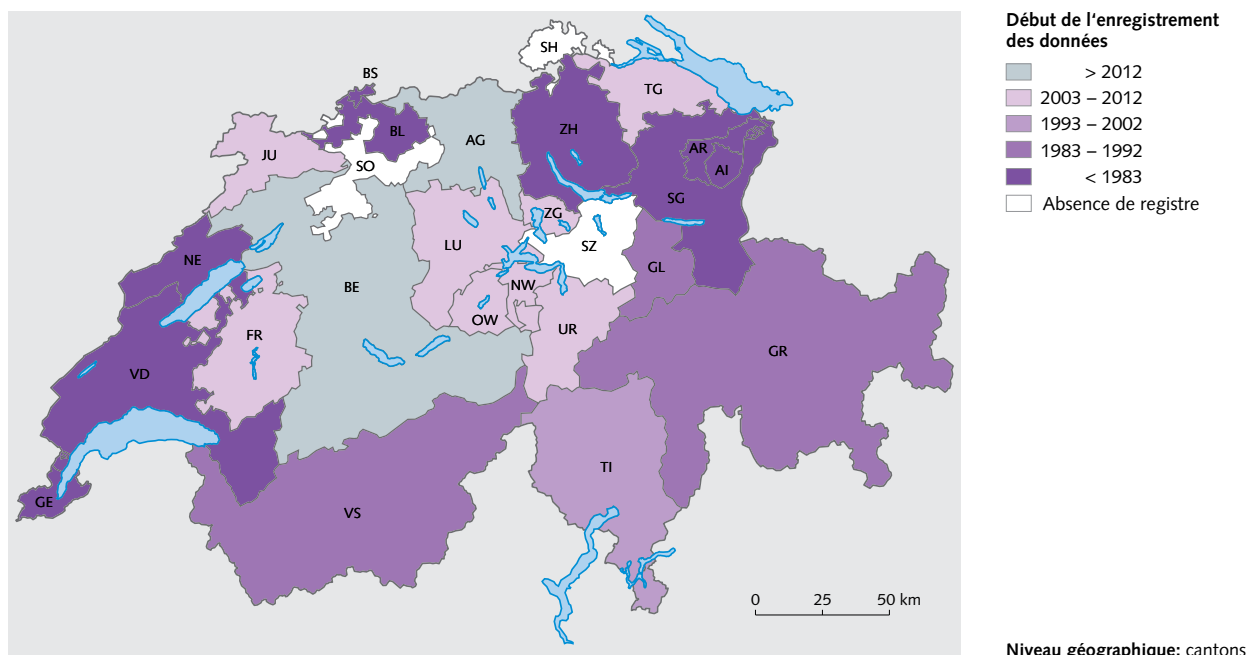
Situation actuelle

Moyennes annuelles: l'importance de chaque type de cancer est illustrée par le nombre d'hommes et de femmes qui développent ce cancer et par le nombre d'hommes et de femmes qui en meurent. Il s'agit du nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer et du nombre annuel moyen de décès pendant la dernière période quinquennale (2008–2012). Les variations aléatoires de ces nombres sont ainsi limitées. Le nombre attendu de nouveaux cas de cancer et de décès pour 2015 est estimé.

Part de tous les cancers: la part de chaque type de cancer par rapport au nombre total des cas de cancer permet de connaître leur importance respective.

Cantons couverts par un registre des tumeurs, en 2015

C 1



Source: NICER, RCT

© OFS, ThemaKart, Neuchâtel 2016

Comparaison hommes/femmes: Le rapport des taux standardisés 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.

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. En effet, le taux d'incidence (nouveaux cas) et le taux de mortalité (décès) varient selon l'âge. Ils dépendent de la structure par âge de la population à un moment donné. Les taux standardisés sont calculés en appliquant les taux par âge observés dans la population étudiée à une population de référence.

Risque de cancer: le *risque vie entière* de cancer correspond au nombre de personnes qui développent un type de cancer au cours de leur vie ou qui en décèdent. Il est calculé avec l'hypothèse d'une espérance de vie moyenne, soit 80 ans pour les hommes et 85 ans pour les femmes. Le tableau montre aussi le risque de développer un cancer ou de mourir d'un cancer avant 70 ans.

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 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 (ex. cancer du testicule) ou tardivement (ex. cancer de la prostate) au cours de la vie.

Age médian: il s'agit de l'âge au-dessus et en dessous duquel ont lieu la moitié des diagnostics et des décès 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 entre la Suisse romande et le Tessin, d'une part, et la Suisse alémanique, d'autre part, sont effectuées à l'aide de taux standardisés. La Suisse romande et le Tessin incluent les cantons de Genève, Vaud, Fribourg, Neuchâtel, Jura, Valais et Tessin. La Suisse alémanique comprend les autres cantons disposant d'un registre (C 1).

Les taux standardisés permettent également de comparer la Suisse avec d'autres pays. Neuf pays européens ont été sélectionnés car ils sont comparables à la Suisse en termes de niveau de vie, de mode de vie et d'environnement. Il existe souvent un lien entre les différences constatées et certains facteurs de risque connus (p.ex. différents niveaux de consommation d'alcool ou de tabac). Pour les comparaisons internationales, il

convient de garder en tête que des différences dans les méthodes de recueil des données peuvent aussi influencer sur les chiffres.

Evolution temporelle

L'évolution au fil du temps est analysée pour les trente dernières années, soit pour la période allant de 1983 à 2012. Ces tendances ont aussi été analysées par classe d'âge selon la subdivision suivante: 20–49 ans, 50–69 ans et 70 ans et plus. Le rapport mentionne uniquement les tendances par classe d'âge qui diffèrent de la tendance générale.

Taux de survie et nombre de malades dans la population (prévalence)

Le taux de survie observé indique la probabilité qu'une personne soit encore en vie cinq ans après un diagnostic de cancer. Le taux de survie relatif tient compte du risque de mourir d'une autre cause pendant ces cinq ans. Plus le taux de survie est bas et plus l'écart entre le taux de survie observé et le taux de survie relatif est petit, plus le risque de mourir de ce cancer est grand. Les taux de survie sont présentés différemment (taux de survie à un an, à cinq ans ou à dix ans) en fonction de la rapidité avec laquelle un cancer spécifique évolue jusqu'au décès.

Les taux de survie sont présentés pour les périodes 1998–2002 et 2008–2012 de façon à mettre en évidence les possibles améliorations thérapeutiques qui seraient intervenues entretemps.

La comparaison entre la Suisse et les neuf autres pays européens sélectionnés porte sur les années 2000–2007, période pour laquelle les données sont disponibles au niveau international.

Pour dix types de cancer, il a été calculé pour les années 2000, 2005 et 2010 le nombre de malades vivant en Suisse deux, cinq, dix ou plus de dix ans après le diagnostic (prévalence). Ce nombre a aussi été estimé pour 2015. La prévalence dépend du taux de survie. Les chiffres sur la prévalence sont utiles pour la planification des soins.

Facteurs de risque

Les textes sur les facteurs de risque reposent essentiellement sur les travaux scientifiques de trois institutions reconnues, soit 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.

Autres indicateurs publiés dans les tableaux à la fin de chacun des chapitres par localisation cancéreuse

Années potentielles de vie perdues (APVP)

Le tableau indique la somme des années potentielles de vie perdues (APVP) avant 70 ans en raison de décès provoqués par un cancer spécifique. Un nombre élevé d'APVP signifie que ce type de cancer touche une population plutôt jeune et qu'il est relativement fréquent.

Estimation du nombre de nouveaux cas et de décès pour 2015

Le nombre de nouveaux cas de cancer et de décès par cancer a été estimé pour 2015. L'estimation s'appuie sur un pronostic des taux d'incidence et de mortalité et sur une estimation de l'évolution démographique jusqu'en 2015 par classe d'âge quinquennale, par sexe, par nationalité et par année selon le scénario moyen de l'évolution de la population (OFS, section Démographie et migration).

Variation annuelle moyenne des taux (taux bruts, taux standardisés par âge), 2003–2012

La variation annuelle moyenne des taux bruts et des taux standardisés est calculée sur la base des dix dernières années.

Risque cumulé avant 70 ans, 2008–2012

Cet indicateur illustre le risque pour une personne de développer un cancer donné entre sa naissance et sa 70e année. Cet indicateur a été calculé à l'aide des taux d'incidence et de mortalité de la période 2008–2012. Le calcul repose sur l'hypothèse que ces taux restent constants tout au long de la vie.

3 Généralités sur le cancer en Suisse

3.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2008 et 2012, environ 20'800 hommes et 17'650 femmes ont développé un cancer chaque année (T 3.1). Les cancers de la prostate (6200 cas), du sein (5700), le cancer colorectal (4200) et le cancer du poumon (4000) totalisent un peu plus de la moitié des cas (G 3.1). Pour l'année 2015, en raison du vieillissement de la population, les estimations portent à 22'600 le nombre de nouveaux cancers chez l'homme et à 19'100 chez la femme (T 3.1).

Le cancer peut survenir à n'importe quel âge, mais le risque augmente avec les années. Le risque d'être atteint d'un cancer avant l'âge de 70 ans est de 25%

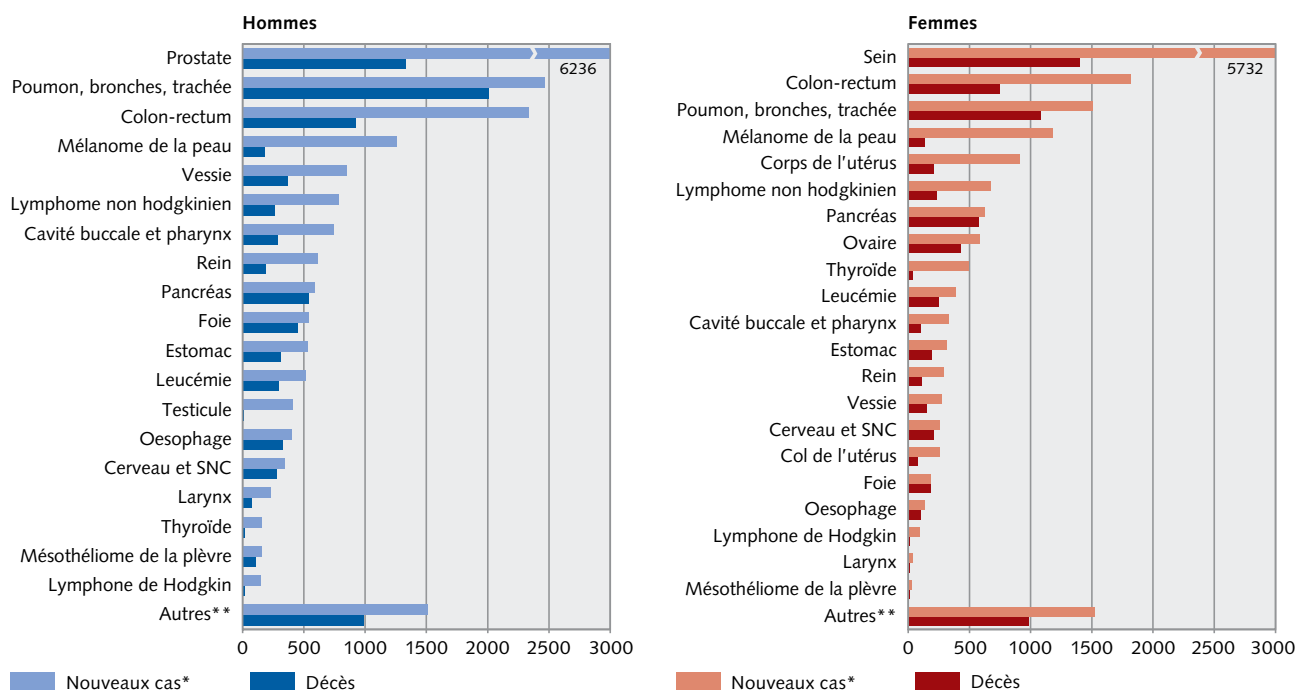
Le terme général de «cancer» s'applique à un grand groupe de maladies qui peuvent toucher n'importe quelle partie du corps. On parle aussi de tumeurs malignes. L'un des traits caractéristiques du cancer est la prolifération de cellules anormales qui envahissent (ou infiltrent) les tissus ou les organes 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.

chez les hommes et de 21% environ chez les femmes. Aujourd'hui, 47% des hommes et 38% des femmes doivent s'attendre à développer un cancer au cours de leur vie. Un homme sur quatre et une femme sur cinq décède d'un cancer (T 3.1).

Nouveaux cas et décès selon la localisation cancéreuse, 2008–2012

G 3.1

Nombre moyen par an



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

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

La relation entre l'incidence et l'âge n'est pas la même selon le sexe (G 3.2). Avant 55 ans, les femmes sont plus touchées par le cancer que les hommes. Après cet âge, le rapport s'inverse: chez les plus de 65 ans, le taux d'incidence du cancer chez l'homme est presque deux fois plus élevé que chez la femme.

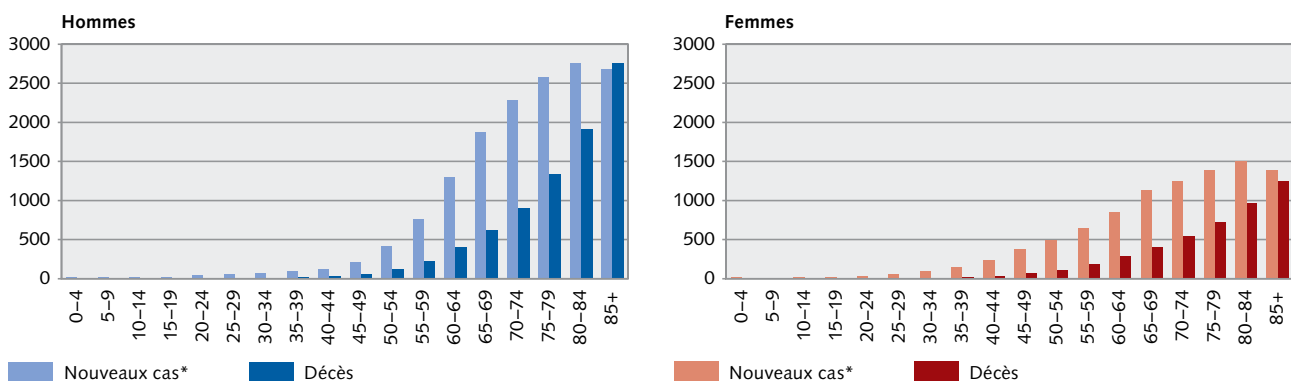
Environ 16'000 personnes (près de 9000 hommes et 7250 femmes) sont décédées chaque année d'un cancer au cours de la période 2008–2012. Pour 2015, les estimations portent à plus de 17'000 le nombre de décès par cancer.

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 (22% des décès par cancer). Suivent le cancer de la prostate (1300 décès) et le cancer colorectal (920 décès), responsables pour le premier de 15% et pour le second de 10% des décès par cancer. Chez les femmes, le cancer du sein, avec 1400 décès par an (19%), est la principale cause de décès par cancer. Suivent le cancer du poumon (1080 décès, 15%) et le cancer colorectal (745 décès, 10%) (G 3.1).

Ensemble des cancers selon l'âge, 2008–2012

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

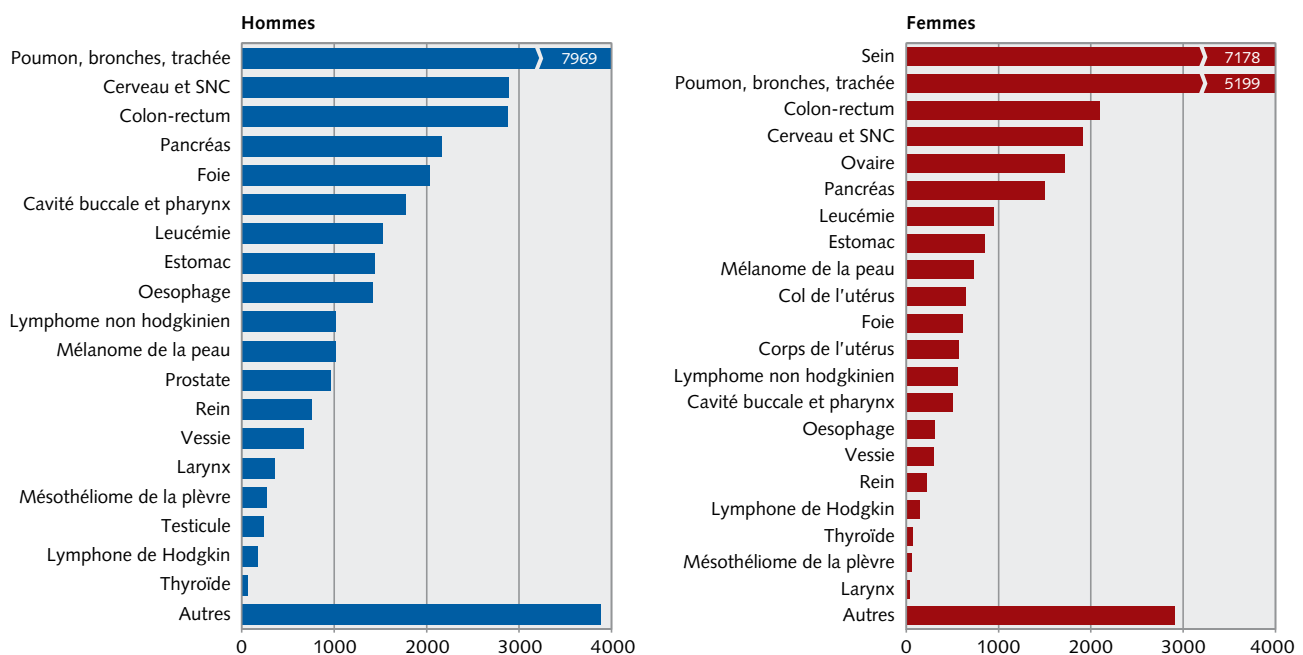
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Années potentielles de vie perdues (APVP) selon la localisation cancéreuse, 2008–2012

G 3.3

APVP avant 70 ans, nombre moyen par an



Source: OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Le nombre de décès ne renseigne toutefois 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, surtout dans les classes d'âge les plus jeunes. Le cancer est la maladie responsable du plus grand nombre d'années de vie perdue avant 70 ans (62'500 années potentielles de vie perdues au total par année civile), loin devant les accidents et autres causes de décès dues à des événements externes (43'300 APVP) et les maladies du système cardio-vasculaire (26'400 APVP)¹. Certes, 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. Les tumeurs du cerveau arrivent en deuxième position chez les hommes et en quatrième position chez les femmes si l'on considère les APVP (G 3.3).

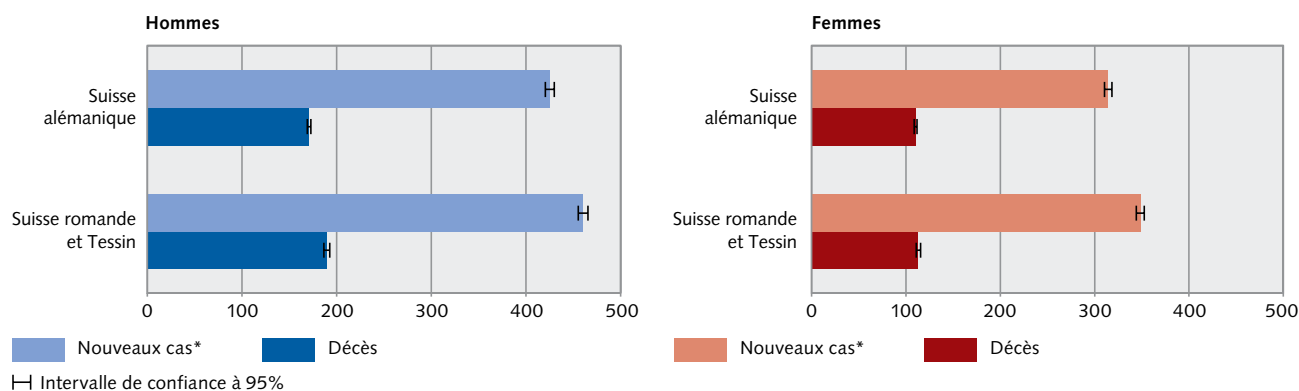
Comparaisons régionales et internationales

D'une manière générale, les cas de cancer sont significativement 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. Outre ces habitudes de consommation différentes, d'autres facteurs, comme une possible différence dans le recours aux prestations

Ensemble des cancers: comparaison régionale, 2008–2012

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

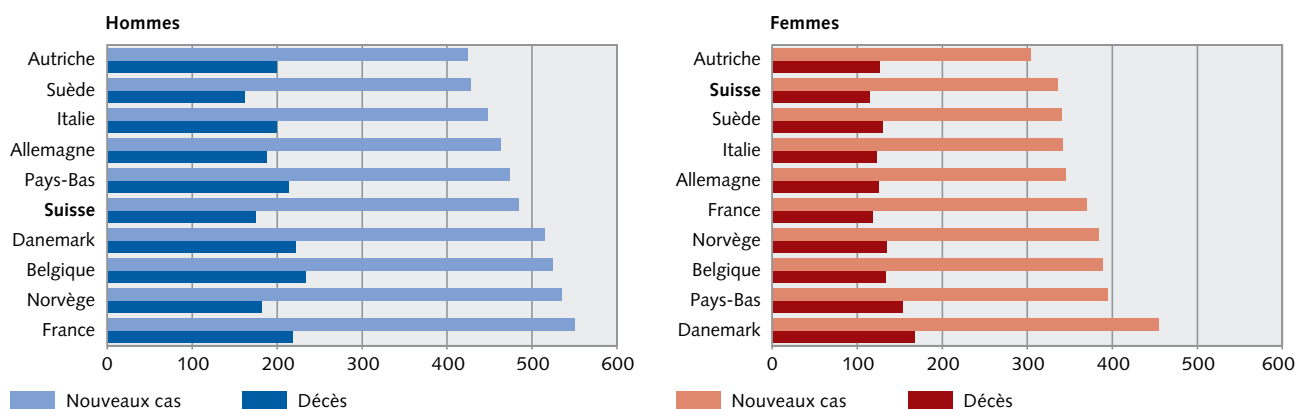
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Ensemble des cancers: comparaison internationale, 2012

G 3.5

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



Source: Ferlay J. et al. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012

© OFS, Neuchâtel 2016

médicales, pourraient entrer en ligne de compte pour expliquer ces différences. Ainsi, lors de l'examen des différences régionales de taux d'incidence du cancer du sein (G 4.11.2), il faut prendre en considération l'existence depuis plusieurs années de programmes de dépistage par mammographie couvrant toute la Suisse romande. Pour la mortalité, les différences régionales sont moins marquées.

En comparaison internationale, la Suisse se situe dans la moyenne européenne si l'on considère l'incidence du cancer chez les hommes. Pour ce qui est de l'incidence du cancer chez les femmes, la Suisse affiche les taux les plus bas après l'Autriche (G 3.5). En ce qui concerne les taux de mortalité, la Suisse a le deuxième taux le plus bas chez les hommes et le taux le plus bas chez les femmes.

Evolution temporelle

Au cours des trente dernières années, les taux de mortalité standardisés par âge ont diminué de 27% chez les femmes et de 36% chez les hommes. Dans le même temps, les taux d'incidence ont à l'inverse légèrement progressé. Au cours de la dernière période (2008–2012), un faible recul des taux d'incidence est toutefois observable en comparaison des années précédentes, au moins chez les hommes, alors que chez les femmes, les taux d'incidence semblent stagner (G 3.6).

L'évolution de l'incidence et de la mortalité entre 1998 et 2012 varie selon les localisations cancéreuses. Pour le cancer de la thyroïde et le mélanome, une nette hausse de l'incidence est observable dans les deux sexes (G 3.7). Si, pour le mélanome, l'augmentation de l'incidence est probablement due à un accroissement du risque et à une meilleure détection due à une sensibilisation accrue, elle s'expliquerait plutôt, pour le cancer de la thyroïde, par l'amélioration des méthodes d'investigation et donc par une détection plus précoce des cas. En effet, dans le même temps, les taux de mortalité pour ce cancer ont reculé de 24% chez les hommes et de 37% chez les femmes.

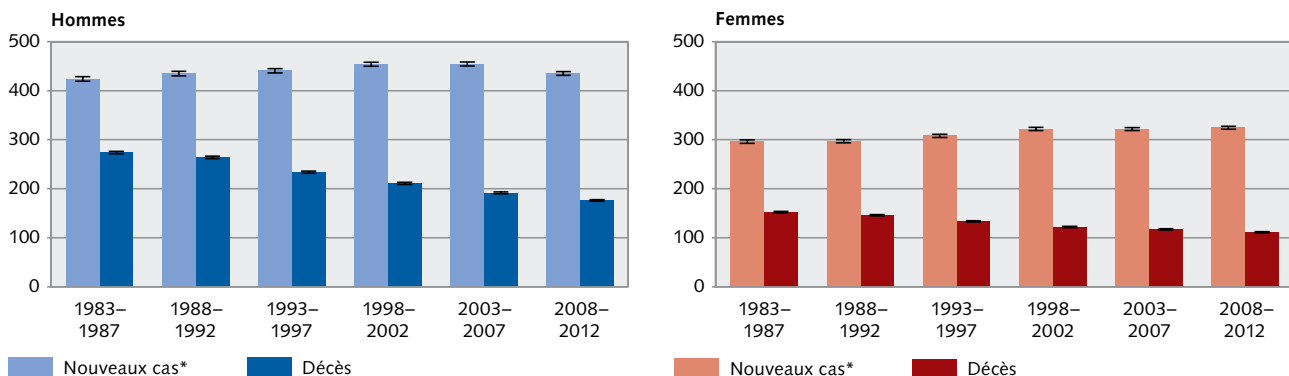
3.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

Durant la période 2008–2012, 57% des hommes et 62% des femmes étaient encore en vie cinq ans après un diagnostic de cancer (taux de survie observé). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans atteint, toutes localisations cancéreuses confondues, 65% chez les hommes et 68% chez les femmes (taux de survie relatif; G 3.8). Cela représente une hausse de respectivement 9 et 6 points de pourcentage par rapport à la période 1998–2002 (hommes: 56%; femmes: 62%). Cette hausse s'explique en premier lieu par une détection plus précoce des tumeurs (p.ex. cancer du sein) et par des améliorations thérapeutiques (dont l'introduction de la thérapie utilisant les anticorps contre certaines tumeurs, de la thérapie hormonale contre le cancer du sein).

Ensemble des cancers: évolution temporelle

G 3.6

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



┐ Intervalle de confiance à 95%

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

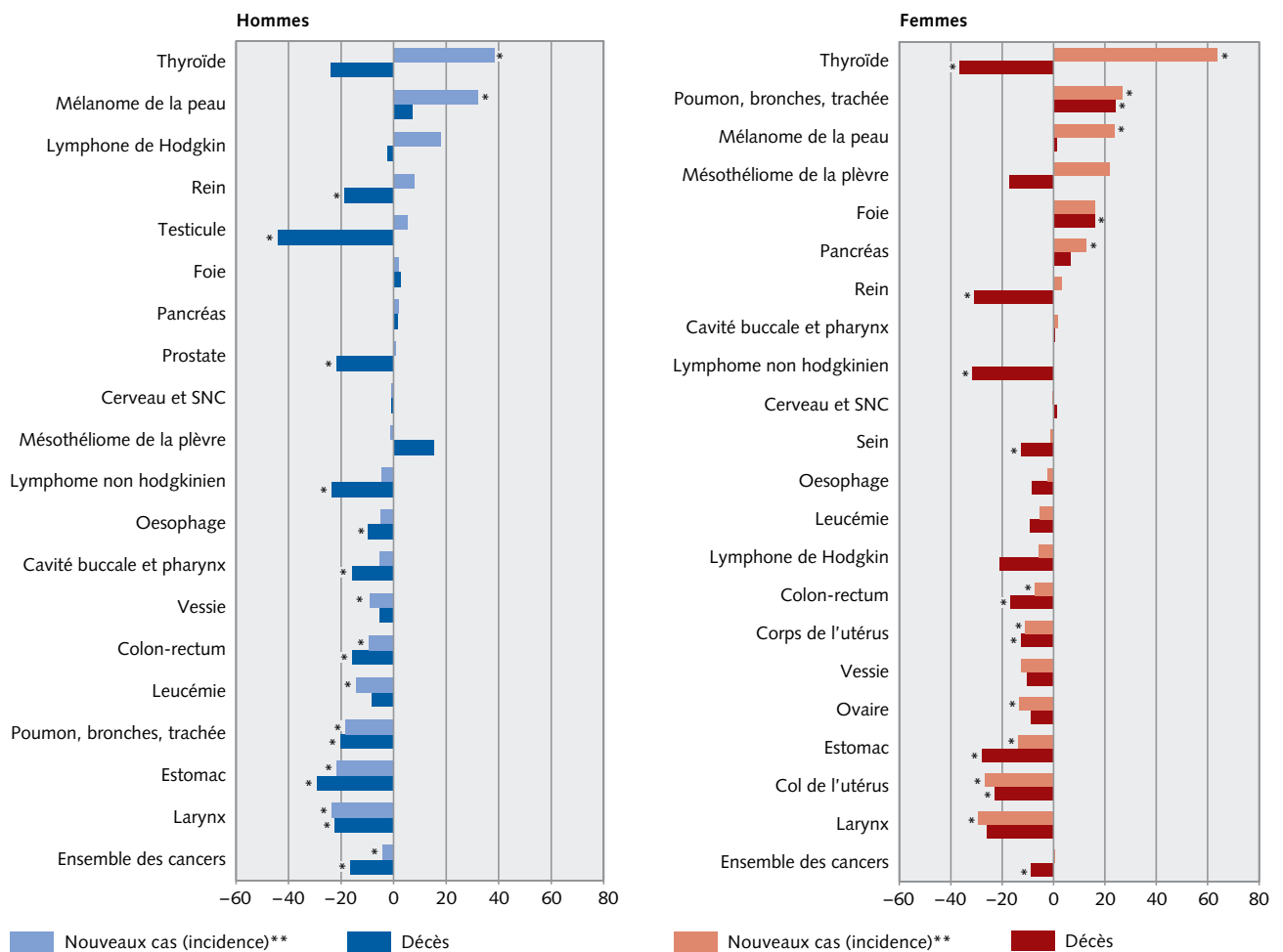
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Evolution des taux d'incidence et de mortalité selon la localisation cancéreuse

G 3.7

Taux standardisés par âge, moyenne 2008–2012 versus 1998–2002, évolution en %

* Evolution statistiquement significative ($p < 0,05\%$)

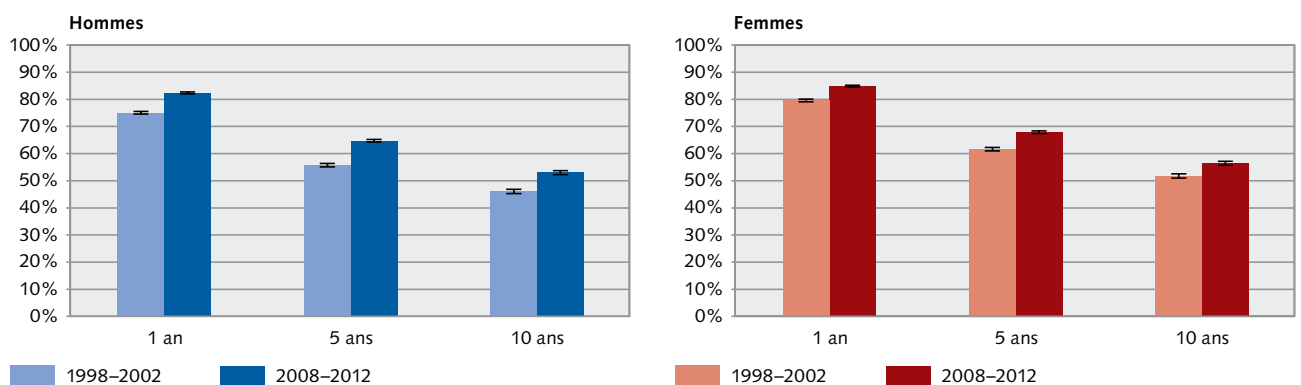
** Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs; sans les cancers non mélaniques de la peau

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

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

G 3.8



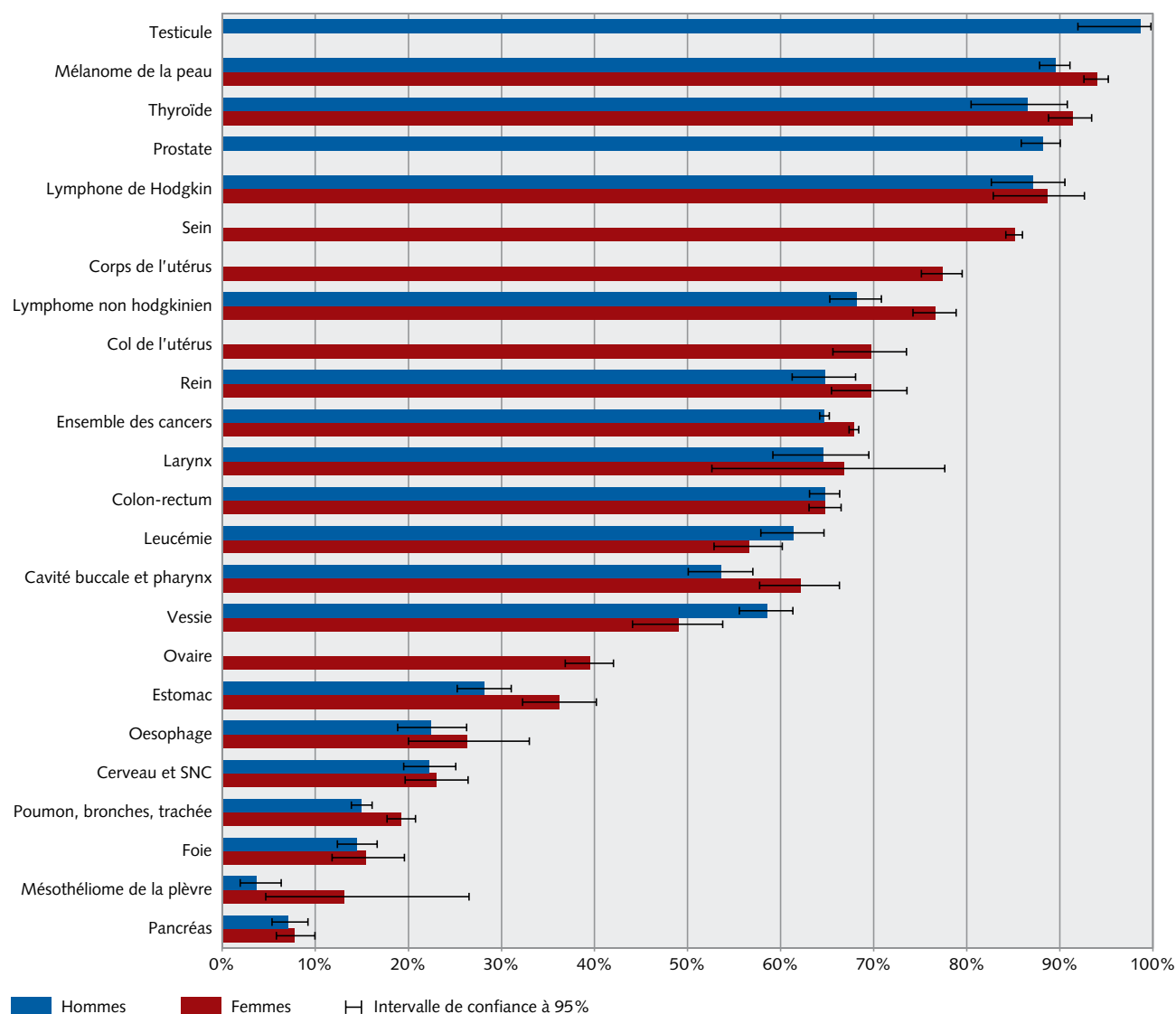
┘ Intervalle de confiance à 95%

Source: NICER

© OFS, Neuchâtel 2016

Survie relative à 5 ans, selon la localisation cancéreuse, 2008–2012

G 3.9



Source: NICER

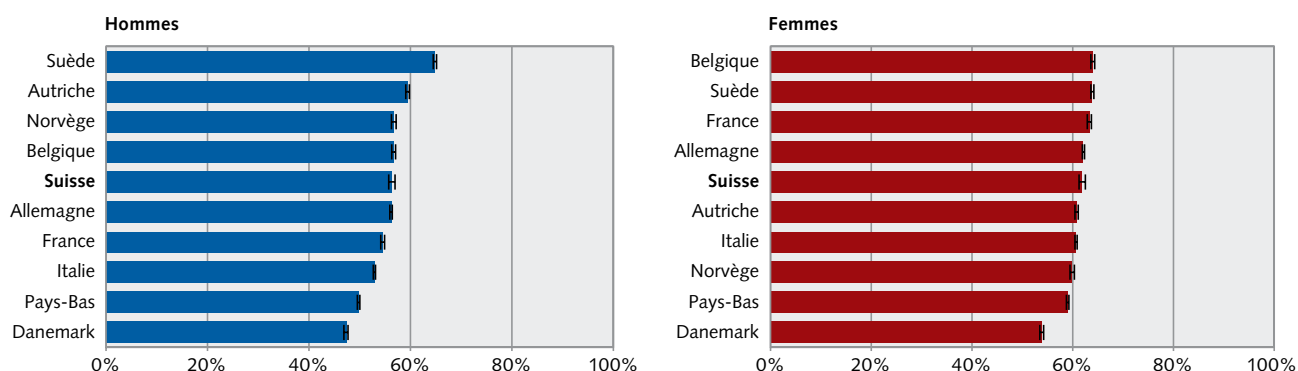
© OFS, Neuchâtel 2016

Les taux de survie ne sont cependant pas les mêmes selon les cancers. Les cancers du foie, du poumon, du pancréas, de même que les leucémies aiguës, le mésothéliome de la plèvre ou les tumeurs du cerveau et du système nerveux central sont des cancers avec un mauvais pronostic. En revanche, le cancer du testicule, le mélanome, le cancer de la thyroïde, le lymphome de Hodgkin et le cancer du sein ont un bon pronostic (G 3.9). En comparaison internationale, la Suisse se situe dans la moyenne supérieure en ce qui concerne les taux de survie, tous types de cancer confondus (G 3.10).

L'amélioration des taux de survie entraîne une hausse de la prévalence. En particulier, le nombre de survivants à long terme (cinq ans et plus après le diagnostic) affiche une forte progression. Actuellement, environ 170'000 femmes et 147'000 hommes vivent en Suisse avec un diagnostic de cancer (estimations pour 2015; G 3.11).

Ensemble des cancers: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, 2000–2007

G 3.10



H Intervalle de confiance à 95%

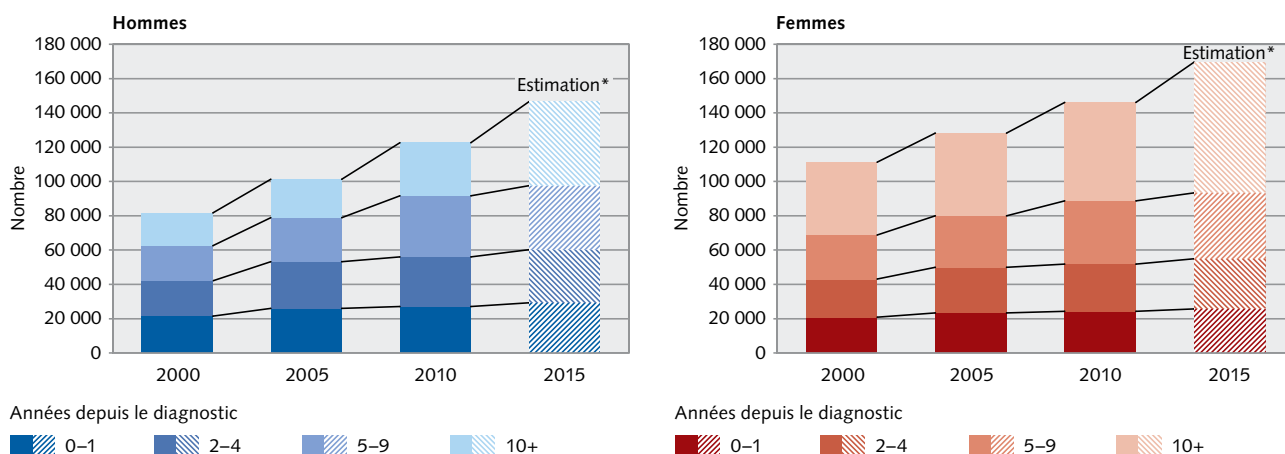
Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France, l'Italie et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète

Source: EUROCARE-5 Database – Survival Analysis 2000–2007

© OFS, Neuchâtel 2016

Ensemble des cancers: nombre de malades (prévalence)

G 3.11



Années depuis le diagnostic

0–1 2–4 5–9 10+

Années depuis le diagnostic

0–1 2–4 5–9 10+

* Projection à partir des données 1981–2010

Source: NICER

© OFS, Neuchâtel 2016

3.3 Facteurs de risque et prévention

Comment le cancer apparaît-il ?

Le cancer se développe généralement à partir d'une seule cellule. 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. Ces modifications résultent en règle générale d'une interaction entre des facteurs génétiques et des facteurs externes (cancérogènes) qui initient ou favorisent le développement du cancer. Ces facteurs externes incluent:

- les cancérogènes physiques, comme le rayonnement ultraviolet et les radiations ionisantes;
- les cancérogènes chimiques, comme l'amiante, le benzène, les composants de la fumée du tabac, l'aflatoxine et l'arsenic;
- les cancérogènes biologiques, comme les infections dues à certains virus, bactéries ou parasites.

La cause exacte de chaque cas de cancer n'est cependant généralement pas connue. Le vieillissement est un autre 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, ce qui permet aux processus à l'origine du cancer de progresser plus rapidement.

Selon des estimations de la Ligue suisse contre le cancer, entre 5% et 10% des cancers sont héréditaires, c'est-à-dire attribuables à des lésions présentes à la naissance déjà dans le patrimoine génétique (ADN) (p.ex. syndrome de Li-Fraumeni ou polypose adénomateuse familiale). Dans 20% d'autres cas (en particulier les cancers du sein, de l'ovaire, de la prostate, le cancer colorectal et le mélanome malin), le cancer trouve son origine dans des troubles héréditaires du métabolisme.

Quels sont les facteurs de risque du cancer?

Le tabagisme, la consommation d'alcool, des facteurs liés au système hormonal, l'obésité, une mauvaise alimentation et la sédentarité sont au niveau de l'ensemble de la population les principaux facteurs de risque de cancer. S'y ajoutent des infections chroniques comme l'hépatite B (VHB), l'hépatite C (VHC), les 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 car elles augmentent entre autres le risque d'un cancer du foie, de l'estomac et de l'utérus.

Comment réduire le risque de cancer?

Il est estimé que plus de 30% des cancers pourraient être évités en modifiant ou en évitant l'exposition aux principaux facteurs de risque.² À lui seul, le tabagisme est responsable dans le monde de 20% de la mortalité par cancer et d'environ 70% des décès par cancer du poumon.

3.4 Stratégies de prévention

L'OMS recommande les stratégies suivantes pour réduire le risque de cancer:

- éviter les facteurs de risque énumérés ci-dessus;
- vacciner contre le virus du papillome humain (VPH) et contre le virus de l'hépatite B (VHB);
- réduire les risques professionnels;
- réduire l'exposition aux rayonnements ionisants et non ionisants.

Détection précoce

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 programmes de dépistage organisés et les diagnostics précoces après l'apparition de premiers symptômes.

Programmes de dépistage (Screening)

Les programmes de dépistage visent à repérer, grâce à des méthodes d'investigation particulières, des anomalies évocatrices d'un cancer ou d'un stade précancéreux chez des personnes sans symptômes. En cas d'anomalie, des examens plus approfondis doivent immédiatement être entrepris. L'efficacité des programmes de dépistage dépend notamment des conditions suivantes:

- La maladie doit représenter un problème majeur de santé publique; en d'autres termes, le risque de maladie doit être relativement élevé.
- Il existe un traitement et les résultats du traitement à un stade précoce de la maladie doivent être supérieurs à ceux obtenus à un stade avancé.
- Le test de dépistage doit prouver ou exclure la présence de la maladie avec la plus grande certitude possible.
- L'examen doit être rapide et peu coûteux.
- Les nuisances engendrées par l'examen doivent être aussi minimales que possible.

Exemples de mesures de dépistage du cancer proposées en Suisse:

- Mammographie pour le dépistage du cancer du sein (programme dans quelques cantons),
- Frottis cervical pour le dépistage du cancer du col de l'utérus,
- Test VPH pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (en préparation),
- Recherche de sang occulte dans les selles et coloscopie (programmes en préparation) pour le dépistage du cancer colorectal.

Diagnostic précoce

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.

T3.1 Ensemble des cancers: principaux indicateurs épidémiologiques

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas*	Décès	Nouveaux cas*	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2008–2012	20 846	8 999	17 650	7 249
Nombre de cas en 2015 (estimé)	22 567	9 602	19 089	7 604
Taux brut (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	541,1	233,6	444,3	182,5
Evolution annuelle moyenne du taux brut, 2003–2012	0,2%	–0,2%	0,7%	–0,1%
Taux brut en 2015 (estimé)	554,7	236,0	459,7	183,1
Taux standardisé (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	435,2	176,1	324,3	111
Evolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2003–2012	–0,9%	–1,7%	0,1%	–1,0%
Age médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2008–2012	68,7	74,6	67,3	75,6
Risque vie entière, 2008–2012	47,2%	26,4%	37,6%	18,8%
Risque cumulé avant 70 ans, 2008–2012	24,9%	7,5%	20,5%	5,5%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne annuelle 2008–2012	–	33 509	–	29 064
	Hommes		Femmes	
Nombre de malades (prévalence) au 31.12.2010	122 628		146 069	
dont diagnostiqués au cours des 5 dernières années	56 000		51 812	
Taux de survie observé à 5 ans, au 31.12.2012	56,7%		62,1%	
Taux de survie relatif à 5 ans, au 31.12.2012	64,7%		67,9%	

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

* Nouveaux cas sans les cancers non mélaniques de la peau

3.5 Les cancers de l'enfant

Le cancer est rare chez l'enfant. En Suisse, chaque année, environ 190 enfants (âgés de 0 à 14 ans) développent un cancer. Les améliorations thérapeutiques de ces dernières années ont permis d'accroître les chances de guérison. Le taux de guérison atteint aujourd'hui 80%.

Pendant l'enfance, les cancers ne sont pas les mêmes que ceux apparaissant à un âge plus tardif. Chez les adultes, les cancers les plus fréquents sont le cancer du poumon, de la prostate, du sein et le cancer colorectal. Il s'agit de cancers qui se développent à partir des tissus de revêtement, la peau ou les muqueuses, appelés épithélium. Chez les enfants, par contre, le cancer du sang (leucémies) et les tumeurs du cerveau sont très fréquents.

Chez les enfants, les tumeurs proviennent de différents types de tissus, par exemple le tissu embryonnaire. Les cancers y sont donc classés selon le type de tissu (histologie) et non selon leur localisation. C'est une autre différence par rapport aux adultes. Le chapitre 5 de ce rapport est consacré au cancer de l'enfant.

Références

- ¹ Office fédéral de la Statistique. Complément au PIB – Indicateurs – Santé – Années potentielles de vie perdues [en ligne] (page consultée le 11/06/2015). www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/00/09/blank/ind42.indicator.420018.420005.html
- ² Organisation mondiale de la santé (OMS). Cancer. Aide-mémoire n° 297, actualisé en février 2015 [en ligne] (page consultée le 11 juin 2015). www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/

4 Localisations cancéreuses

4.1 Cancer de la cavité buccale et du pharynx

4.1.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2008 et 2012, environ 750 hommes et 320 femmes ont été atteints d'un cancer de la cavité buccale et du pharynx en moyenne chaque année. Cette localisation cancéreuse représente 3,6% des cancers chez l'homme et 1,8% des cancers chez la femme. Le risque de développer un cancer de la cavité buccale et du pharynx au cours de la vie est de 1,7% chez les hommes et de 0,8% chez les femmes (soit près de deux hommes sur 100 et d'une femme sur 100; T 4.1.1). Ce type de cancer est plus fréquent chez les hommes avec un taux d'incidence standardisé 2,6 fois plus élevé que chez les femmes.

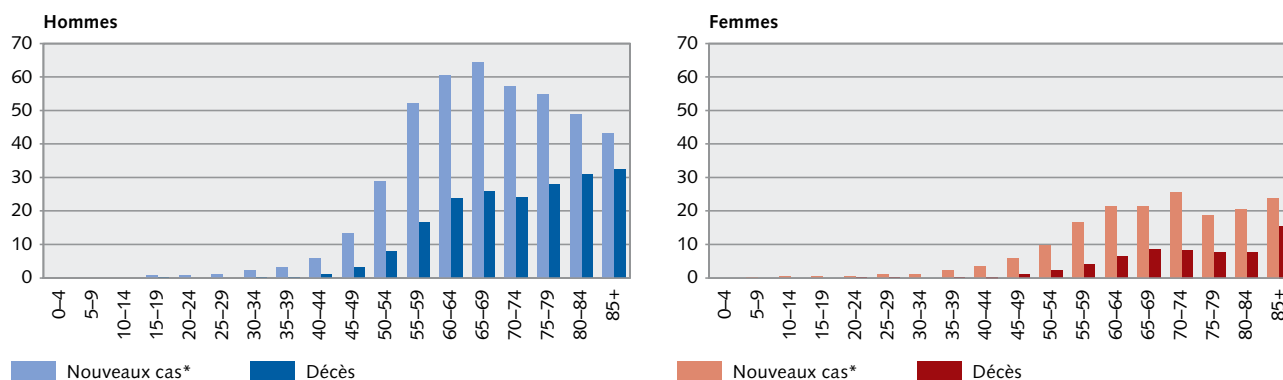
Le cancer de la cavité buccale et du pharynx (C00–C14) regroupe les tumeurs malignes de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx. Il inclut donc aussi les tumeurs malignes du palais, du plancher de la bouche, de la gencive, des glandes salivaires, de l'amygdale et de la langue.¹

Le cancer de la cavité buccale et du pharynx est responsable d'environ 280 décès chez les hommes et d'environ 100 décès chez les femmes en moyenne chaque année. Il provoque 3,2% des décès par cancer chez l'homme et 1,5% des décès par cancer chez la femme. Le risque de décéder d'un cancer de la cavité buccale et du pharynx est de 0,7% chez les hommes et de 0,3% chez les femmes. Cela signifie qu'environ deux hommes sur 300 et une femme sur 300 décèdent de ce cancer.

Cancer de la cavité buccale et du pharynx selon l'âge, 2008–2012

G 4.1.1

Taux spécifique par âge, pour 100'000 habitants



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

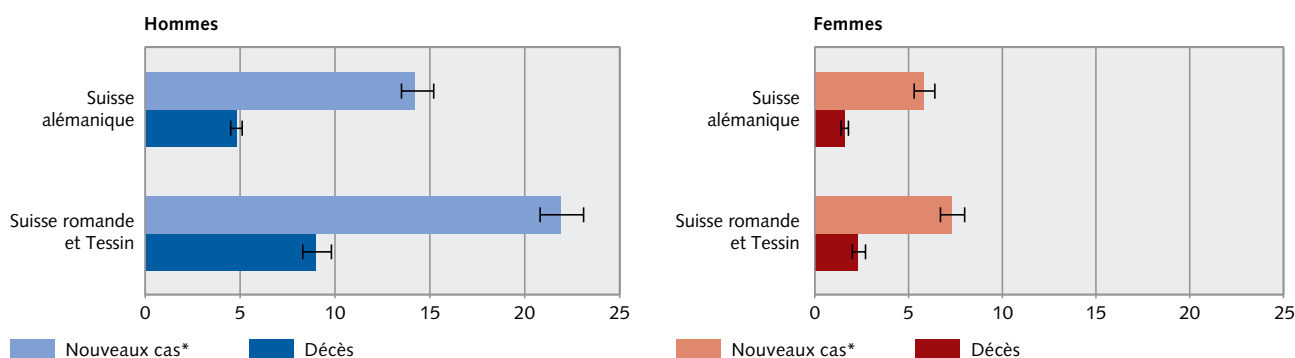
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer de la cavité buccale et du pharynx: comparaison régionale, 2008–2012

G 4.1.2

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



Intervalle de confiance à 95%

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

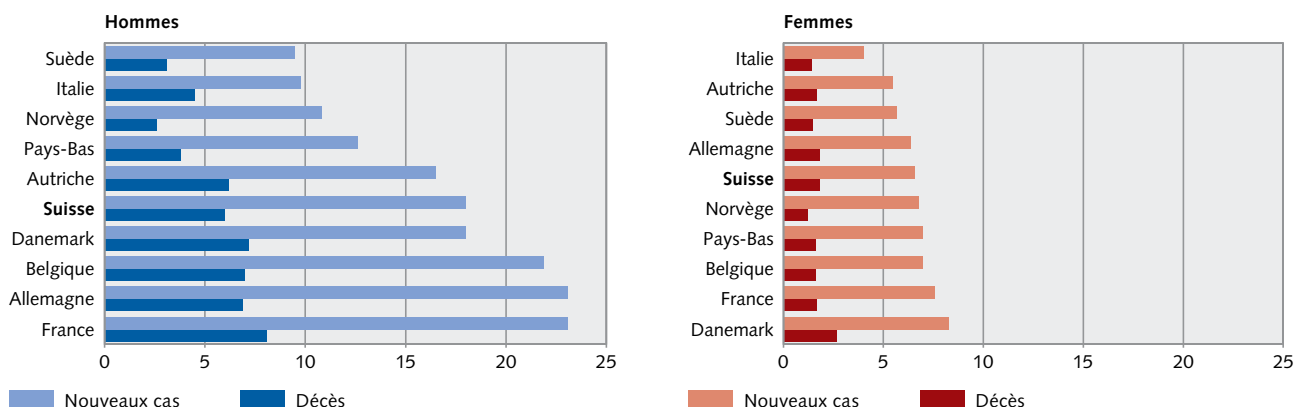
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer de la cavité buccale et du pharynx: comparaison internationale, 2012

G 4.1.3

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



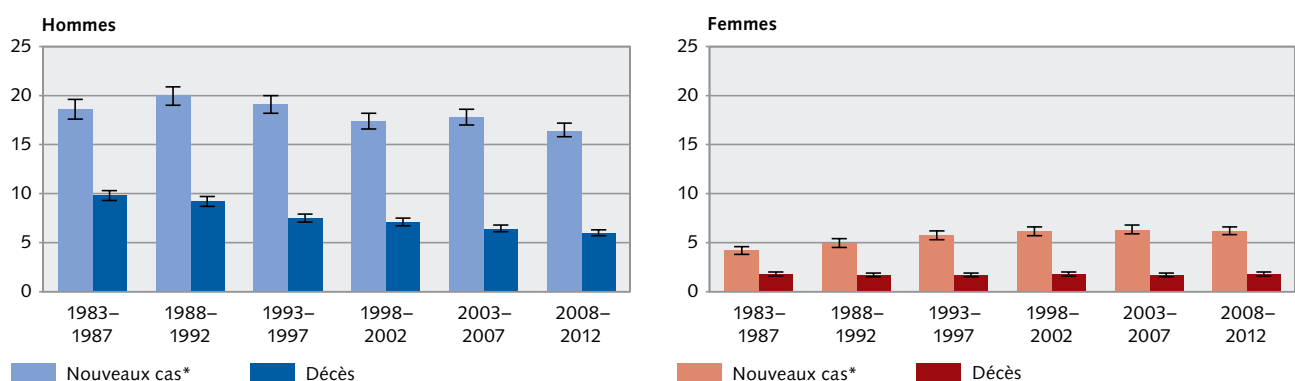
Source: Ferlay J. et al. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer de la cavité buccale et du pharynx: évolution temporelle

G 4.1.4

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



I Intervalle de confiance à 95%

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

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

L'incidence du cancer de la cavité buccale et du pharynx augmente jusqu'à la 70^e année chez l'homme et jusqu'à la 75^e année chez la femme. Les taux de mortalité s'accroissent également avec l'âge, et ce pour les deux sexes. Chez les femmes, on constate une stabilisation de la mortalité entre 70 et 84 ans (G 4.1.1).

La moitié des cas sont diagnostiqués avant 63 ans chez les hommes et 65 ans chez les femmes. La moitié des hommes avaient moins de 66 ans au moment du décès et la moitié des femmes moins de 70 ans.

Comparaisons régionales et internationales

Les taux d'incidence et de mortalité en Suisse romande et au Tessin sont beaucoup plus élevés qu'en Suisse alémanique (G 4.1.2).

En comparaison internationale, l'incidence de ce cancer chez l'homme est relativement forte. Sur les neuf pays européens comparés avec la Suisse, cinq présentent des taux d'incidence plus bas. Chez la femme, les taux d'incidence se situent dans la moyenne. Quatre pays enregistrent des taux d'incidence inférieurs à ceux de la Suisse.

En comparaison des pays européens sélectionnés, la Suisse a également des taux de mortalité élevés pour les deux sexes (G 4.1.3).

Evolution temporelle

Chez l'homme, les taux d'incidence ont diminué de près de 18% entre 1988 et 2012. Chez la femme, ils ont progressé de 45% entre 1983 et 2002 avant de se stabiliser (G 4.1.4).

Entre 1983 et 2012, les taux de mortalité sont demeurés stables chez la femme, alors qu'ils ont reculé chez l'homme.

4.1.2 Taux de survie

Entre 2008 et 2012, 47% 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

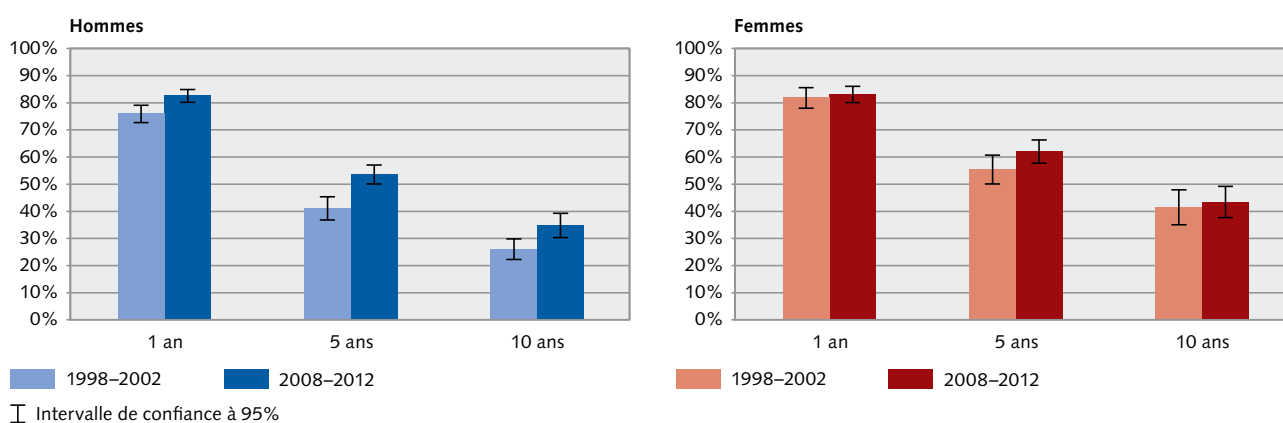
survie observé; T 4.1.1). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans atteint 54% chez l'homme et 62% chez la femme (taux de survie relatif). Entre 1998 et 2002, ce taux était de 41% chez l'homme et de 56% chez la femme (G 4.1.5).

Entre 1998 et 2012, les taux de survie à dix ans sont passés de 26% à 35% chez l'homme, mais de 42% à 43% seulement chez la femme (G 4.1.5).

Sur les neuf pays européens comparés avec la Suisse, cinq affichent des taux de survie plus élevés chez les hommes. Chez la femme, la Suisse enregistre le meilleur taux de survie après celui des Pays-Bas (G 4.1.6).

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

G 4.1.5

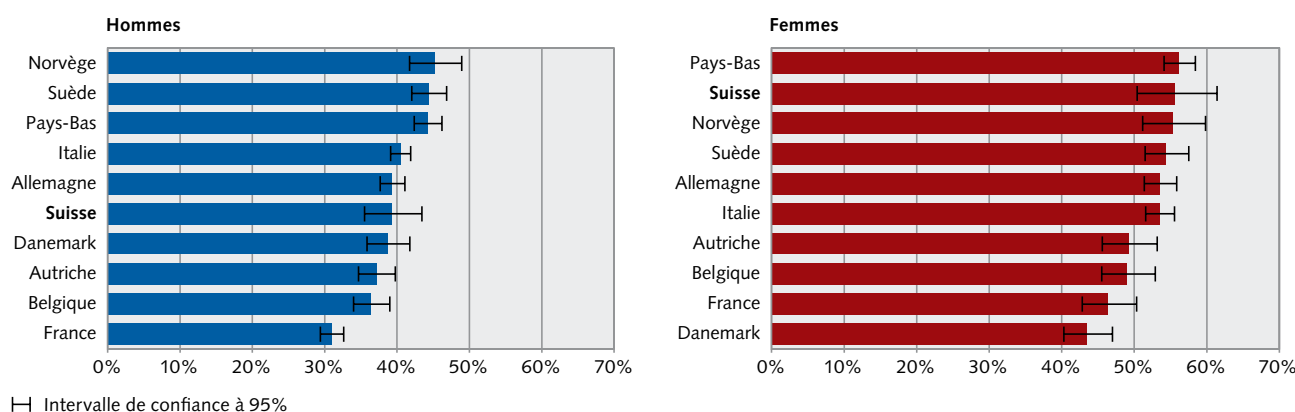


Source: NICER

© OFS, Neuchâtel 2016

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

G 4.1.6



* Dans la base de données Eurocare-5, regroupe les codes C01-C06, C09-C14 de la CIM-O-3

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

Source: EURO-CARE-5 Database – Survival Analysis 2000-2007

© OFS, Neuchâtel 2016

T4.1.1 Cancer de la cavité buccale et du pharynx: principaux indicateurs épidémiologiques

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2008–2012	748	284	326	106
Nombre de cas en 2015 (estimé)	772	320	374	134
Part de tous les cancers, moyenne 2008–2012	3,6%	3,2%	1,8%	1,5%
Taux brut (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	19,4	7,4	8,2	2,7
Evolution annuelle moyenne du taux brut, 2003–2012	–0,7%	0,6%	1,3%	3,2%
Taux brut en 2015 (estimé)	19,0	7,9	9,0	3,2
Taux standardisé (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	16,4	6,0	6,2	1,8
Evolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2003–2012	–1,7%	–0,7%	0,2%	2,4%
Age médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2008–2012	63,0	66,2	65,4	70,1
Risque vie entière, 2008–2012	1,7%	0,7%	0,8%	0,3%
Risque cumulé avant 70 ans, 2008–2012	1,2%	0,4%	0,4%	0,1%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne annuelle 2008–2012	–	1 771	–	510
	Hommes		Femmes	
Taux de survie observé à 5 ans, au 31.12.2012	46,9%		56,7%	
Taux de survie relatif à 5 ans, au 31.12.2012	53,6%		62,2%	

Sources: NICER (nouveaux cas); OFS (décès)

© OFS, Neuchâtel 2016

4.1.3 Facteurs de risque

Le tabac et l'alcool sont les principaux facteurs de risque de ce cancer. Plus la durée de consommation est longue, plus le risque de cancer est augmenté. Ce risque s'accroît lorsque la consommation d'alcool et de tabac est associée. Le reflux gastrique, la mastication de feuilles de tabac, une hygiène buccale insuffisante, une infection par les virus du papillome humain (VPH), une infection par le virus d'Epstein-Barr (EBV), l'exposition professionnelle au formaldéhyde et à la sciure, l'exposition aux radiations, la consommation d'aliments en conserve (légumes en conserve) et d'aliments saumurés, la malaria et une prédisposition génétique représentent également des facteurs de risque.^{1,2,3}

Références

- ¹ Ligue Suisse contre le cancer. Cancer de la cavité buccale [en ligne] (page consultée le 17/02/2016). http://www.liguecancer.ch/fr/a_propos_du_cancer/types_de_cancer/cancer_de_la_cavite_buccale/
- ² World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (2007). Food, Nutrition, Physical activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. AICR, Washington DC
- ³ Steward B.W., Wild C.P. éds. (2014). World Cancer Report 2014. International Agency for Research on Cancer, Lyon

4.2 Cancer de l'œsophage

4.2.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2008 et 2012, 400 cas de cancer de l'œsophage ont été diagnostiqués chez les hommes et 130 chez les femmes en moyenne chaque année. Ce cancer représente 1,9% des cancers chez l'homme et 0,7% des cancers chez la femme. Le risque de développer un cancer de l'œsophage au cours de la vie est de 1,0% pour les hommes et de 0,3% pour les femmes (soit un homme sur 100 et environ une femme sur 300; T 4.2.1). Ce cancer touche plus souvent les hommes dont le taux d'incidence standardisé est 3,9 fois plus élevé que chez les femmes.

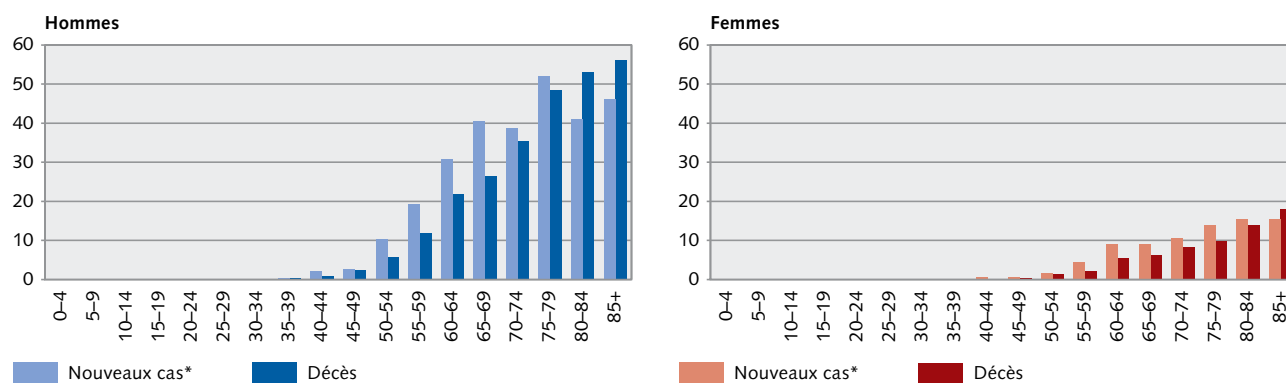
Le cancer de l'œsophage (C15), se développe la plupart du temps à partir des cellules de la muqueuse. Il se développe principalement soit à partir des cellules de revêtement (carcinome épidermoïde; plus fréquent dans la partie supérieure de l'œsophage), soit à partir des cellules glandulaires (adénocarcinome; plutôt dans la partie inférieure de l'œsophage)¹

Environ 320 hommes et 100 femmes sont décédés d'un cancer de l'œsophage en moyenne chaque année entre 2008 et 2012. Ce cancer est responsable de 3,6% des décès par cancer chez l'homme et de 1,4% des décès par cancer chez la femme. Le risque de décéder de ce cancer est de 0,9% chez les hommes et de 0,3% chez les femmes. Cela signifie qu'environ un homme sur 100 et une femme sur 300 décède de ce cancer.

Cancer de l'œsophage selon l'âge, 2008–2012

G 4.2.1

Taux spécifique par âge, pour 100'000 habitants



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

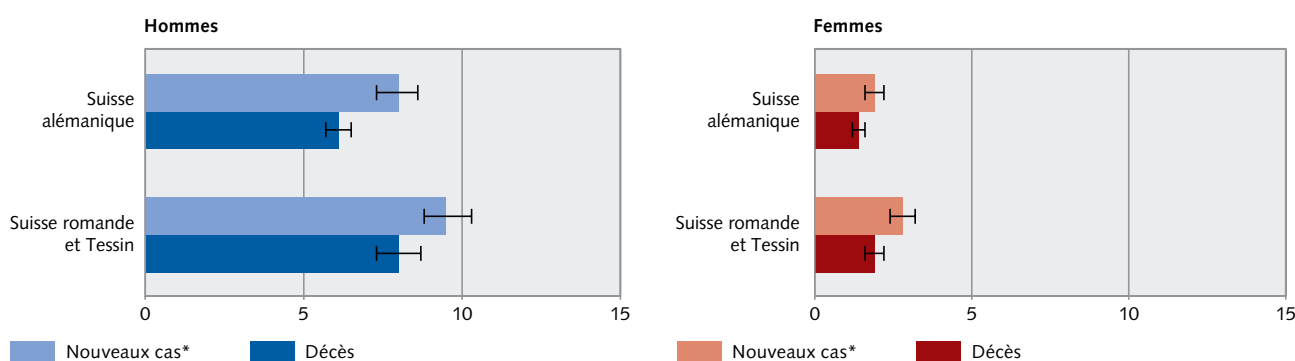
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer de l'œsophage: comparaison régionale, 2008–2012

G 4.2.2

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



Intervalle de confiance à 95%

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

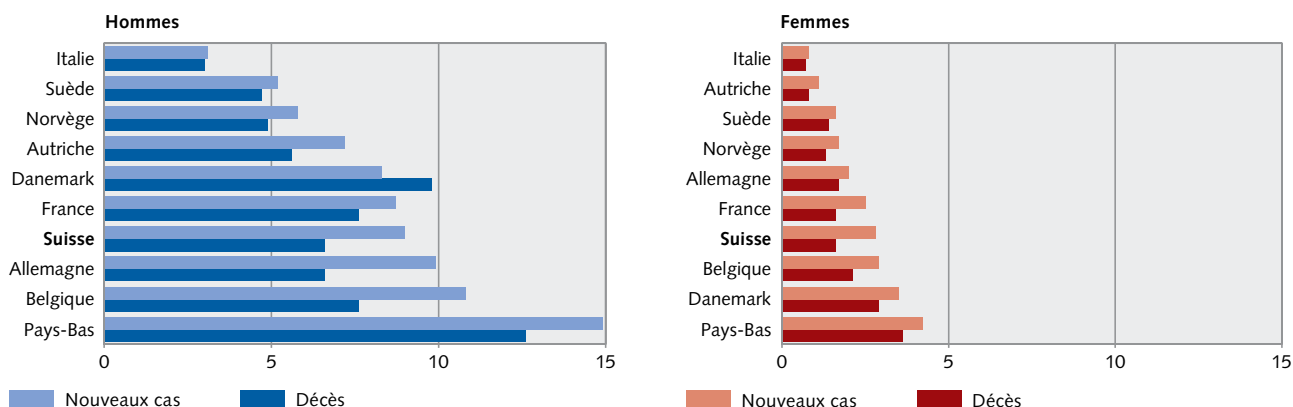
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer de l'œsophage: comparaison internationale, 2012

G 4.2.3

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



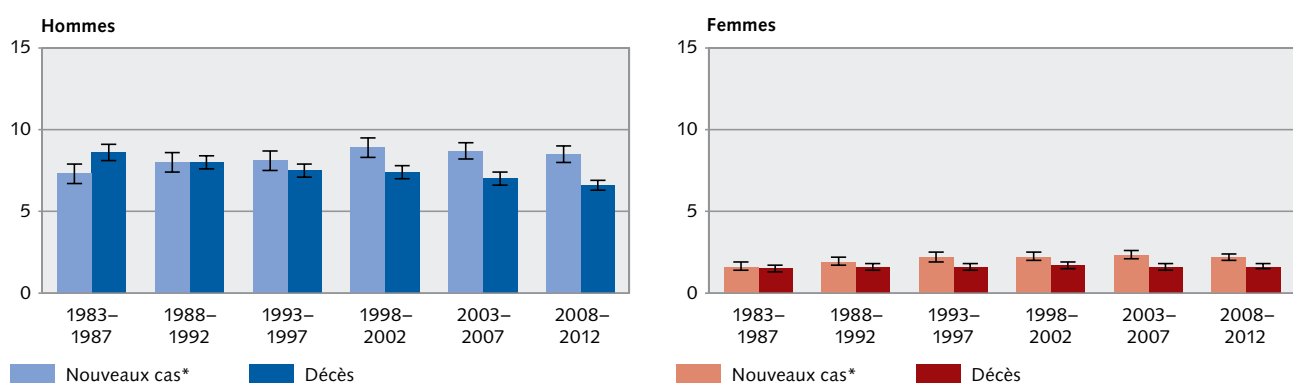
Source: Ferlay J. et al. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer de l'œsophage: évolution temporelle

G 4.2.4

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



I Intervalle de confiance à 95%

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

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

L'incidence du cancer de l'œsophage augmente avec l'âge. A partir de la 80^e année, les taux d'incidence se stabilisent chez la femme et diminuent chez l'homme. La mortalité par cancer de l'œsophage augmente elle aussi avec l'âge, et ce pour les deux sexes (G 4.2.1). La moitié des cas de cancer de l'œsophage sont diagnostiqués avant 68 ans chez les hommes et avant 73 ans chez les femmes, la moitié des décès dus à ce cancer ont lieu avant 71 ans chez les hommes et 76 ans chez les femmes.

Comparaisons régionales et internationales

Tant chez l'homme que chez la femme, l'incidence du cancer de l'œsophage est plus élevée en Suisse romande et au Tessin qu'en Suisse alémanique. Chez l'homme, le taux de mortalité est plus important en Suisse romande et au Tessin qu'en Suisse alémanique. Chez la femme, aucune différence significative n'apparaît entre les régions au niveau de la mortalité (G 4.2.2).

En comparaison internationale, la Suisse présente des taux d'incidence relativement élevés pour les deux sexes. Sur les neuf pays européens comparés avec la Suisse, six ont des taux d'incidence inférieurs. Les taux de mortalité en Suisse se situent en revanche dans la moyenne des pays européens considérés. Quatre pays pour les hommes et cinq pays pour les femmes enregistrent des taux de mortalité inférieurs (G 4.2.3).

Evolution temporelle

Une hausse des taux d'incidence est observée pour les deux sexes (hommes: 22%, femmes: 38%) entre 1983 et 2002. Les taux se sont stabilisés ensuite (G 4.2.4).

Entre 1983 et 2012 la mortalité a baissé de 23% environ chez l'homme. Pendant la même période, la mortalité est restée stable chez la femme (G 4.2.4).

4.2.2 Taux de survie

Pendant la période 2008–2012, environ 20% des hommes et 25% des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de cancer de l'œsophage (taux de survie observé; T 4.2.1). Compte tenu du risque de

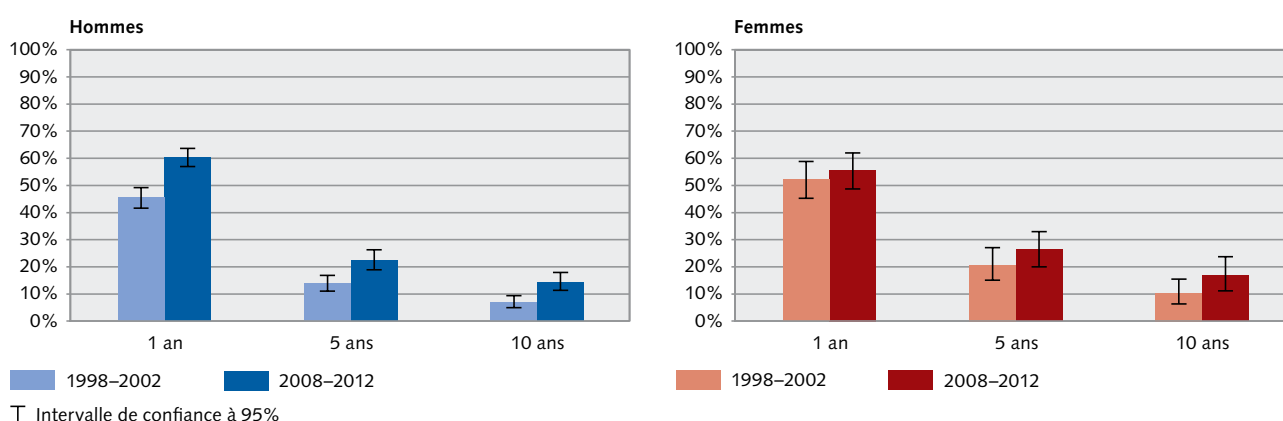
décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans atteint 23% chez l'homme et 26% chez la femme (taux de survie relatif). Entre 1998 et 2002, il était de 14% chez l'homme et de 21% chez la femme (G 4.2.5).

Entre 1998 et 2012, les taux de survie à dix ans ont doublé chez l'homme, passant de 7% à 14%. Chez la femme, ces taux sont passés de 10% en 1998 à 17% en 2012. Le pronostic reste néanmoins très défavorable (G 4.2.5).

En comparaison des neuf pays européens considérés, la Suisse affiche, avec la Belgique, les taux de survie les plus élevés pour le cancer de l'œsophage pour la période 2000–2007 (G 4.2.6).

Cancer de l'œsophage: survie relative à 1, 5 et 10 ans

G 4.2.5

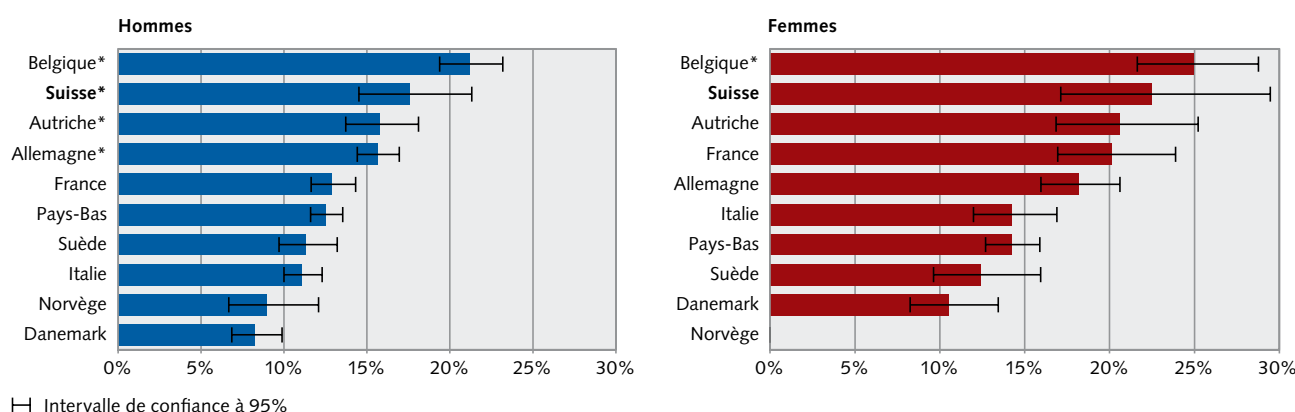


Source: NICER

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer de l'œsophage: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, 2000–2007

G 4.2.6



* Selon la source, le taux de survie calculé est étonnamment haut, ce qui pourrait être lié aux modalités de recueil des données dans ce pays. Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France, l'Italie et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

Source: EURO-CARE-5 Database – Survival Analysis 2000–2007

© OFS, Neuchâtel 2016

T4.2.1 Cancer de l'œsophage: principaux indicateurs épidémiologiques

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2008–2012	405	328	132	103
Nombre de cas en 2015 (estimé)	449	365	150	112
Part de tous les cancers, moyenne 2008–2012	1,9%	3,6%	0,7%	1,4%
Taux brut (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	10,5	8,5	3,3	2,6
Evolution annuelle moyenne du taux brut, 2003–2012	0,7%	0,5%	0,7%	0,3%
Taux brut en 2015 (estimé)	11,0	9,0	3,6	2,7
Taux standardisé (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	8,5	6,6	2,2	1,6
Evolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2003–2012	–0,5%	–0,9%	–0,6%	–0,3%
Age médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2008–2012	67,7	70,9	72,5	75,5
Risque vie entière, 2008–2012	1,0%	0,9%	0,3%	0,3%
Risque cumulé avant 70 ans, 2008–2012	0,5%	0,3%	0,1%	0,1%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne annuelle 2008–2012	–	1 419	–	306
	Hommes		Femmes	
Taux de survie observé à 5 ans, au 31.12.2012	20,4%		25,1%	
Taux de survie relatif à 5 ans, au 31.12.2012	22,5%		26,3%	

Sources: NICER (nouveaux cas); OFS (décès)

© OFS, Neuchâtel 2016

4.2.3 Facteurs de risque

La consommation d'alcool et le tabagisme sont les principaux facteurs de risque du cancer de l'œsophage. Parmi les autres facteurs de risque évoqués dans la littérature figurent l'obésité, le reflux gastrique, l'absorption de boissons chaudes, une consommation excessive de viande grillée et de légumes en conserve, la mastication de feuilles de tabac et l'exposition aux rayonnements ionisants.^{2,3,4}

Références

- ¹ Ligue Suisse contre le cancer. Cancer de l'œsophage [en ligne] (page consultée le 01/07/2015). www.liguecancer.ch/fr/a_propos_du_cancer/types_de_cancer/cancer_de_lesophage/
- ² Steward B.W., Wild C.P. éd. (2014). World Cancer Report 2014. International Agency for Research on Cancer, Lyon
- ³ World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (2007). Food, Nutrition, Physical activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. AICR, Washington DC
- ⁴ WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group (2009). A review of human carcinogens – Part A to F. The Lancet Oncology; Volume 10. Accessible depuis: www.cancer-environnement.fr/212-Monographies-du-CIRC--syntheses.ce.aspx

4.3 Cancer de l'estomac

4.3.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Avec environ 850 cas diagnostiqués en moyenne chaque année sur la période 2008–2012, le cancer de l'estomac représente 2,5% des cancers chez les hommes et 1,8% chez les femmes. Le risque de développer un cancer de l'estomac au cours de la vie est de 1,4% chez les hommes et 0,8% chez les femmes (environ une personne sur 100; T 4.3.1). Le cancer de l'estomac est plus fréquent chez les hommes, qui présentent un taux d'incidence standardisé deux fois plus élevé que celui des femmes.

La plupart des cancers de l'estomac (C 16) sont issus de la muqueuse qui tapisse l'intérieur de l'estomac.¹

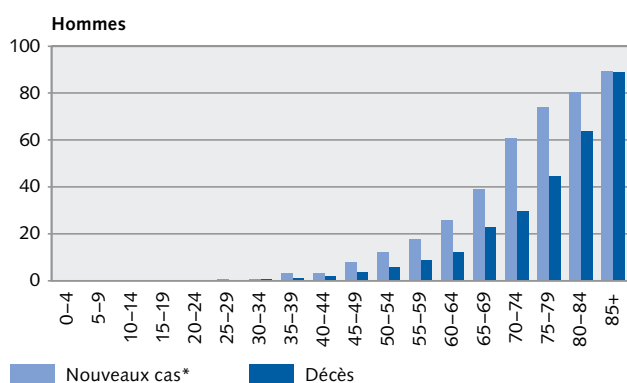
Durant la même période, le cancer de l'estomac a causé plus de 500 décès en moyenne par an. Le risque de décéder d'un cancer de l'estomac est de 0,9% chez les hommes et de 0,5% chez les femmes. Cela signifie qu'environ un homme sur 100 et une femme sur 200 décède de ce cancer. Cela représente respectivement 3,5% et 2,7% des décès par cancer.

La moitié des diagnostics et des décès ont lieu respectivement après 71 et 74 ans chez les hommes et 73 et 77 ans chez les femmes. Sur la période 2008–2012, aucun cas n'a été diagnostiqué avant 20 ans (G 4.3.1).

Cancer de l'estomac selon l'âge, 2008–2012

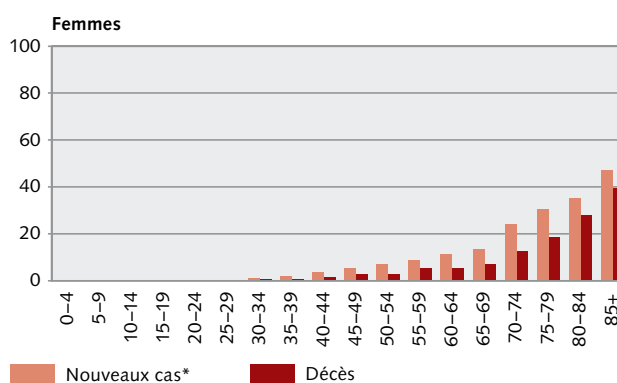
G 4.3.1

Taux spécifique par âge, pour 100'000 habitants



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

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

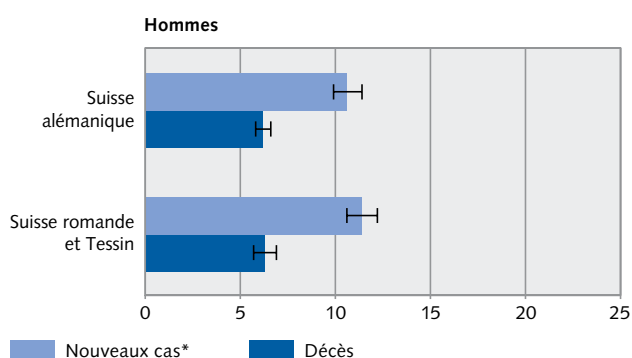


© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer de l'estomac: comparaison régionale, 2008–2012

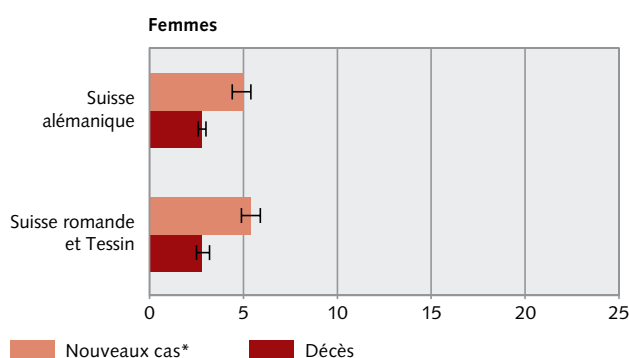
G 4.3.2

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



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

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

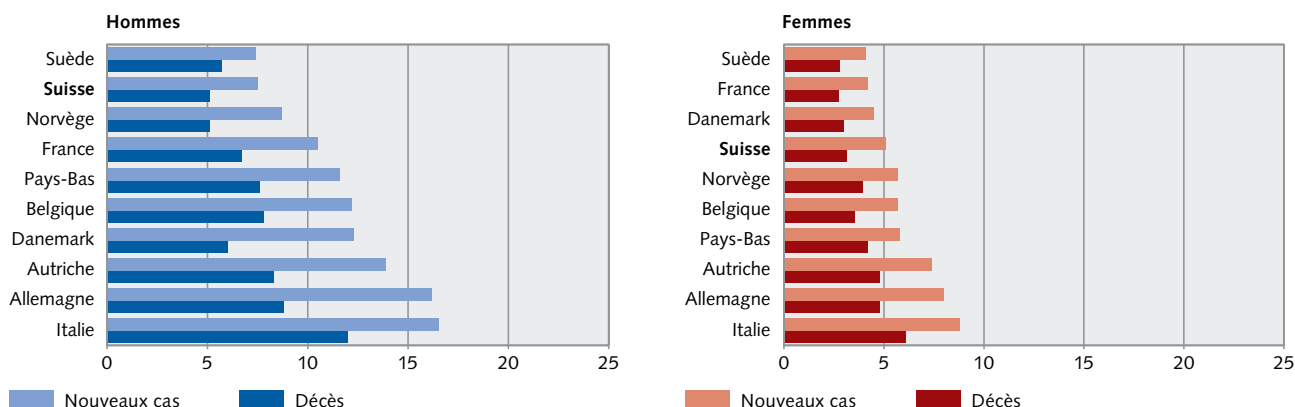


© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer de l'estomac: comparaison internationale, 2012

G 4.3.3

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



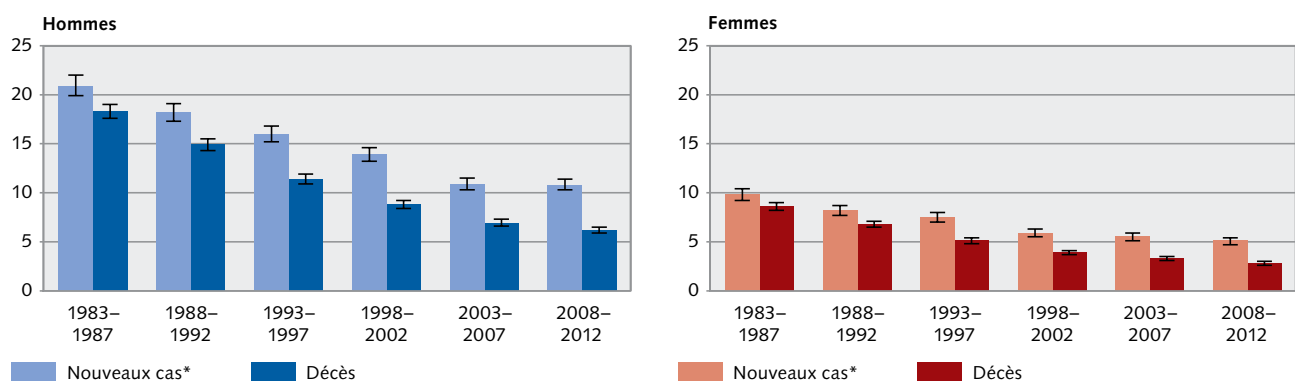
Source: Ferlay J. et al. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer de l'estomac: évolution temporelle

G 4.3.4

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



I Intervalle de confiance à 95%

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

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Les taux d'incidence et de mortalité liés au cancer de l'estomac restent inférieurs à un pour 100'000 habitants jusqu'à 35 ans puis augmentent avec l'âge.

Comparaisons régionales et internationales

Il n'existe pas de différence entre la Suisse alémanique d'une part, et la Suisse romande et le Tessin d'autre part, ni pour les taux d'incidence, ni pour les taux de mortalité. Par rapport aux pays européens comparables, la Suisse présente de faibles taux (G 4.3.3). Chez les hommes, le taux d'incidence est similaire à celui du pays le moins touché et le taux de mortalité est le plus faible des dix pays considérés. Chez les femmes, seuls trois pays présentent des taux d'incidence et de mortalité inférieurs.

Evolution temporelle

Une nette baisse de l'incidence (–48%) et de la mortalité (–67% chez les femmes et –66% chez les hommes) a été observée ces trente dernières années (G 4.3.4). Toutefois, l'incidence n'a plus diminué de manière significative au cours des dix dernières années.

4.3.2 Taux de survie

Sur la période de 2008 à 2012, 25% des hommes et 34% des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de cancer de l'estomac (taux de survie observé; T 4.3.1). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans est de 28% pour les hommes et de 36% pour les femmes (taux de survie relatif). Entre 1998 et 2002, il était de 25% chez les hommes et 29% chez les femmes (G 4.3.5).

Le taux de survie à dix ans s'est amélioré entre 1998 et 2012, passant de 19% à 23% chez les hommes et de 25% à 32% chez les femmes, mais il reste peu élevé par rapport à d'autres cancers (G 4.3.5).

Pour les années 2000 à 2007, la Suisse fait partie des pays ayant les taux de survie les plus élevés parmi les dix pays européens représentés dans le graphique G 4.3.6.

4.3.3 Facteurs de risque

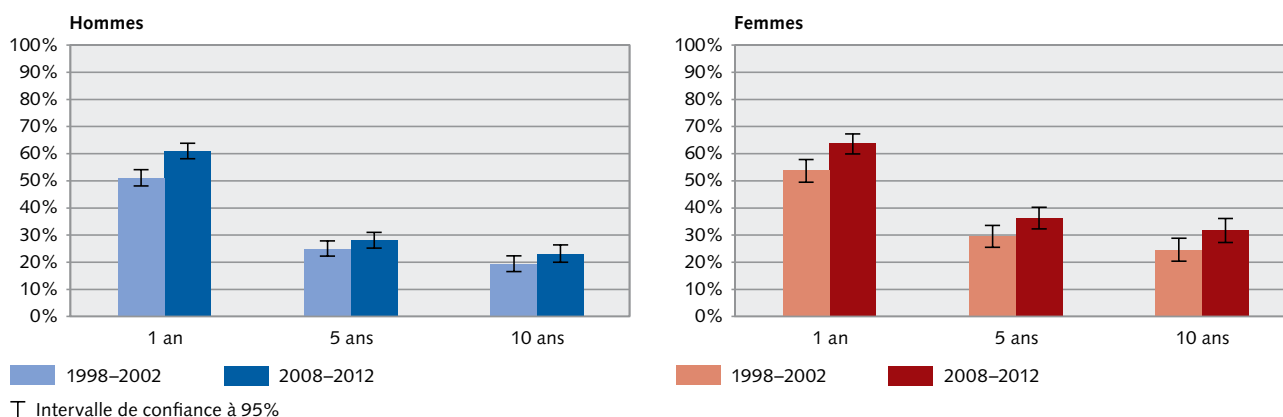
L'infection par la bactérie *Helicobacter pylori* est aujourd'hui reconnue comme l'un des principaux facteurs de risque du cancer de l'estomac²; les inflammations qu'elle entraîne favorisent la survenue de lésions précancéreuses. Une alimentation riche en sel, en

produits conservés en salaison ou en saumure, ainsi qu'en produits fumés constitue également un facteur de risque¹. Le recul de l'infection à *Helicobacter pylori*, ainsi que l'apparition des réfrigérateurs, qui a changé le mode de conservation des aliments³, sont probablement responsables de la baisse importante du cancer de l'estomac dans certains pays. Les nitrosamines formées dans l'estomac à partir des nitrates de l'alimentation³, ainsi que le tabagisme², augmentent également le risque de ce cancer.

D'autres facteurs de risque comme l'exposition aux rayons X et gamma², une exposition professionnelle dans l'industrie de production du caoutchouc² ou à l'oxyde d'éthylène¹ sont mentionnés dans la littérature. A noter que le cancer de la partie haute de l'estomac proche de

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

G 4.3.5

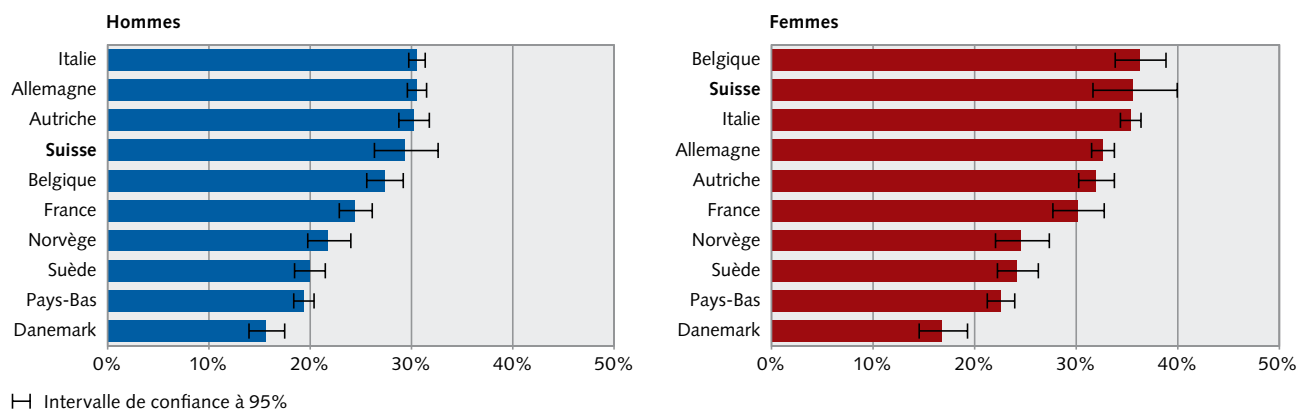


Source: NICER

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer de l'estomac: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, 2000-2007

G 4.3.6



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

Source: EURO CARE-5 Database – Survival Analysis 2000-2007

© OFS, Neuchâtel 2016

T4.3.1 Cancer de l'estomac: principaux indicateurs épidémiologiques

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2008–2012	531	316	315	193
Nombre de cas en 2015 (estimé)	569	328	328	180
Part de tous les cancers, moyenne 2008–2012	2,5%	3,5%	1,8%	2,7%
Taux brut (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	13,8	8,2	7,9	4,8
Evolution annuelle moyenne du taux brut, 2003–2012	0,3%	–0,7%	–0,9%	–3,0%
Taux brut en 2015 (estimé)	14,0	8,1	7,9	4,3
Taux standardisé (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	10,8	6,2	5,1	2,8
Evolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2003–2012	–0,7%	–2,0%	–0,7%	–2,5%
Age médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2008–2012	70,5	73,5	73,4	77,4
Risque vie entière, 2008–2012	1,4%	0,9%	0,8%	0,5%
Risque cumulé avant 70 ans, 2008–2012	0,6%	0,3%	0,3%	0,1%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne annuelle 2008–2012	–	1 441	–	846
	Hommes		Femmes	
Taux de survie observé à 5 ans, au 31.12.2012	25,0%		33,7%	
Taux de survie relatif à 5 ans, au 31.12.2012	28,1%		36,2%	

Sources: NICER (nouveaux cas); OFS (décès)

© OFS, Neuchâtel 2016

l'œsophage (le cardia), présente des facteurs de risque similaires à ceux du cancer de l'œsophage³, comme le tabagisme, le reflux œsophagien et l'obésité.

La plupart des cas sont sporadiques mais une histoire familiale de cancer de l'estomac est associée à une augmentation du risque d'en être atteint. Les cancers de l'estomac sont héréditaires dans 1 à 3% des cas et certaines prédispositions génétiques augmentent le risque (par exemple, le cancer gastrique héréditaire diffus ou encore l'adénocarcinome gastrique et la polypose proximale de l'estomac)¹.

Références

- ¹ Steward B.W., Wild C.P. eds. (2014). World Cancer Report 2014. International Agency for Research on Cancer, Lyon
- ² WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group (2009). A review of human carcinogens – Part A to F. The Lancet Oncology; Volume 10. Accessible depuis: www.cancer-environnement.fr/212-Monographies-du-CIRC--syntheses.ce.aspx
- ³ World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research (2007). Food, Nutrition, Physical activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. AICR, Washington DC

4.4 Cancer colorectal

4.4.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Le cancer colorectal est le troisième cancer le plus fréquent chez les hommes et le deuxième chez les femmes. Entre 2008 et 2012, environ 2300 cas de cancer colorectal ont été diagnostiqués en moyenne chaque année chez les hommes et 1800 chez les femmes. Ce cancer touche plus souvent les hommes; le taux d'incidence standardisé est 1,6 fois plus élevé que chez les femmes. Le risque de développer un cancer colorectal au cours de la vie est de 6,3% chez les hommes et de 4,7% chez les femmes (soit environ six hommes sur 100 et près de cinq femmes sur 100; T 4.4.1).

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

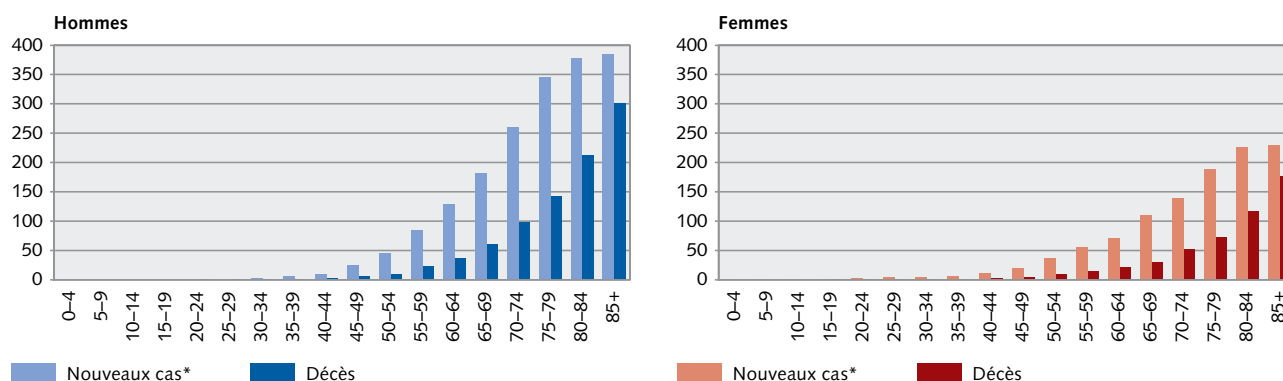
Le cancer colorectal constitue la troisième cause de décès par cancer pour les deux sexes, avec 900 décès masculins et 700 décès féminins. Le risque de décéder d'un cancer colorectal est de 2,8% chez les hommes et de 2,1% chez les femmes. Cela signifie qu'environ trois hommes sur 100 et deux femmes sur 100 décèdent de ce cancer.

Les taux d'incidence augmentent avec l'âge et se stabilisent dès la 80^e année. Les taux de mortalité augmentent eux aussi avec l'âge (G 4.4.1).

Cancer colorectal selon l'âge, 2008–2012

G 4.4.1

Taux spécifique par âge, pour 100'000 habitants



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

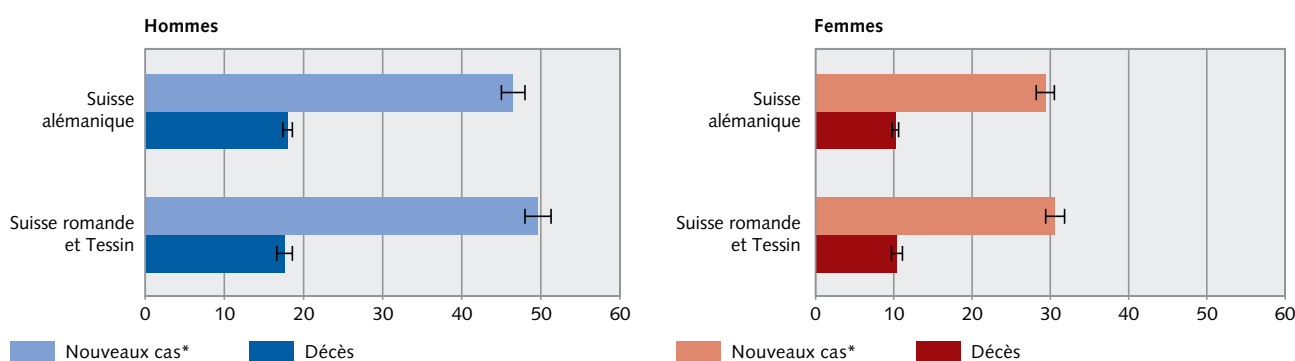
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer colorectal: comparaison régionale, 2008–2012

G 4.4.2

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



Intervalles de confiance à 95%

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

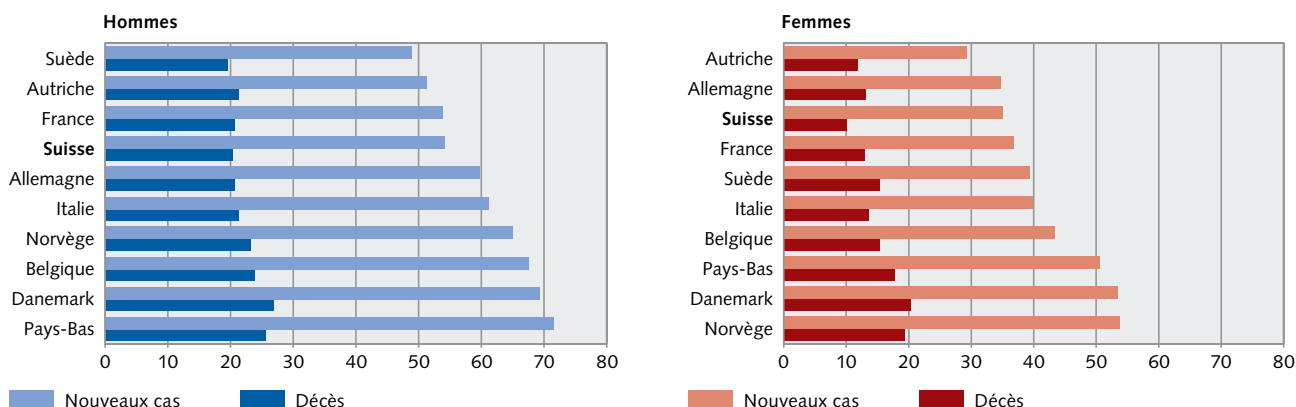
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer colorectal: comparaison internationale, 2012

G 4.4.3

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



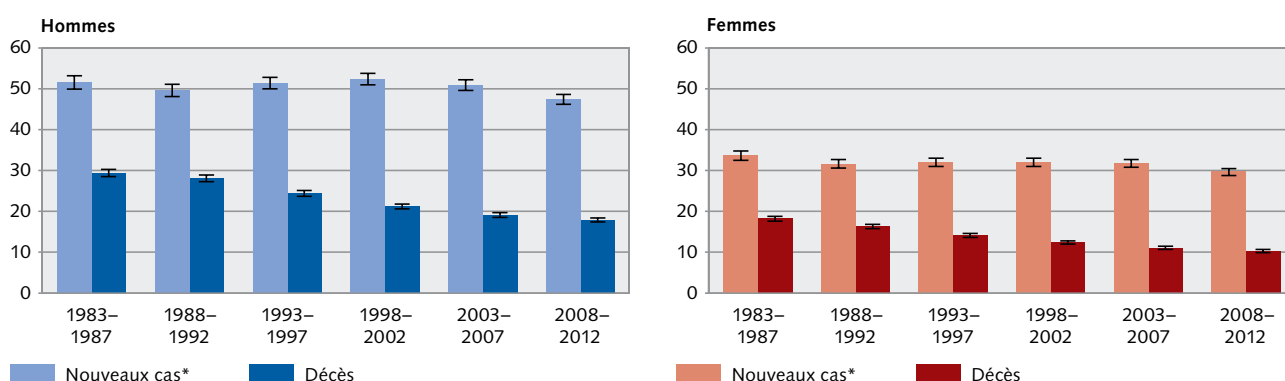
Source: Ferlay J. et al. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer colorectal: évolution temporelle

G 4.4.4

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



I Intervalle de confiance à 95%

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

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

La moitié des diagnostics sont posés après 71 ans chez les hommes et après 73 ans chez les femmes. La moitié des décès dus à ce cancer sont enregistrés après 76 ans chez les hommes et après 79 ans chez les femmes.

Comparaisons régionales et internationales

Aucune différence n'est observée entre la Suisse alémanique d'une part et la Suisse romande et le Tessin d'autre part (G 4.4.2). Parmi les dix pays européens retenus pour la comparaison internationale, la Suisse présente un taux d'incidence relativement faible, occupant une quatrième position chez l'homme et une troisième position chez la femme (G 4.4.3). La Suisse a le deuxième taux de mortalité le plus bas chez l'homme et le taux de mortalité le plus bas chez la femme.

Evolution temporelle

Les taux d'incidence dans les deux sexes sont restés globalement stables au cours des trente dernières années, tandis que les taux de mortalité ont diminué (G 4.4.4). Si l'analyse se limite aux dix dernières années, un léger recul des taux d'incidence, et une faible baisse des taux de mortalité sont observés (T 4.4.1). Dans la tranche des 20–49 ans, la tendance suit une courbe différente au cours des trente dernières années: les taux d'incidence ont augmenté en demeurant toutefois à un niveau plus bas que dans les autres classes d'âge. Les taux de mortalité sont restés constants.

4.4.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

Pendant la période 2008–2012, 57% des hommes et 59% des femmes étaient encore en vie cinq ans après un diagnostic de cancer colorectal (taux de survie observé; T 4.4.1). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans atteint 65% pour les deux sexes (taux de survie relatif) (G 4.4.5). Entre 1998 et 2002, il était de 59% chez les hommes et à 60% chez les femmes.

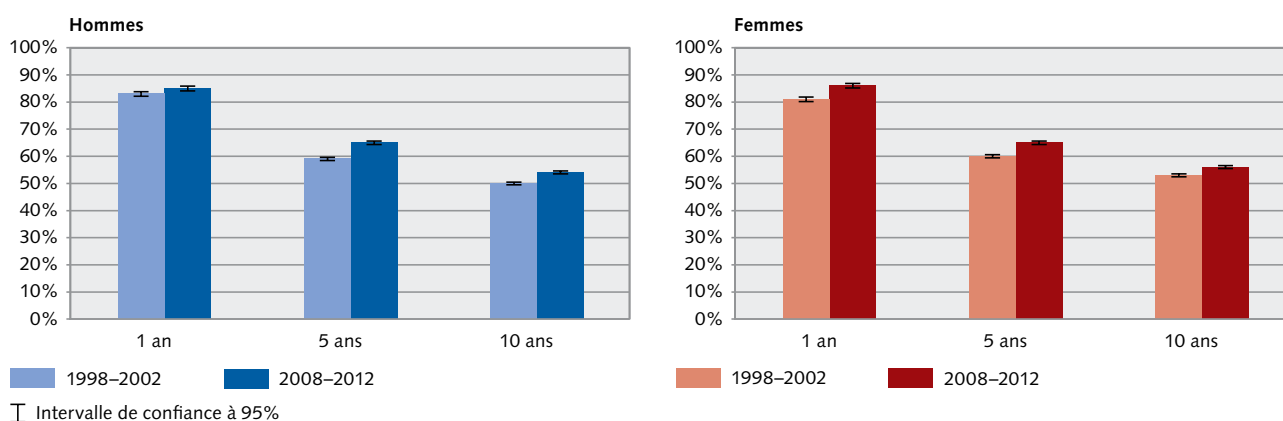
Entre 1998 et 2012, les taux de survie à dix ans sont passés de 50% à 54% chez les hommes et de 53% à 56% chez les femmes (G 4.4.5). L'allongement de la durée de survie est attribué aux améliorations thérapeutiques et à une détection plus précoce des cas grâce à un recours accru aux méthodes de dépistage.

Parmi les pays européens retenus pour la comparaison internationale, la Suisse a, avec la Belgique, l'Allemagne et l'Autriche, ainsi que la Suède et la Norvège chez les femmes, les taux de survie les plus élevées pour les années 2000–2007. Les différences entre pays sont très faibles (G 4.4.6).

En 2000, la Suisse comptait 23'000 personnes vivant avec un diagnostic de cancer colorectal. En 2010, elles étaient 30'300 (G 4.4.7). Cette hausse est due d'abord à la forte croissance de la population âgée, et représente donc principalement un effet démographique. Selon les estimations pour 2015, plus de 35'000 personnes vivraient en Suisse avec un diagnostic de cancer colorectal. Pour 21'500 d'entre elles, cinq ans ou plus se sont écoulés depuis le diagnostic, tandis que pour les 13'600 autres environ, le diagnostic remonte à moins de cinq ans (G 4.4.7).

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

G 4.4.5

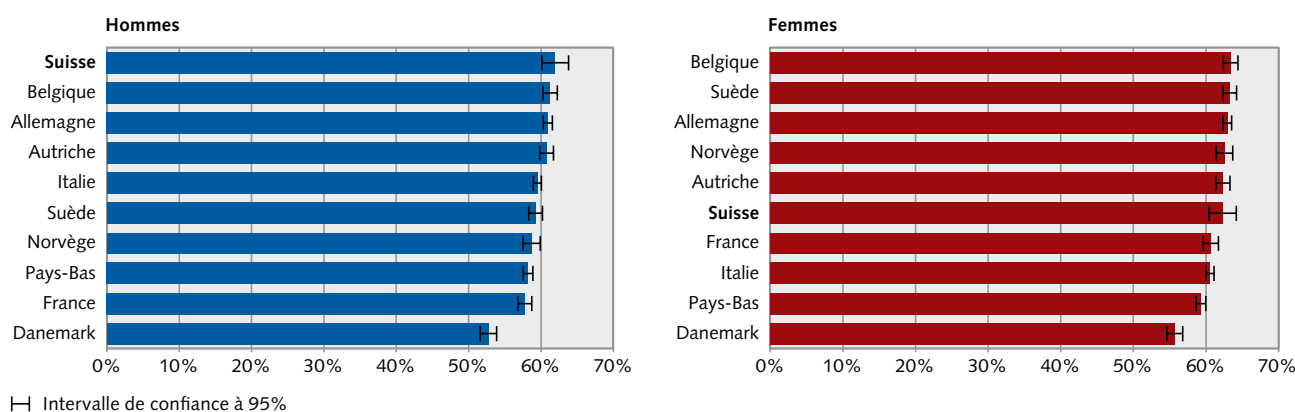


Source: NICER

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer colorectal*: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, 2000–2007

G 4.4.6



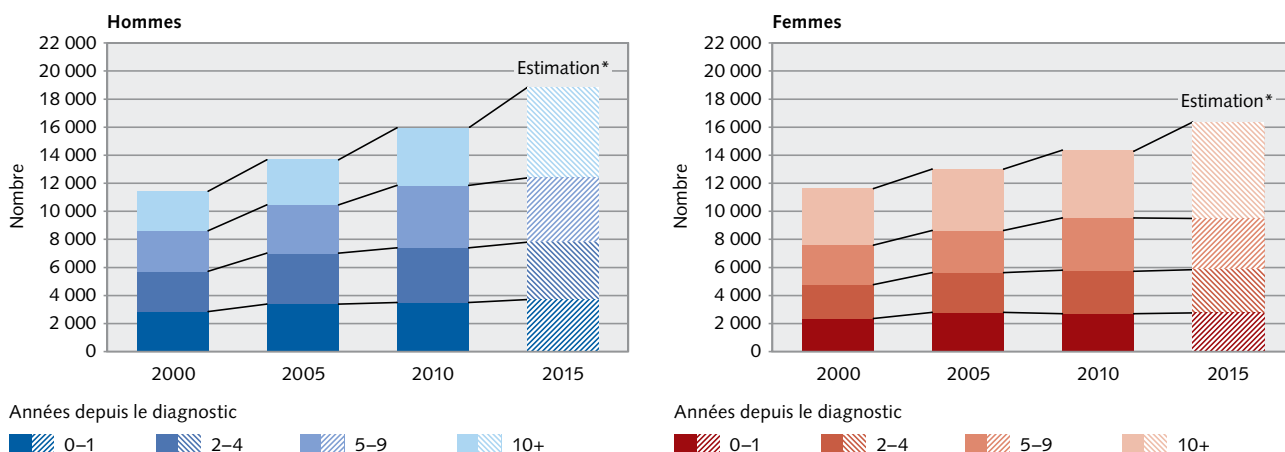
* Dans la base de données Eurocare-5, regroupe les codes C18–C21, C26.0 de la CIM-O-3. Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France, l'Italie et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

Source: EURO-CARE-5 Database – Survival Analysis 2000–2007

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer colorectal: nombre de malades (prévalence)

G 4.4.7



* Projection à partir des données 1981–2010

Source: NICER

© OFS, Neuchâtel 2016

4.4.3 Facteurs de risque

Une consommation importante de viande rouge et de viande transformée, un indice de masse corporelle élevé, un pourcentage supérieur à la moyenne de graisse abdominale, le manque d'activité physique et une taille corporelle supérieure à la moyenne sont associés à un risque accru de cancer colorectal.^{2,3} Il en est de même pour la consommation de boissons alcoolisées, de tabac et l'exposition aux rayons X et gamma.²

Entre 5% et 10% des cancers colorectaux sont attribués à une origine héréditaire, tels que la polyposse adénomateuse familiale (PAF) et le cancer colorectal héréditaire non polyposique (HNPCC). Dans 20% des cas, le cancer colorectal se développe chez des sujets ayant des antécédents familiaux de ce cancer. Enfin, les maladies inflammatoires de l'intestin, comme la colite ulcéreuse et la maladie de Crohn, augmentent le risque de cancer colorectal.³

T4.4.1 Cancer colorectal: principaux indicateurs épidémiologiques

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2008–2012	2 335	924	1 822	745
Nombre de cas en 2015 (estimé)	2 504	1 029	1 825	759
Part de tous les cancers, moyenne 2008–2012	11,2%	10,3%	10,3%	10,3%
Taux brut (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	60,6	24,0	45,9	18,7
Evolution annuelle moyenne du taux brut, 2003–2012	0,0%	0,5%	–0,9%	–0,6%
Taux brut en 2015 (estimé)	61,6	25,3	44,0	18,3
Taux standardisé (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	47,4	17,9	29,7	10,3
Evolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2003–2012	–1,2%	–0,9%	–1,1%	–1,4%
Age médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2008–2012	70,9	75,5	73,2	79,4
Risque vie entière, 2008–2012	6,3%	2,8%	4,7%	2,1%
Risque cumulé avant 70 ans, 2008–2012	2,4%	0,7%	1,6%	0,4%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne annuelle 2008–2012	–	2 883	–	2 098
	Hommes		Femmes	
Nombre de malades (prévalence) au 31.12.2010	15 952		14 364	
dont diagnostiqués au cours des 5 dernières années	7 379		5 810	
Taux de survie observé à 5 ans, au 31.12.2012	56,7%		59,0%	
Taux de survie relatif à 5 ans, au 31.12.2012	64,8%		64,8%	

Sources: NICER (nouveaux cas); OFS (décès)

© OFS, Neuchâtel 2016

Références

- ¹ Ligue Suisse contre le cancer (2015). Le cancer du côlon et du rectum. Berne. <https://assets.krebsliga.ch/downloads/2063.pdf>
- ² WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group (2009). A review of human carcinogens – Part A to F. The Lancet Oncology; Volume 10. Accessible depuis: www.cancer-environnement.fr/212-Monographies-du-CIRC--syntheses.ce.aspx
- ³ World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (2011). Continuous Update Project Report. Food, Nutrition, Physical activity, and the Prevention of Colorectal Cancer.

4.5 Cancer du foie

4.5.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Avec 540 nouveaux cas enregistrés chez les hommes en moyenne chaque année entre 2008 et 2012, contre 190 chez les femmes, le cancer du foie représente 2,6% des nouveaux cas de cancer chez les hommes et 1,1% chez les femmes. Le risque de développer un cancer du foie au cours de la vie est de 1,4% chez les hommes et de 0,5% chez les femmes (soit près de trois hommes sur 200 et une femme sur 200; T 4.5.1). Le taux d'incidence standardisé du cancer du foie est 3,5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

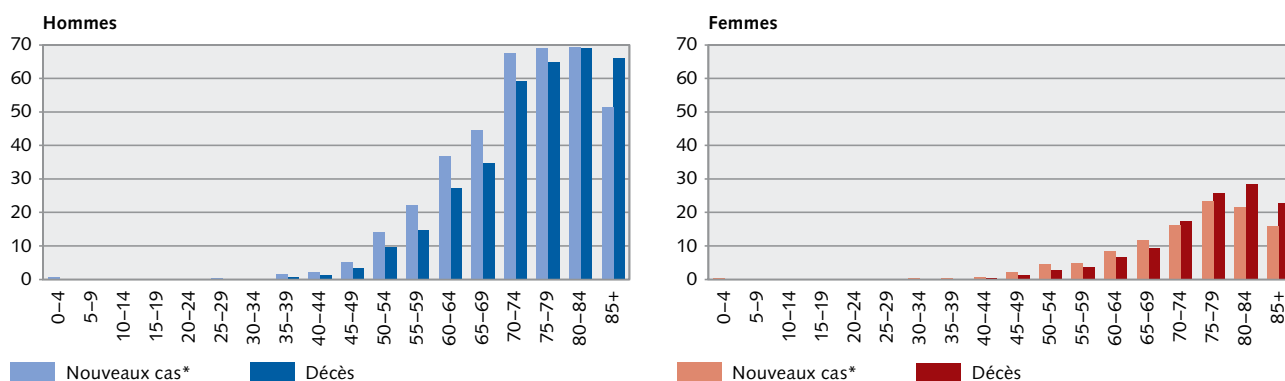
Seules les tumeurs primaires du foie (C22) sont considérées dans ce chapitre. Elles sont dans ce cas majoritairement issues des cellules du foie (hépatocytes). Toutefois, les tumeurs du foie sont le plus souvent secondaires et dues à la dissémination de cellules cancéreuses à partir d'un autre cancer primaire.¹

Avec 450 décès chez les hommes en moyenne chaque année (période 2008–2012), le cancer du foie arrive en cinquième position et représente 5% des décès par cancer. Chez les femmes, 190 décès sont enregistrés en moyenne chaque année (2,6% des décès par cancer). Le risque de décéder d'un cancer du foie est de 1,2% chez les hommes et de 0,5% chez les femmes. Cela signifie qu'environ un homme sur 100 et une femme sur 200 décède de ce cancer.

Cancer du foie selon l'âge, 2008–2012

G 4.5.1

Taux spécifique par âge, pour 100'000 habitants



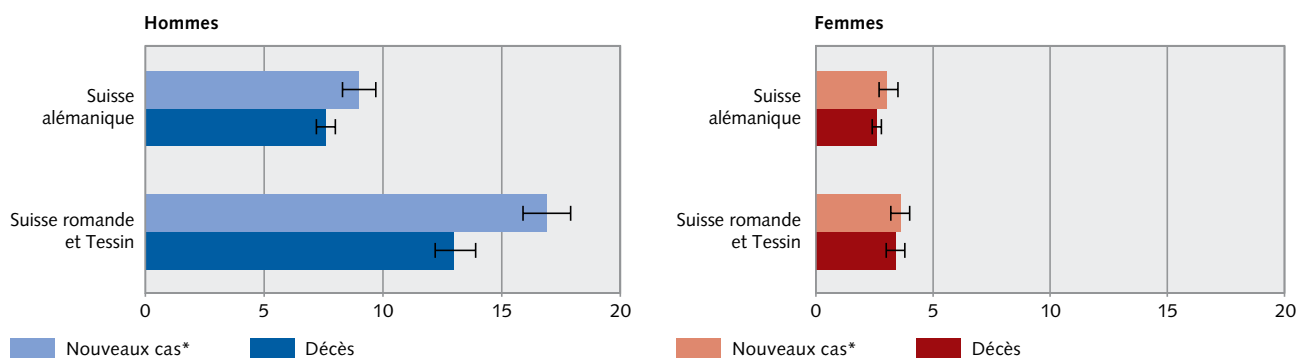
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer du foie: comparaison régionale, 2008–2012

G 4.5.2

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



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

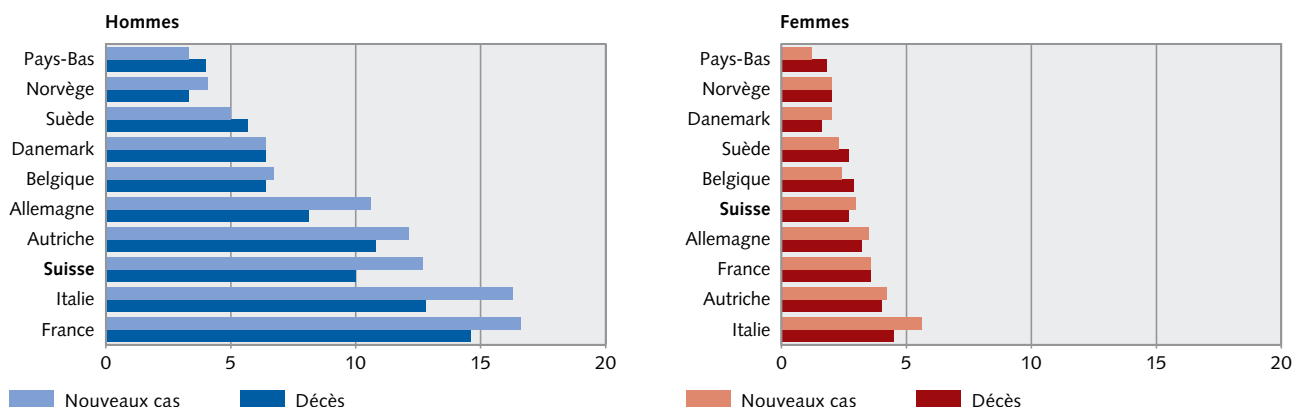
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer du foie: comparaison internationale, 2012

G 4.5.3

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



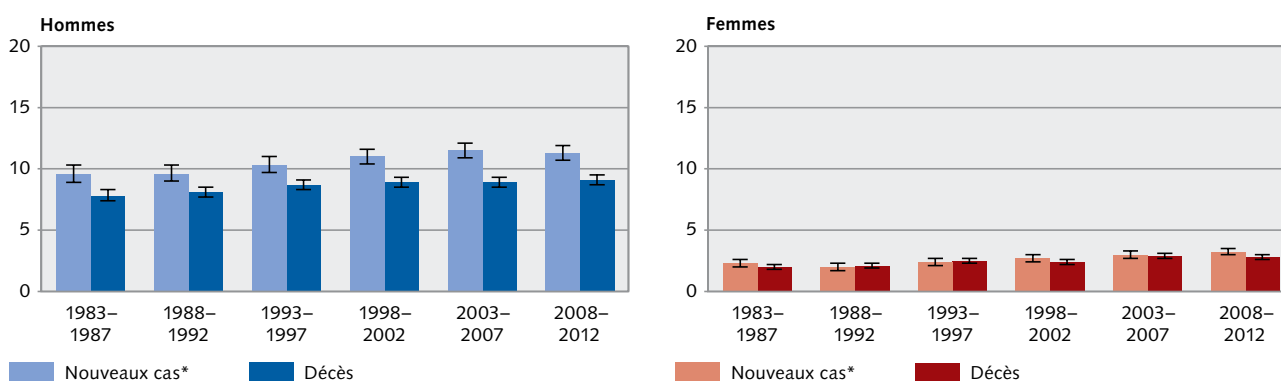
Source: Ferlay J. et al. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer du foie: évolution temporelle

G 4.5.4

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



I Intervalle de confiance à 95%

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

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Le taux d'incidence du cancer du foie augmente jusqu'à 84 ans chez les hommes et 79 ans chez les femmes. Le taux de mortalité de ce cancer augmente jusqu'à 84 ans pour les deux sexes (G 4.5.1). La moitié des diagnostics a lieu après 69 ans chez les hommes et 72 ans chez les femmes. La moitié des décès survient respectivement après 71 et 76 ans.

Comparaisons régionales et internationales

Chez les hommes, la différence est très nette entre, d'une part, la Suisse alémanique et, d'autre part, la Suisse romande et le Tessin où les taux d'incidence et de mortalité liés à ce cancer sont significativement plus élevés. Chez les femmes, seul le taux de mortalité est légèrement plus élevé en Suisse romande et au Tessin qu'en Suisse alémanique (G 4.5.2).

Parmi les dix pays comparés, la Suisse présente chez les hommes le troisième taux d'incidence le plus élevé, après la France et l'Italie, et le quatrième taux de mortalité (G 4.5.3). Chez les femmes, la Suisse occupe le milieu du classement avec le cinquième taux le plus élevé pour l'incidence et le sixième pour la mortalité.

Evolution temporelle

Chez les hommes comme chez les femmes, une augmentation de l'incidence et de la mortalité a été observée au cours des trente dernières années: l'incidence et la mortalité ont augmenté respectivement de 18% et 17% chez les hommes et de 39% et 40% chez les femmes (G 4.5.4). Les taux d'incidence et de mortalité ne présentent toutefois pas d'évolution significative au cours des dix dernières années.

4.5.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

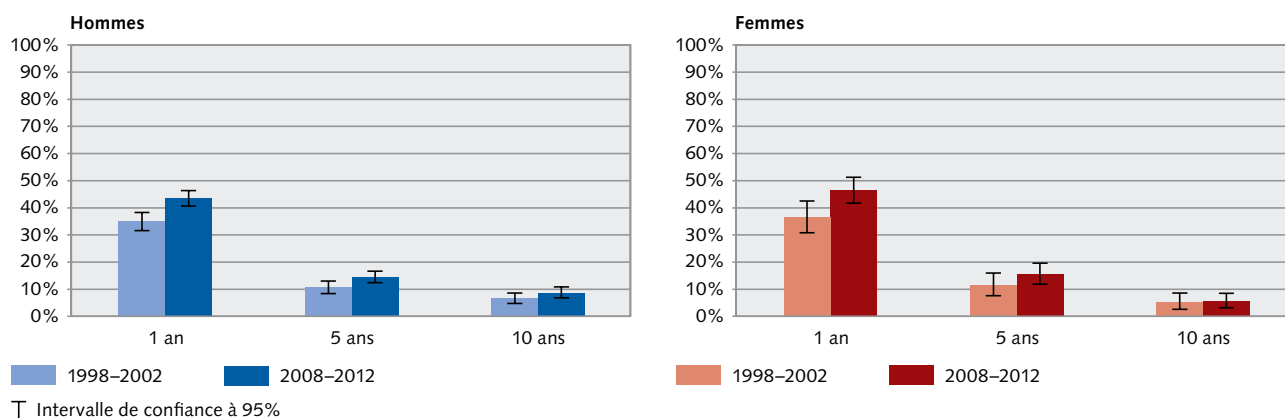
Sur la période 2008–2012, 13% des hommes et 15% des femmes vivaient encore cinq ans après le diagnostic de cancer du foie (taux de survie observé; T 4.5.1). Compte-tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans est de 15% pour les hommes et pour les femmes (taux de survie relatif; G 4.5.5). Entre 1998 et 2002, il était de 11%.

Le taux de survie à dix ans s'est peu amélioré entre 1998 et 2012, passant de 6% à 9% chez les hommes, et restant constant à seulement 5% chez les femmes (G 4.5.5).

Sur les dix pays d'Europe considérés, la Suisse se place, chez les hommes, au milieu du groupe pour la période 2000–2007. Chez les femmes, la Suisse a le plus haut taux de survie après la Belgique (G 4.5.6).

Cancer du foie: survie relative à 1, 5 et 10 ans

G 4.5.5

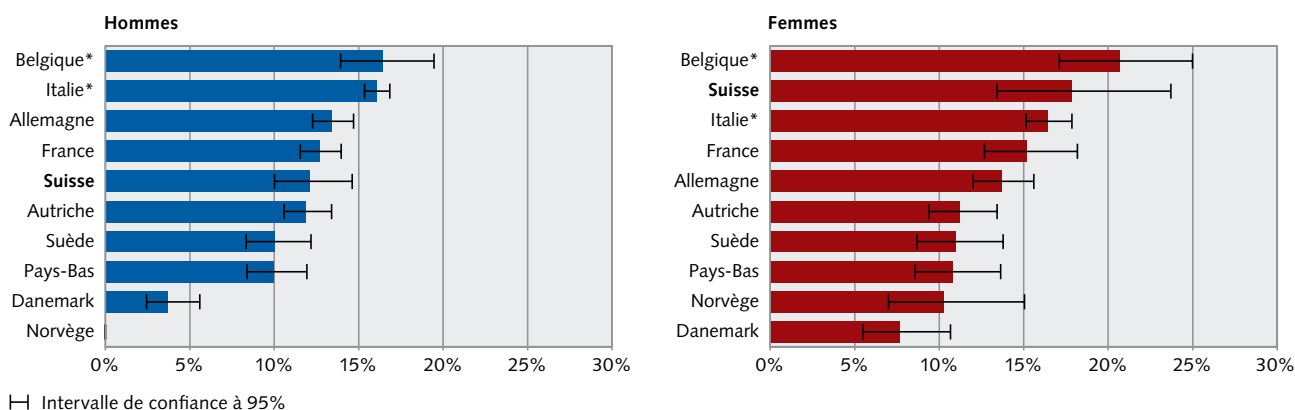


Source: NICER

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer du foie: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, 2000–2007

G 4.5.6



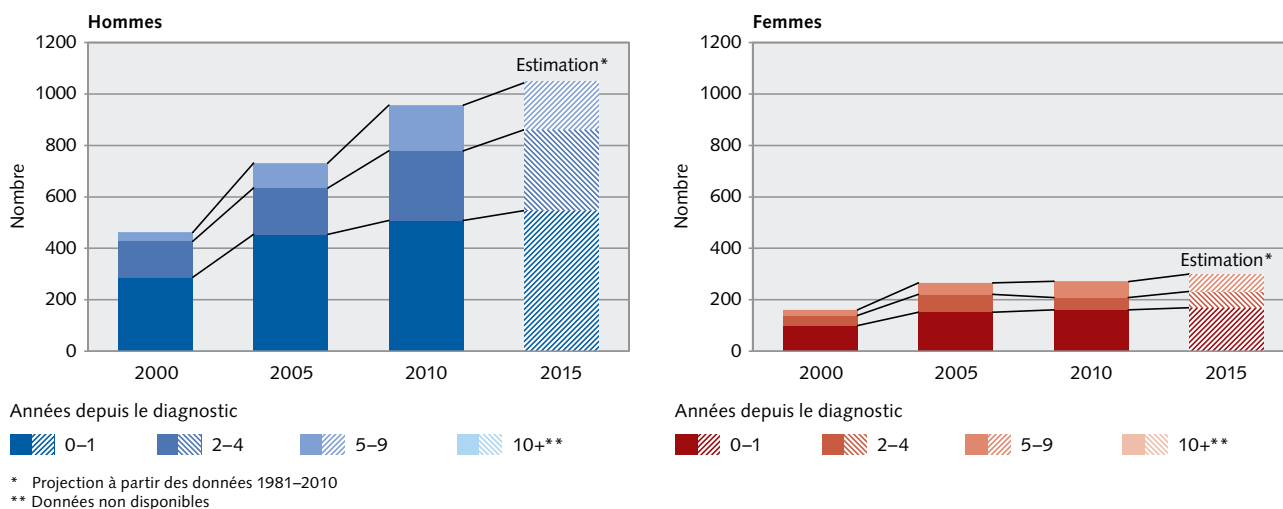
* Selon la source, le taux de survie calculé est étonnamment haut, ce qui pourrait être lié aux modalités de recueil des données dans ce pays. Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France, l'Italie et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

Source: EUROCARE-5 Database – Survival Analysis 2000–2007

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer du foie: nombre de malades (prévalence)

G 4.5.7



Source: NICER

© OFS, Neuchâtel 2016

En 2000, 600 personnes vivaient encore en Suisse dix ans après le diagnostic de cancer du foie. Ce nombre de survivants a doublé en 2010 (G 4.5.7). L'augmentation de ces cas est due en premier lieu au vieillissement de la population. Il s'agit donc principalement d'un effet de l'évolution démographique. Pour l'année 2015, le nombre de personnes vivant avec un diagnostic de cancer du foie est estimé à 1350 dont 1100 hommes et femmes pour qui le diagnostic ne remonte pas à plus de cinq ans. Pour 250 hommes et femmes seulement, du fait du mauvais pronostic lié à ce cancer, le diagnostic remonte à plus de cinq ans (mais pas à plus de dix ans) (G 4.5.7).

4.5.3 Facteurs de risque

Les principaux facteurs de risques du cancer du foie le plus fréquent, l'hépatocarcinome, sont généralement associés à une atteinte chronique du foie. Celle-ci peut être liée à une infection chronique par le virus de l'hépatite B ou C. De même, l'atteinte toxique due à une consommation élevée d'alcool augmente le risque de cancer du foie¹.

Le cancer du foie est plus fréquent chez les hommes. Ces derniers sont plus souvent atteints d'hépatite (B ou C) et/ou consommateurs d'alcool, mais il existe aussi une possible influence hormonale¹. Chez les femmes, la prise de contraceptifs oraux œstro-progestatifs augmente le risque de cancer du foie².

Le tabagisme est un facteur de risque et les enfants de fumeurs ont un risque augmenté de cancer du foie². Sont également considérées comme cancérigènes l'exposition au Thorium-232 et à ses produits de désintégration (exposition médicale) ainsi que l'exposition au plutonium (exposition professionnelle)². D'autres maladies, comme les cirrhoses alcooliques ou non, ou des syndromes métaboliques associés à l'obésité, au diabète ou à la stéatose hépatique non alcoolique ou de rares maladies métaboliques héréditaires augmentent le risque de cancer du foie^{3,1}.

L'exposition aux aflatoxines (toxines de champignons) est aussi un des principaux facteurs de risque de cancer du foie dans les pays en voie de développement. Elle intervient le plus souvent par l'intermédiaire de nourriture contaminée 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 légumineuses (Afrique sub-saharienne, Asie du sud-est, Chine)^{3,1}.

Certains parasites du foie (*Clonorchis* et *Opisthorchis*) peuvent être à l'origine de cholangiocarcinomes. Ces tumeurs du foie se développant à partir des canaux biliaires sont rares, excepté en Asie du Sud-Est¹.

T4.5.1 Cancer du foie: principaux indicateurs épidémiologiques

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2008–2012	541	449	187	187
Nombre de cas en 2015 (estimé)	619	533	211	204
Part de tous les cancers, moyenne 2008–2012	2,6%	5,0%	1,1%	2,6%
Taux brut (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	14,0	11,7	4,7	4,7
Evolution annuelle moyenne du taux brut, 2003–2012	1,2%	1,9%	1,1%	0,5%
Taux brut en 2015 (estimé)	15,2	13,1	5,1	4,9
Taux standardisé (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	11,3	9,1	3,2	2,8
Evolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2003–2012	–0,1%	0,5%	0,9%	0,3%
Age médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2008–2012	68,8	71,0	72,4	75,9
Risque vie entière, 2008–2012	1,4%	1,2%	0,5%	0,5%
Risque cumulé avant 70 ans, 2008–2012	0,6%	0,5%	0,2%	0,1%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne annuelle 2008–2012	–	2 034	–	615
	Hommes		Femmes	
Nombre de malades (prévalence) au 31.12.2010	*		*	
dont diagnostiqués au cours des 5 dernières années	778		209	
Taux de survie observé à 5 ans, au 31.12.2012	13,1%		14,9%	
Taux de survie relatif à 5 ans, au 31.12.2012	14,4%		15,5%	

Sources: NICER (nouveaux cas); OFS (décès)

© OFS, Neuchâtel 2016

* Données non disponibles

Références

- ¹ Steward B.W., Wild C.P. eds. (2014). World Cancer Report 2014. International Agency for Research on Cancer, Lyon
- ² WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group (2009). A review of human carcinogens – Part A to F. The Lancet Oncology; Volume 10. Accessible depuis: www.cancer-environnement.fr/212-Monographies-du-CIRC--syntheses.ce.aspx
- ³ World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research (2007). Food, Nutrition, Physical activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. AICR, Washington DC

4.6 Cancer du pancréas

4.6.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2008 et 2012, environ 600 cas de cancer du pancréas ont été diagnostiqués en moyenne chaque année chez les hommes et 630 chez les femmes. Cette localisation cancéreuse représente 2,8% des cancers chez l'homme et 3,6% des cancers chez la femme. Le risque de développer un cancer du pancréas au cours de la vie est de 1,6% chez les hommes et 1,7% chez les femmes (soit près de deux personnes sur 100; T 4.6.1). Le cancer du pancréas est plus fréquent chez les hommes, avec un taux d'incidence standardisé 1,3 fois plus élevé que chez les femmes.

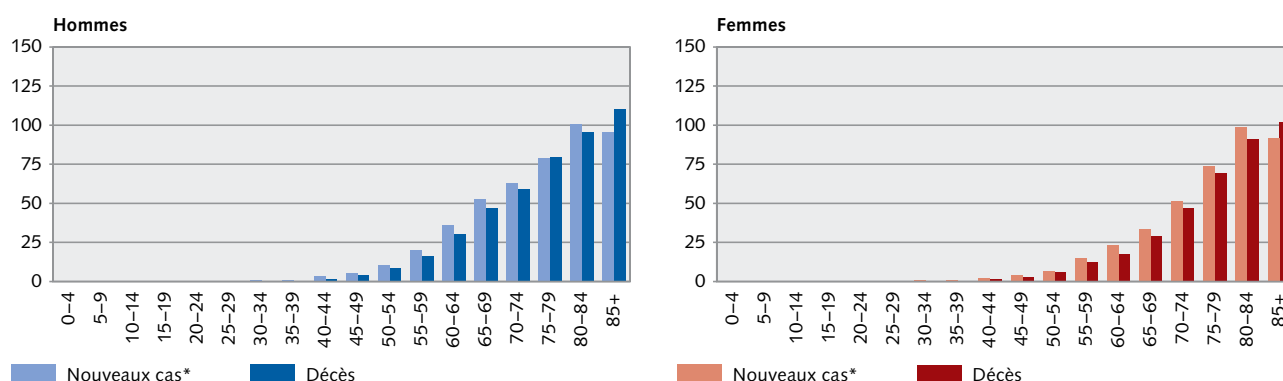
Le cancer du pancréas (C25) apparaît principalement dans les cellules glandulaires qui produisent les sucs digestifs acheminés vers l'intestin.¹

Entre 2008 et 2012, environ 540 hommes et 570 femmes sont décédés d'un cancer du pancréas en moyenne chaque année. Il est responsable de 6% des décès par cancer chez l'homme et de 7,9% des décès par cancer chez la femme. Ce type de cancer constitue la quatrième cause de décès par cancer dans les deux sexes. Le risque de décéder d'un cancer du pancréas est de 1,5% chez les hommes et de 1,6% chez les femmes. Cela signifie que près de trois personnes sur 200 décèdent de ce cancer.

Cancer du pancréas selon l'âge, 2008–2012

G 4.6.1

Taux spécifique par âge, pour 100'000 habitants



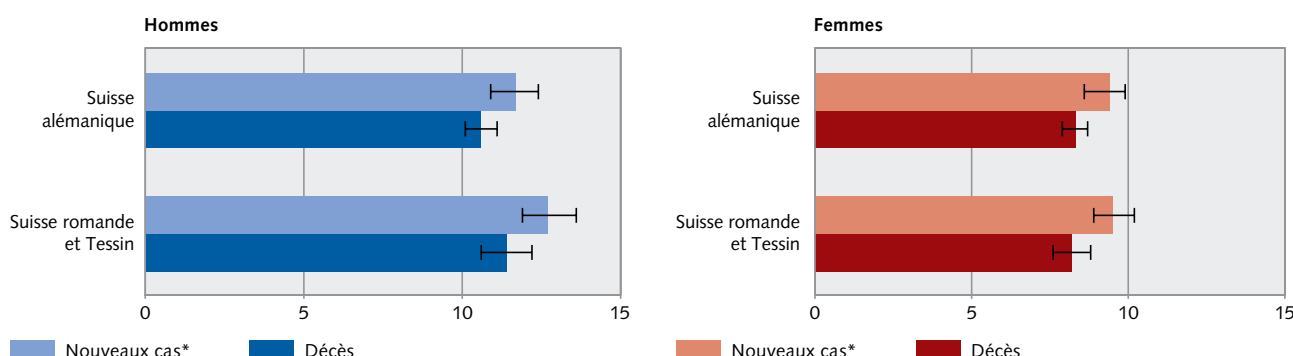
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer du pancréas: comparaison régionale, 2008–2012

G 4.6.2

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



Intervalle de confiance à 95%

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

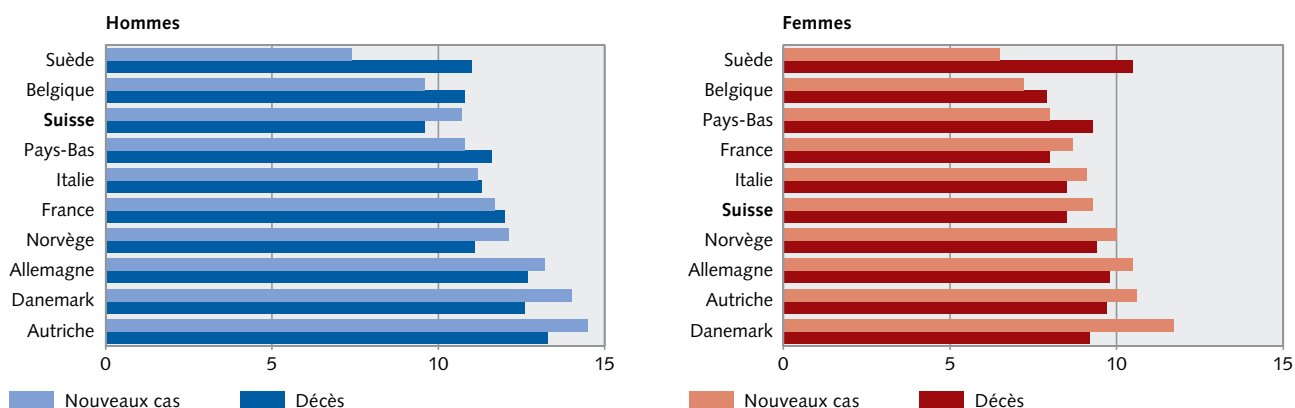
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer du pancréas: comparaison internationale, 2012

G 4.6.3

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



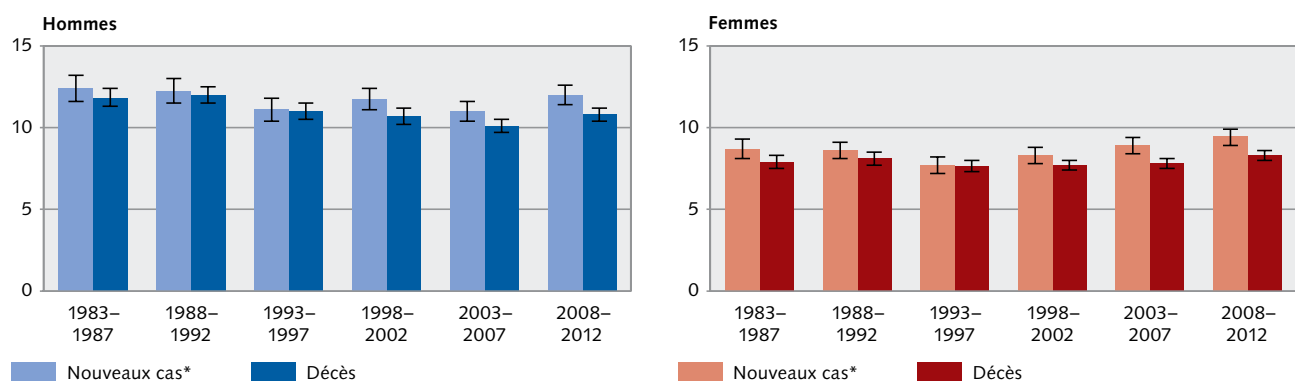
Source: Ferlay J. et al. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer du pancréas: évolution temporelle

G 4.6.4

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



I Intervalle de confiance à 95%

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

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Les taux d'incidence et de mortalité liés au cancer du pancréas augmentent avec l'âge. Les taux d'incidence se stabilisent à partir de la 85^e année (G 4.6.1). La moitié des hommes ont plus de 70 ans au moment du diagnostic et plus de 72 ans au moment du décès. Chez les femmes la moitié des diagnostics sont posés après 76 ans et la moitié des décès dus au cancer du pancréas surviennent après 77 ans.

Comparaisons régionales et internationales

Aucune différence n'apparaît entre la Suisse alémanique d'une part et la Suisse romande et le Tessin d'autre part (G 4.6.2).

Par rapport aux neuf pays européens comparés avec la Suisse, les taux d'incidence chez les hommes sont bas; seules la Belgique et la Suède ont des taux d'incidence

inférieurs. La Suisse se situe au milieu du groupe en ce qui concerne les taux d'incidence chez les femmes; dans cinq pays, les taux d'incidence sont inférieurs à ceux de la Suisse (G 4.6.3).

Par rapport aux pays européens retenus pour la comparaison internationale, la Suisse a la mortalité masculine la plus basse. La mortalité féminine est en revanche plus faible en Italie, en France et en Belgique (G 4.6.3).

Evolution temporelle

Entre 1983 et 2012, les taux d'incidence et de mortalité sont dans l'ensemble restés inchangés tant chez les hommes que chez les femmes (G 4.6.4).

4.6.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

Pendant la période 2008–2012, seuls 7% des hommes et des femmes étaient encore en vie cinq ans après un diagnostic de cancer du pancréas (taux de survie observé; T 4.6.1). Compte-tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans reste de 7% chez les hommes et 8% chez les femmes (taux de survie relatif). Ce taux était de 5% entre 1998 et 2002 (G 4.6.5).

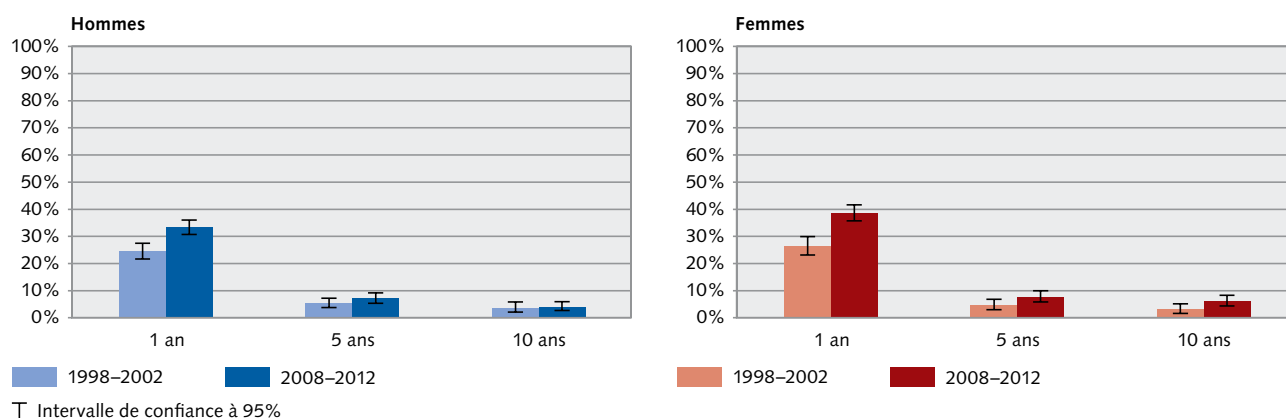
Entre 1998 et 2012, les taux de survie à dix ans sont demeurés à 4% chez l'homme. Chez la femme, ils se sont seulement un peu améliorés, passant de 3% en 1998 à 6% en 2012 (G 4.6.5). Le cancer du pancréas reste donc l'un des cancers avec le plus mauvais pronostic.

Parmi les dix pays européens retenus pour la comparaison internationale, la Suisse se classe au septième rang chez l'homme et au sixième rang chez la femme (G 4.6.6) pour la période 2000–2007.

En 2000, 750 personnes étaient encore en vie dix ans après un diagnostic de cancer du pancréas. En 2010, ce nombre était passé à 1200 (G 4.6.7). Cette hausse de 60% s'explique en premier lieu par la forte croissance de la population âgée et représente donc principalement un effet démographique. Pour 2015, le nombre d'hommes et de femmes atteints d'un cancer du pancréas en Suisse devrait avoisiner 1400. Pour environ 1200 d'entre eux, le diagnostic remonte à cinq ans ou moins. Pour 200 personnes seulement, le diagnostic remonte à plus de cinq ans (mais pas plus de dix ans), ceci en raison du pronostic très défavorable (G 4.6.7).

Cancer du pancréas: survie relative à 1, 5 et 10 ans

G 4.6.5

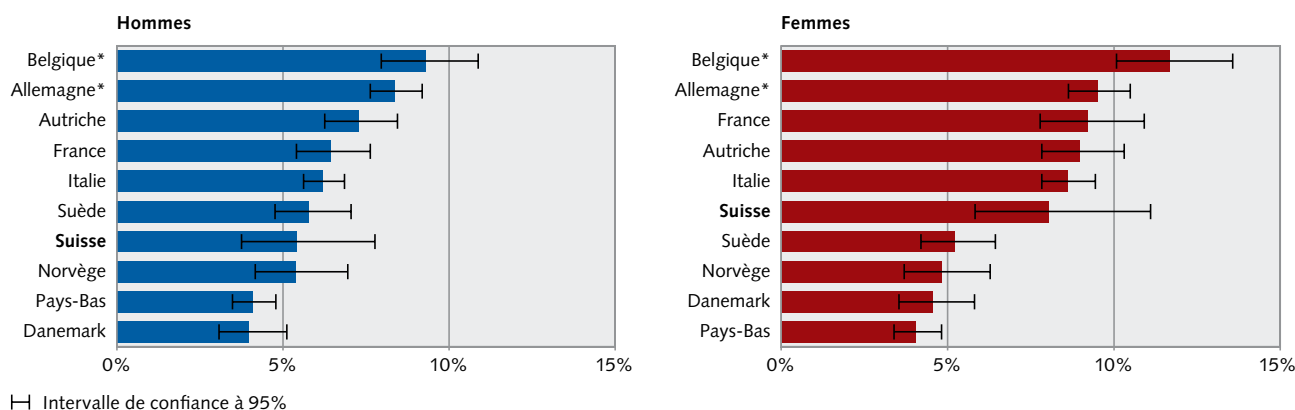


Source: NICER

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer du pancréas: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, 2000–2007

G 4.6.6



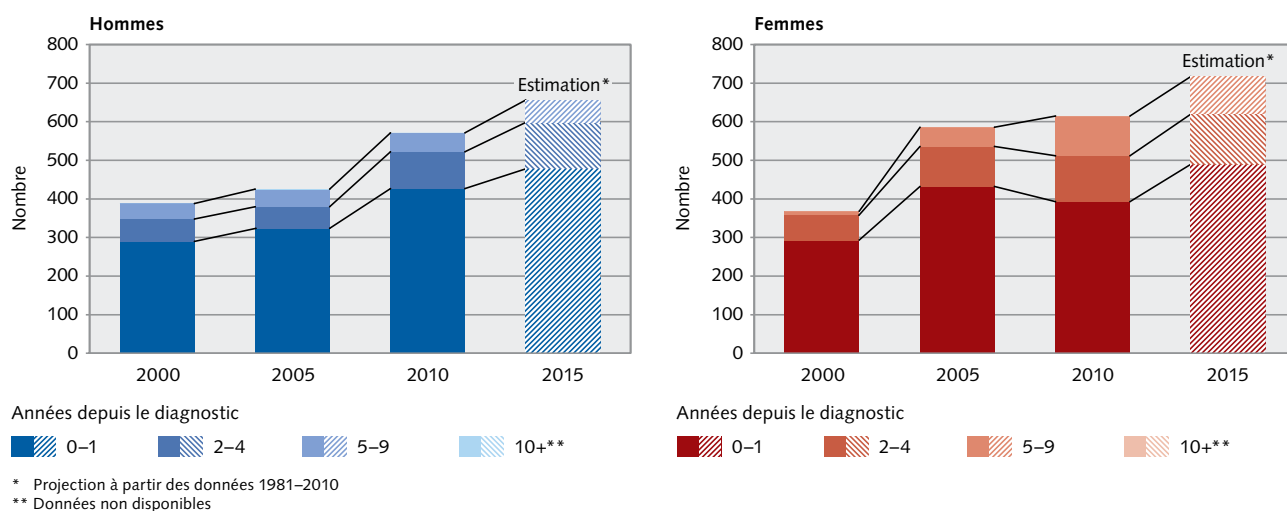
* Selon la source, le taux de survie calculé est étonnamment haut, ce qui pourrait être lié aux modalités de recueil des données dans ce pays. Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France, l'Italie et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

Source: EURO-CARE-5 Database – Survival Analysis 2000–2007

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer du pancréas: nombre de malades (prévalence)

G 4.6.7



Source: NICER

© OFS, Neuchâtel 2016

4.6.3 Facteurs de risque

Le tabagisme, l'obésité, le diabète et l'inflammation du pancréas sont des facteurs de risque pour ce cancer. Entre 20% et 25% des décès par cancer du pancréas sont causés par le tabac. Le risque de cancer du pancréas plus élevé chez les hommes pourrait donc s'expliquer par la consommation plus importante de tabac dans la population masculine. Par ailleurs, une grande taille à l'âge adulte est associée à une augmentation du risque de cancer du pancréas bien que la cause n'en soit pas connue. Enfin, dans environ 10% des cas, les antécédents familiaux jouent un rôle.^{1,2}

T4.6.1 Cancer du pancréas: principaux indicateurs épidémiologiques

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2008–2012	593	541	629	574
Nombre de cas en 2015 (estimé)	718	637	725	681
Part de tous les cancers, moyenne 2008–2012	2,8%	6,0%	3,6%	7,9%
Taux brut (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	15,4	14,1	15,8	14,5
Evolution annuelle moyenne du taux brut, 2003–2012	2,6%	2,0%	2,1%	2,4%
Taux brut en 2015 (estimé)	17,6	15,7	17,4	16,4
Taux standardisé (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	12,0	10,8	9,5	8,3
Evolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2003–2012	1,7%	0,8%	0,8%	1,5%
Age médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2008–2012	70,3	71,8	76,2	77,4
Risque vie entière, 2008–2012	1,6%	1,5%	1,7%	1,6%
Risque cumulé avant 70 ans, 2008–2012	0,6%	0,5%	0,4%	0,4%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne annuelle 2008–2012	–	2 161	–	1 503
	Hommes		Femmes	
Nombre de malades (prévalence) au 31.12.2010	*		*	
dont diagnostiqués au cours des 5 dernières années	522		512	
Taux de survie observé à 5 ans, au 31.12.2012	6,7%		7,4%	
Taux de survie relatif à 5 ans, au 31.12.2012	7,1%		7,7%	

Sources: NICER (nouveaux cas); OFS (décès)

© OFS, Neuchâtel 2016

* Données non disponibles

Références

- ¹ Steward B.W., Wild C.P. eds. (2014). World Cancer Report 2014. International Agency for Research on Cancer, Lyon
- ² World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (2007). Food, Nutrition, Physical activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. AICR, Washington DC

4.7 Cancer du larynx

4.7.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2008 et 2012, environ 230 cas de cancer du larynx ont été diagnostiqués en moyenne chaque année chez les hommes et 40 chez les femmes. Cette localisation cancéreuse représente 1,1% des cancers chez l'homme et 0,2% des cancers chez la femme. Le risque de développer un cancer du larynx au cours de la vie est de 0,6% chez les hommes et de 0,1% chez les femmes (soit environ un homme sur 200 et une femme sur 1000; T 4.7.1). Ce cancer touche plus souvent les hommes, qui ont un taux d'incidence standardisé sept fois plus élevé que celui des femmes.

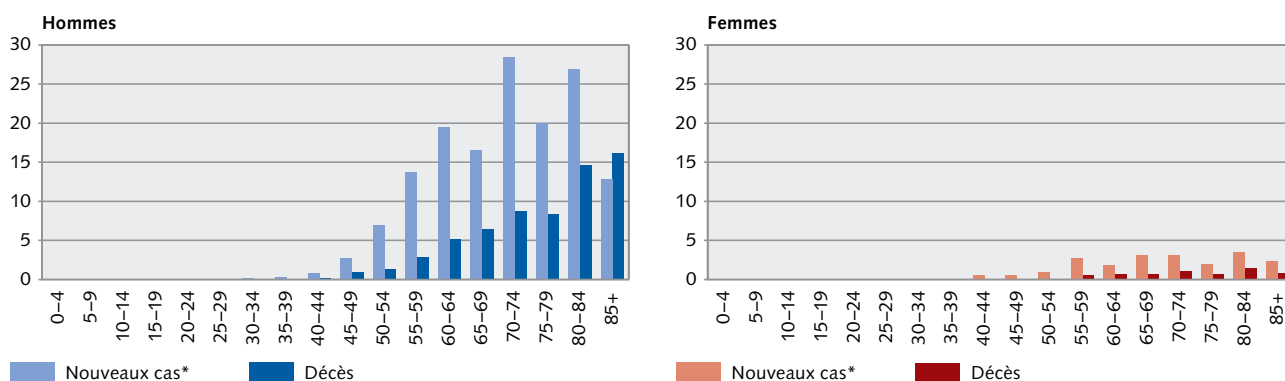
Le cancer du larynx (C32) se forme généralement à partir de la muqueuse qui tapisse le larynx.¹

Pendant la même période, 80 hommes et 10 femmes sont décédés d'un cancer du larynx en moyenne chaque année. Ce cancer est responsable de 0,9% des décès par cancer chez l'homme et de 0,1% des décès par cancer chez la femme. Le risque de décéder d'un cancer du larynx est de 0,2% chez les hommes et de moins de 0,1% chez les femmes. Cela signifie qu'un homme sur 500 et moins d'une femme sur 1000 décède de ce cancer.

Cancer du larynx selon l'âge, 2008–2012

G 4.7.1

Taux spécifique par âge, pour 100'000 habitants



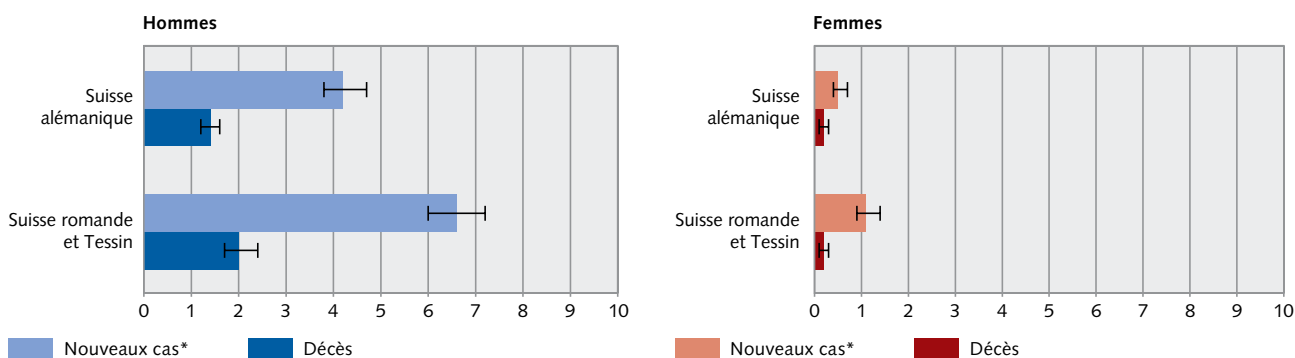
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer du larynx: comparaison régionale, 2008–2012

G 4.7.2

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



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

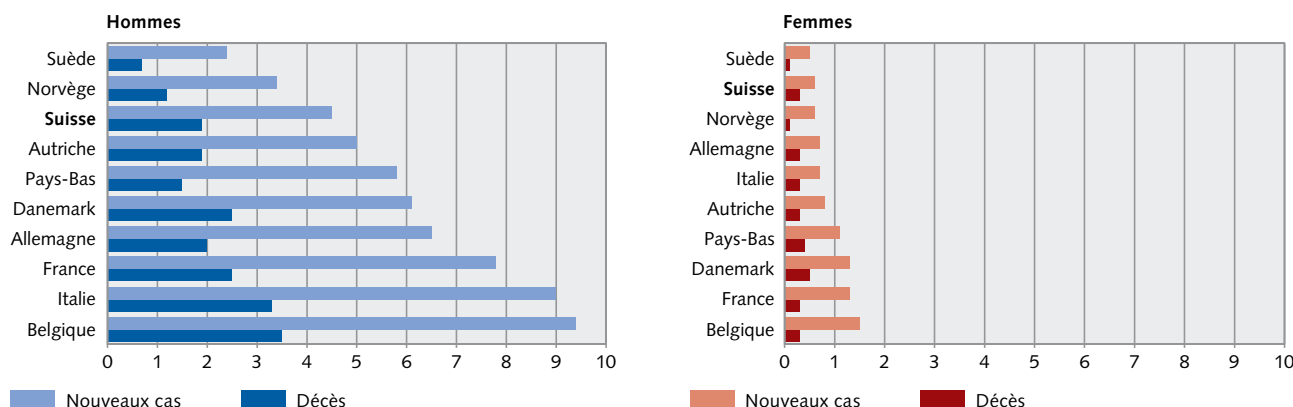
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer du larynx: comparaison internationale, 2012

G 4.7.3

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



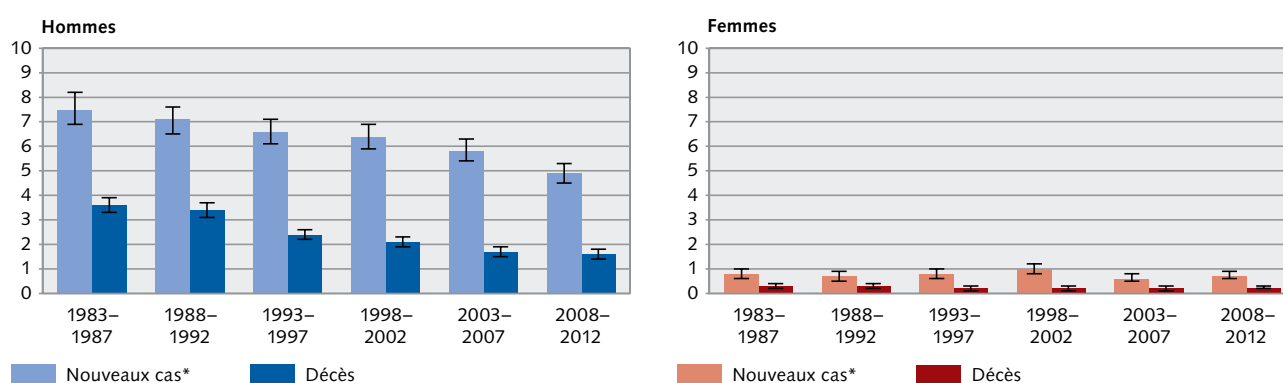
Source: Ferlay J. et al. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer du larynx: évolution temporelle

G 4.7.4

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



I Intervalle de confiance à 95%

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

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Les taux d'incidence sont plus élevés chez les hommes âgés. Des pics de fréquence s'observent chez les 70–74 ans et chez les 80–84 ans. Dans la population féminine, ils augmentent jusqu'à 69 ans. A partir de 70 ans, les taux d'incidence se stabilisent.

Tant chez l'homme que chez la femme, les premiers décès par cancer du larynx surviennent dans le groupe des 40–44 ans. Chez les hommes, le taux de mortalité s'accroît avec l'âge. Chez les femmes, les taux de mortalité, calculés sur un très petit nombre de cas, restent globalement stables entre 55 et 85 ans (G 4.7.1).

La moitié des cas de cancer du larynx sont diagnostiqués avant 66 ans chez les hommes et avant 67 ans chez les femmes. La moitié des décès sont quant à eux enregistrés avant 71 ans dans les deux sexes.

Comparaisons régionales et internationales

Chez l'homme, les taux d'incidence et de mortalité enregistrés en Suisse romande et au Tessin sont nettement plus élevés qu'en Suisse alémanique. Chez la femme, les taux d'incidence sont également beaucoup plus élevés en Suisse romande et au Tessin. En revanche, on ne constate aucune différence entre ces régions linguistiques en ce qui concerne les taux de mortalité féminine (G 4.7.2).

Par rapport aux neuf autres pays européens retenus pour la comparaison internationale, la Suisse enregistre un faible taux d'incidence du cancer du larynx chez l'homme. Seules la Suède et la Norvège affichent des taux plus bas. Chez les femmes, la Suisse enregistre, avec cinq autres pays, un taux d'incidence inférieur à 0,8 cas

pour 100'000 personnes-années. Pour ce qui est de la mortalité, la Suisse occupe, chez l'homme, le milieu du tableau; les taux de mortalité sont inférieurs aux Pays-Bas, en Norvège et en Suède. Chez la femme, le taux de mortalité est comparable à ceux de la Belgique, de la France, de l'Autriche, de l'Allemagne et de l'Italie. Une fois de plus, la Norvège et la Suède affichent des taux plus bas (G 4.7.3).

Evolution temporelle

Entre 1983 et 2012, les taux d'incidence et de mortalité chez l'homme ont diminué de respectivement 35% et 56%. Chez la femme, ils sont restés relativement stables à un bas niveau (G 4.7.4).

4.7.2 Taux de survie

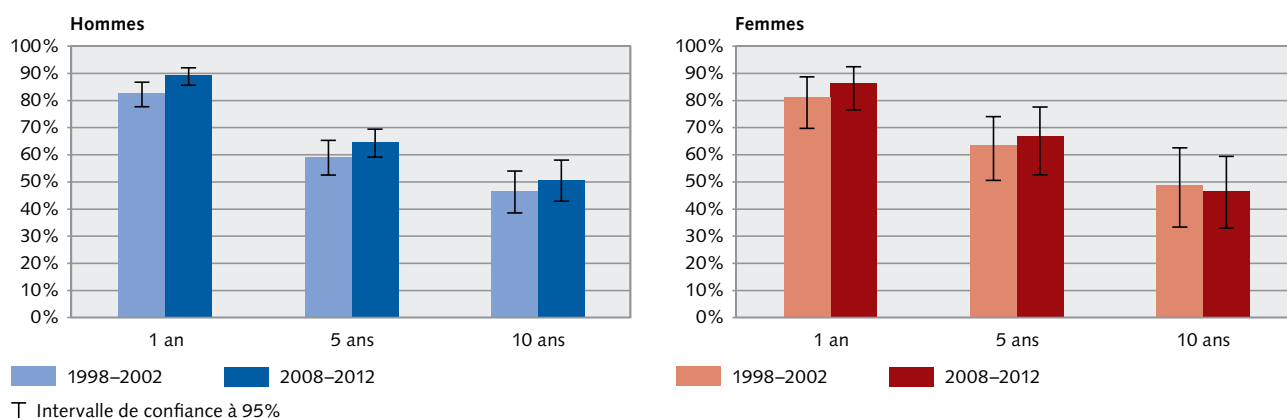
Pendant la période 2008–2012, environ 57% des hommes et 61% des femmes sont encore en vie cinq ans après le diagnostic de cancer du larynx (taux de survie observé; T 4.7.1). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans atteint 65% chez l'homme et 67% chez la femme (taux de survie relatif). Entre 1998 et 2002, il était de 59% chez l'homme et de 64% chez la femme (G 4.7.5).

Entre 1998 et 2012, les taux de survie à dix ans sont passés de 46% à 51% chez l'homme. Chez la femme, ils sont restés à des niveaux similaires (env. 48%) (G 4.7.5).

Parmi les dix pays européens retenus pour la comparaison internationale, les taux de survie au cancer du larynx placent la Suisse au cinquième rang chez les hommes et au troisième rang chez les femmes pour la période 2000–2007 (G 4.7.6).

Cancer du larynx: survie relative à 1, 5 et 10 ans

G 4.7.5

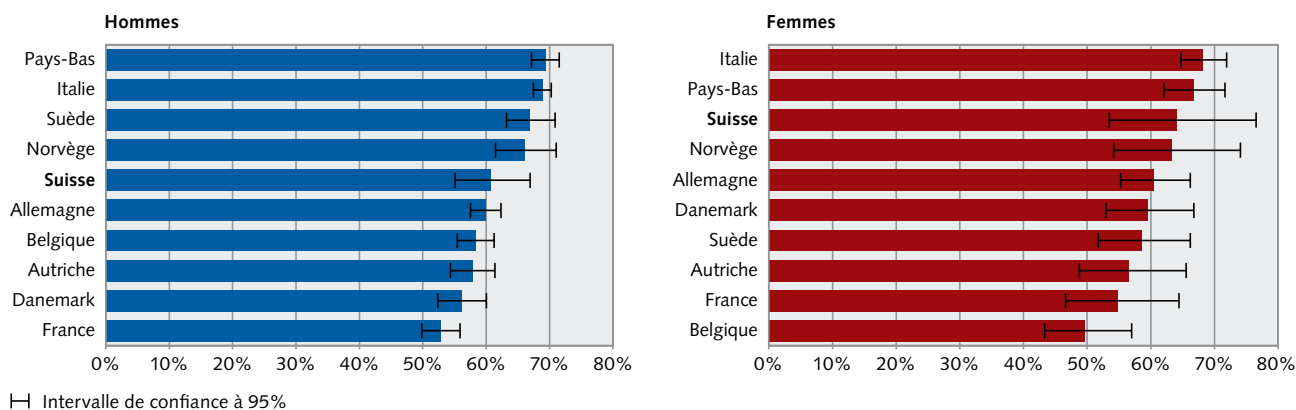


Source: NICER

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer du larynx: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, 2000–2007

G 4.7.6



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

Source: EUROCARE-5 Database – Survival Analysis 2000–2007

© OFS, Neuchâtel 2016

T4.7.1 Cancer du larynx: principaux indicateurs épidémiologiques

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2008–2012	229	79	38	10
Nombre de cas en 2015 (estimé)	231	83	48	13
Part de tous les cancers, moyenne 2008–2012	1,1%	0,9%	0,2%	0,1%
Taux brut (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	5,9	2,1	0,9	0,3
Evolution annuelle moyenne du taux brut, 2003–2012	–1,8%	–0,3%	3,2%	–0,1%
Taux brut en 2015 (estimé)	5,7	2,0	1,2	0,3
Taux standardisé (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	4,9	1,6	0,7	0,2
Evolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2003–2012	–2,9%	–1,5%	2,4%	–0,7%
Age médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2008–2012	65,8	70,6	66,9	71,4
Risque vie entière, 2008–2012	0,6%	0,2%	0,1%	0,1%
Risque cumulé avant 70 ans, 2008–2012	0,3%	0,1%	0,1%	0,1%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne annuelle 2008–2012	–	353	–	39
	Hommes		Femmes	
Taux de survie observé à 5 ans, au 31.12.2012	56,9%		61,2%	
Taux de survie relatif à 5 ans, au 31.12.2012	64,6%		66,8%	

Sources: NICER (nouveaux cas); OFS (décès)

© OFS, Neuchâtel 2016

4.7.3 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 les incidences plus élevées chez les hommes. La conjugaison de ces deux facteurs accentue ce risque. Plus la consommation de tabac aura été longue, plus le risque de développer ce cancer s'accroît.^{1,2}

Les autres facteurs de risque sont le reflux gastrique ainsi que l'exposition professionnelle aux hydrocarbures, à l'isopropanol, à l'acide sulfurique, aux émissions diesel et aux vapeurs d'acides (sulfurique, chlorhydrique).^{1,2}

Références

- ¹ World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (2007). Food, Nutrition, Physical activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. AICR, Washington DC
- ² Steward B.W., Wild C.P. eds. (2014). World Cancer Report 2014. International Agency for Research on Cancer, Lyon

4.8 Cancer du poumon

4.8.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2008 et 2012, environ 2500 et 1500 cancers du poumon ont été diagnostiqués en moyenne chaque année respectivement chez les hommes et chez les femmes. Cette localisation cancéreuse représente 11,8% des cancers chez l'homme et 8,5% des cancers chez la femme. Il est le deuxième cancer le plus fréquent chez l'homme et le troisième le plus fréquent chez la femme. Le risque de développer un cancer du poumon au cours de la vie est de 6,5% chez les hommes et de 3,6% chez les femmes (soit près de sept hommes sur 100 et de quatre femmes sur 100; T 4.8.1). Le cancer du poumon

Le cancer du poumon regroupe les tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon (C33, C34). Il peut être à petites cellules ou non 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

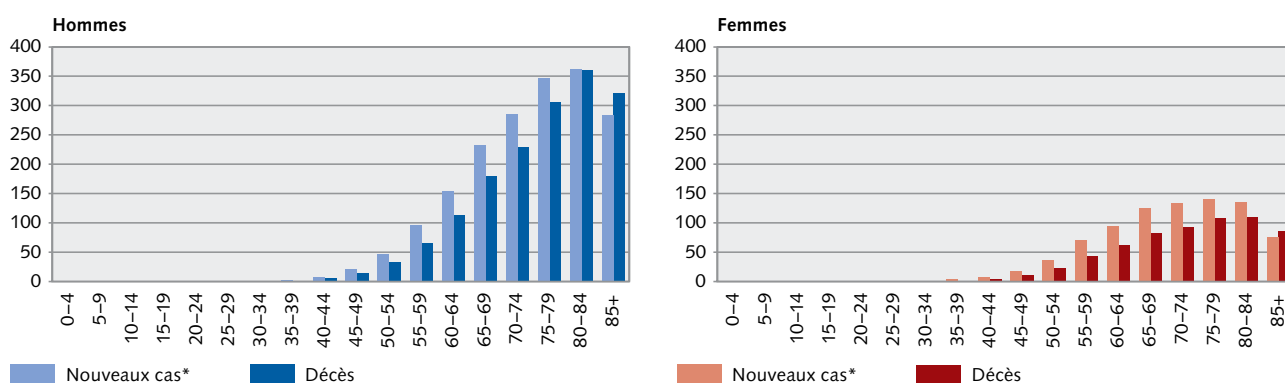
touche plus souvent les hommes, dont le taux d'incidence standardisé est 1,8 fois plus élevé que celui des femmes.

Entre 2008 et 2012, 2000 hommes et 1100 femmes sont décédés d'un cancer du poumon en moyenne chaque année. Il s'agit de la principale cause de décès par cancer chez les hommes (22,3% des décès par cancer) et de la deuxième cause chez les femmes (14,9% des décès par cancer). Le risque de décéder d'un cancer

Cancer du poumon selon l'âge, 2008–2012

G 4.8.1

Taux spécifique par âge, pour 100'000 habitants



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

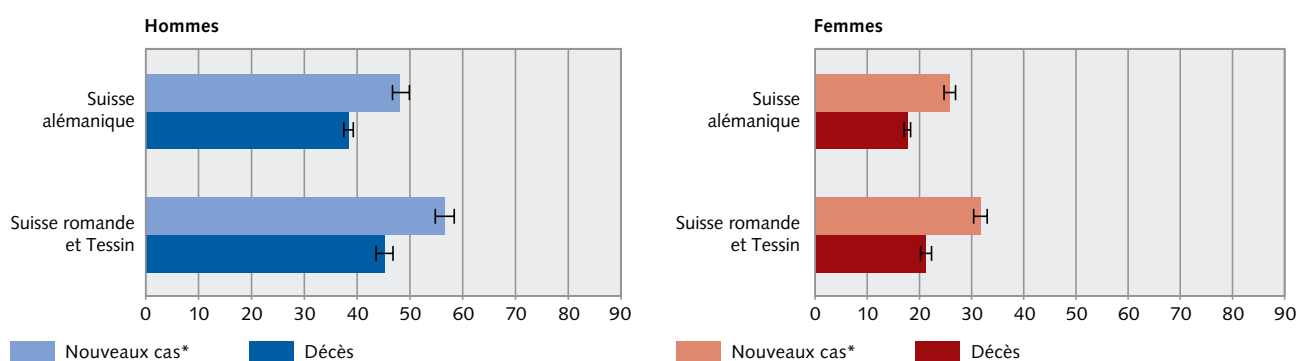
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer du poumon: comparaison régionale, 2008–2012

G 4.8.2

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



— Intervalle de confiance à 95%

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

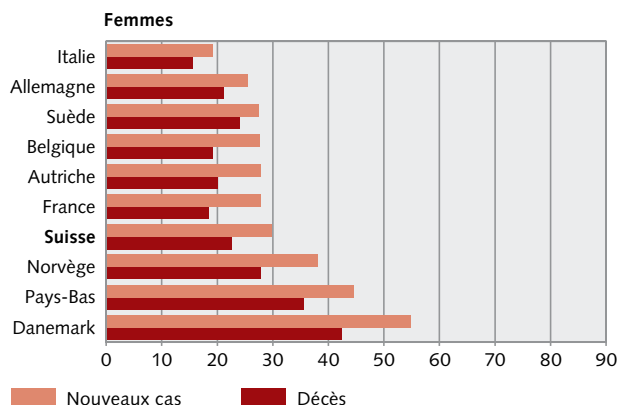
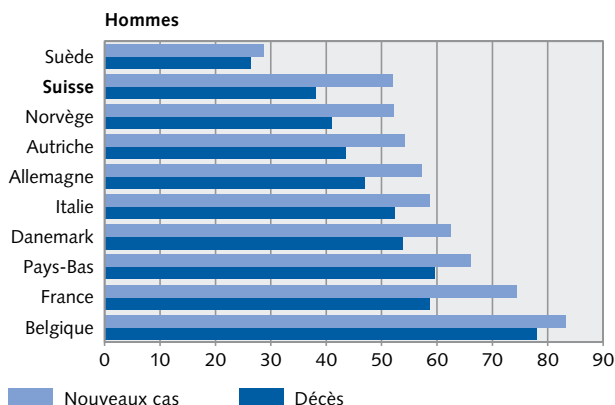
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer du poumon: comparaison internationale, 2012

G 4.8.3

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



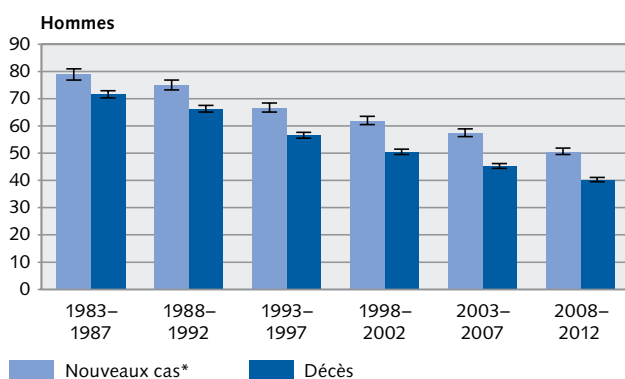
Source: Ferlay J. et al. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer du poumon: évolution temporelle

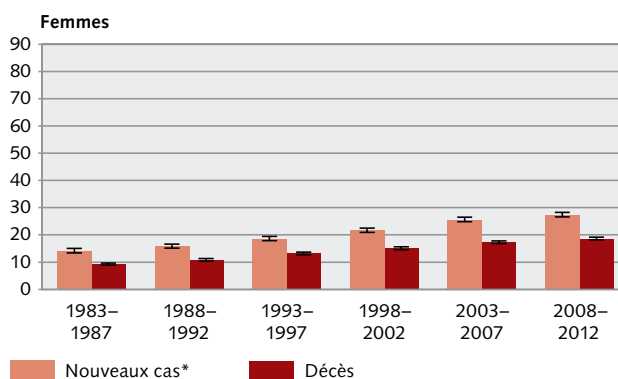
G 4.8.4

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



I Intervalle de confiance à 95%

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



Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

du poumon est de 5,5% chez les hommes et de 2,7% chez les femmes. Cela signifie que près de six hommes sur 100 et de trois femmes sur 100 décèdent de ce cancer.

L'incidence du cancer du poumon augmente chez les hommes jusqu'à la 84^e année et diminue ensuite. Chez les femmes, les taux d'incidence progressent jusqu'à la 79^e année avant de diminuer. Dans les deux sexes, la mortalité s'accroît jusqu'à la 84^e année, puis amorce une baisse (G 4.8.1).

La moitié des cas de cancer du poumon sont diagnostiqués avant 70 ans chez les hommes et 69 ans chez les femmes. La moitié des décès ont lieu avant 72 ans chez les hommes et 70 ans chez les femmes.

Comparaisons régionales et internationales

Tant chez l'homme que chez la femme, les taux d'incidence et de mortalité enregistrés en Suisse romande et au Tessin sont plus élevés qu'en Suisse alémanique (G 4.8.2).

Parmi les neuf pays européens comparés à la Suisse, seule la Suède présente des taux d'incidence et de mortalité inférieurs chez les hommes. Chez les femmes, les taux d'incidence du cancer du poumon sont relativement élevés en Suisse en comparaison européenne. Sur les neuf pays européens comparés avec la Suisse, six ont des taux d'incidence plus bas. En revanche, en ce qui concerne les taux de mortalité féminine, la Suisse se situe dans la moyenne. Cinq pays ont des taux de mortalité plus faibles (G 4.8.3).

Evolution temporelle

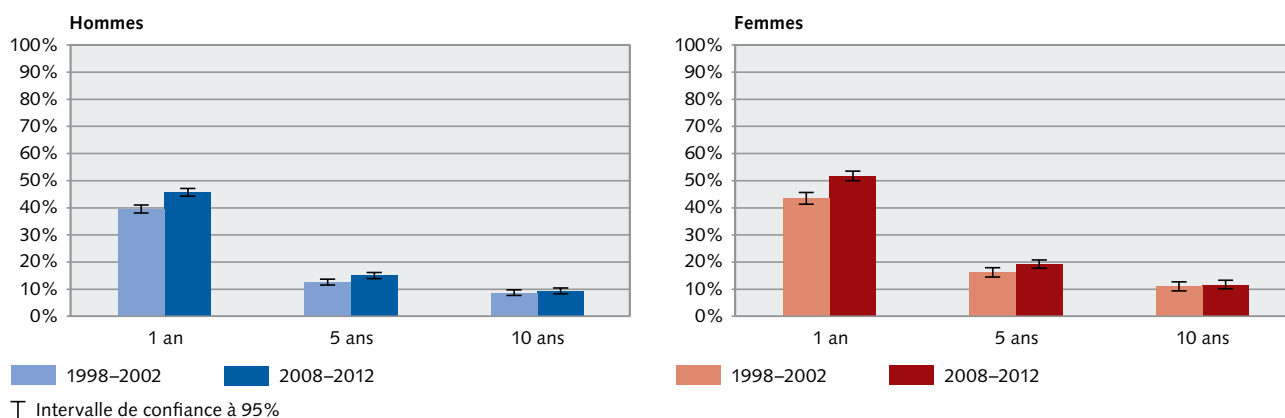
Grâce à une baisse sensible et continue, les taux d'incidence et de mortalité chez les hommes ont reculé de respectivement 36% et 44% entre 1983 et 2012. Chez les femmes, pendant la même période, les deux taux ont au contraire doublé (G 4.8.4). Cette évolution s'observe dans toutes les classes d'âge, sauf chez les femmes de 20 à 49 ans. Chez les femmes de cet âge, les taux ont culminé pendant la période 2003–2007, avant d'amorcer une légère baisse pendant la période 2008–2012.

4.8.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

Pendant la période 2008–2012, environ 14% des hommes et 18% des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de cancer du poumon (taux de survie observé; T 4.8.1). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans est de 15% chez l'homme et de 19% chez la femme (taux de survie relatif). Entre 1998 et 2002, il était de 13% chez l'homme et de 16% chez la femme (G 4.8.5). Entre 1998 et 2012, les taux de survie à dix ans sont demeurés à 9% chez l'homme et à 11% chez la femme (G 4.8.5).

Cancer du poumon: survie relative à 1, 5 et 10 ans

G 4.8.5

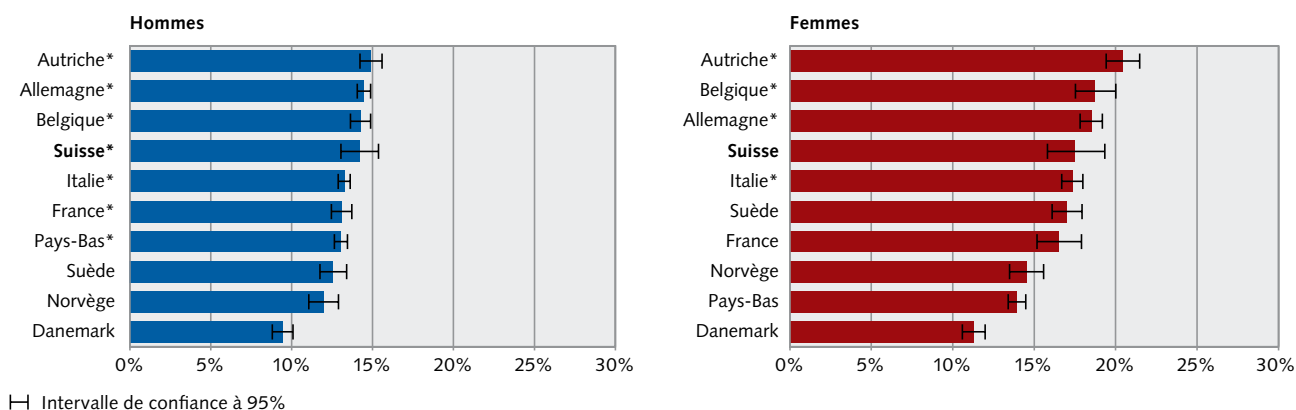


Source: NICER

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer du poumon: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, 2000–2007

G 4.8.6



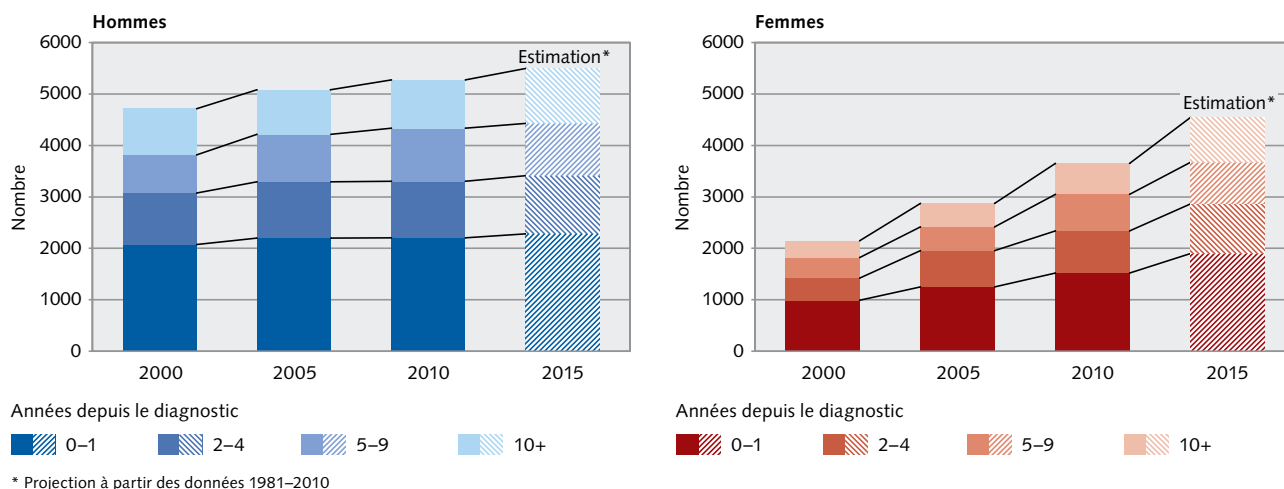
* Selon la source, le taux de survie calculé est étonnamment haut, ce qui pourrait être lié aux modalités de recueil des données dans ce pays. Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France, l'Italie et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

Source: EUROCARE-5 Database – Survival Analysis 2000–2007

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer du poumon: nombre de malades (prévalence)

G 4.8.7



Source: NICER

© OFS, Neuchâtel 2016

Parmi les dix pays européens comparés, la Suisse affiche, avec l'Autriche, l'Allemagne et la Belgique, les taux de survie les plus élevés pour la période 2000–2007 (G 4.8.6).

En 2000, 6800 personnes vivaient avec un diagnostic de cancer du poumon. Elles étaient 8900 en 2010 (G 4.8.7), dont 41% de femmes, contre 31% dix ans plus tôt. En 2015, la Suisse devrait compter plus de 10'000 personnes vivant avec un diagnostic de cancer du poumon, dont 45% de femmes. Pour 3700 personnes, cinq ans ou plus se sont écoulés depuis le diagnostic, alors que 6200 autres se trouvent encore dans les cinq premières années qui suivent le diagnostic (G 4.8.7).

4.8.3 Facteurs de risque

Le tabagisme, actif ou passif, est la première cause de cancer du poumon dans le monde. Dans les pays développés, le tabagisme est responsable de 90% de tous les décès par cancer du poumon. Par ailleurs, l'exposition au radon, l'exposition professionnelle aux hydrocarbures aromatiques polycycliques, l'amiante, la silice cristalline, des métaux (béryllium, arsenic, chrome, nickel), la pollution atmosphérique aux particules fines (<PM10), les émissions diesel et la pollution domestique provoquée par l'utilisation de combustibles solides sont d'autres facteurs de risque de cancer du poumon.¹ Les rayons X, les rayons gamma et le plutonium sont également des facteurs de risque de cancer du poumon.²

T4.8.1 Cancer du poumon: principaux indicateurs épidémiologiques

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2008–2012	2 463	2 010	1 509	1 079
Nombre de cas en 2015 (estimé)	2 500	2 055	1 762	1 322
Part de tous les cancers, moyenne 2008–2012	11,8%	22,3%	8,5%	14,9%
Taux brut (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	63,9	52,2	38,0	27,1
Evolution annuelle moyenne du taux brut, 2003–2012	–1,1%	–0,9%	2,2%	3,0%
Taux brut en 2015 (estimé)	61,5	50,5	42,4	31,8
Taux standardisé (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	50,5	40,3	27,4	18,7
Evolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2003–2012	–2,4%	–2,4%	1,3%	1,9%
Age médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2008–2012	69,7	71,5	68,5	70,3
Risque vie entière, 2008–2012	6,5%	5,5%	3,6%	2,7%
Risque cumulé avant 70 ans, 2008–2012	2,8%	2,1%	1,8%	1,1%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne annuelle 2008–2012	–	7 969	–	5 199
	Hommes		Femmes	
Nombre de malades (prévalence) au 31.12.2010	5 274		3 653	
dont diagnostiqués au cours des 5 dernières années	3 303		2 341	
Taux de survie observé à 5 ans, au 31.12.2012	13,6%		18,1%	
Taux de survie relatif à 5 ans, au 31.12.2012	15,0%		19,2%	

Sources: NICER (nouveaux cas); OFS (décès)

© OFS, Neuchâtel 2016

Références

- ¹ Steward B.W., Wild C.P. eds. (2014). World Cancer Report 2014. International Agency for Research on Cancer, Lyon
- ² WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group (2009). A review of human carcinogens – Part A to F. The Lancet Oncology; Volume 10. Accessible depuis: www.cancer-environnement.fr/212-Monographies-du-CIRC--syntheses.ce.aspx

4.9 Mésothéliome de la plèvre

4.9.1 Nouveau cas et décès

Situation actuelle

Entre 2008 et 2012, environ 160 cas de mésothéliome de la plèvre ont été diagnostiqués en moyenne chaque année chez les hommes. Les femmes sont beaucoup moins touchées avec seulement 25 cas chaque année. 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 (soit quatre hommes sur 1000 et une femme sur 1000; T 4.9.1). Sur la même période, environ 110 décès ont été enregistrés chaque année chez les hommes (15 chez les femmes). Le risque de décéder d'un mésothéliome de la plèvre est de 0,3% chez

Les données publiées dans ce chapitre concernent les mésothéliomes de la plèvre (C45.0) ainsi que les cancers de la plèvre (C38.4). La plèvre est l'enveloppe entourant les poumons. Plus rarement, les mésothéliomes peuvent concerner le péritoine (enveloppant les organes de la cavité abdominale, C45.1), le péricarde (enveloppant le cœur, C45.2) ou d'autres localisations (C45.7); ils ne sont pas traités dans ce chapitre. De plus, il existe des mésothéliomes dont la localisation n'est pas précisée (C45.9) (cf. chapitre 4.23).

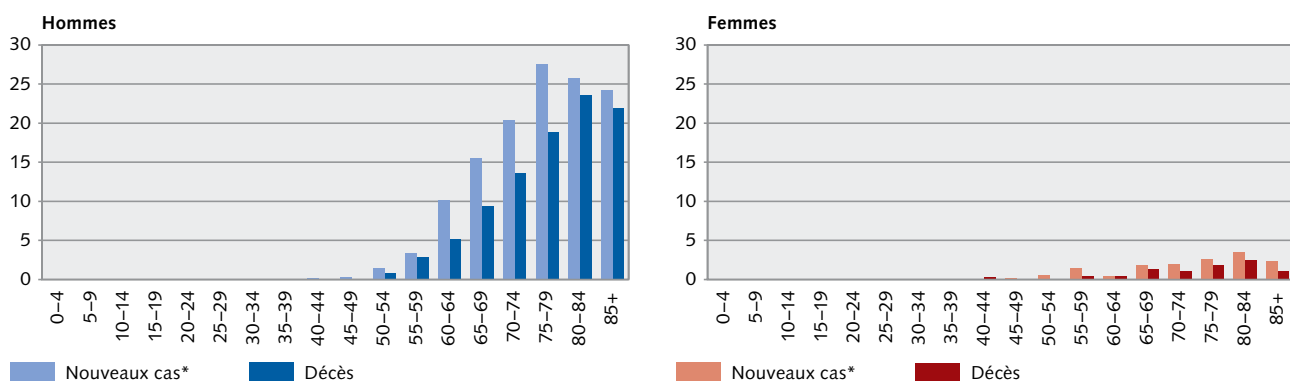
les hommes et de moins de 0,1% chez les femmes. Cela signifie que trois hommes sur 1000 et moins d'une femme sur 1000 décèdent de ce cancer.

La moitié des décès et des diagnostics ont lieu respectivement après 72 et 74 ans chez les hommes et 73 et 74 ans chez les femmes. Sur la période 2008–2012, aucun cas ni aucun décès n'ont été enregistrés avant

Mésothéliome de la plèvre selon l'âge, 2008–2012

G 4.9.1

Taux spécifique par âge, pour 100'000 habitants



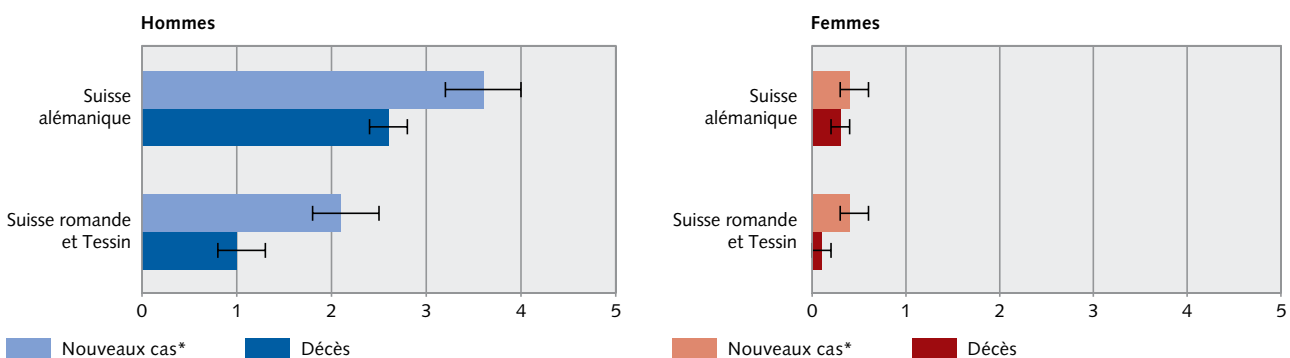
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Mésothéliome de la plèvre: comparaison régionale, 2008–2012

G 4.9.2

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



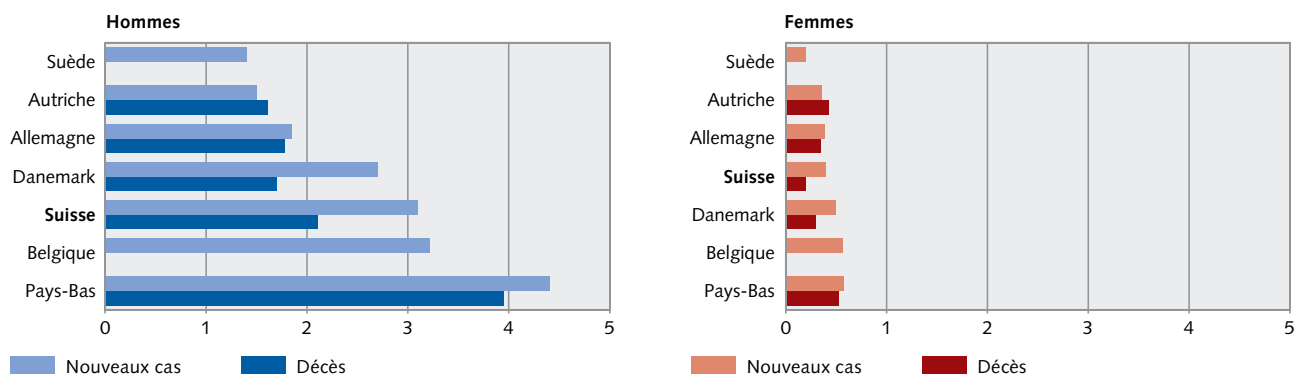
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Mésothéliome: comparaison internationale, 2011–2012***G 4.9.3**

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



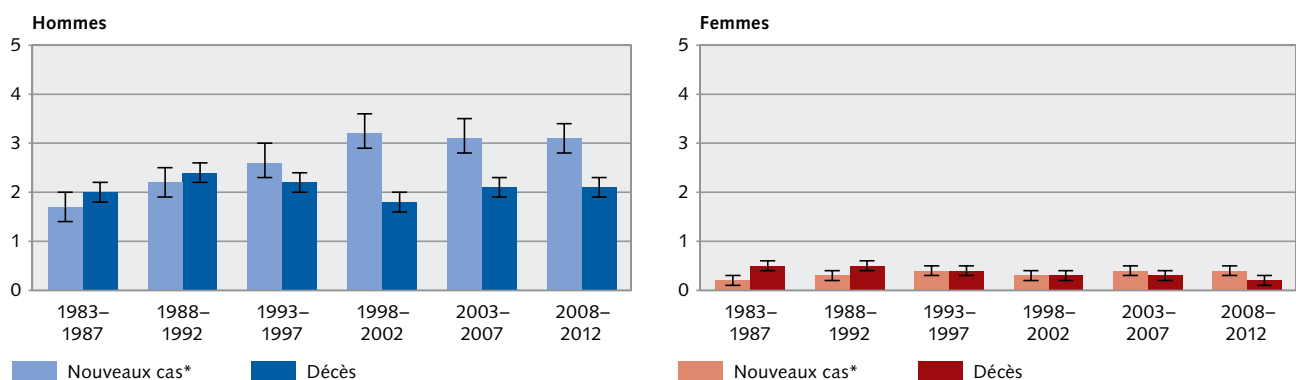
* Correspond au code C45 de la CIM-10 excepté pour la Suède et le Danemark (C38.4). Pour la Suisse, les données 2008–2012 de l'OFS et de NICER sont utilisées (C38.4, C45.0). Belgique et Suède: absence de données de mortalité comparables. Norvège, Italie et France: pas de données disponibles.

Sources: Robert Koch-Institut (2015) – Krebs in Deutschland 2011/2012; données pour la Suisse: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Mésothéliome de la plèvre: évolution temporelle**G 4.9.4**

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



I Intervalle de confiance à 95%

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

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

40 ans (G 4.9.1). Le taux d'incidence reste inférieur à un pour 100'000 habitants jusqu'à 50 ans chez les hommes (55 ans chez les femmes), puis il augmente avec l'âge jusqu'à 79 ans (84 ans chez les femmes). Le taux de mortalité dépasse le seuil de un pour 100'000 habitants après 55 ans chez les hommes (65 ans chez les femmes) puis augmente jusqu'à 84 ans.

Comparaisons régionales et internationales

L'incidence et la mortalité liées au mésothéliome de la plèvre sont nettement plus élevées chez les hommes en Suisse alémanique qu'en Suisse romande et au Tessin; chez les femmes, le mésothéliome est très rare et cette différence n'est pas observée (G 4.9.2). La comparaison internationale est limitée car les données sont disponibles partiellement et ne sont pas uniformes. Les taux d'incidence et de mortalité sont relativement hauts chez les hommes en Suisse. Chez les femmes, la Suisse se place au milieu du classement des pays qui disposent de ces données (G 4.9.3).

Evolution temporelle

Une nette augmentation de l'incidence est observée chez les hommes entre 1983 et 2002. Depuis, elle semble se stabiliser (G 4.3.4). Il ne se dégage pas de tendance nette quant à l'évolution de la mortalité. Chez les femmes, le faible nombre de cas ne permet pas de conclure à des tendances particulières.

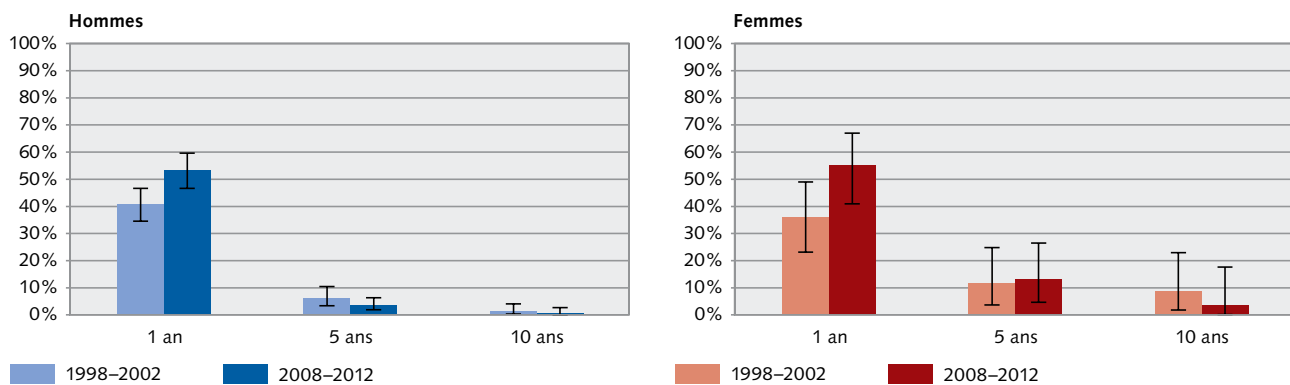
4.9.2 Taux de survie

Pendant la période de 2008 à 2012, 3% des hommes et 11% des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de mésothéliome de la plèvre (taux de survie observé; T4.9.1). Compte tenu du risque de décéder

d'autres causes, le taux de survie à cinq ans est de 4% pour les hommes et de 13% pour les femmes (taux de survie relatif). Il était de 6% chez les hommes et de 12% chez les femmes entre 1998 et 2002 (G 4.9.5). Les mésothéliomes de la plèvre sont donc les cancers ayant le moins bon pronostic.

Pendant la période considérée, les taux de survie à dix ans ne se sont pas améliorés ni pour les hommes ni pour les femmes. Les taux de survie sont restés à 1% seulement chez les hommes, et ont diminué de 9% à 4% chez les femmes (G 4.9.5). Compte tenu du faible nombre de cas chez les femmes, la variation aléatoire de ce nombre a une forte influence sur l'estimation des taux de survie.

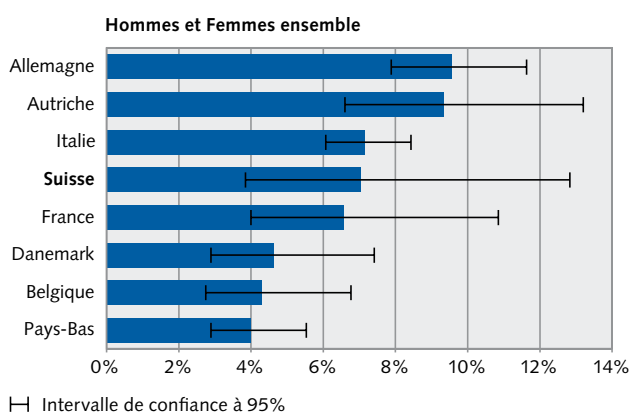
Mésothéliome de la plèvre: survie relative à 1, 5 et 10 ans

G 4.9.5


Source: NICER

© OFS, Neuchâtel 2016

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

G 4.9.6


* Dans la base de données Eurocare-5, regroupe le code C38.4 de la CIM-O-3; données disponibles seulement pour les 2 sexes ensemble
Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France, l'Italie et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

Source: EUROCARE-5 Database – Survival Analysis
2000-2007

© OFS, Neuchâtel 2016

T4.9.1 Mésothéliome de la plèvre: principaux indicateurs épidémiologiques

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2008–2012	158	108	25	15
Nombre de cas en 2015 (estimé)	192	139	27	15
Part de tous les cancers, moyenne 2008–2012	0,8%	1,2%	0,1%	0,2%
Taux brut (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	4,1	2,8	0,6	0,4
Evolution annuelle moyenne du taux brut, 2003–2012	1,3%	2,2%	–0,2%	–1,3%
Taux brut en 2015 (estimé)	4,7	3,4	0,7	0,4
Taux standardisé (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	3,1	2,1	0,4	0,2
Evolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2003–2012	–0,4%	0,0%	0,5%	–1,6%
Age médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2008–2012	72,2	73,9	72,6	74,1
Risque vie entière, 2008–2012	0,4%	0,3%	0,1%	0,1%
Risque cumulé avant 70 ans, 2008–2012	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne annuelle 2008–2012	–	274	–	60
	Hommes		Femmes	
Taux de survie observé à 5 ans, au 31.12.2012	3,1%		11,4%	
Taux de survie relatif à 5 ans, au 31.12.2012	3,7%		13,2%	

Sources: NICER (nouveaux cas); OFS (décès)

© OFS, Neuchâtel 2016

Entre 2000 et 2007, le taux de survie des patientes et des patients souffrant d'un mésothéliome de la plèvre se situait en Suisse dans la moyenne européenne. Quatre pays ont des taux de survie inférieurs à la Suisse chez les hommes et les femmes. Les données ne sont toutefois disponibles que pour les deux sexes ensemble.

4.9.3 Facteurs de risque

Le principal facteur de risque du mésothéliome de la plèvre est l'exposition à l'amiante, responsable selon les sources jusqu'à 90%¹ des cas. L'amiante a été très utilisée principalement dans la construction dans les années 1950 à 1970, ce qui a conduit à l'exposition de nombreux travailleurs. Interdite en Suisse depuis 1989, l'amiante peut toutefois être présente dans les bâtiments construits avant cette interdiction. Il persiste alors un

risque d'exposition particulièrement lors de travaux de rénovation (ponçage, perçage, sciage). L'érionite, un autre minéral fibreux est également un facteur de risque du mésothéliome. Comme l'amiante, ce minéral peut être responsable d'une exposition environnementale importante dans les régions où il affleure (ex: Turquie pour l'érionite, Corse pour l'amiante).

Le métier de peintre constitue aussi un facteur de risque de mésothéliome de la plèvre. Certaines fibres minérales artificielles, l'exposition à des radiations ionisantes, ou à des agents chimiques tels que les bromates, les nitroso-urées ou les nitrosamines, sont des facteurs de risque de mésothéliome suspectés.²

Références

¹ Neumann V. (2013). Malignant Pleural Mesothelioma. Dtsch Arztebl Int; 110(18): 319–26

² Unité «Cancer, Environnement et Nutrition» du Centre Léon Bérard. Mésothéliome [en ligne] (page consultée le 29/05/2015). www.cancer-environnement.fr/85-Mesotheliome.ce.aspx

4.10 Mélanome de la peau

4.10.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Avec près de 2450 nouveaux cas diagnostiqués en moyenne chaque année entre 2008 et 2012, le mélanome est le quatrième cancer le plus fréquent en Suisse. Le risque de développer un mélanome au cours de la vie est de 3,1% chez les hommes et de 2,6% chez les femmes (soit environ trois personnes sur 100; T 4.10.1). Les taux d'incidence standardisés pour les deux sexes sont globalement similaires.

Durant la même période, le mélanome a été à l'origine de 180 décès en moyenne chaque année chez les hommes et de 130 décès chez les femmes. Le risque

Le mélanome de la peau (C43) se développe à partir des mélanocytes, les cellules produisant les pigments de la peau (la mélanine). Ce chapitre ne porte pas sur les formes rares de mélanomes, qui apparaissent dans d'autres organes que la peau, ni sur les autres types de cancers de la peau (comme le carcinome se développant à partir de l'épiderme).¹

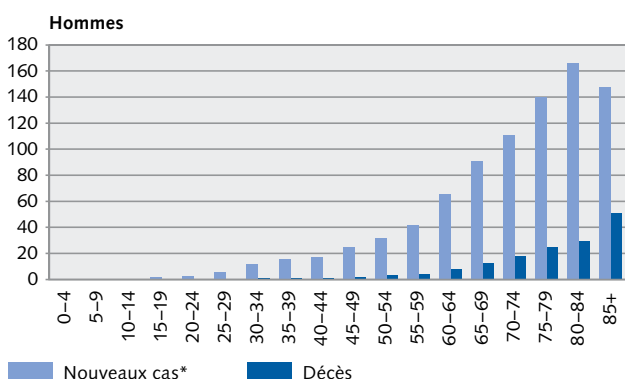
de décéder de ce cancer est de 0,5% chez les hommes et de 0,3% chez les femmes. Cela signifie qu'environ une personne sur 200 décède de ce cancer. Le mélanome de la peau représente 2% des décès par cancer.

La moitié des mélanomes sont diagnostiqués avant 67 ans chez les hommes et avant 60 ans chez les femmes. Si avant 55 ans, les femmes sont un peu plus touchées que les hommes, à l'inverse, après 60 ans, les taux d'incidence deviennent beaucoup plus élevés

Mélanome de la peau selon l'âge, 2008–2012

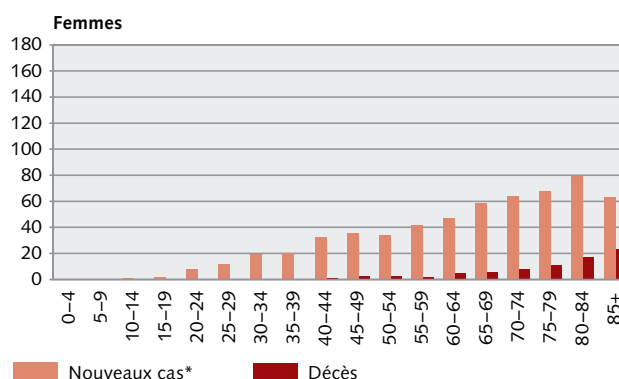
G 4.10.1

Taux spécifique par âge, pour 100'000 habitants



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

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

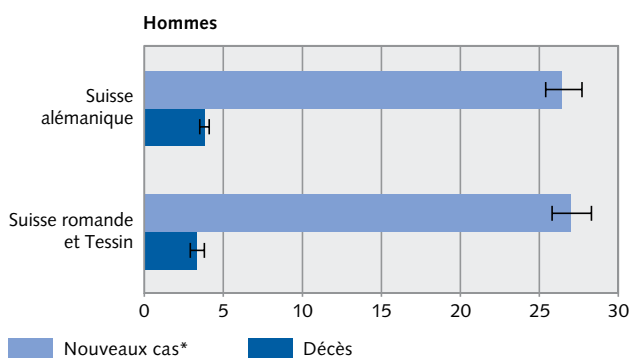


© OFS, Neuchâtel 2016

Mélanome de la peau: comparaison régionale, 2008–2012

G 4.10.2

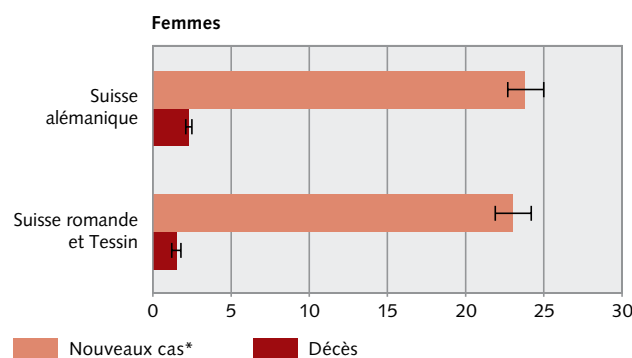
Taux pour 100'000 habitants, standard européen



— Intervalle de confiance à 95%

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

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

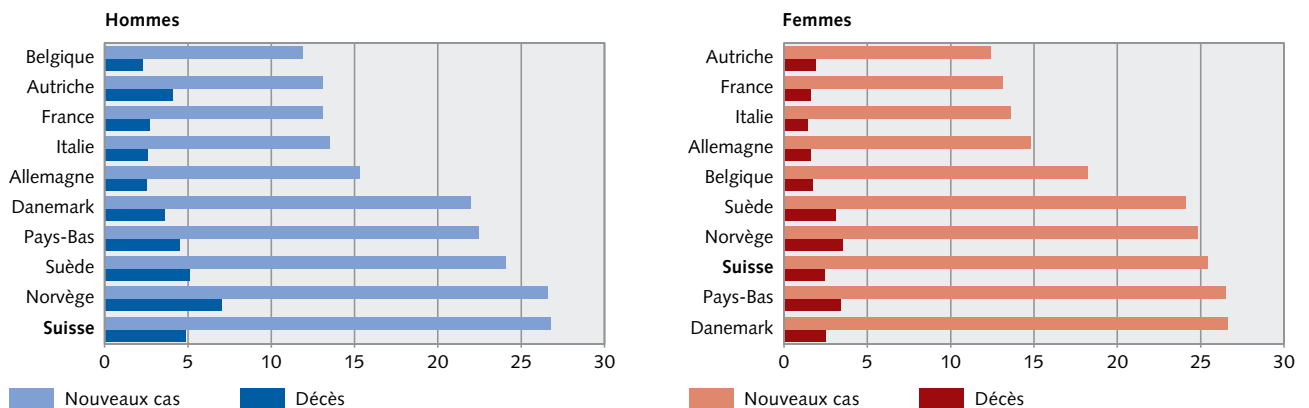


© OFS, Neuchâtel 2016

Mélanome de la peau: comparaison internationale, 2012

G 4.10.3

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



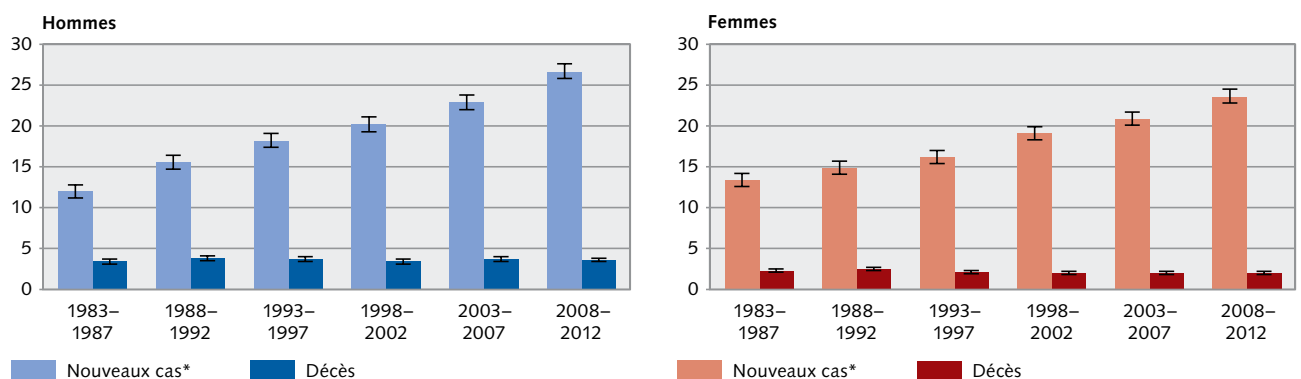
Source: Ferlay J. et al. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012

© OFS, Neuchâtel 2016

Mélanome de la peau: évolution temporelle

G 4.10.4

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



I Intervalle de confiance à 95%

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

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

chez les hommes (G 4.10.1). La moitié des décès dus au mélanome surviennent après 72 ans chez les hommes et 75 ans chez les femmes.

Comparaisons régionales et internationales

Il n'y a pas de différence significative entre les taux d'incidence en Suisse alémanique, d'une part, et en Suisse romande et au Tessin, d'autre part (G 4.10.2). La mortalité liée au mélanome est quant à elle légèrement plus élevée chez les femmes vivant en Suisse alémanique que chez celles de Suisse romande ou du Tessin. Cette différence n'est pas visible chez les hommes.

Parmi les dix pays européens retenus pour la comparaison, la Suisse présente le plus haut taux d'incidence chez les hommes et le troisième taux le plus élevé chez les femmes, après le Danemark et les Pays-Bas (G 4.10.3). Ces taux, dépassant les 25 cas pour 100'000 habitants, sont nettement supérieurs à ceux des pays les moins touchés, qui enregistrent entre 12 et 18 cas pour 100'000 habitants. En termes de mortalité, la Suisse se retrouve chez les hommes et chez les femmes respectivement en troisième et cinquième position des pays les plus touchés.

Evolution temporelle

L'incidence a fortement augmenté au cours des trente dernières années chez les hommes comme chez les femmes (G 4.10.4). Cette hausse concerne tous les groupes d'âge et elle s'est confirmée sur les dix dernières années (T 4.10.1). La mortalité reste par contre stable, exceptée chez les plus jeunes (20–49 ans) où elle présente une légère tendance à la diminution depuis 1987.

4.10.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

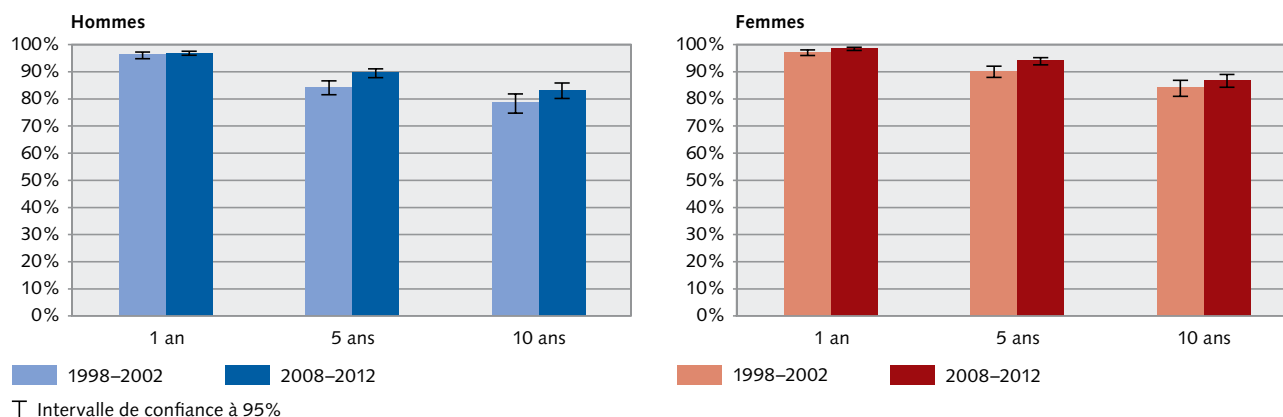
Pendant la période de 2008 à 2012, 83% des hommes et 89% des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de mélanome (taux de survie observé;

T 4.10.1). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans est de 90% pour les hommes et de 94% pour les femmes (taux de survie relatif). Il était de 84% chez les hommes et de 90% chez les femmes entre 1998 et 2002 (G 4.10.5).

Le taux de survie à dix ans a augmenté entre 1998 et 2012 de 79% à 83% chez les hommes et de 84% à 87% chez les femmes (G 4.10.5). Cette amélioration du taux de survie est liée, entre autres, au fait que les patients et les médecins accordent plus d'attention aux modifications de la peau potentiellement malignes; cela a probablement permis de détecter des mélanomes suffisamment tôt pour que les chances de guérison soient bonnes.

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

G 4.10.5

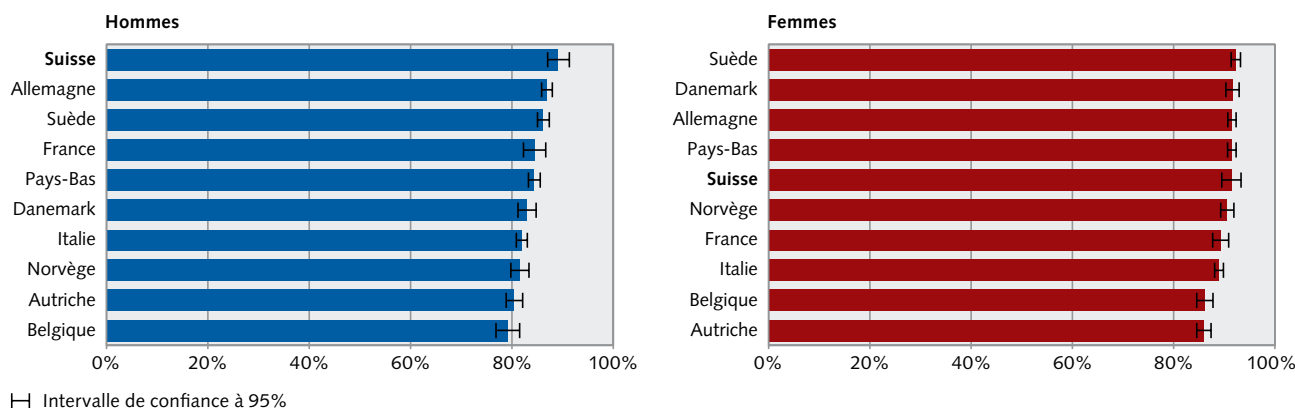


Source: NICER

© OFS, Neuchâtel 2016

Mélanome de la peau: internationale de la survie relative à 5 ans, 2000–2007

G 4.10.6



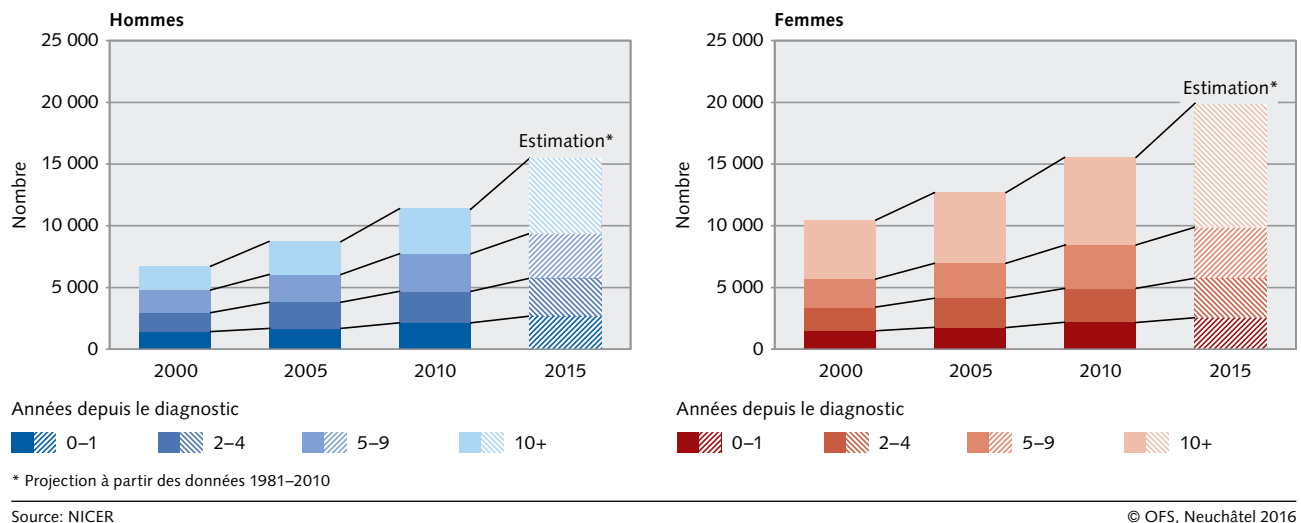
Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France, l'Italie et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

Source: EUROCARE-5 Database – Survival Analysis 2000–2007

© OFS, Neuchâtel 2016

Mélanome de la peau: nombre de malades (prévalence)

G 4.10.7



Parmi les dix pays pris en compte dans la comparaison européenne, la Suisse présente le plus haut taux de survie chez les hommes pour la période 2000–2007. Chez les femmes, la Suisse occupe le cinquième rang, mais les écarts sont très faibles (G 4.10.6).

Alors qu'en 2000, la Suisse comptait 17'000 personnes vivant avec un diagnostic de mélanome de la peau, elle en dénombrait 27'000 en 2010 (G 4.10.7). Selon les estimations, le nombre de ces personnes devrait dépasser 35'000 en 2015. Le diagnostic remonte à cinq ans ou plus pour près de 24'000 hommes et femmes et à moins de cinq ans pour environ 11'000 personnes (G 4.10.7).

4.10.3 Facteurs de risque

Le principal facteur de risque du mélanome est l'exposition aux rayons ultra-violet. Ces derniers causent des dégâts au matériel génétique (ADN) des cellules de la peau, particulièrement chez les personnes à peau sensible (peau claire, peau avec des taches de rousseur, peau qui ne bronze pas). Les dommages interviennent principalement dans l'enfance ou à l'adolescence et lorsque les expositions sont sporadiques et intenses¹. La principale source de rayons ultra-violet est le soleil, mais l'utilisation de solarium entraîne également une exposition aux rayons UV. Le risque de mélanome varie fortement selon la pigmentation de la peau¹. Les personnes à la peau claire ont un risque plus élevé de développer un mélanome que celles à la peau foncée.

Les personnes présentant des naevi dysplasiques, ou chez qui un premier mélanome a été diagnostiqué, ont un risque plus élevé de développer un mélanome. Le risque de mélanome est aussi plus élevé lorsqu'un membre de la famille a été atteint de ce type de cancer, chez les personnes immunodéprimées, comme les patients devant suivre un traitement immunosuppresseur, ou celles atteintes du sida.

Le CIRC² classe par ailleurs l'exposition aux polychlorobiphényles (PCB) parmi les facteurs de risque du mélanome.

T4.10.1 Mélanome de la peau: principaux indicateurs épidémiologiques

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2008–2012	1 262	181	1 185	131
Nombre de cas en 2015 (estimé)	1 628	234	1 450	147
Part de tous les cancers, moyenne 2008–2012	6,1%	2,0%	6,7%	1,8%
Taux brut (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	32,7	4,7	29,8	3,3
Evolution annuelle moyenne du taux brut, 2003–2012	3,7%	2,4%	3,0%	1,2%
Taux brut en 2015 (estimé)	40,0	5,8	34,9	3,5
Taux standardisé (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	26,6	3,6	23,6	2,0
Evolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2003–2012	2,5%	0,9%	2,3%	–0,4%
Age médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2008–2012	66,5	72,3	60,6	75,2
Risque vie entière, 2008–2012	3,1%	0,5%	2,6%	0,3%
Risque cumulé avant 70 ans, 2008–2012	1,6%	0,2%	1,6%	0,1%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne annuelle 2008–2012	–	1 015	–	735
	Hommes		Femmes	
Nombre de malades (prévalence) au 31.12.2010	11 389		15 539	
dont diagnostiqués au cours des 5 dernières années	4 692		4 940	
Taux de survie observé à 5 ans, au 31.12.2012	82,9%		89,2%	
Taux de survie relatif à 5 ans, au 31.12.2012	89,6%		94,0%	

Sources: NICER (nouveaux cas); OFS (décès)

© OFS, Neuchâtel 2016

Références

- ¹ Steward B.W., Wild C.P. eds. (2014). World Cancer Report 2014. International Agency for Research on Cancer, Lyon
- ² WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group (2009). A review of human carcinogens – Part A to F. The Lancet Oncology; Volume 10. Accessible depuis: www.cancer-environnement.fr/212-Monographies-du-CIRC--syntheses.ce.aspx

4.11 Cancer du sein

4.11.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Avec plus de 5700 cas diagnostiqués en moyenne chaque année sur la période de 2008 à 2012, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes, dont il représente un tiers des cancers diagnostiqués. Leur risque de développer un cancer du sein au cours de la vie est de 12,7% (près de 13 femmes sur 100; T 4.11.1).

Sur la même période, le cancer du sein a été à l'origine de près de 1400 décès en moyenne chaque année. Le risque de décéder d'un cancer du sein est de 3,6%. Cela signifie que près de quatre femmes sur 100 décèdent de ce cancer.

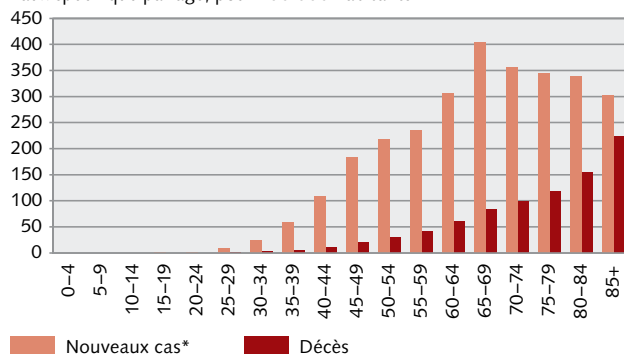
La moitié des diagnostics et des décès ont lieu respectivement avant 64 et 73 ans. Ce cancer est rare avant 25 ans (moins de 1 cas pour 100'000 femmes), puis le taux d'incidence augmente jusqu'à 69 ans pour diminuer ensuite. Le taux de mortalité du cancer du sein augmente quant à lui progressivement avec l'âge à partir de 30 ans.

Comparaisons régionales et internationales

Le cancer du sein est plus souvent diagnostiqué en Suisse romande et au Tessin qu'en Suisse alémanique (G 4.11.2). A l'inverse, le taux de mortalité est inférieur en Suisse romande et au Tessin. Trois pays européens sur les neuf retenus pour la comparaison internationale (l'Autriche, la Norvège et la Suède) présentent un taux d'incidence inférieur à celui de la Suisse (G 4.11.3). Seules la Norvège et la Suède ont un taux de mortalité inférieur.

Cancer du sein selon l'âge, 2008–2012 G 4.11.1

Taux spécifique par âge, pour 100'000 habitants



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

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

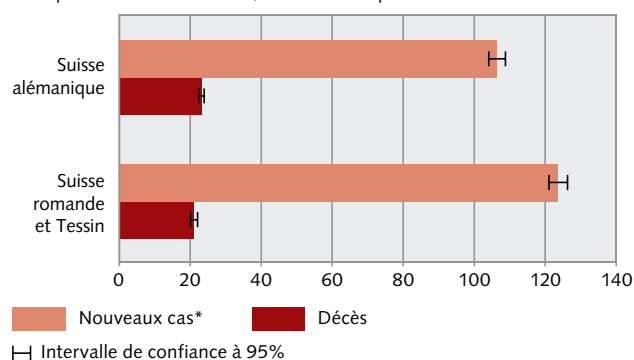
Le cancer du sein (C50) se développe dans les cellules glandulaires qui constituent le sein. Dans la classification internationale des maladies, il existe plus de vingt sous-types différents de cancers du sein.¹ Ce chapitre traite du cancer du sein chez la femme. Le cancer du sein peut aussi toucher les hommes (cf. chapitre 4.23).

Evolution temporelle

L'incidence a augmenté de façon assez nette entre 1983 et 2002 (G 4.11.4), puis elle n'a plus évolué de manière significative. La mortalité a, quant à elle, continuellement diminué depuis 1983. Dans le groupe d'âge des 50–69 ans, l'incidence et la mortalité ont évolué selon ces mêmes tendances. Chez les plus jeunes (20–49 ans), l'incidence a continué d'augmenter après 2002, alors

Cancer du sein: comparaison régionale, 2008–2012 G 4.11.2

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



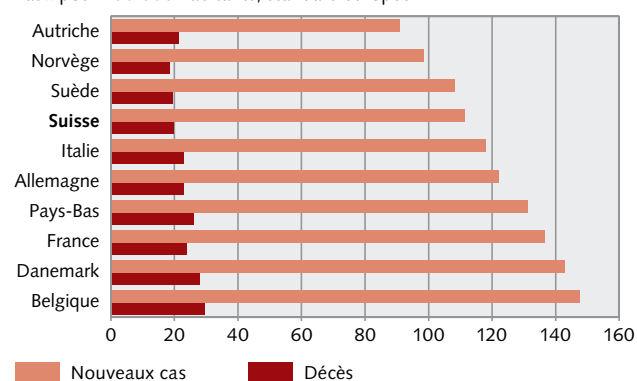
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer du sein: comparaison internationale, 2012 G 4.11.3

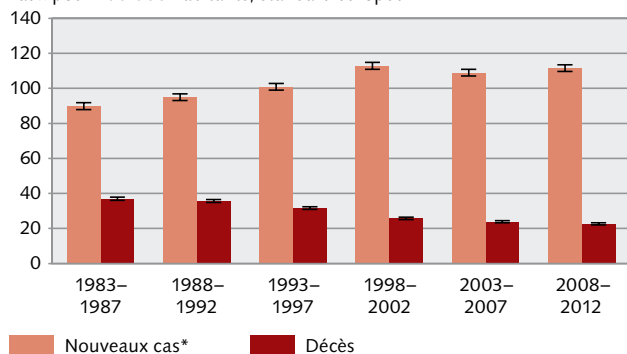
Taux pour 100'000 habitants, standard européen



Source: Ferlay J. et al. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012

Cancer du sein: évolution temporelle**G 4.11.4**

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



Intervalle de confiance à 95%

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

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

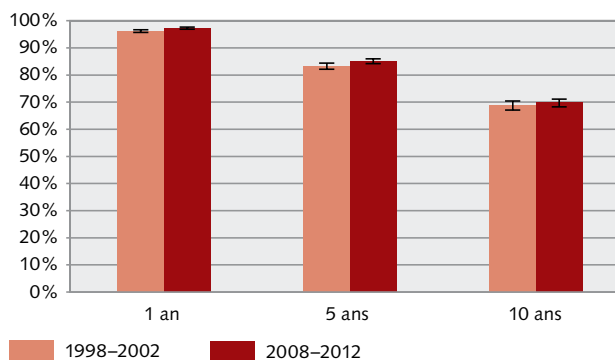
© OFS, Neuchâtel 2016

que la mortalité a suivi la tendance générale à la baisse. Chez les 70 ans et plus, l'incidence a peu varié depuis 1983 et la mortalité a globalement diminué, malgré une évolution plus aléatoire.

4.11.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

Pendant la période de 2008 à 2012, 78% des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de cancer du sein (taux de survie observé; T 4,11.1). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans se monte à 85% (taux de survie relatif). Il était un peu plus bas (83%) pendant la période de 1998 à 2002. La légère amélioration de la survie est liée à des progrès thérapeutiques et au dépistage précoce par la mammographie. Ce dernier induit toutefois un risque de sur-diagnostic conduisant à la détection de tumeurs qui n'auraient jamais été mises en évidence en l'absence de dépistage. Les taux de survie à dix ans sont restés pratiquement inchangés pendant la période considérée, entre 69% et 70% (G 4.11.5).

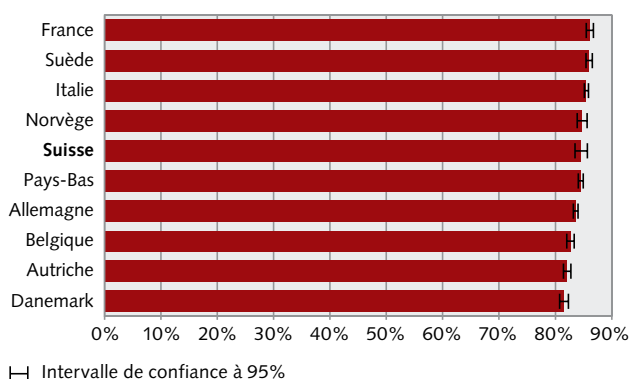
En comparaison européenne, la Suisse occupe la cinquième place des pays pris en compte pour la période 2000–2007 pour ce qui est du taux de survie (G 4.11.6). Les écarts observés entre les pays sont minimes.

Cancer du sein: survie relative à 1, 5 et 10 ans**G 4.11.5**

Intervalle de confiance à 95%

Source: NICER

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer du sein: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, 2000–2007**G 4.11.6**

Intervalle de confiance à 95%

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

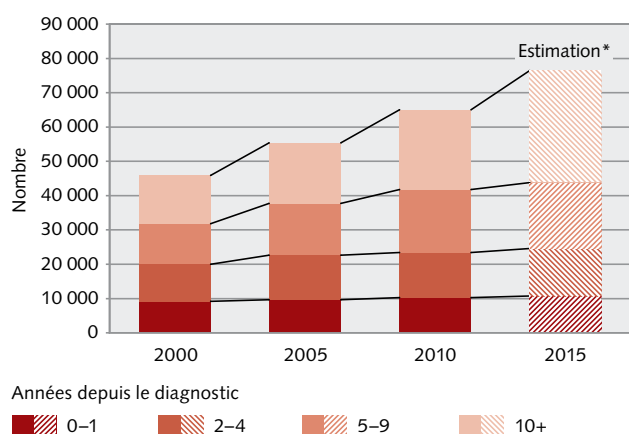
Source: EURO CARE-5 Database – Survival Analysis 2000–2007 © OFS, Neuchâtel 2016

En 2000, la Suisse comptait 45'900 femmes vivant avec un diagnostic de cancer du sein, contre 65'000 en 2010 (G 4.11.7). Cette forte augmentation s'explique en partie par l'accroissement de la population âgée de sexe féminin; il s'agit donc d'un effet démographique.

Pour l'année 2015, les estimations portent à 76'500 le nombre de femmes vivant avec un tel diagnostic (prévalence). Le diagnostic remonte à cinq ans ou plus dans le cas de 51'800 femmes et à moins de cinq ans chez 24'600 femmes environ (G 4.11.7).

**Cancer du sein:
nombre de malades (prévalence)**

G 4.11.7



* Projection à partir des données 1981–2010

Source: NICER

© OFS, Neuchâtel 2016

D'autre part, la consommation d'alcool, une alimentation riche en calories, ainsi que le manque d'activité physique sont des facteurs de risque de cancer.¹ Il en est de même pour l'exposition aux rayons X et gamma et pour l'exposition in utero au diéthylstilbestrol (couramment prescrit entre 1940 et 1970 aux femmes enceintes en vue de réduire le risque de fausse couche¹). Le tabac pourrait également être à l'origine d'une augmentation du risque de cancer du sein.³

La densité mammaire, des lésions atypiques lors de biopsies précédentes ainsi qu'une histoire familiale de cancer du sein augmentent aussi le risque de cancer. Une petite proportion de cancers du sein est par ailleurs due à des mutations sur des gènes impliqués dans la réparation cellulaire (p.ex. les gènes *BCRA1* et *BCRA2*).¹

4.11.3 Facteurs de risque

D'une part, les facteurs de risque identifiés du cancer du sein sont liés à l'histoire reproductive et hormonale. Un âge précoce aux premières règles ou tardif à la ménopause, le fait de ne pas avoir d'enfant ou une première maternité après 30 ans augmentent le risque de cancer du sein, probablement en lien avec le nombre de cycles ovulatoires¹ et l'exposition aux œstrogènes². Les contraceptifs œstro-progestatifs, ainsi que les traitements hormonaux de la ménopause (principalement les traitements associant œstrogène et progestérone³) sont également des facteurs de risque.¹ L'obésité après la ménopause augmente le risque en lien avec la transformation des androgènes en œstrogènes dans les tissus adipeux. Mais la relation entre l'obésité et le risque de cancer du sein est complexe puisque, à l'inverse, l'obésité est associée à une diminution du risque de cancer du sein avant la ménopause, probablement car elle induit une absence d'ovulation.¹ Une grande taille adulte est associée à une augmentation du risque de cancer du sein, avant et probablement aussi après la ménopause. De même, le risque de cancer du sein avant la ménopause augmente chez les femmes nées avec un poids de naissance élevé.²

T4.11.1 Cancer du sein: principaux indicateurs épidémiologiques

	Femmes	
	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2008–2012	5 732	1 397
Nombre de cas en 2015 (estimé)	6 209	1 403
Part de tous les cancers, moyenne 2008–2012	32,5%	19,3%
Taux brut (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	144,3	35,2
Evolution annuelle moyenne du taux brut, 2003–2012	1,0%	–0,5%
Taux brut en 2015 (estimé)	149,5	33,8
Taux standardisé (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	111,6	22,6
Evolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2003–2012	0,3%	–1,7%
Age médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2008–2012	63,7	72,9
Risque vie entière, 2008–2012	12,7%	3,6%
Risque cumulé avant 70 ans, 2008–2012	7,7%	1,3%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne annuelle 2008–2012	–	7 178
	Femmes	
Nombre de malades (prévalence) au 31.12.2010	65 072	
dont diagnostiqués au cours des 5 dernières années	23 464	
Taux de survie observé à 5 ans, au 31.12.2012	77,7%	
Taux de survie relatif à 5 ans, au 31.12.2012	85,1%	

Sources: NICER (nouveaux cas); OFS (décès)

© OFS, Neuchâtel 2016

Références

- ¹ Steward B.W., Wild C.P. eds. (2014). World Cancer Report 2014. International Agency for Research on Cancer, Lyon
- ² World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (2007). Food, Nutrition, Physical activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. AICR, Washington DC
- ³ WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group (2009). A review of human carcinogens – Part A to F. The Lancet Oncology; Volume 10. Accessible depuis: www.cancer-environnement.fr/212-Monographies-du-CIRC--syntheses.ce.aspx

4.12 Cancer de l'utérus

4.12.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Cancer du col de l'utérus

Entre 2008 et 2012, près de 250 femmes ont été atteintes d'un cancer du col de l'utérus en moyenne chaque année. Cette localisation cancéreuse représente 1,4% de tous les cancers féminins. Le risque de développer un cancer du col de l'utérus au cours de la vie est 0,5% (soit une femme sur 200; T 4.12.1).

Pendant la même période, environ 80 femmes sont décédées de ce cancer en moyenne chaque année. Ce cancer est responsable de 1,1% de tous les décès par cancer dans la population féminine. Le risque de décéder d'un cancer du col de l'utérus est de 0,2%. Cela signifie qu'une femme sur 500 décède de ce cancer.

L'utérus comprend deux parties, le col et le corps. Les différences dans les facteurs de risque et la fréquence des cancers conduit à distinguer le cancer du col de l'utérus (C53) et le cancer du corps de l'utérus (C54-C55).¹

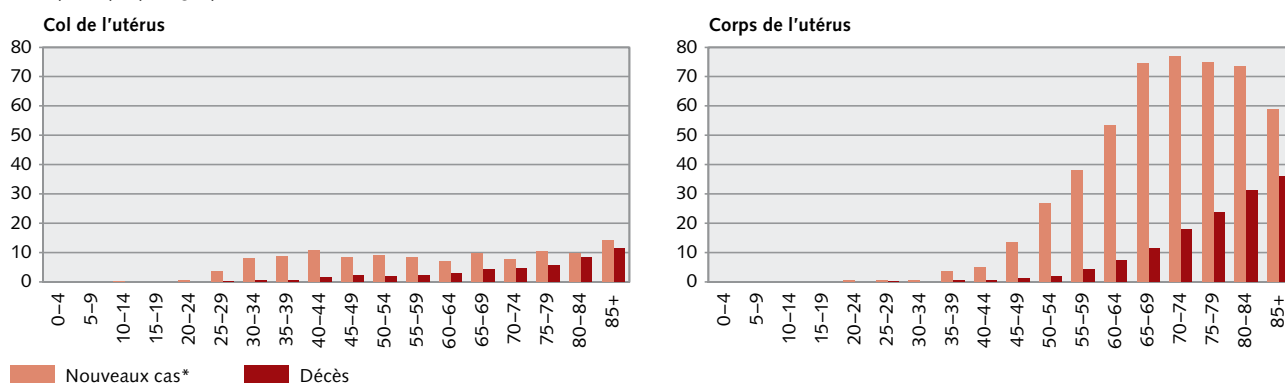
Le taux d'incidence augmente entre la 20^e et la 44^e année. Puis il reste stable jusqu'à la 85^e année avant de s'accroître à nouveau.

Le taux de mortalité augmente entre la 25^e et la 49^e année. Il se stabilise ensuite et amorce une nouvelle hausse dès la 60^e année (G 4.12.1). La moitié des cancers du col de l'utérus sont diagnostiqués avant 52 ans. La moitié des décès dus à ce cancer surviennent avant 70 ans.

Cancer de l'utérus selon l'âge, 2008–2012

G 4.12.1

Taux spécifique par âge, pour 100'000 habitants



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

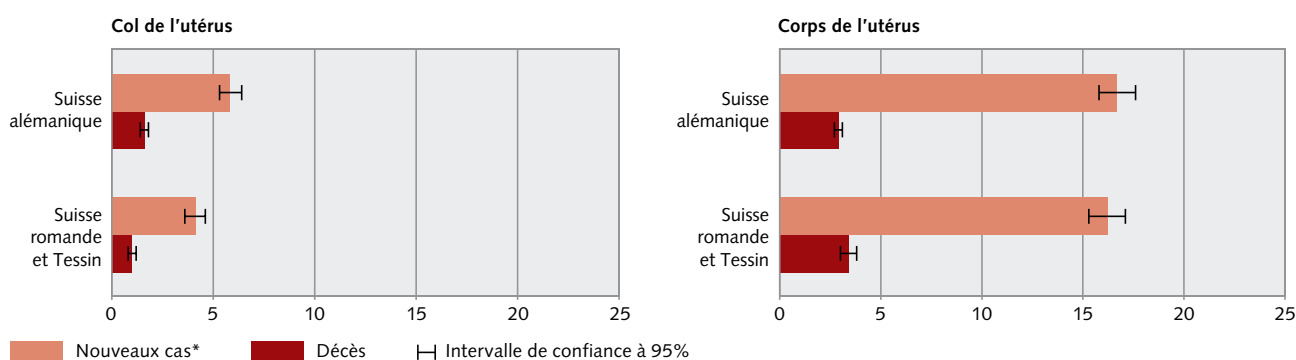
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer de l'utérus: comparaison régionale, 2008–2012

G 4.12.2

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



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

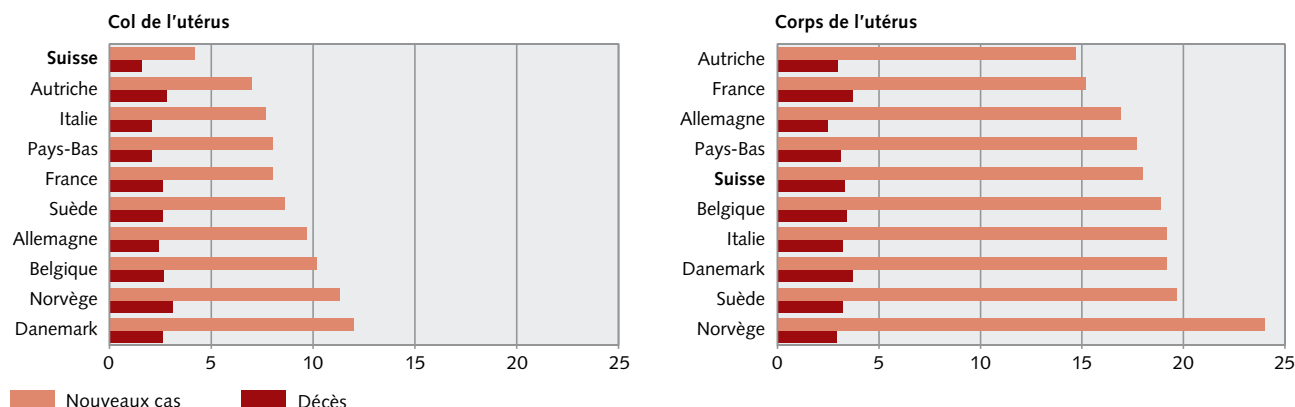
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer de l'utérus: comparaison internationale, 2012

G 4.12.3

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



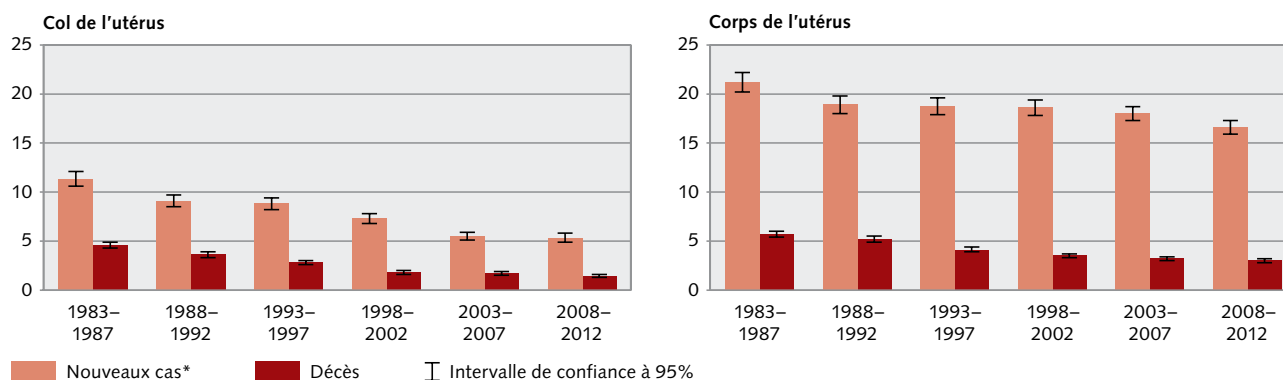
Source: Ferlay J. et al. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer de l'utérus: 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: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer du corps de l'utérus

Entre 2008 et 2012, environ 900 femmes ont été atteintes d'un cancer du corps de l'utérus en moyenne chaque année. Cette localisation cancéreuse représente 5,1% de tous les cancers féminins. Il est le cinquième cancer chez la femme après le cancer du sein, le cancer du côlon, 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 2,2% (soit plus de 2 femmes sur 100; T 4.12.1).

Pendant la même période, environ 200 femmes sont décédées d'un cancer du corps de l'utérus en moyenne chaque année. Ce cancer est responsable de 2,9% de tous les décès par cancer chez la femme. Le risque de décéder de ce cancer est de 0,6% (environ une femme sur 200).

Le taux d'incidence s'accroît jusqu'à la 74^e année et diminue ensuite. Le taux de mortalité augmente quant à lui avec l'âge (G 4.12.1).

La moitié des diagnostics et des décès liés au cancer du corps de l'utérus ont lieu respectivement après 70 et 77 ans.

Comparaisons régionales et internationales

Cancer du col de l'utérus

Les taux d'incidence et de mortalité de la Suisse alémanique sont beaucoup plus hauts que ceux de la Suisse romande et du Tessin (G 4.12.2).

En comparaison avec les neuf pays européens sélectionnés, la Suisse affiche les taux d'incidence et de mortalité les plus bas (G 4.12.3).

Cancer du corps de l'utérus

Les taux d'incidence et de mortalité ne présentent aucune différence entre les régions linguistiques (G 4.12.2).

En comparaison européenne, la Suisse se place au milieu du groupe pour ce qui est de l'incidence. Sur les neuf pays européens comparés avec la Suisse, quatre enregistrent des taux d'incidence plus bas. Parmi les dix pays comparés, la Suisse est celui qui a le quatrième taux de mortalité (G 4.12.3).

*Evolution temporelle**Cancer du col de l'utérus*

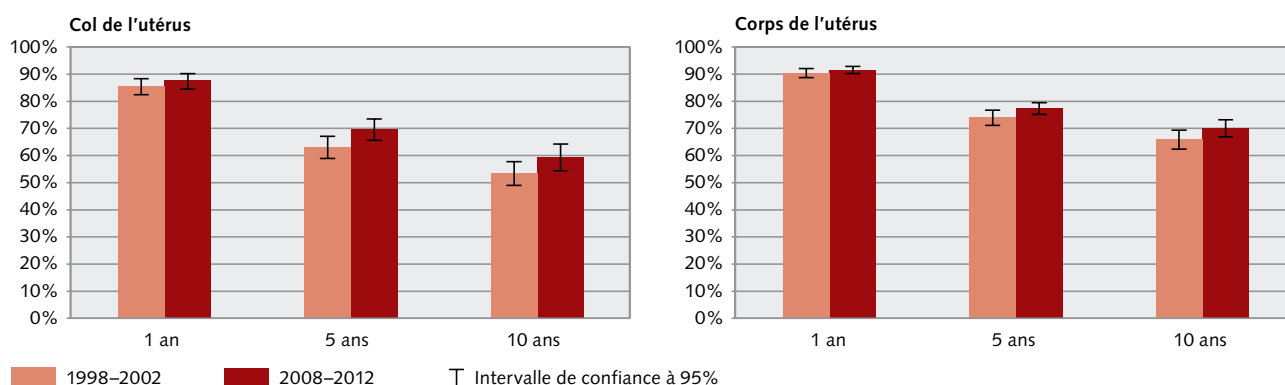
Les taux d'incidence et de mortalité ont reculé entre 1983 et 2007 et se sont stabilisés ensuite. Entre 1983 et 2007, les taux d'incidence ont diminué de 51% environ, les taux de mortalité de près de 44% (G 4.12.4).

Cancer du corps de l'utérus

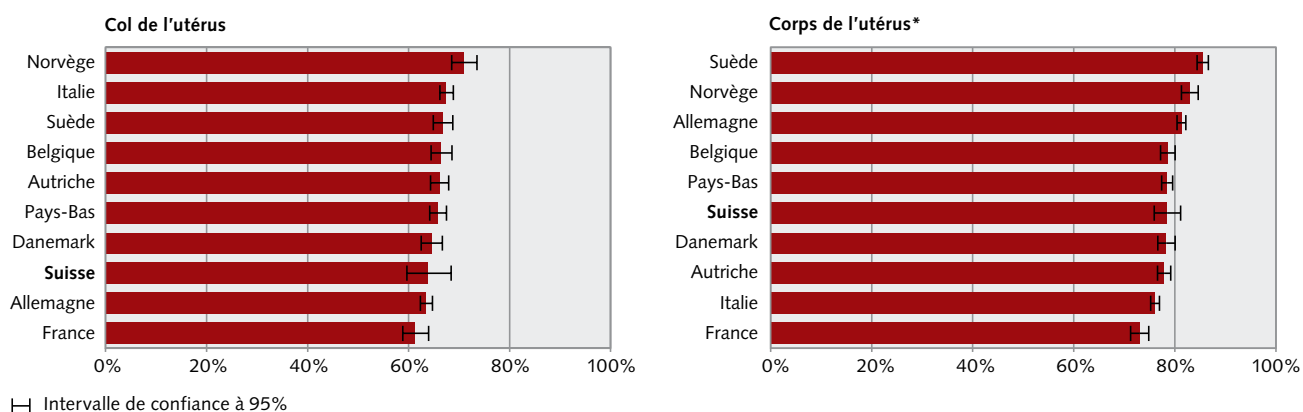
Les taux d'incidence ont globalement baissé de 22% entre 1983 et 2012 même s'ils sont restés stables entre 1988 et 2007. Entre 1983 et 2012, les taux de mortalité ont quant à eux fortement reculé (–70%) (G 4.12.4).

4.12.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

Pendant la période 2008–2012, 67% des femmes étaient encore en vie cinq ans après un diagnostic de cancer du col de l'utérus; cela concerne 71% des femmes cinq ans après un diagnostic de cancer du corps de l'utérus (taux de survie observé; T 4.12.1). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, ce taux atteint, cinq ans après le diagnostic, 70% pour le cancer du col de l'utérus et 77% pour le cancer du corps de l'utérus (taux

Cancer de l'utérus: survie relative à 1, 5 et 10 ans**G 4.12.5**

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer de l'utérus: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, 2000–2007**G 4.12.6**

* Dans la base de données Eurocare-5, regroupe les codes C54 de la CIM-O-3

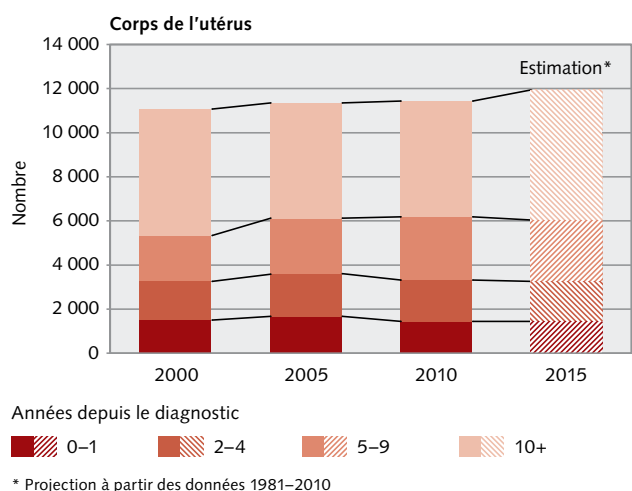
Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France, l'Italie et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

Source: EURO-CARE-5 Database – Survival Analysis 2000–2007

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer de l'utérus: nombre de malades (prévalence)

G 4.12.7



de survie relatif). Pendant la période 1998–2002, ces taux étaient légèrement inférieurs, respectivement 63% et 74% (G 4.12.5).

Entre 1998 et 2012, les taux de survie à dix ans sont passés de 53% à 60% pour le cancer du col de l'utérus, et de 66% à 70% pour le cancer du corps de l'utérus (G 4.12.5). L'allongement de la durée de survie pour le cancer du col de l'utérus est attribué aux améliorations thérapeutiques et à une détection plus précoce des cas à un stade moins avancé.

Le taux de survie des femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus ou d'un cancer du corps de l'utérus se situe en Suisse dans la moyenne européenne pour la période 2000–2007. La Norvège, la Suède, l'Italie et l'Allemagne affichent les taux de survie les plus élevés (G 4.12.6).

En 2000, 11'100 femmes vivaient en Suisse avec un diagnostic de cancer du corps de l'utérus. Elles étaient à peine plus nombreuses (11'400) en 2010 (G 4.12.7). Pour 2015, le nombre de femmes vivant avec un diagnostic de cancer du corps de l'utérus est estimé à 11'900. Pour 8700 femmes, cinq ans ou plus se sont déjà écoulés depuis l'annonce du diagnostic, alors que 3200 femmes environ se trouvent encore dans les cinq ans qui suivent le diagnostic. Des calculs similaires pour le cancer du col de l'utérus n'étaient pas disponibles au moment de la publication du rapport (décembre 2015) (G 4.12.7).

4.12.3 Facteurs de risque

Cancer du col de l'utérus

Un important facteur de risque de cancer du col de l'utérus est l'infection par le virus du papillome humain (VPH), transmise par voie sexuelle. Parmi les différentes souches de VPH, les souches 16 et 18 causent trois quarts de tous les cancers du col de l'utérus.² Les autres facteurs de risque sont le tabagisme, la prise de contraceptifs oraux et l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).^{3,4}

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 comme traitement hormonal de substitution pendant la ménopause est associée à un risque accru de cancer. Les autres facteurs de risque – menstruation précoce, ménopause tardive, le fait de ne pas avoir d'enfants, l'excès de poids – s'expliquent également par un taux élevé d'œstrogènes. L'excès de poids est responsable de 40% de tous les cancers du corps de l'utérus.² Le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK), un trouble du métabolisme qui entraîne un dysfonctionnement ovarien, représente un autre facteur de risque. Le recours au tamoxifène pour traiter un cancer du sein augmente également le risque de cancer du corps de l'utérus.^{2,4}

T4.12.1 Cancer de l'utérus: principaux indicateurs épidémiologiques

	Col de l'utérus		Corps de l'utérus	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2008–2012	254	81	908	207
Nombre de cas en 2015 (estimé)	258	82	929	215
Part de tous les cancers, moyenne 2008–2012	1,4%	1,1%	5,1%	2,9%
Taux brut (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	6,4	2,0	22,9	5,2
Evolution annuelle moyenne du taux brut, 2003–2012	–0,5%	–1,4%	–0,6%	–0,5%
Taux brut en 2015 (estimé)	6,2	2,0	22,4	5,2
Taux standardisé (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	5,3	1,4	16,6	3,0
Evolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2003–2012	–0,4%	–2,3%	–1,4%	–1,0%
Age médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2008–2012	51,9	69,6	68,1	76,9
Risque vie entière, 2008–2012	0,5%	0,2%	2,2%	0,6%
Risque cumulé avant 70 ans, 2008–2012	0,4%	0,1%	1,1%	0,1%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne annuelle 2008–2012	–	640	–	572
	Col de l'utérus		Corps de l'utérus	
Nombre de malades (prévalence) au 31.12.2010	–		11 433	
dont diagnostiqués au cours des 5 dernières années	–		3 316	
Taux de survie observé à 5 ans, au 31.12.2012	67,4%		71,1%	
Taux de survie relatif à 5 ans, au 31.12.2012	69,8%		77,4%	

Sources: NICER (nouveaux cas); OFS (décès)

© OFS, Neuchâtel 2016

Références

- ¹ Ligue Suisse contre le cancer. Cancer du corps utérin [en ligne] (page consultée le 01/07/2015). www.liguecancer.ch/fr/a_propos_du_cancer/types_de_cancer/cancer_du_corps_uterin/
- ² Steward B.W., Wild C.P. éds. (2014). World Cancer Report 2014. International Agency for Research on Cancer, Lyon
- ³ World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (2007). Food, Nutrition, Physical activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. AICR, Washington DC
- ⁴ WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group (2009). A review of human carcinogens – Part A to F. The Lancet Oncology; Volume 10. Accessible depuis: www.cancer-environnement.fr/212-Monographies-du-CIRC--syntheses.ce.aspx

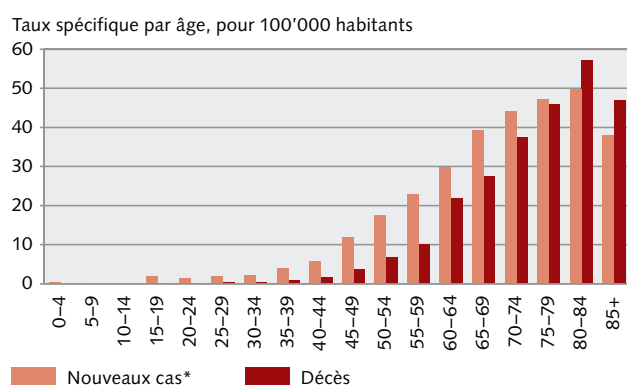
4.13 Cancer de l'ovaire

4.13.1 Nouveau cas et décès

Situation actuelle

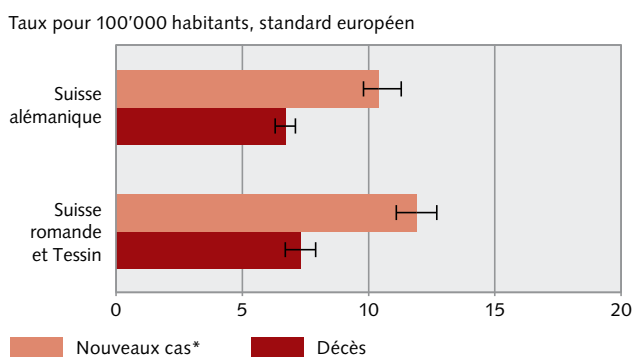
Entre 2008 et 2012, 580 nouveaux cas de cancer de l'ovaire et 430 décès ont été enregistrés en moyenne chaque année. Ce cancer représente 3,3% des nouveaux cas de cancer mais 6% des décès par cancer. Le cancer de l'ovaire est le 8^e cancer le plus fréquent chez les femmes, mais le 5^e plus important lorsqu'on considère les décès par cancer. Le risque de développer un cancer de l'ovaire au cours de la vie et d'en décéder est respectivement de 1,4% et 1,1%. Cela signifie que sur 200 femmes, près de trois en sont atteintes et deux en décèdent (T 4.13.1).

Cancer de l'ovaire selon l'âge, 2008–2012 G 4.13.1



Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès © OFS, Neuchâtel 2016

Cancer de l'ovaire: comparaison régionale, 2008–2012 G 4.13.2



* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès © OFS, Neuchâtel 2016

Les cancers de l'ovaire (C56) peuvent provenir de trois types de tissus: les cellules recouvrant la surface des ovaires, les cellules produisant les hormones ou les cellules à partir desquelles se forment les ovules¹.

Les taux d'incidence et de mortalité du cancer de l'ovaire augmentent continuellement avec l'âge jusqu'à 84 ans (G 4.13.1). La moitié des diagnostics et des décès liés aux cancers de l'ovaire ont lieu respectivement avant 67 et 73 ans.

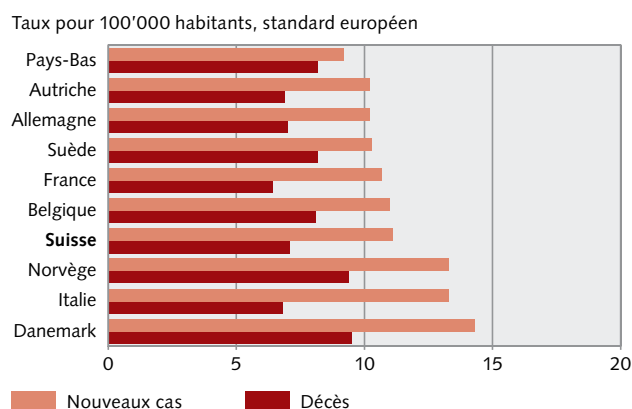
Comparaisons régionales et internationales

Il n'y a pas de différence significative entre, d'une part, la Suisse alémanique et, d'autre part, la Suisse romande et le Tessin, ni pour l'incidence ni pour la mortalité par cancer de l'ovaire (G 4.13.2). Parmi les dix pays européens comparés, trois (le Danemark, la Norvège et l'Italie) ont des taux d'incidence plus élevés que les autres; la Suisse arrive en quatrième position. Elle a le sixième taux de mortalité le plus élevé (G 4.13.3).

Evolution temporelle

Au cours des trente dernières années, l'incidence et la mortalité du cancer de l'ovaire ont diminué (de respectivement 26% et 33%) (G 4.13.4). Toutefois, entre 2003 et 2012, seule la mortalité présente une diminution significative.

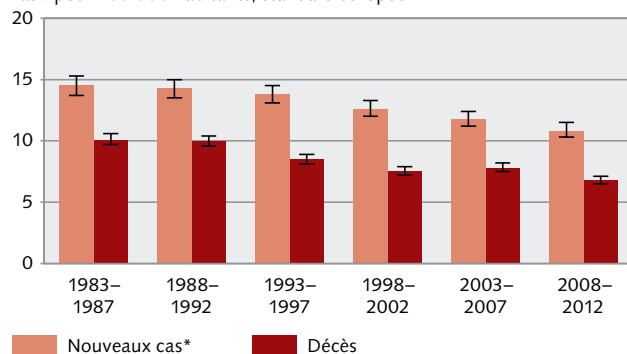
Cancer de l'ovaire: comparaison internationale, 2012 G 4.13.3



Source: Ferlay J. et al. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012 © OFS, Neuchâtel 2016

Cancer de l'ovaire: évolution temporelle**G 4.13.4**

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



I Intervalle de confiance à 95%

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

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

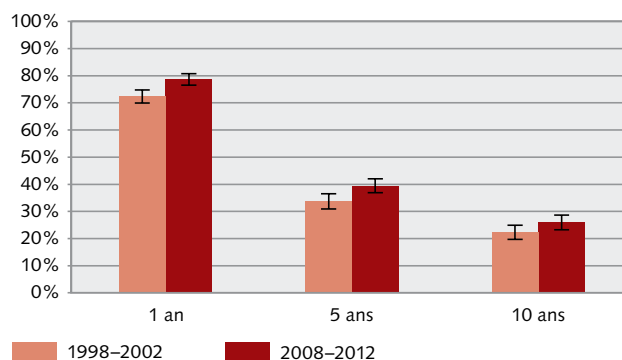
© OFS, Neuchâtel 2016

4.13.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

Sur la période de 2008 à 2012, 37% des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de cancer de l'ovaire (taux de survie observé; T 4.13.1). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans se monte à 40% (taux de survie relatif). Il était un peu plus bas (34%) entre 1998 et 2002. Le taux de survie à dix ans est passé de 22% à 26% entre 1998 et 2012 (G 4.13.5).

En Suisse, le taux de survie des patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire se situe parmi les plus bas du groupe pour la période de 2000 à 2007. Parmi les dix pays européens comparés, la Suède, la Belgique et l'Autriche enregistrent les taux de survie les plus hauts (G 4.13.6). Il s'agit du cancer gynécologique ayant le moins bon pronostic.¹

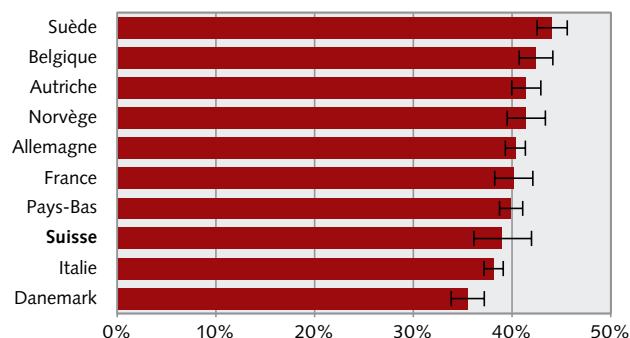
En 2000, 4000 femmes vivaient en Suisse avec un diagnostic de cancer de l'ovaire; leur nombre avait légèrement augmenté pour atteindre 4400 en 2010 (G 4.13.7). Pour l'année 2015, les estimations portent à 4700 le nombre de femmes vivant avec un diagnostic de cancer de l'ovaire en Suisse. Le diagnostic remonte à cinq ans ou plus pour 3100 femmes et à moins de cinq ans pour 1600 femmes environ (G 4.13.7).

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

I Intervalle de confiance à 95%

Source: NICER

© OFS, Neuchâtel 2016

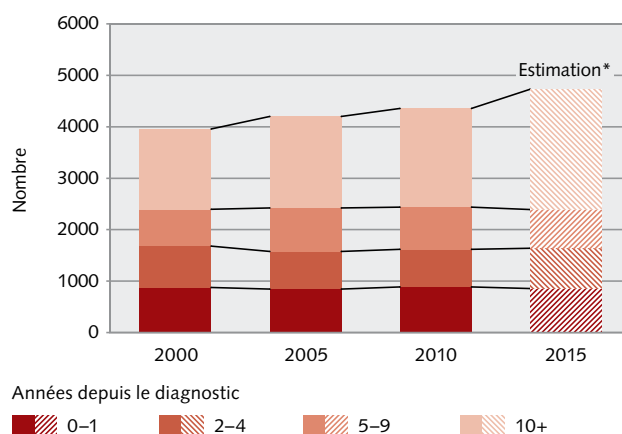
Cancer de l'ovaire*: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, 2000–2007**G 4.13.6**

I Intervalle de confiance à 95%

* Dans la base de données Eurocare-5, regroupe les codes C56, C57.0–C57.4, C57.7 de la CIM-O-3

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

Source: EUROCORE-5 Database – Survival Analysis 2000–2007 © OFS, Neuchâtel 2016

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

Années depuis le diagnostic

■ 0–1 ■ 2–4 ■ 5–9 ■ 10+

* Projection à partir des données 1981–2010

Source: NICER

© OFS, Neuchâtel 2016

T4.13.1 Cancer de l'ovaire: principaux indicateurs épidémiologiques

	Femmes	
	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2008–2012	584	425
Nombre de cas en 2015 (estimé)	578	401
Part de tous les cancers, moyenne 2008–2012	3,3%	5,9%
Taux brut (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	14,7	10,7
Evolution annuelle moyenne du taux brut, 2003–2012	–1,1%	–1,7%
Taux brut en 2015 (estimé)	13,9	9,7
Taux standardisé (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	10,8	6,8
Evolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2003–2012	–1,5%	–2,7%
Age médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2008–2012	67,2	73,4
Risque vie entière, 2008–2012	1,4%	1,1%
Risque cumulé avant 70 ans, 2008–2012	0,7%	0,4%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne annuelle 2008–2012	–	1 721

	Femmes
Nombre de malades (prévalence) au 31.12.2010	4 359
dont diagnostiqués au cours des 5 dernières années	1 620
Taux de survie observé à 5 ans, au 31.12.2012	37,4%
Taux de survie relatif à 5 ans, au 31.12.2012	39,5%

Sources: NICER (nouveaux cas); OFS (décès)

© OFS, Neuchâtel 2016

4.13.3 Facteurs de risque

Comme pour le cancer du sein, les facteurs de risque sont liés aux grossesses et aux hormones féminines. Il semblerait qu'un nombre réduit d'ovulations soit un facteur protecteur (règles tardives, ménopause précoce, grossesses). Les cancers de l'ovaire sont plus fréquents chez les femmes n'ayant pas eu d'enfants. Les études récentes montrent que l'infertilité constitue un facteur de risque de cancer de l'ovaire, plus que les traitements de l'infertilité eux-mêmes. L'endométriose est d'ailleurs associée à des types particuliers de cancer de l'ovaire. Les traitements hormonaux de la ménopause entraînent aussi une augmentation du risque pour ce cancer, alors que l'utilisation de contraceptifs oraux est liée à une diminution du risque².

Le tabagisme³, ainsi que les irritants comme le talc et l'amiante² sont considérés comme des facteurs de risque. Il en est de même pour une taille adulte élevée et un indice de masse corporelle (IMC) élevé¹.

Les femmes ayant une histoire familiale de cancer de l'ovaire et du sein voient leur risque augmenter. C'est également le cas pour celles présentant certaines prédispositions génétiques comme les mutations sur les gènes *BCRA1* *BRCA2* et pour les femmes atteintes d'un cancer colorectal héréditaire non polyposique (hereditary non-polyposis colorectal cancer, HNPCC)^{2,4}.

Références

- ¹ World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (2007). Food, Nutrition, Physical activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. AICR, Washington DC
- ² Steward B.W., Wild C.P. éds. (2014). World Cancer Report 2014. International Agency for Research on Cancer, Lyon
- ³ WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group (2009). A review of human carcinogens – Part A to F. The Lancet Oncology; Volume 10. Accessible depuis: www.cancer-environnement.fr/212-Monographies-du-CIRC--syntheses.ce.aspx
- ⁴ Ligue Suisse contre le cancer (2011). Le cancer de l'ovaire Tumeurs ovariennes. Berne. <https://assets.krebsliga.ch/downloads/2073.pdf>

4.14 Cancer de la prostate

4.14.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2008 et 2012, 6200 cas de cancer de la prostate ont été diagnostiqués en moyenne chaque année chez les hommes. Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez les hommes. Leur risque de développer un cancer de la prostate est de 16,4% (soit plus de 16 hommes sur 100; T 4.14.1).

Pendant la même période, environ 1300 hommes, en moyenne chaque année, sont décédés d'un cancer de la prostate. Il s'agit de la deuxième cause de décès par cancer chez l'homme. Leur risque de décéder d'un cancer de la prostate est de 4,9%. Cela signifie que près de cinq hommes sur 100 décèdent de ce cancer.

Le cancer de la prostate (C61) est dans la majorité des cas une tumeur qui se développe à partir des tissus glandulaires de la prostate. Dans de rares cas, il peut s'agir de tumeurs qui se forment à partir d'autres tissus, tel le tissu conjonctif.¹

Le cancer de la prostate est en premier lieu un cancer de l'homme âgé. Chez les moins de 55 ans, les cas de cancer de la prostate sont très rares. Puis les taux d'incidence augmentent jusqu'à la 74^e année. Ensuite, ils diminuent à partir de 75 ans. La mortalité s'accroît fortement à partir de 70 ans (G 4.14.1).

La moitié des cancers de la prostate sont diagnostiqués avant 69 ans, mais la moitié des décès ont lieu après 82 ans.

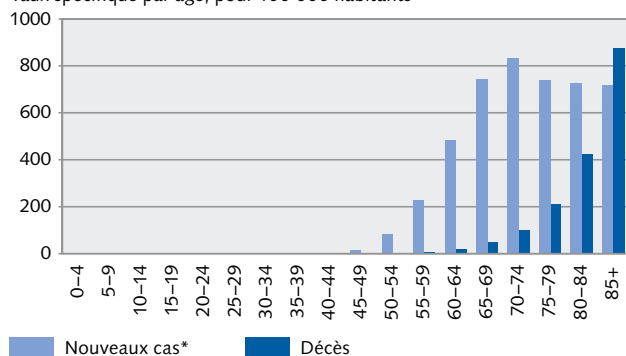
Comparaisons régionales et internationales

Les taux d'incidence ne diffèrent pas significativement entre la Suisse alémanique d'une part et la Suisse romande et le Tessin d'autre part. Par contre, les taux de mortalité de la Suisse alémanique sont légèrement supérieurs à ceux de la Suisse romande et du Tessin (G 4.14.2).

En comparaison des pays européens sélectionnés, les taux d'incidence en Suisse sont relativement élevés. Sur les neuf pays comparés avec la Suisse, six ont des taux d'incidence plus bas. Concernant la mortalité, la Suisse occupe le milieu du classement. Les taux de mortalité sont plus bas en Autriche, en Allemagne, en France et en Italie (G 4.14.3).

Cancer de la prostate selon l'âge, 2008–2012 G 4.14.1

Taux spécifique par âge, pour 100'000 habitants



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

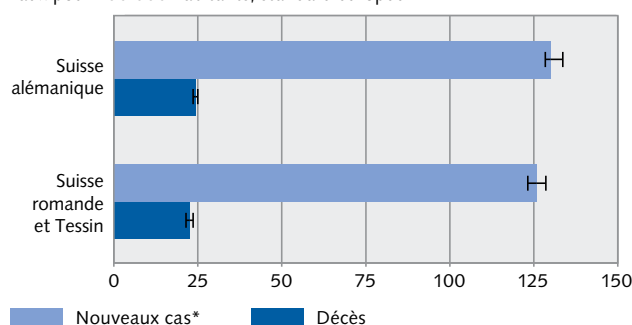
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer de la prostate: comparaison régionale, 2008–2012

G 4.14.2

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



Intervalles de confiance à 95%

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

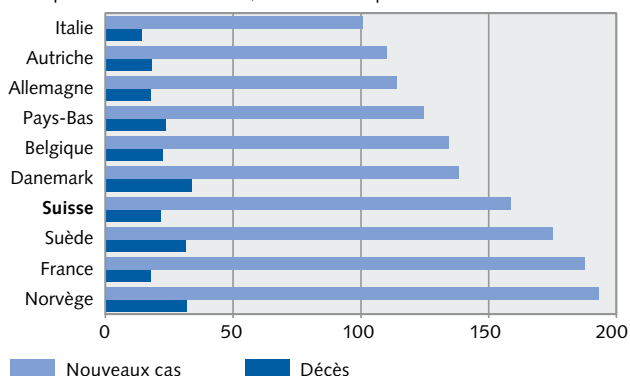
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer de la prostate: comparaison internationale, 2012

G 4.14.3

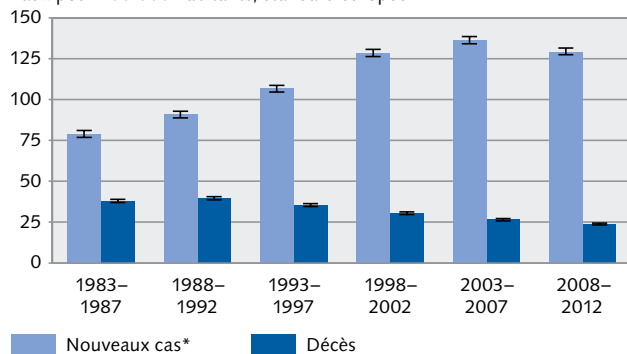
Taux pour 100'000 habitants, standard européen



Source: Ferlay J. et al. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012

Cancer de la prostate: évolution temporelle G 4.14.4

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



Intervalle de confiance à 95%

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

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Evolution temporelle

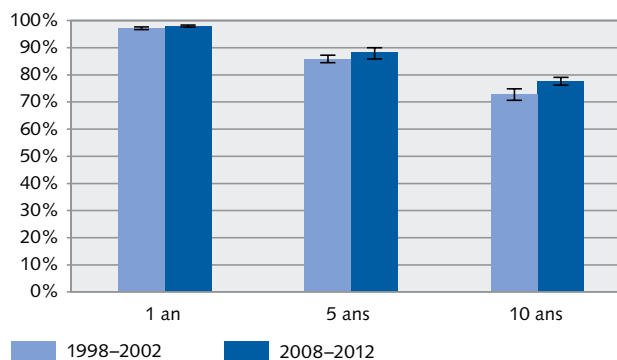
Entre 1983 et 2007, les taux d'incidence ont augmenté de 73%. Cette forte augmentation est probablement en lien avec l'introduction du dépistage du cancer de la prostate par le test du PSA (antigène prostatique spécifique). Depuis 2007, les taux d'incidence reculent à nouveau. Entre 1983 et 2012, la mortalité a fortement diminué (37%; G 4.14.4). Chez les plus de 70 ans, les taux d'incidence ont commencé à baisser en 1998.

4.14.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

Pendant la période 2008–2012, 78% des hommes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de cancer de la prostate (taux de survie observé; T 4.14.1). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans atteint 88% (taux de survie relatif). Entre 1998 et 2002, il était légèrement inférieur avec 86% (G 4.14.5).

Entre 1998 et 2012, les taux de survie à dix ans sont passés de 73% à 78% (G 4.14.5). La légère amélioration des chances de survie est attribuée aux progrès thérapeutiques et à une détection plus précoce. Le dépistage peut cependant aussi conduire à un sur-diagnostic de cas indolents et à des sur-traitements. Des experts suisses ont pris position contre la généralisation du dépistage qui entraîne plus d'effets adverses que de bénéfices²; le dépistage s'est ralenti et les taux d'incidence n'ont plus augmenté depuis 2007.

Cancer de la prostate: survie relative à 1, 5 et 10 ans G 4.14.5

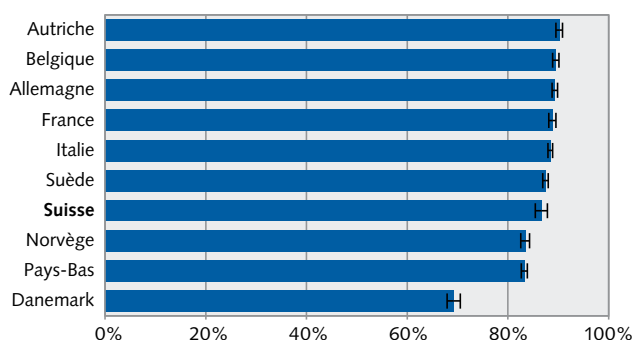


Intervalle de confiance à 95%

Source: NICER

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer de la prostate: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, 2000–2007 G 4.14.6

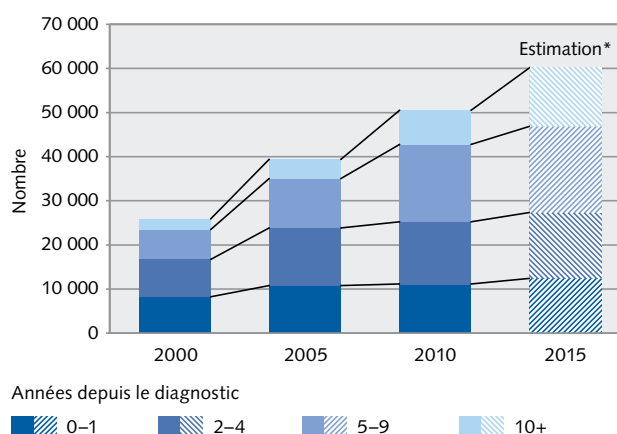


Intervalle de confiance à 95%

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

Source: EURO-CARE-5 Database – Survival Analysis 2000–2007 © OFS, Neuchâtel 2016

Cancer de la prostate: nombre de malades (prévalence) G 4.14.7



* Projection à partir des données 1981–2010

Source: NICER

© OFS, Neuchâtel 2016

T4.14.1 Cancer de la prostate: principaux indicateurs épidémiologiques

	Hommes	
	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2008–2012	6 236	1 331
Nombre de cas en 2015 (estimé)	6 622	1 392
Part de tous les cancers, moyenne 2008–2012	29,9%	14,8%
Taux brut (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	161,9	34,5
Evolution annuelle moyenne du taux brut, 2003–2012	–0,2%	–0,7%
Taux brut en 2015 (estimé)	162,8	34,2
Taux standardisé (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	128,8	23,8
Evolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2003–2012	–1,3%	–2,4%
Age médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2008–2012	69,2	82,1
Risque vie entière, 2008–2012	16,4%	4,9%
Risque cumulé avant 70 ans, 2008–2012	7,8%	0,4%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne annuelle 2008–2012	–	964

	Hommes
Nombre de malades (prévalence) au 31.12.2010	50 505
dont diagnostiqués au cours des 5 dernières années	25 234
Taux de survie observé à 5 ans, au 31.12.2012	77,5%
Taux de survie relatif à 5 ans, au 31.12.2012	88,1%

Sources: NICER (nouveaux cas); OFS (décès)

© OFS, Neuchâtel 2016

Le taux de survie en Suisse pour le cancer de la prostate se situe dans le haut de la moyenne européenne. En comparaison avec les neuf pays européens sélectionnés, la Suisse occupe le septième rang pour la période 2000–2007 (G 4.14.6). En 2000, 26'000 hommes vivaient en Suisse avec un diagnostic de cancer de la prostate. En 2010, ce nombre avait presque doublé pour atteindre 50'500 (G 4.14.7). Cette forte hausse est due en partie à l'augmentation de la population âgée et correspond donc à un effet démographique. Pour 2015, selon les estimations, la Suisse devrait compter 60'000 hommes vivant avec un diagnostic de cancer de la prostate. Pour près de 33'000 hommes, cinq ans ou plus se sont déjà écoulés depuis le diagnostic, alors que 27'000 hommes se trouvent encore dans les cinq premières années suivant le diagnostic (G 4.14.7).

4.14.3 Facteurs de risque

Outre l'âge, le principal facteur de risque est l'existence d'antécédents familiaux de cancer de la prostate. Les hommes avec des antécédents familiaux ont un risque de développer un cancer de la prostate deux, voire trois fois supérieur à celui des hommes sans antécédents familiaux.¹ Une alimentation riche en calcium est un autre facteur de risque du cancer de la prostate.³

Références

- ¹ Steward B.W., Wild C.P. eds. (2014). World Cancer Report 2014. International Agency for Research on Cancer, Lyon
- ² Swiss Medical Board (2011). Stellenwert des PSA-Testes bei der Früherkennung des Prostatakarzinoms. Zürich. www.samw.ch/dms/de/Publikationen/Empfehlungen/d_PSA_Test.pdf
- ³ World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (2007). Food, Nutrition, Physical activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. AICR, Washington DC

4.15 Cancer du testicule

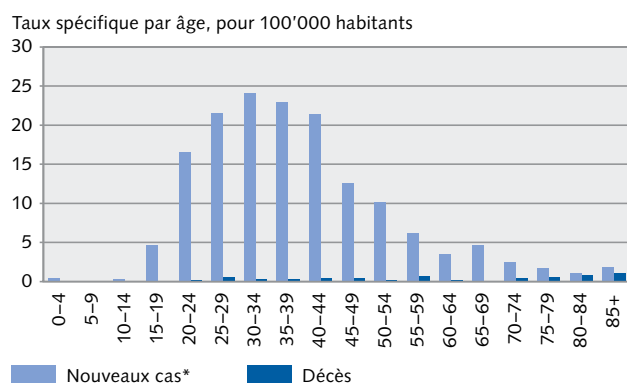
4.15.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2008 et 2012, environ 400 cas de cancer du testicule ont été diagnostiqués en moyenne chaque année chez les hommes. Cette localisation cancéreuse représente 2% des cancers chez les hommes. Leur risque de développer un cancer du testicule au cours de la vie est de 0,7% (soit environ deux hommes sur 300; T 4.15.1).

Pendant la même période, environ 10 hommes sont décédés d'un cancer du testicule en moyenne chaque année. Ce cancer est responsable de 0,1% de tous les décès par cancer chez l'homme. Le risque de mourir de ce cancer est très faible.

Cancer du testicule selon l'âge, 2008–2012 G 4.15.1

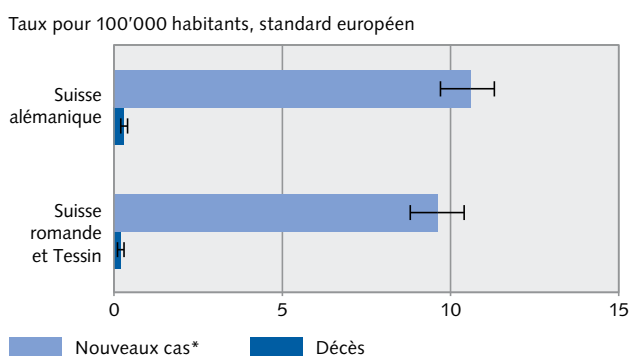


* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer du testicule: comparaison régionale, 2008–2012 G 4.15.2



— Intervalle de confiance à 95%

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

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Le cancer du testicule (C62) est le plus souvent une tumeur qui se développe à partir des cellules germinales. Dans la plupart des cas, un seul testicule est touché.^{1,2}

Le cancer du testicule touche principalement des hommes jeunes. Les taux d'incidence culminent chez les 30–34 ans avant de diminuer.

Le taux de mortalité est très faible dans toutes les classes d'âge. La répartition par âge ne présente aucune tendance claire (G 4.15.1).

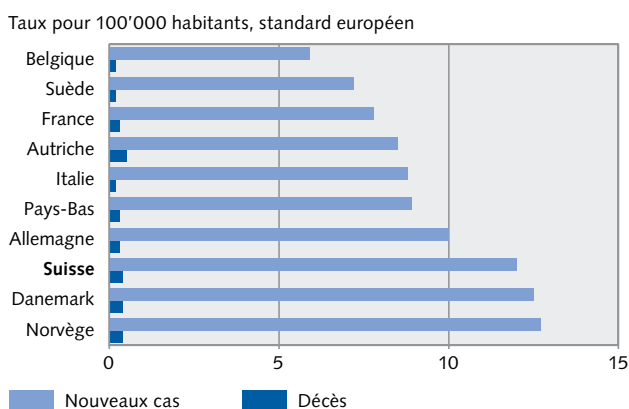
La moitié des cas de cancer du testicule sont diagnostiqués avant 38 ans. La moitié des décès sont enregistrés avant 48 ans.

Comparaisons régionales et internationales

Il n'existe pas de différence significative de taux d'incidence et de mortalité entre la Suisse alémanique d'une part et la Suisse romande et le Tessin d'autre part (G 4.15.2).

En Suisse, les taux d'incidence et de mortalité sont plutôt élevés en comparaison européenne. Sur les neuf pays comparés avec la Suisse, sept ont des taux d'incidence plus bas. Avec la Norvège et le Danemark, la Suisse enregistre le deuxième taux de mortalité le plus élevé après l'Autriche (G 4.15.3).

Cancer du testicule: comparaison internationale, 2012 G 4.15.3



Source: Ferlay J. et al. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012

Evolution temporelle

Les taux d'incidence ont légèrement augmenté (+22%) et les taux de mortalité fortement baissé (–63%) entre 1983 et 2007. Les taux d'incidence et de mortalité se sont ensuite stabilisés (G 4.15.4).

4.15.2 Taux de survie

Pendant la période 2008–2012, 96% des hommes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de cancer du testicule (taux de survie observé; T 4.15.1). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans atteint même 99% (taux de survie relatif). Pendant la période 1998–2002, ce taux s'élevait déjà à 97% (G 4.15.5). Cela signifie que peu de patients décèdent de ce cancer.

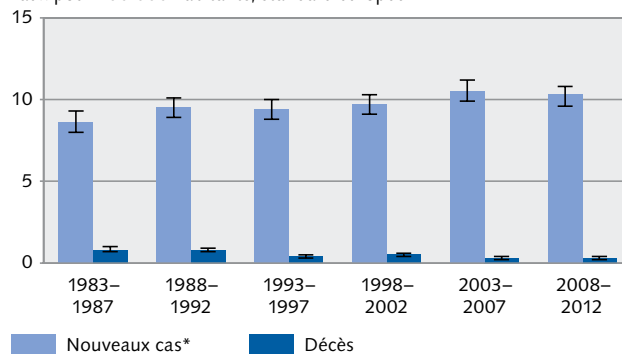
Les taux de survie à dix ans sont passés de 82% à 87% entre 1998 et 2012 (G 4.15.5). Pour la période 2000–2007, la Suisse a enregistré un taux de survie à cinq ans de 83%, soit le plus bas parmi les dix pays européens retenus pour la comparaison internationale (G 4.15.6). Toutefois, le taux de survie pour la Suisse est peu représentatif en raison du faible nombre d'observations dans les classes d'âge les plus élevées.

4.15.3 Facteurs de risque

Les facteurs de risque clairement identifiés sont un testicule non descendu (cryptorchidie) et des antécédents familiaux. La cryptorchidie multiplie par quatre le risque de survenue d'un cancer du testicule. Un homme dont le frère ou le père est atteint d'un cancer du testicule voit son risque de cancer du testicule multiplié entre trois et dix fois. Le syndrome d'insensibilité complète aux androgènes, qui se caractérise par la présence d'organes génitaux externes féminins et des testicules normalement développés mais en position abdominale, augmente le risque. Les malformations des testicules sont également associées à un risque accru de cancer du testicule.¹

Cancer du testicule: évolution temporelle G 4.15.4

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



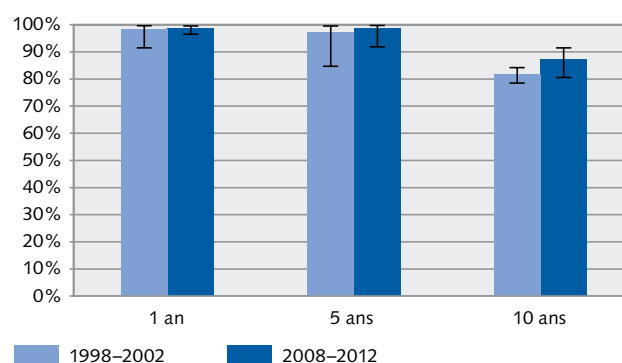
Intervalle de confiance à 95%

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

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer du testicule: survie relative à 1, 5 et 10 ans G 4.15.5

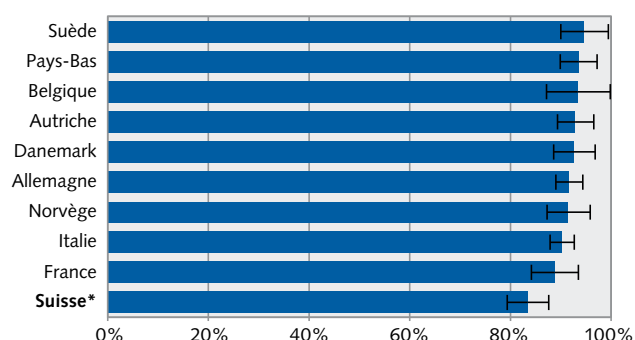


Intervalle de confiance à 95%

Source: NICER

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer du testicule: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, 2000–2007 G 4.15.6



Intervalle de confiance à 95%

* Peu représentatif en raison du faible nombre d'observations dans les classes d'âge les plus élevées
Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France, l'Italie et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

Source: EUROCARE-5 Database – Survival Analysis 2000–2007 © OFS, Neuchâtel 2016

T4.15.1 Cancer du testicule: principaux indicateurs épidémiologiques

	Hommes	
	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2008–2012	414	11
Nombre de cas en 2015 (estimé)	435	11
Part de tous les cancers, moyenne 2008–2012	2,0%	0,1%
Taux brut (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	10,7	0,3
Evolution annuelle moyenne du taux brut, 2003–2012	–0,1%	–3,2%
Taux brut en 2015 (estimé)	10,7	0,3
Taux standardisé (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	10,3	0,3
Evolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2003–2012	0,0%	–3,8%
Age médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2008–2012	37,7	48,3
Risque vie entière, 2008–2012	0,7%	0,1%
Risque cumulé avant 70 ans, 2008–2012	0,7%	0,1%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne annuelle 2008–2012	–	239
	Hommes	
Taux de survie observé à 5 ans, au 31.12.2012		96,0%
Taux de survie relatif à 5 ans, au 31.12.2012		98,6%

Sources: NICER (nouveaux cas); OFS (décès)

© OFS, Neuchâtel 2016

Références

- ¹ Steward B.W., Wild C.P. eds. (2014). World Cancer Report 2014. International Agency for Research on Cancer, Lyon
- ² Ligue Suisse contre le cancer. Cancer du testicule [en ligne] (page consultée le 1/07/2015). www.liguecancer.ch/fr/a_propos_du_cancer/types_de_cancer/cancer_du_testicule/

4.16 Cancer du rein

4.16.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2008 et 2012, environ 620 cancers du rein ont été diagnostiqués en moyenne chaque année chez les hommes, ce qui représente 3,0% des nouveaux cas de cancer. Le cancer du rein a touché durant la même période 290 femmes chaque année (1,6% des nouveaux cas de cancer). Le taux d'incidence standardisé est environ 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 1,5% chez les hommes et de 0,7% chez les femmes (soit 15 hommes sur 1000 et sept femmes sur 1000; T 4.16.1).

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

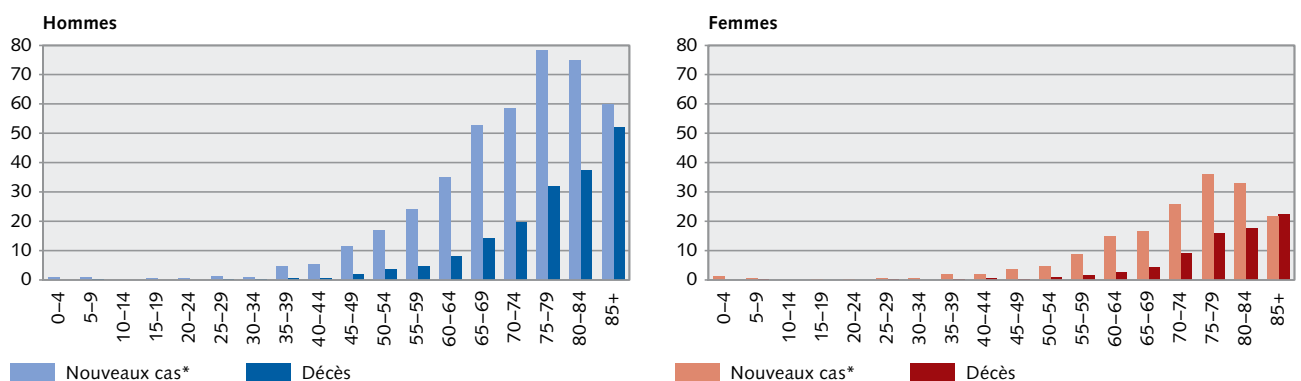
Sur la même période, le cancer du rein a entraîné 190 décès chez les hommes et 110 chez les femmes en moyenne chaque année. Cela représente respectivement 2,1% et 1,5% des décès par cancer. Le risque de décéder d'un cancer du rein est de 0,6% chez les hommes et de 0,3% chez les femmes. Cela signifie que six hommes sur 1000 et trois femmes sur 1000 décèdent de ce cancer.

La moitié des diagnostics et des décès ont lieu respectivement après 67 et 74 ans chez les hommes et après 72 et 79 ans chez les femmes. Le taux d'incidence de ce cancer augmente progressivement avec l'âge jusqu'à

Cancer du rein selon l'âge, 2008–2012

G 4.16.1

Taux spécifique par âge, pour 100'000 habitants



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

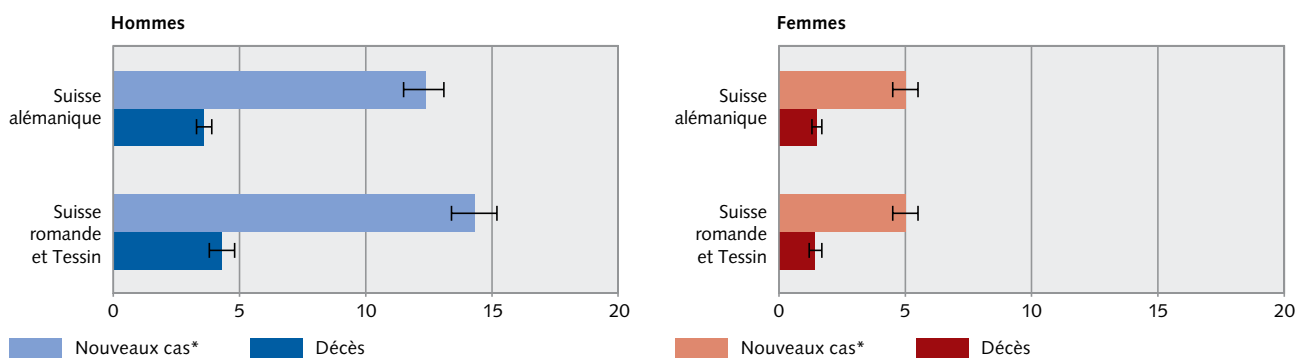
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer du rein: comparaison régionale, 2008–2012

G 4.16.2

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



Interval de confiance à 95%

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

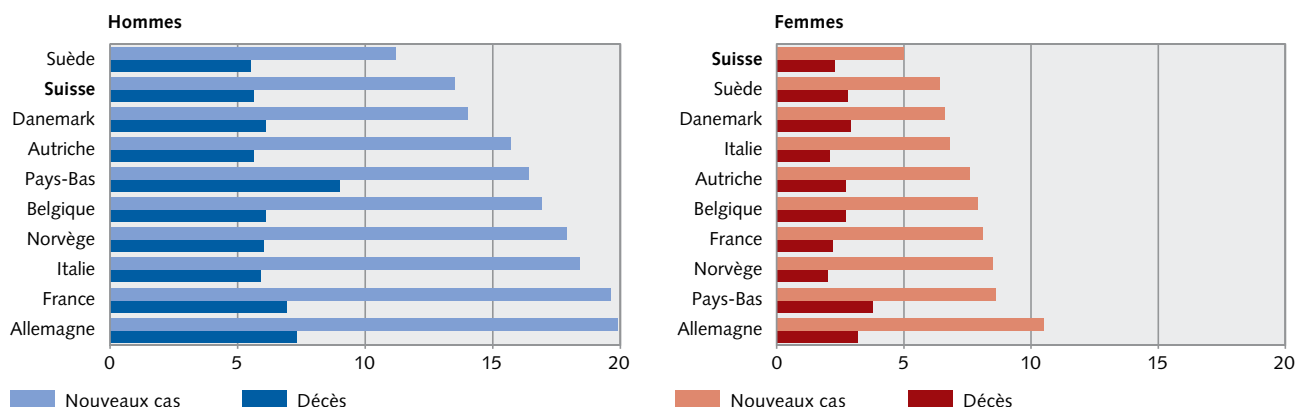
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer du rein: comparaison internationale, 2012

G 4.16.3

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



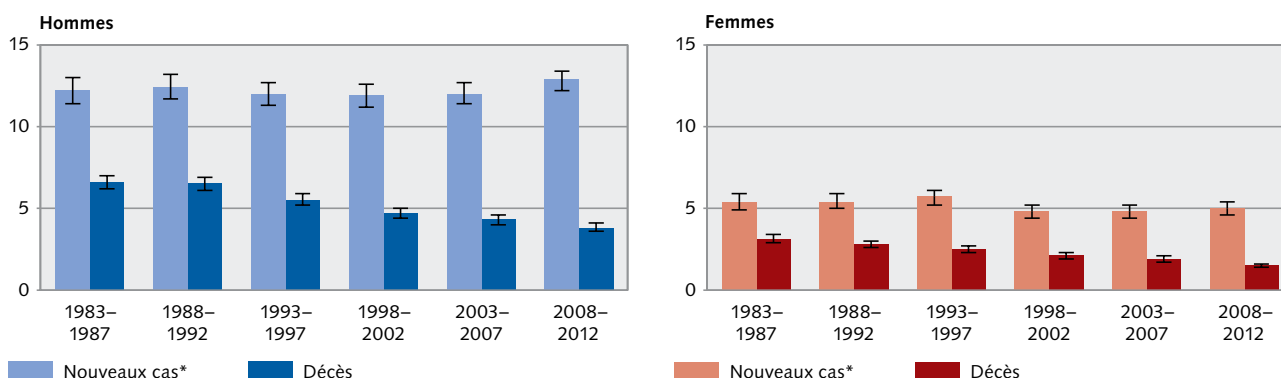
Source: Ferlay J. et al. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer du rein: évolution temporelle

G 4.16.4

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



I Intervalle de confiance à 95%

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

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

79 ans (G 4.16.1). Un sous-type particulier de cancer du rein, le néphroblastome, peut être diagnostiqué dès le plus jeune âge (cf. chapitre enfants). Sur la période 2008–2012, aucun décès dû au cancer du rein n'a été enregistré avant l'âge de 25 ans, puis le taux de mortalité augmente progressivement avec l'âge.

Comparaisons régionales et internationales

L'incidence du cancer du rein est plus élevée chez les hommes en Suisse romande et au Tessin qu'en Suisse alémanique (G 4.16.2). Ce n'est pas le cas chez les femmes. Pour la mortalité, il n'y pas de différence entre la Suisse alémanique, d'une part et la Suisse romande et le Tessin, d'autre part.

Parmi les dix pays européens comparés, la Suisse présente le deuxième taux d'incidence le plus faible chez les hommes et le taux le plus faible chez les femmes. En termes de mortalité, le taux est similaire aux pays les moins touchés (la Suède et l'Autriche) chez les hommes. Chez les femmes, la Suisse a le quatrième taux le moins élevé.

Evolution temporelle

L'incidence n'a pas évolué notablement au cours des trente dernières années (G 4.3.4). La mortalité a, quant à elle, diminué.

4.16.2 Taux de survie

Sur la période de 2008 à 2012, 57% des hommes et 65% des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de cancer du rein (taux de survie observé; T 4.16.1). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans est de 65% pour les hommes et de 70% pour les femmes (taux de survie relatif). Il était de 62% chez les hommes et de 60% chez les femmes entre 1998 et 2002 (G 4.16.5).

Le taux de survie à dix ans a augmenté, entre 1998 et 2012, de 48% à 52% chez les hommes et de 50% à 53% chez les femmes (G 4.16.5). En Suisse, le taux de survie des personnes atteintes d'un cancer du rein se situe dans la moyenne européenne pour la période de 2000 à 2007. Parmi les dix pays européens comparés, la Suisse occupe la cinquième place pour les hommes et la sixième place pour les femmes (G 4.16.6).

4.16.3 Facteurs de risque

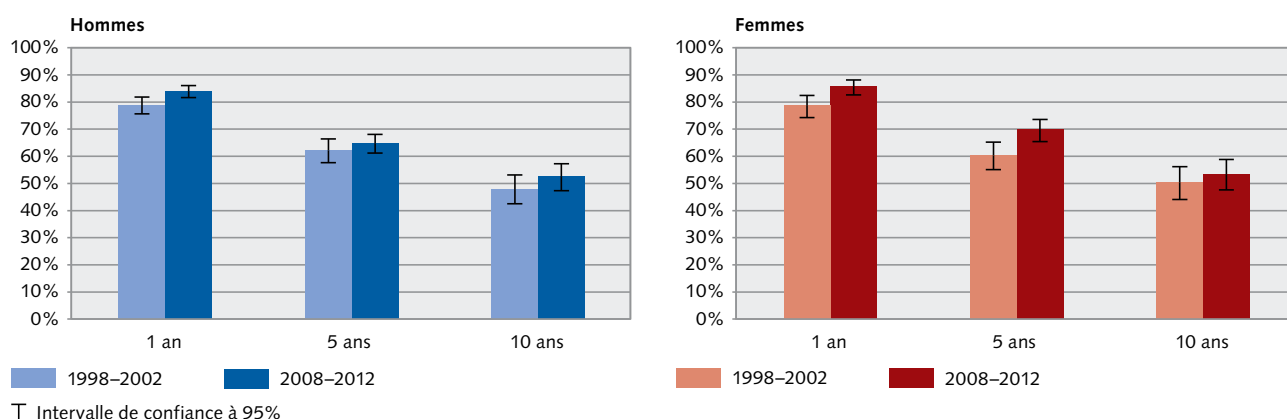
Le tabagisme augmente le risque de cancer du rein. Le surpoids et particulièrement l'obésité sont d'autres facteurs de risque pour ce cancer.¹

Certaines pathologies, comme l'hypertension, ou ses traitements, sont associées à une augmentation du risque de cancer du rein. Il en est de même pour la maladie kystique rénale acquise, qui se développe en particulier chez les patients sous hémodialyse en raison d'une insuffisance rénale chronique terminale. La phénacétine, qui était contenue dans certains analgésiques, est également associée au développement de cancers du rein¹; elle a été retirée du marché en 1992².

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. De plus, l'exposition

Cancer du rein: survie relative à 1, 5 et 10 ans

G 4.16.5

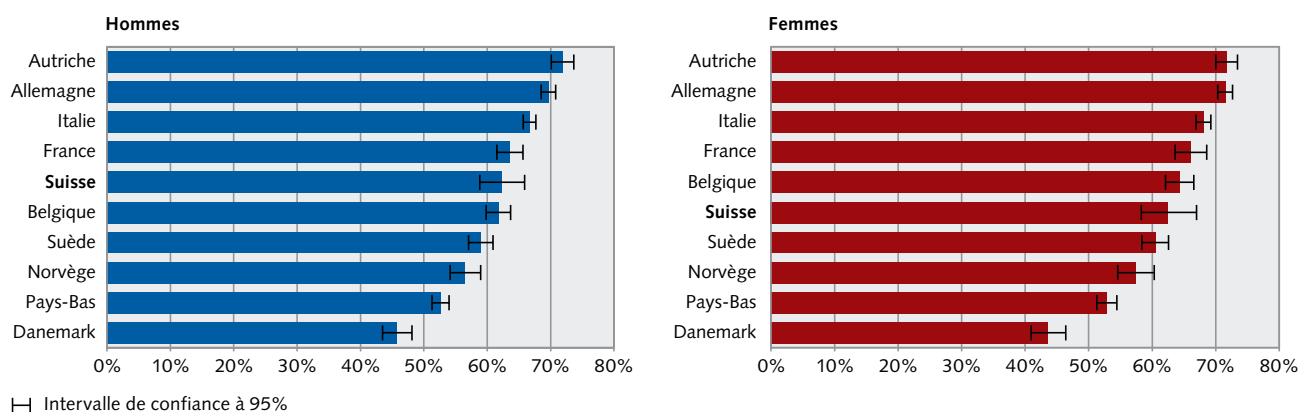


Source: NICER

© OFS, Neuchâtel 2016

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

G 4.16.6



* Dans la base de données Eurocare-5, regroupe les codes C64-66, C68 de la CIM-O-3

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

Source: EUROCARE-5 Database - Survival Analysis 2000-2007

© OFS, Neuchâtel 2016

T4.16.1 Cancer du rein: principaux indicateurs épidémiologiques

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2008–2012	616	193	291	109
Nombre de cas en 2015 (estimé)	761	205	329	108
Part de tous les cancers, moyenne 2008–2012	3,0%	2,1%	1,6%	1,5%
Taux brut (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	16,0	5,0	7,3	2,7
Evolution annuelle moyenne du taux brut, 2003–2012	2,8%	–0,6%	1,3%	–2,0%
Taux brut en 2015 (estimé)	18,7	5,1	7,9	2,6
Taux standardisé (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	12,9	3,8	5,0	1,5
Evolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2003–2012	1,6%	–2,2%	0,6%	–4,1%
Age médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2008–2012	67,3	74,0	71,8	78,8
Risque vie entière, 2008–2012	1,5%	0,6%	0,7%	0,3%
Risque cumulé avant 70 ans, 2008–2012	0,8%	0,2%	0,3%	0,1%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne annuelle 2008–2012	–	753	–	219
	Hommes		Femmes	
Taux de survie observé à 5 ans, au 31.12.2012	57,3%		64,7%	
Taux de survie relatif à 5 ans, au 31.12.2012	64,8%		69,7%	

Sources: NICER (nouveaux cas); OFS (décès)

© OFS, Neuchâtel 2016

aux dérivés du pétrole, à l'amiante, au plomb ou au cadmium pourrait être associée à une augmentation du risque de cancer du rein.¹ Par ailleurs, les rayons X et gamma constituent un facteur de risque.³ Enfin, différentes études suggèrent une association entre le cancer du rein et l'arsenic², ainsi qu'avec une alimentation riche en sucre ou en boissons sucrées⁴.

Une histoire familiale de cancer du rein est constatée dans 2% à 4% des cas de cancer du rein et plusieurs maladies génétiques rares sont aussi associées à une augmentation du risque de cancer (maladie de von Hippel-Lindau; syndrome de Birt-Hogg-Dubé; léiomyomatose familiale; carcinome rénal papillaire familial ou héréditaire).¹

Références

- 1 Steward B.W., Wild C.P. eds. (2014). World Cancer Report 2014. International Agency for Research on Cancer, Lyon
- 2 Communication personnelle de SwissMedic le 14 juillet 2015
- 3 WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group (2009). A review of human carcinogens – Part A to F. The Lancet Oncology; Volume 10. Accessible depuis: www.cancer-environnement.fr/212-Monographies-du-CIRC--syntheses.ce.aspx
- 4 Lim S.S., Vos T., Flaxman A.D. et al. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet; 380:2224–60

4.17 Cancer de la vessie

4.17.1 Nouveau cas et décès

Situation actuelle

Avec respectivement 850 et 280 nouveaux cas diagnostiqués en moyenne chaque année chez les hommes et chez les femmes (période 2008–2012), le cancer de la vessie représente 4,1% et 1,6% des nouveaux cas de cancer. Ce cancer est beaucoup plus fréquent chez les hommes, qui présentent un taux d'incidence standardisé quatre fois plus élevé que les femmes. Le risque de développer un cancer de la vessie au cours de la vie est de 2,5% chez les hommes et de 0,7% chez les femmes (soit 25 hommes sur 1000 et sept femmes sur 1000; T 4.17.1).

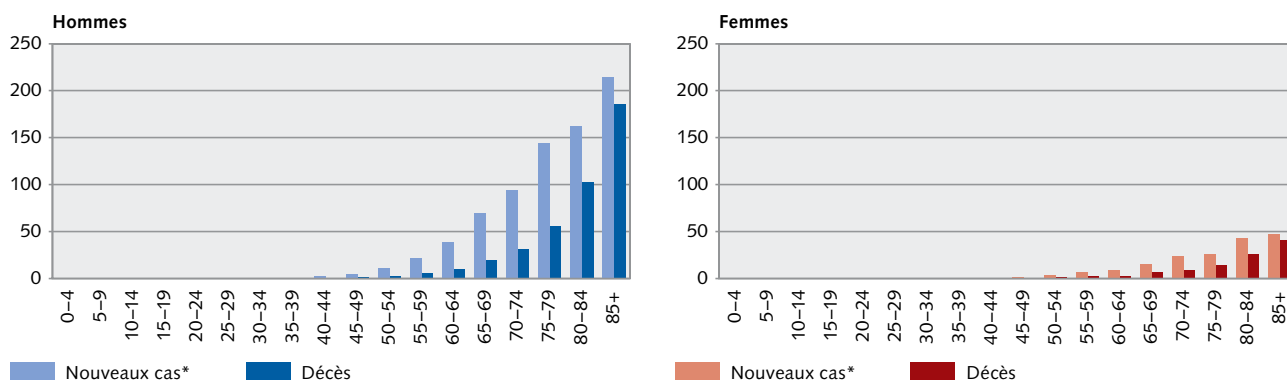
Il existe cinq types principaux de cancers de la vessie, invasifs ou non-invasifs, qui se développent tous à partir des cellules recouvrant l'intérieur des voies urinaires (épithélium urothélial)¹. Ce chapitre concerne uniquement les cancers invasifs (C67) mais ni les papillomes (tumeurs également issues de l'épithélium urothélial mais bénignes) ni les tumeurs in situ.

Le cancer de la vessie est à l'origine de 370 décès en moyenne chaque année chez les hommes (4,1% des décès par cancer) et de 150 décès chez les femmes (2,1%). Le risque de décéder d'un cancer de la vessie est de 1,2% chez les hommes et de 0,4% chez les femmes. Cela signifie que trois hommes sur 250 et une femme sur 250 décèdent de ce cancer.

Cancer de la vessie selon l'âge, 2008–2012

G 4.17.1

Taux spécifique par âge, pour 100'000 habitants



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

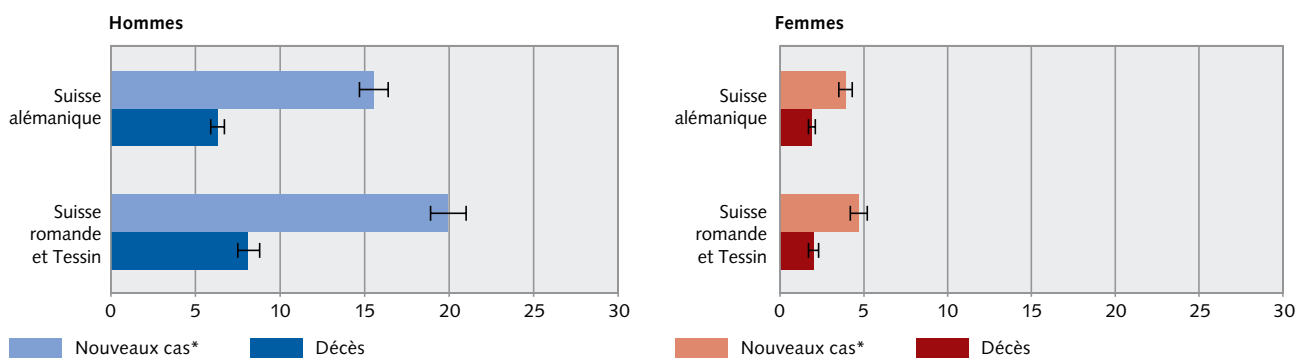
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer de la vessie: comparaison régionale, 2008–2012

G 4.17.2

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



Intervalle de confiance à 95%

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

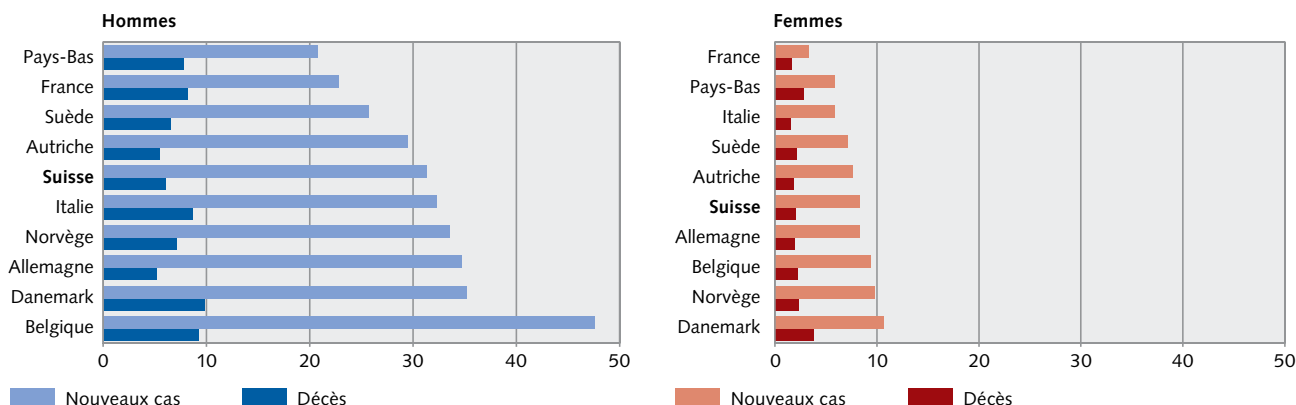
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer de la vessie: comparaison internationale, 2012

G 4.17.3

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



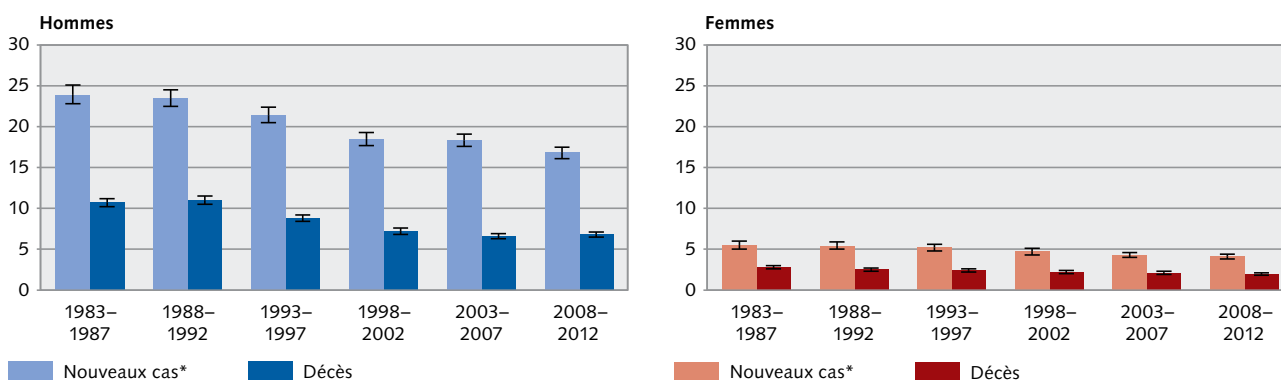
Source: Ferlay J. et al. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer de la vessie: évolution temporelle

G 4.17.4

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



I Intervalle de confiance à 95%

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

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Ce cancer est rare avant 40 ans chez les hommes et 45 ans chez les femmes. Les taux d'incidence et de mortalité augmentent progressivement avec l'âge mais dans une moindre mesure chez les femmes (G 4.17.1). La moitié des diagnostics et des décès ont lieu respectivement après 74 et 80 ans chez les hommes et après 76 et 81 ans chez les femmes.

Comparaisons régionales et internationales

Chez les hommes, l'incidence et la mortalité par cancer de la vessie sont significativement plus élevées en Suisse romande et au Tessin qu'en Suisse alémanique (G 4.17.2). Cette différence ne s'observe pas chez les femmes.

Parmi les dix pays européens comparés, l'incidence du cancer de la vessie varie du simple au double chez les hommes et du simple au triple chez les femmes. Cependant, en l'absence d'information concernant le codage des papillomes et de leur caractère malin ou bénin dans les différents pays, les données doivent être comparées avec prudence.¹ Dans ce contexte, la Suisse présente la sixième incidence la plus élevée chez les hommes et la cinquième chez les femmes (G 4.17.3). La différence entre les taux de mortalité des différents pays est légèrement moins grande. L'Allemagne et l'Autriche ont un taux de mortalité inférieur à la Suisse chez les hommes. Chez les femmes, quatre pays ont des taux inférieurs.

Evolution temporelle

Une diminution de l'incidence et de la mortalité par cancer de la vessie est visible depuis 1983 chez les hommes (−30% et −36%) comme chez les femmes (−25% et −32%) (G 4.17.4). Toutefois, depuis 2003, il n'y a pas d'évolution significative.

4.17.2 Taux de survie et nombre de malades dans la population

Sur la période de 2008 à 2012, 52% des hommes et 45% des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de cancer de la vessie (taux de survie observé; T 4.17.1). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans est de 59% pour les hommes et de 49% pour les femmes (taux de survie relatif). Il était de 55% chez les hommes et de 48% chez les femmes entre 1998 et 2002 (G 4.17.5).

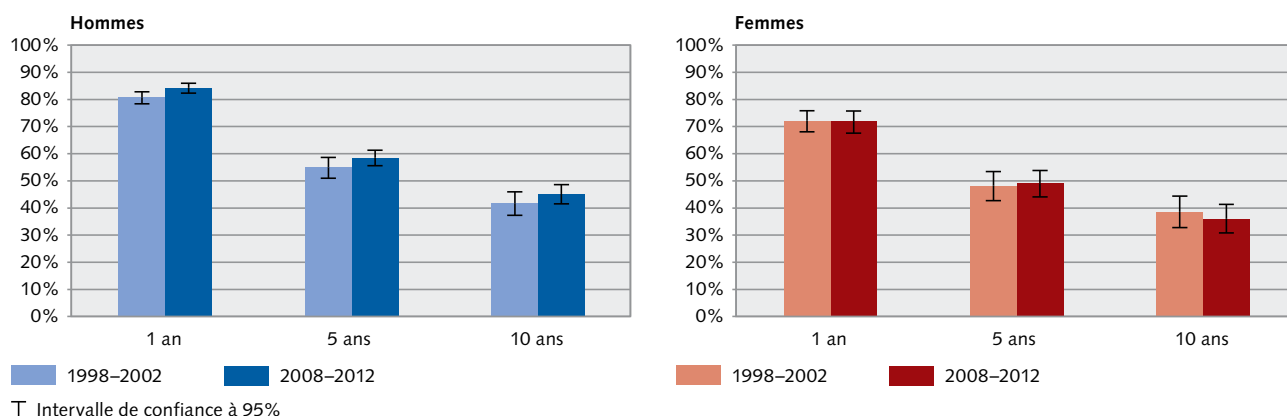
Entre 1998 et 2012, le taux de survie à dix ans a augmenté de 42% à 45% chez les hommes et a légèrement diminué, de 39% à 36%, chez les femmes (G 4.17.5).

Compte tenu du faible nombre de cas chez les femmes, la variation aléatoire du nombre de cas joue un grand rôle dans l'estimation du taux de survie. Le cancer de la vessie compte parmi les rares cancers pour lesquels le taux de survie est plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Le taux de survie des personnes atteintes d'un cancer de la vessie en Suisse se situe dans la moyenne européenne pour la période de 2000 à 2007. Par rapport aux neuf pays européens retenus pour la comparaison, la Suisse occupe la sixième place pour les hommes et la cinquième place pour les femmes (G 4.17.6).

Cancer de la vessie: survie relative à 1, 5 et 10 ans

G 4.17.5

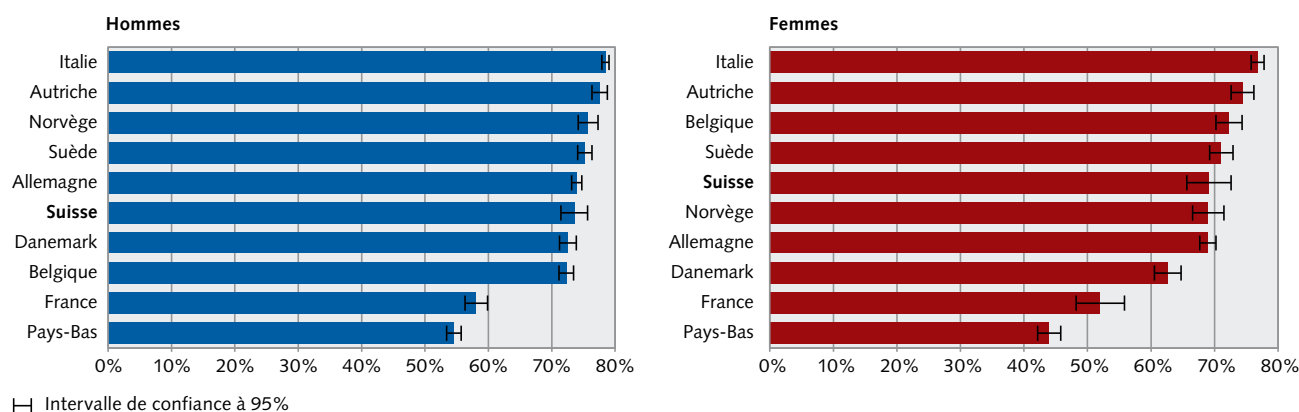


Source: NICER

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer de la vessie: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, 2000-2007

G 4.17.6



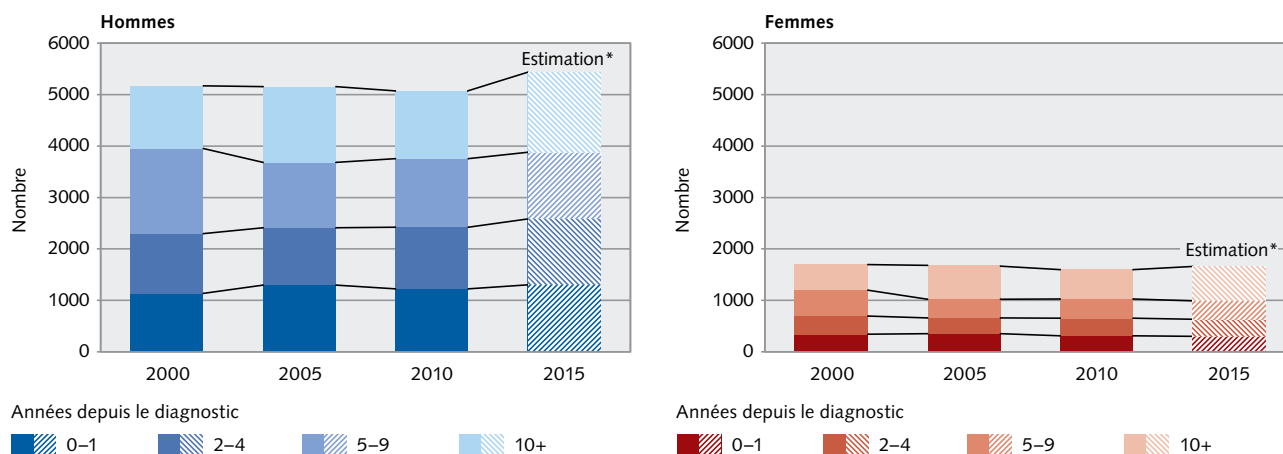
Les données pour l'Allemagne, la Belgique, la France, l'Italie et la Suisse sont estimées sur la base de données régionales, la couverture du pays étant incomplète.

Source: EUROCARE-5 Database – Survival Analysis 2000-2007

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer de la vessie: nombre de malades (prévalence)

G 4.17.7



* Projection à partir des données 1981-2010

Source: NICER

© OFS, Neuchâtel 2016

En l'an 2000, 6900 personnes vivaient en Suisse avec un diagnostic de cancer de la vessie, contre 6700 en 2010 (G 4.17.7). Pour l'année 2015, les estimations portent ce nombre à environ 7000 (G 4.17.7). La part des femmes ne s'élève qu'à 23%. Le diagnostic remonte à cinq ans ou plus chez près de 4000 hommes et femmes et à moins de cinq ans chez environ 3000 personnes.

4.17.3 Facteurs de risque

Le tabagisme est la principale cause du cancer de la vessie.¹ La fumée contient entre autres des amines aromatiques, facteur de risque retrouvé aussi dans certaines expositions professionnelles. En effet, il a été établi que l'exposition professionnelle aux amines aromatiques (une classe de substances chimiques utilisée pour la production dans l'industrie chimique²) est une cause de cancer de la vessie. S'il est difficile d'identifier l'ensemble des produits impliqués, les fluides d'usinage sont en particulier responsables de l'augmentation du risque (par exemple dans l'industrie des machines et la métallurgie)¹. Le cancer de la vessie est reconnu comme cancer professionnel, notamment lors de la fabrication des colorants, dans l'industrie du caoutchouc, chez les peintres ou lors de la production d'aluminium³. Les solvants utilisés pour tanner les cuirs augmentent également le risque de cancer de la vessie¹.

Par ailleurs, les sous-produits générés par la chloration de l'eau (désinfection) sont responsables de l'augmentation du risque de cancer de la vessie. Il en est de même pour la contamination par l'arsenic de l'eau consommée mais cela concerne plutôt certaines régions d'Asie du sud-est.

L'inflammation chronique de la vessie est aussi un facteur de risque majeur de cancer de la vessie. Cette inflammation peut être causée par l'utilisation à long terme de cathéter⁴ ou par un parasite (*Schistosoma Haematobium*), mais dans ce cas cela concerne plutôt les régions endémiques.¹

Les rayons X et gamma sont également classés par le CIRC comme facteurs de risque du cancer de la vessie.³

Certaines mutations génétiques héréditaires augmentent le risque, notamment en interaction avec le tabagisme.⁴

T4.17.1 Cancer de la vessie: principaux indicateurs épidémiologiques

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2008–2012	853	368	277	149
Nombre de cas en 2015 (estimé)	942	429	291	149
Part de tous les cancers, moyenne 2008–2012	4,1%	4,1%	1,6%	2,1%
Taux brut (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	22,1	9,5	7,0	3,8
Evolution annuelle moyenne du taux brut, 2003–2012	0,2%	1,8%	–0,1%	–1,0%
Taux brut en 2015 (estimé)	23,1	10,6	7,0	3,6
Taux standardisé (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	16,8	6,8	4,1	1,9
Evolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2003–2012	–1,2%	0,1%	–0,4%	–1,5%
Age médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2008–2012	73,9	79,6	76,3	81,2
Risque vie entière, 2008–2012	2,5%	1,2%	0,7%	0,4%
Risque cumulé avant 70 ans, 2008–2012	0,7%	0,2%	0,2%	0,1%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne annuelle 2008–2012	–	673	–	296

	Hommes	Femmes
Nombre de malades (prévalence) au 31.12.2010	5 074	1 597
dont diagnostiqués au cours des 5 dernières années	2 421	655
Taux de survie observé à 5 ans, au 31.12.2012	51,7%	45,0%
Taux de survie relatif à 5 ans, au 31.12.2012	58,5%	49,0%

Sources: NICER (nouveaux cas); OFS (décès)

© OFS, Neuchâtel 2016

Références

- ¹ Steward B.W., Wild C.P. éd. (2014). World Cancer Report 2014. International Agency for Research on Cancer, Lyon
- ² Institut national du cancer. L'exposition à des produits en milieu professionnel [en ligne] (page consultée le 03/07/2015). www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-de-la-vessie/Les-facteurs-de-risque/L-exposition-a-des-produits-en-milieu-professionnel
- ³ WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group (2009). A review of human carcinogens – Part A to F. The Lancet Oncology; Volume 10. Accessible depuis: www.cancer-environnement.fr/212-Monographies-du-CIRC--syntheses.ce.aspx
- ⁴ World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (2007). Food, Nutrition, Physical activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. AICR, Washington DC

4.18 Cancer du cerveau et du système nerveux central

4.18.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Avec 600 nouveaux cas diagnostiqués et 490 décès enregistrés en moyenne chaque année sur la période 2008–2012, les tumeurs cérébrales malignes représentent environ 1,5% des nouveaux cas de cancer et 3% des décès par cancer. Les taux d'incidence standardisés sont 1,5 fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Le risque de développer une tumeur cérébrale au cours de la vie est de 0,8% chez les hommes et de 0,6% chez les femmes (soit huit hommes sur 1000 et six femmes sur 1000; T 4.18.1). Le risque de décéder

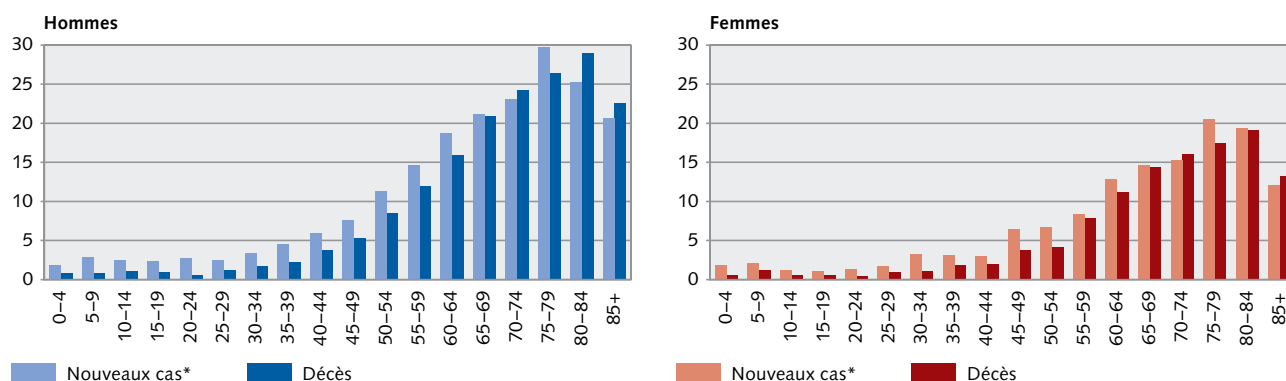
Il existe plusieurs types de tumeurs cérébrales malignes et du système nerveux central (C70–72) qui se développent principalement dans le cerveau et plus rarement dans la moelle épinière.¹ Elles sont toutes désignées dans ce chapitre par le terme de tumeur cérébrale.² Chez l'adulte, le gliome est le type de tumeur cérébrale maligne le plus fréquent. Ce cancer touche aussi les enfants et, dans ce cas, il s'agit de tumeurs malignes issues de cellules embryonnaires (cf. chapitre enfants). Le cerveau est aussi une localisation fréquente de métastases, cellules cancéreuses disséminées à partir d'une autre localisation cancéreuse, qui ne sont pas traitées dans ce chapitre.³

de ce cancer est de 0,7% chez les hommes et de 0,5% chez les femmes. Cela signifie qu'un homme sur 150 et une femme sur 200 décède de ce cancer.

Cancer du cerveau et du système nerveux central selon l'âge, 2008–2012

G 4.18.1

Taux spécifique par âge, pour 100'000 habitants



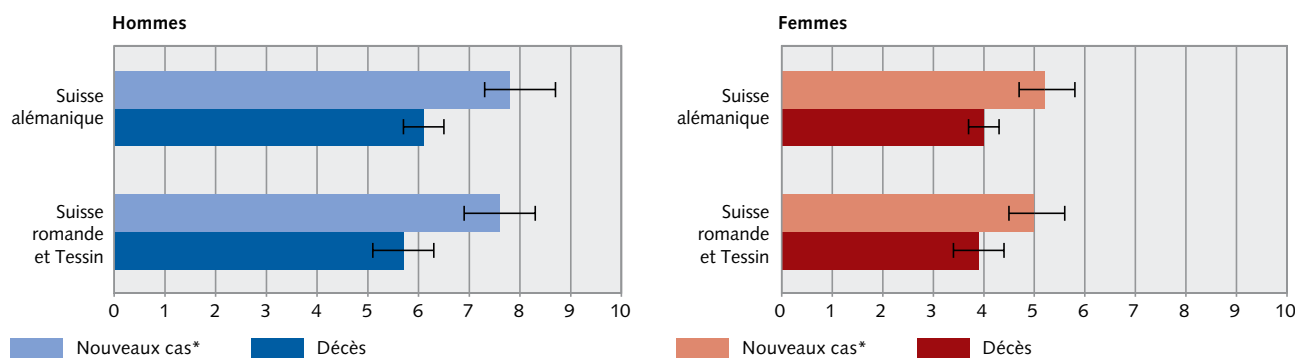
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer du cerveau et du système nerveux central: comparaison régionale, 2008–2012

G 4.18.2

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



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

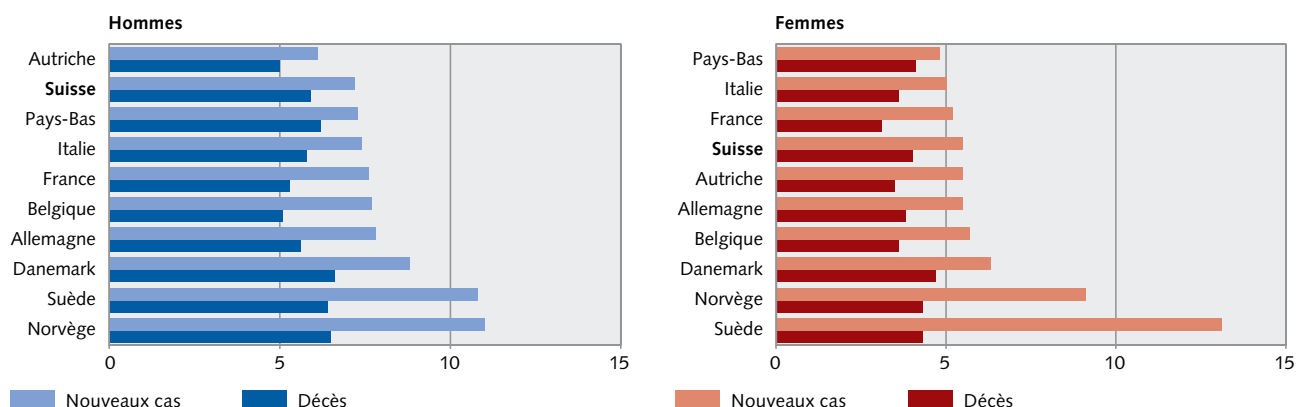
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer du cerveau et du système nerveux central: comparaison internationale, 2012

G 4.18.3

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



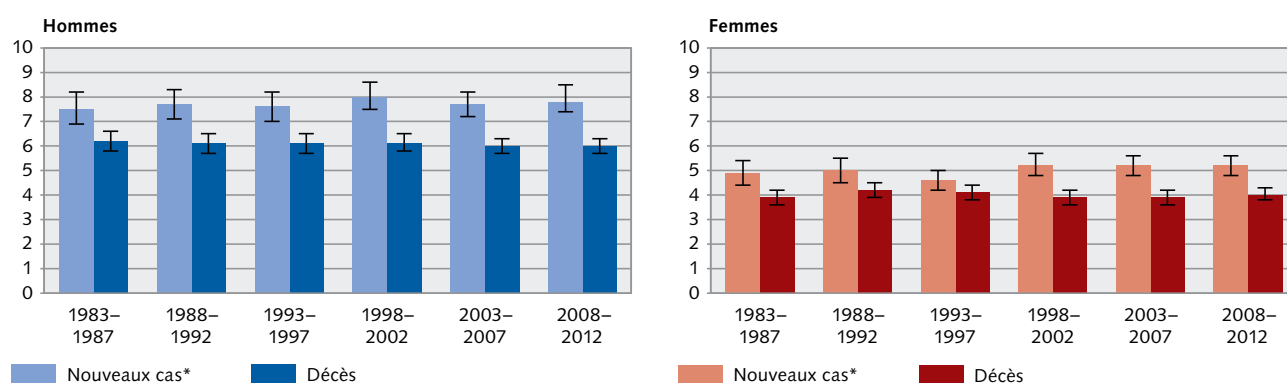
Source: Ferlay J. et al. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer du cerveau et du système nerveux central: évolution temporelle

G 4.18.4

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



I Intervalle de confiance à 95%

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

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Ce cancer touche des personnes jeunes. Les premiers cas et décès sont enregistrés dès l'enfance, puis les taux d'incidence et de mortalité augmentent respectivement jusqu'à 79 et 84 ans (G 4.18.1). Environ la moitié des diagnostics et des décès liés aux tumeurs cérébrales sont enregistrés respectivement avant 61 et 65 ans chez les hommes et avant 64 et 68 ans chez les femmes.

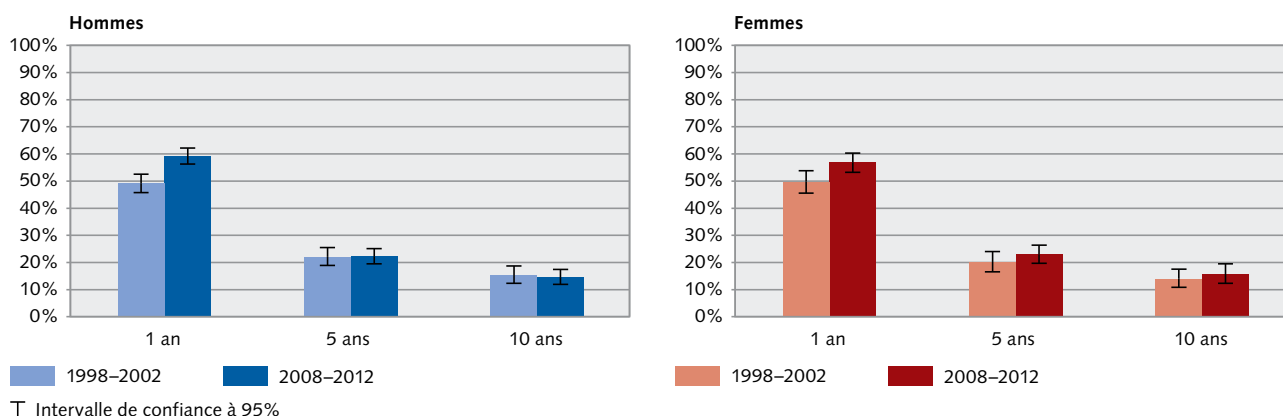
Comparaisons régionales et internationales

Il n'existe pas de différence 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 liée aux tumeurs cérébrales (G 4.18.2). L'incidence des tumeurs cérébrales est relativement similaire dans les neuf pays européens comparés à la Suisse. Seules la Norvège et la Suède (de

même que le Danemark chez les hommes) présentent des taux nettement plus élevés (G 4.8.3). Chez les hommes, le taux d'incidence le plus faible est enregistré en Autriche, la Suisse arrivant en deuxième position. Chez les femmes, les taux d'incidence sont égaux en Suisse, en Allemagne et en Autriche, qui arrivent en quatrième position des pays les moins touchés. Les écarts sont moins importants en termes de mortalité, mais le Danemark, la Norvège et la Suède présentent à nouveau les taux les plus élevés. La Suisse se place en cinquième position des pays les plus touchés, après les Pays-Bas.

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

G 4.18.5



Source: NICER

© OFS, Neuchâtel 2016

Evolution temporelle

Chez les hommes comme chez les femmes l'incidence et la mortalité liées aux tumeurs cérébrales n'ont pas évolué de façon significative au cours des trente dernières années (G 4.18.4).

4.18.2 Taux de survie

Sur la période de 2008 à 2012, 22% des hommes et des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de tumeur cérébrale (taux de survie observé; T 4.18.1). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans est de 22% pour les hommes et de 23% pour les femmes (taux de survie relatif; G 4.18.5). Entre 1998 et 2002, ce taux était similaire chez les hommes et seulement légèrement inférieur (20%) chez les femmes. Entre 1998 et 2012, le taux de survie à dix ans s'est maintenu à environ 15% chez les hommes comme chez les femmes (G 4.18.5).

Il n'existe pas de données comparables au niveau européen permettant l'étude des disparités des taux de survie après une tumeur cérébrale. Des publications portant sur de grandes régions européennes (Europe du Nord, du Sud, de l'Est et Europe centrale) montrent toutefois que, dans le traitement des tumeurs cérébrales malignes, il n'y a pas eu de progrès ayant conduit à une amélioration de la survie.⁴

4.18.3 Facteurs de risque

Hormis certains syndromes de cancers héréditaires associés à une très petite proportion de tumeurs cérébrales (moins de 1%), l'irradiation thérapeutique est le seul facteur de risque de tumeurs cérébrales à avoir été clairement identifié. Par exemple, les enfants traités par radiothérapie en raison d'une leucémie myéloïde aiguë voient leur risque de tumeur cérébrale augmenter.

Aucun facteur environnemental ou lié au mode de vie n'a, à l'heure actuelle, été identifié comme facteur de risque des tumeurs cérébrales. Aucune association n'a pu être démontrée avec l'exposition aux champs électromagnétiques.² Jusqu'à maintenant, et malgré les nombreuses études internationales, cela concerne aussi l'utilisation de téléphones mobiles. L'utilisation à grande échelle des téléphones mobiles étant assez récente, il n'existe pas encore de données sur ses éventuels effets à long terme.

T4.18.1 Cancer du cerveau et du système nerveux central: principaux indicateurs épidémiologiques

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2008–2012	343	277	259	212
Nombre de cas en 2015 (estimé)	384	306	300	248
Part de tous les cancers, moyenne 2008–2012	1,6%	3,1%	1,5%	2,9%
Taux brut (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	8,9	7,2	6,5	5,3
Evolution annuelle moyenne du taux brut, 2003–2012	1,2%	0,9%	1,7%	2,0%
Taux brut en 2015 (estimé)	9,4	7,5	7,2	6,0
Taux standardisé (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	7,8	6,0	5,2	4,0
Evolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2003–2012	0,5%	–0,1%	0,6%	0,6%
Age médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2008–2012	60,6	64,6	63,9	67,5
Risque vie entière, 2008–2012	0,8%	0,7%	0,6%	0,5%
Risque cumulé avant 70 ans, 2008–2012	0,5%	0,4%	0,3%	0,3%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne annuelle 2008–2012	–	2 890	–	1 908
	Hommes		Femmes	
Taux de survie observé à 5 ans, au 31.12.2012	21,8%		22,5%	
Taux de survie relatif à 5 ans, au 31.12.2012	22,2%		23,0%	

Sources: NICER (nouveaux cas); OFS (décès)

© OFS, Neuchâtel 2016

Références

- ¹ Ligue Suisse contre le cancer. Tumeurs cérébrales [en ligne] (page consultée le 08/05/2015). www.liguecancer.ch/fr/a_propos_du_cancer/types_de_cancer/tumeurs_cerebrales/
- ² Société canadienne du cancer. Cancer métastatique [en ligne] (page consultée le 12/05/2015). www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/metastatic-cancer/brain-metastases/?region=qc#ixzz3ZvPnWtUh
- ³ Steward B.W., Wild C.P. éds. (2014). World Cancer Report 2014. International Agency for Research on Cancer, Lyon
- ⁴ Sant M., Minicozzi P., Lagorio S. et al.; EURO CARE Working Group (2012). Survival of European patients with central nervous system tumors. *Int J Cancer* 1;131(1):173–85

4.19 Cancer de la thyroïde

4.19.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Sur la période 2008–2012, 160 nouveaux cas de cancer de la thyroïde ont été diagnostiqués en moyenne chaque année chez les hommes, contre 490 chez les femmes (T 4.19.1). Les taux d'incidence standardisés pour ce cancer sont trois fois plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Le risque de développer un cancer de la thyroïde au cours de la vie est de 0,4% chez les hommes et 1,0% chez les femmes (soit un homme sur 250 et une femme sur 100; T 4.19.1). Le cancer de la thyroïde représente moins de 1% des nouveaux cas de cancer chez les hommes et moins de 3% chez les femmes.

Le cancer de la thyroïde (C73) regroupe différents types de tumeurs dont la majorité est issue des cellules produisant les hormones thyroïdiennes.¹

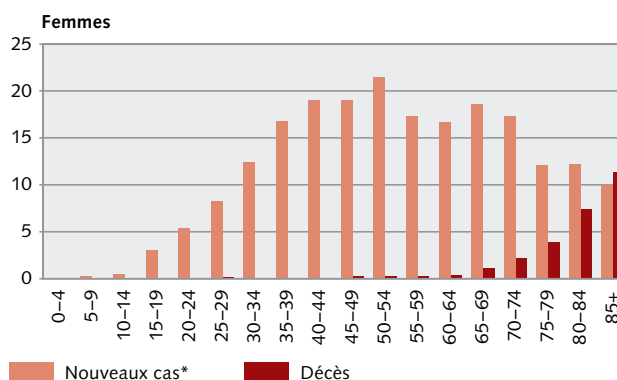
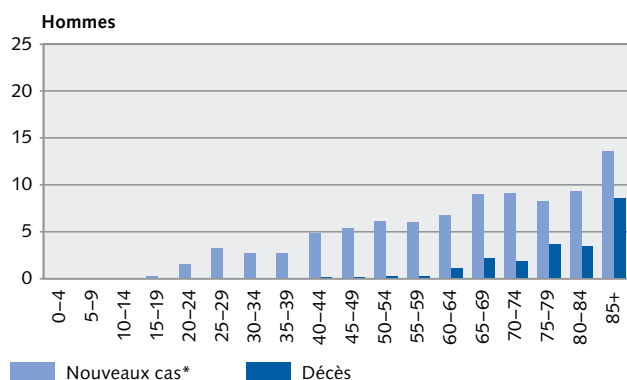
Sur la même période, environ 20 hommes et 40 femmes sont décédés du cancer de la thyroïde en moyenne chaque année. Le risque de décéder d'un cancer de la thyroïde est de 0,1% pour les deux sexes. Cela signifie qu'un homme sur 1000 et une femme sur 1000 décède de ce cancer. Le cancer de la thyroïde représente moins de 0,5% des décès par cancer.

Chez les hommes, le taux d'incidence augmente lentement avec l'âge (G 4.19.1); la moitié des cancers de la thyroïde sont diagnostiqués avant 56 ans. Chez les femmes, l'incidence augmente nettement jusqu'à

Cancer de la thyroïde selon l'âge, 2008–2012

G 4.19.1

Taux spécifique par âge, pour 100'000 habitants



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

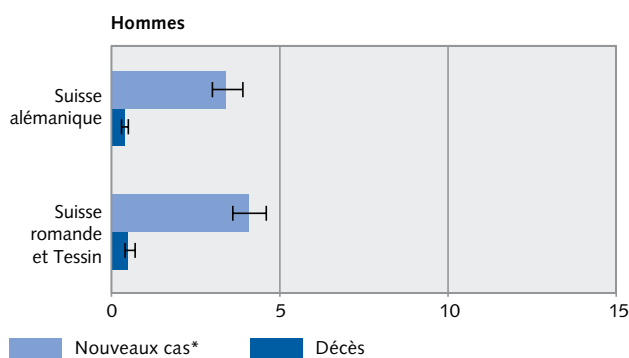
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer de la thyroïde: comparaison régionale, 2008–2012

G 4.19.2

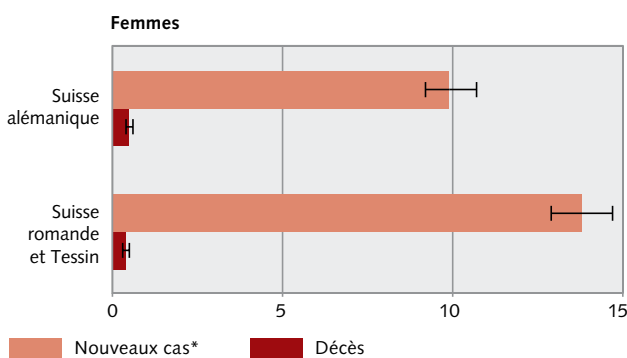
Taux pour 100'000 habitants, standard européen



— Intervalle de confiance à 95%

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

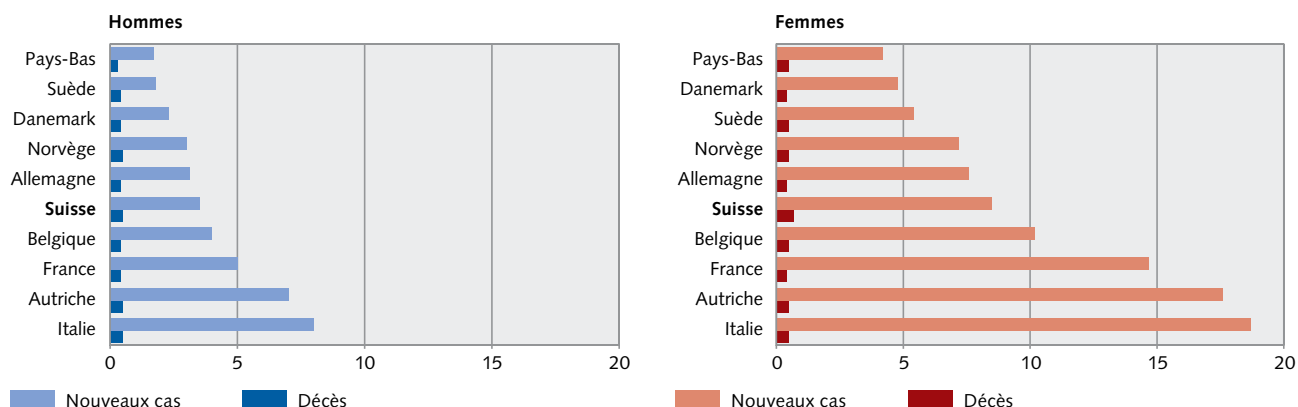
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès



Cancer de la thyroïde: comparaison internationale, 2012

G 4.19.3

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



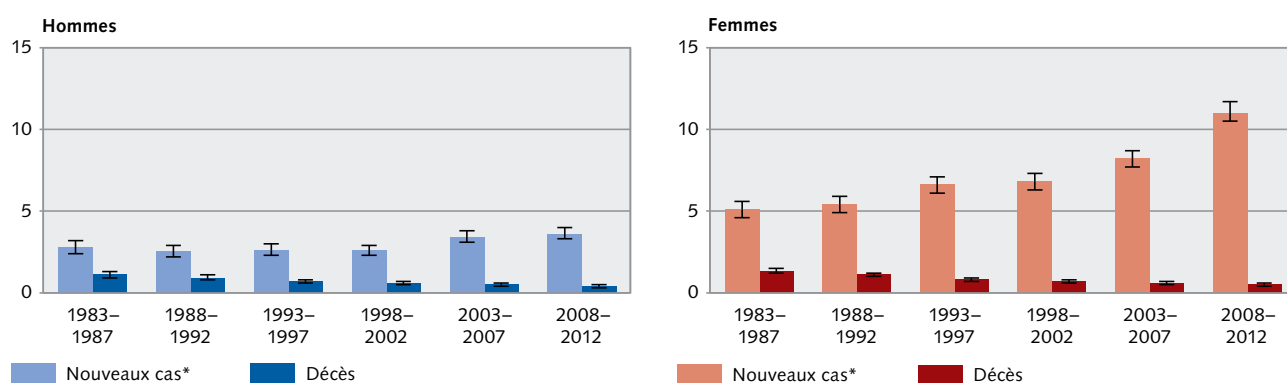
Source: Ferlay J. et al. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer de la thyroïde: évolution temporelle

G 4.19.4

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



I Intervalle de confiance à 95%

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

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

54 ans, se stabilise ensuite puis diminue à partir de 75 ans. La moitié des diagnostics ont lieu avant 50 ans chez les femmes. La mortalité reste inférieure à un cas pour 100'000 habitants jusqu'à 60 ans chez les hommes et 65 ans chez les femmes. La moitié des décès liés au cancer de la thyroïde ont lieu après 75 chez les hommes et 82 ans chez les femmes.

Comparaisons régionales et internationales

Chez les femmes, l'incidence du cancer de la thyroïde est nettement plus élevée en Suisse romande et au Tessin qu'en Suisse alémanique (G 4.19.2). Cette différence n'est pas observée chez les hommes. En termes de mortalité, il n'existe pas de différence régionale ni chez les femmes ni chez les hommes.

Parmi les 10 pays retenus pour la comparaison internationale, les taux d'incidence présentent de très grandes différences. La Suisse se situe au centre du groupe, avec un taux d'incidence environ deux fois plus élevé que le pays le moins touché (G 4.19.3). Les faibles taux de mortalité sont quant à eux globalement similaires. Toutefois, la Suisse présente chez les femmes le taux le plus élevé du groupe.

Evolution temporelle

Une nette augmentation de l'incidence est observable chez les femmes, le taux d'incidence standardisé ayant doublé depuis 1983 (G 4.19.4). Les hommes présentent aussi depuis 2003 des taux d'incidence plus élevés que pendant les 20 années précédentes. Une évolution similaire est observée dans de nombreux pays européens et en Amérique du Nord.

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 (ultrasons), mais aussi par le recours à de nouvelles méthodes d'analyse en biologie moléculaire permettant un diagnostic différentiel entre tumeurs bénignes et tumeurs malignes. 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. Un lien avec les facteurs hormonaux et reproductifs n'a pas pu être démontré avec certitude concernant le cancer de la thyroïde.¹ Depuis 1983, la mortalité a quant à elle diminué chez les hommes comme chez les femmes.

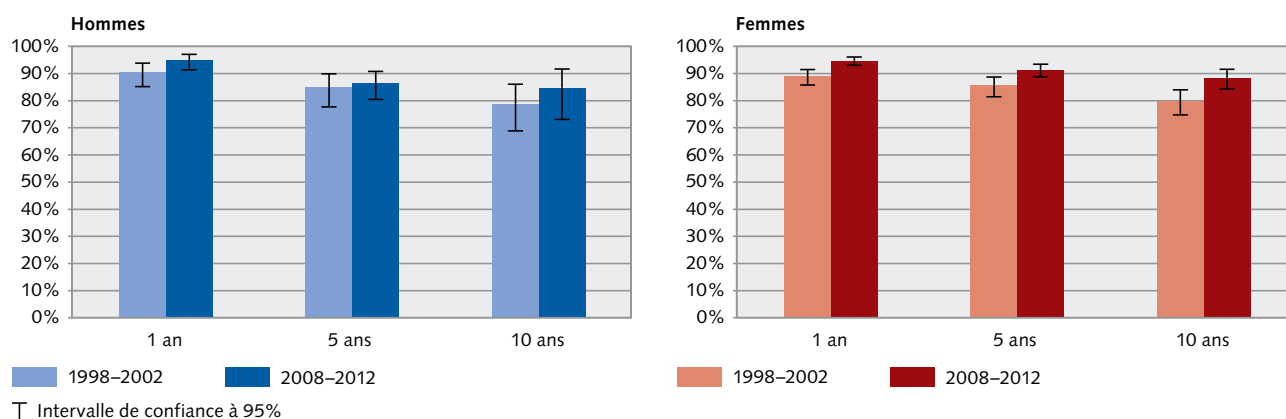
4.19.2 Taux de survie

Sur la période de 2008 à 2012, 81% des hommes et 88% des femmes étaient encore en vie cinq ans après le diagnostic de cancer de la thyroïde (taux de survie observé; T 4.19.1). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans est de 87% pour les hommes et de 91% pour les femmes (taux de survie relatif). Il était de 85% environ chez les hommes et chez les femmes entre 1998 et 2002 (G 4.19.5).

Entre 1998 et 2012, le taux de survie à dix ans a augmenté de 79% à respectivement 85% chez les hommes et 88% chez les femmes (G 4.19.5). Les améliorations apportées aux techniques d'examen (p.ex. ultrason) et le recours à de nouvelles méthodes d'analyse en biologie moléculaire pour améliorer le diagnostic différentiel ont permis ces dernières années de détecter des cancers de la thyroïde à un stade précoce, ce qui a contribué à

Cancer de la thyroïde: survie relative à 1, 5 et 10 ans

G 4.19.5

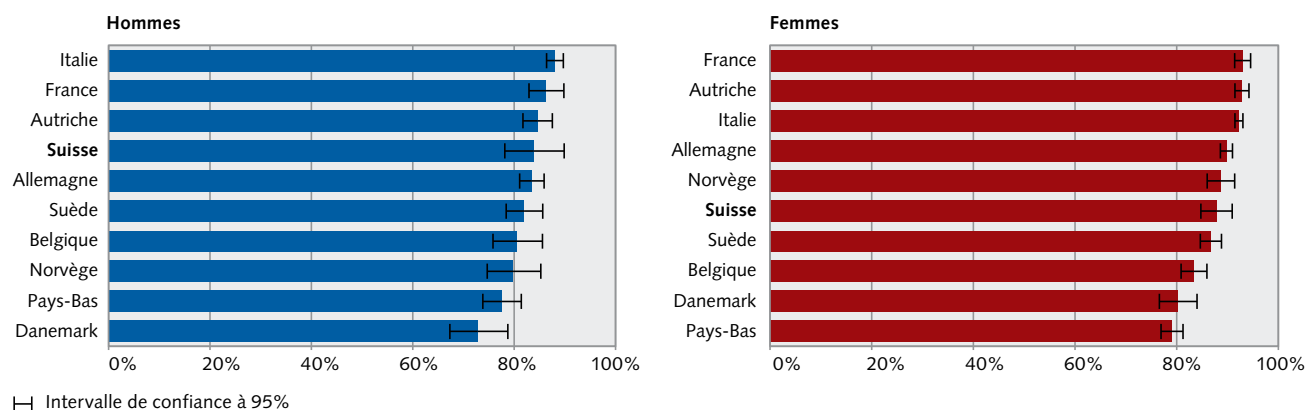


Source: NICER

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancer de la thyroïde: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, 2000-2007

G 4.19.6



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

Source: EURO CARE-5 Database – Survival Analysis 2000-2007

© OFS, Neuchâtel 2016

T4.19.1 Cancer de la thyroïde: principaux indicateurs épidémiologiques

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2008–2012	160	23	493	38
Nombre de cas en 2015 (estimé)	208	23	628	39
Part de tous les cancers, moyenne 2008–2012	0,8%	0,3%	2,8%	0,5%
Taux brut (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	4,2	0,6	12,4	1,0
Evolution annuelle moyenne du taux brut, 2003–2012	3,8%	–1,6%	5,5%	–1,5%
Taux brut en 2015 (estimé)	5,1	0,6	15,1	0,9
Taux standardisé (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	3,6	0,4	11,0	0,5
Evolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2003–2012	2,8%	–3,1%	5,5%	–3,4%
Age médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2008–2012	55,9	75,1	50,3	82,2
Risque vie entière, 2008–2012	0,4%	0,1%	1,0%	0,1%
Risque cumulé avant 70 ans, 2008–2012	0,2%	0,1%	0,8%	0,1%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne annuelle 2008–2012	–	63	–	68
	Hommes		Femmes	
Taux de survie observé à 5 ans, au 31.12.2012	81,3%		88,1%	
Taux de survie relatif à 5 ans, au 31.12.2012	86,5%		91,4%	

Sources: NICER (nouveaux cas); OFS (décès)

© OFS, Neuchâtel 2016

améliorer le taux de survie des personnes concernées. Le sur-diagnostic est également discuté comme cause de l'augmentation de la durée de survie.

En Suisse, le taux de survie des personnes atteintes d'un cancer de la thyroïde se situe dans la moyenne européenne pour la période de 2000 à 2007. Parmi les dix pays européens retenus pour la comparaison internationale, la Suisse occupe la quatrième place pour les hommes et la sixième place pour les femmes (G 4.19.6).

4.19.3 Facteurs de risque

L'exposition aux radiations ionisantes (rayons X ou Gamma) ainsi qu'à l'iode radioactif², particulièrement dans l'enfance, sont des facteurs de risque bien établis du cancer de la thyroïde. Une augmentation des cancers de la thyroïde chez l'enfant a par exemple été observée en Biélorussie suite à l'accident de Tchernobyl en 1986. En cas d'accident nucléaire, des comprimés d'iodes sont

mis à disposition des populations vivant à proximité des centrales; ceci afin de saturer la thyroïde en iode et de prévenir ainsi la fixation de l'iode radioactif.

De même, une radiothérapie dans l'enfance augmente le risque pour ce cancer.¹

Une histoire familiale de cancer de la thyroïde, ainsi que certaines prédispositions génétiques constituent un risque. Le risque de développer un cancer de la thyroïde est aussi augmenté chez les patients présentant des nodules, des adénomes, un goitre ou souffrant d'acromégalie (surproduction d'hormone de croissance).¹

Une alimentation déficitaire ou, au contraire, trop riche en iode, constitue un facteur de risque.¹ Une grande taille et un indice de masse corporelle (IMC) élevé sont par ailleurs associés à une augmentation modérée du risque¹, probablement en lien avec un besoin plus important en iode³.

Références

- ¹ Steward B.W., Wild C.P. eds. (2014). World Cancer Report 2014. International Agency for Research on Cancer, Lyon
- ² WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group (2009). A review of human carcinogens – Part A to F. The Lancet Oncology; Volume 10. Accessible depuis: www.cancer-environnement.fr/212-Monographies-du-CIRC--syntheses.ce.aspx
- ³ World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (2007). Food, Nutrition, Physical activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. AICR, Washington DC

4.20 Lymphome de Hodgkin

4.20.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2008 et 2012, environ 150 cas de lymphome hodgkinien ont été diagnostiqués en moyenne chaque année chez les hommes; près de 100 cas ont été diagnostiqués chez les femmes. Ce cancer représente 0,7% des cancers chez l'homme et 0,5% des cancers chez la femme. 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 (moins d'un homme sur 300 et une femme sur 500; T 4.20.1). Le taux d'incidence standardisé du lymphome hodgkinien est 1,5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

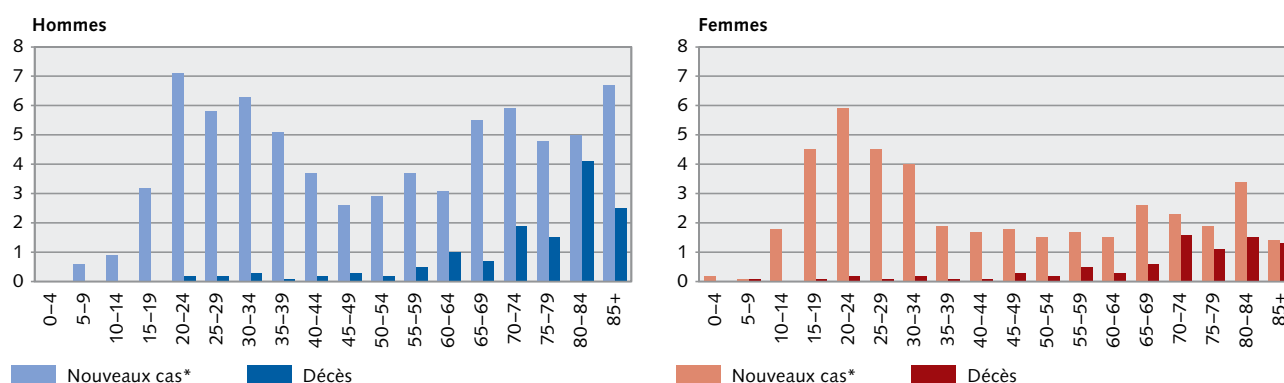
Le lymphome de Hodgkin (C81) et le lymphome non hodgkinien sont des cancers qui se forment à partir des globules blancs. À la différence du lymphome non hodgkinien, qui peut se développer presque partout dans le corps, le lymphome de Hodgkin reste généralement confiné aux ganglions lymphatiques.¹

Le taux de mortalité due au lymphome de Hodgkin est bas. Entre 2008 et 2012, 20 hommes et 14 femmes sont décédés de ce cancer en moyenne chaque année. Ce cancer est responsable de 0,2% de tous les décès par cancer chez l'homme et chez la femme. Le risque de décéder d'un lymphome de Hodgkin est inférieur à 0,1%; cela signifie que moins d'une personne sur 1000 décède de ce cancer.

Lymphome de Hodgkin selon l'âge, 2008–2012

G 4.20.1

Taux spécifique par âge, pour 100'000 habitants



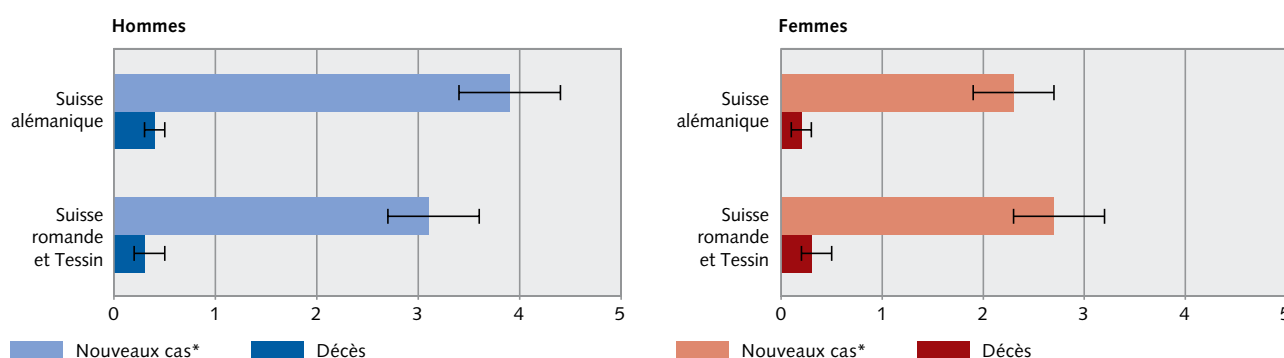
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Lymphome de Hodgkin: comparaison régionale, 2008–2012

G 4.20.2

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



Intervalles de confiance à 95%

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

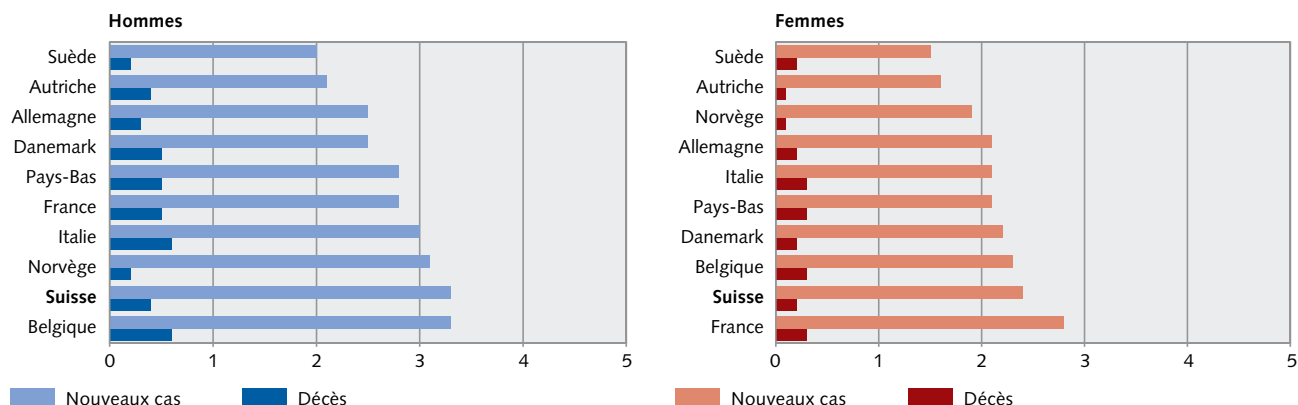
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Lymphome de Hodgkin: comparaison internationale, 2012

G 4.20.3

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



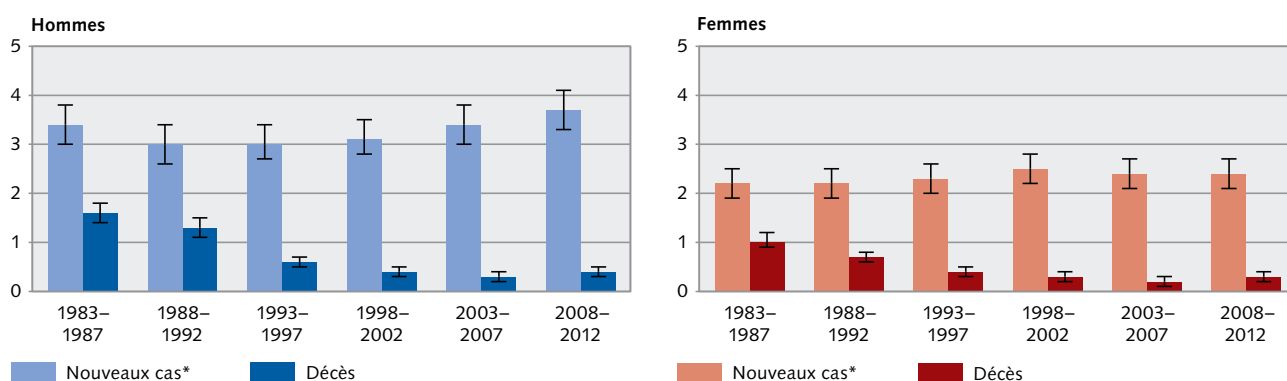
Source: Ferlay J. et al. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012

© OFS, Neuchâtel 2016

Lymphome de Hodgkin: évolution temporelle

G 4.20.4

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



I Intervalle de confiance à 95%

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

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Dans les deux sexes, un pic des taux d'incidence s'observe chez les 20–24 ans. Chez les hommes, un second pic se produit après 65 ans, alors que chez les femmes, le nombre de cas repart légèrement à la hausse à un âge avancé.

Contrairement aux taux d'incidence, les taux de mortalité progressent avec l'âge pour les deux sexes. Dans la population masculine, les taux de mortalité culminent chez les 80–84 ans. Chez les femmes, les taux augmentent jusqu'à la 74^e année et restent constants par la suite (G 4.20.1). La moitié des cas de lymphome de Hodgkin sont diagnostiqués avant 40 ans chez les hommes et avant 34 ans chez les femmes. La moitié des décès dus à ce cancer surviennent avant 69 ans chez les hommes et 71 ans chez les femmes.

Comparaisons régionales et internationales

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre la Suisse alémanique d'une part et la Suisse romande et le Tessin d'autre part (G 4.20.2). Parmi les dix pays européens comparables, la Suisse affiche, avec la Belgique, les taux d'incidence les plus élevés chez les hommes. De plus, la Suisse enregistre le deuxième taux d'incidence le plus élevé chez les femmes (G 4.20.2). Pour ce qui est de la mortalité, l'Allemagne, la Norvège et la Suède enregistrent chez l'homme des taux de mortalité plus bas. Chez la femme, les taux de mortalité sont plus bas en Norvège et en Autriche (G 4.20.3).

Evolution temporelle

Entre 1983 et 2012, les taux d'incidence sont demeurés globalement stables pour les deux sexes, tandis que les taux de mortalité ont très fortement reculé (G 4.20.4).

4.20.2 Taux de survie

Pendant la période 2008–2012, 85% des hommes et 87% des femmes sont encore en vie cinq ans après le diagnostic (taux de survie observé; T 4.20.1). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans pour le lymphome hodgkinien est de 87% chez l'homme et de 89% chez la femme (taux de survie relatif). Entre 1998 et 2002, ce taux oscillait entre 82% et 83% dans les deux sexes (G 4.20.5).

Entre 1998 et 2012, les taux de survie à dix ans ont légèrement progressé chez l'homme, passant de 80% à 83%. Chez la femme, ils s'élevaient à 85% en 2012, contre 74% en 1998 (G 4.20.5).

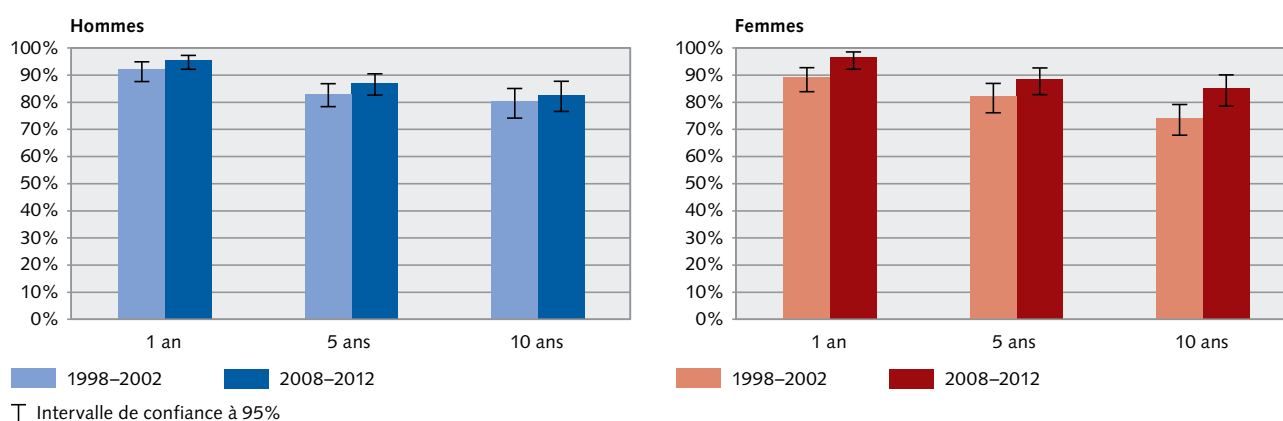
Des dix pays européens comparables, la Suisse occupe le cinquième rang chez l'homme, et le neuvième rang chez la femme pour la période 2000–2007 (G 4.20.6).

4.20.3 Facteurs de risque

Une infection au virus d'Epstein-Barr (EBV), responsable de la mononucléose, est un facteur de risque du lymphome hodgkinien. Environ 40% des nouveaux cas peuvent être attribués au virus EBV dans les pays industrialisés occidentaux.² En outre, une infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) augmente le risque de survenue de ce cancer.³

Lymphome de Hodgkin: survie relative à 1, 5 et 10 ans

G 4.20.5

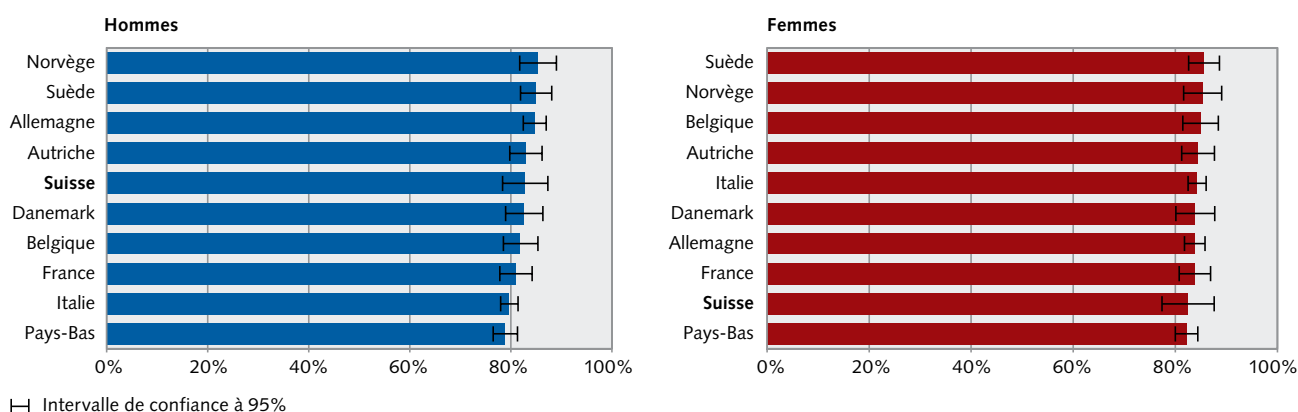


Source: NICER

© OFS, Neuchâtel 2016

Lymphome de Hodgkin*: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, 2000–2007

G 4.20.6



* Lymphome de Hodgkin défini selon la CIM-O-3

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

Source: EURO CARE-5 Database – Survival Analysis 2000–2007

© OFS, Neuchâtel 2016

T4.20.1 Lymphome de Hodgkin: principaux indicateurs épidémiologiques

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2008–2012	149	18	96	14
Nombre de cas en 2015 (estimé)	174	23	103	13
Part de tous les cancers, moyenne 2008–2012	0,7%	0,2%	0,5%	0,2%
Taux brut (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	3,9	0,5	2,4	0,4
Evolution annuelle moyenne du taux brut, 2003–2012	1,6%	2,4%	0,1%	–1,4%
Taux brut en 2015 (estimé)	4,3	0,6	2,5	0,3
Taux standardisé (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	3,7	0,4	2,4	0,3
Evolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2003–2012	1,1%	0,5%	0,2%	–1,6%
Age médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2008–2012	40,4	68,6	33,9	70,8
Risque vie entière, 2008–2012	0,3%	0,1%	0,2%	0,1%
Risque cumulé avant 70 ans, 2008–2012	0,3%	0,1%	0,2%	0,1%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne annuelle 2008–2012	–	178	–	144
	Hommes		Femmes	
Taux de survie observé à 5 ans, au 31.12.2012	84,5%		86,6%	
Taux de survie relatif à 5 ans, au 31.12.2012	87,1%		88,7%	

Sources: NICER (nouveaux cas); OFS (décès)

© OFS, Neuchâtel 2016

Références

- ¹ Ligue Suisse contre le cancer (2013). Les lymphomes hodgkiniens et non hodgkiniens. Berne. <https://assets.krebsliga.ch/downloads/2080.pdf>
- ² Steward B.W., Wild C.P. éds. (2014). World Cancer Report 2014. International Agency for Research on Cancer, Lyon
- ³ WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group (2009). A review of human carcinogens – Part A to F. The Lancet Oncology; Volume 10. Accessible depuis: www.cancer-environnement.fr/212-Monographies-du-CIRC--syntheses.ce.aspx

4.21 Lymphome non hodgkinien

4.21.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Entre 2008 et 2012, environ 780 hommes et 670 femmes ont été atteints d'un lymphome non hodgkinien en moyenne chaque année. Cette localisation cancéreuse représente 3,7% des cancers chez l'homme et 3,8% des cancers chez la femme. Le risque de développer un lymphome non hodgkinien au cours de la vie est de 2,0% chez les hommes et de 1,7% chez les femmes (soit un homme sur 50 et une femme sur 60; T 4.21.1). Ce cancer est plus fréquent chez les hommes. Leur taux d'incidence standardisé est 1,4 fois plus élevé que celui des femmes.

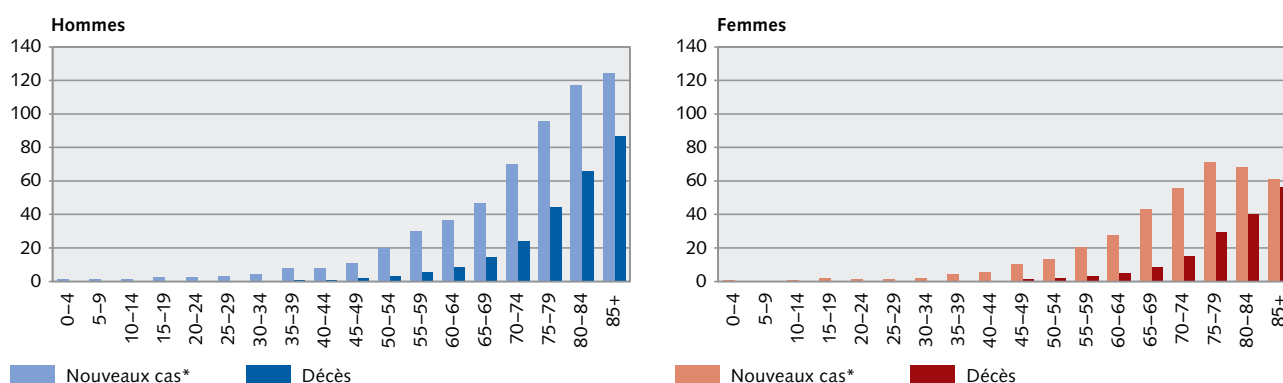
Tout comme le lymphome de Hodgkin, le lymphome non hodgkinien (C82–C86, C96) se forme à partir des globules blancs. Contrairement au lymphome de Hodgkin, qui reste généralement confiné aux ganglions lymphatiques, le lymphome non hodgkinien peut se développer presque partout dans le corps.

Entre 2008 et 2012, environ 260 hommes et 240 femmes sont décédés d'un lymphome non hodgkinien en moyenne chaque année. Ce cancer est responsable de 2,9% des décès par cancer chez l'homme et de 3,3% des décès par cancer chez la femme. Le risque de décéder d'un lymphome non hodgkinien est de 0,8% chez les hommes et de 0,7% chez les femmes. Cela signifie que un homme sur 125 et d'une femme sur 140 décède de ce cancer.

Lymphome non hodgkinien selon l'âge, 2008–2012

G 4.21.1

Taux spécifique par âge, pour 100'000 habitants



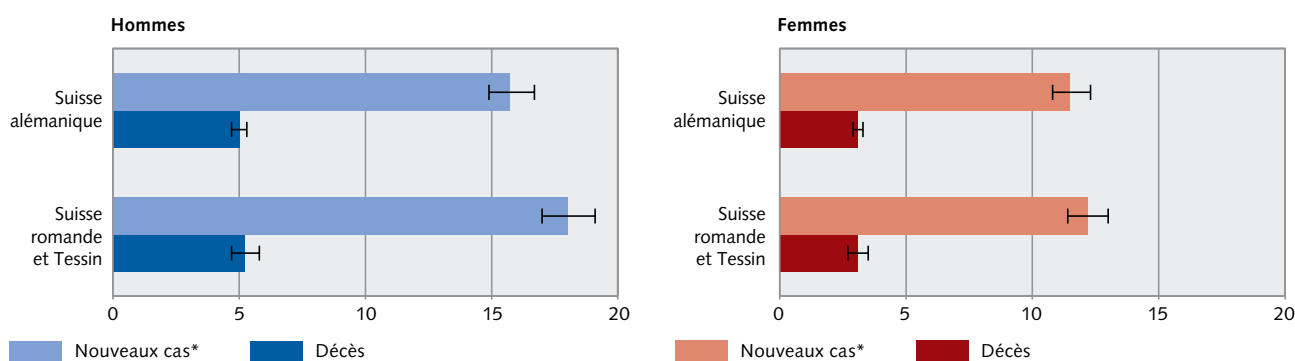
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Lymphome non hodgkinien: comparaison régionale, 2008–2012

G 4.21.2

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



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

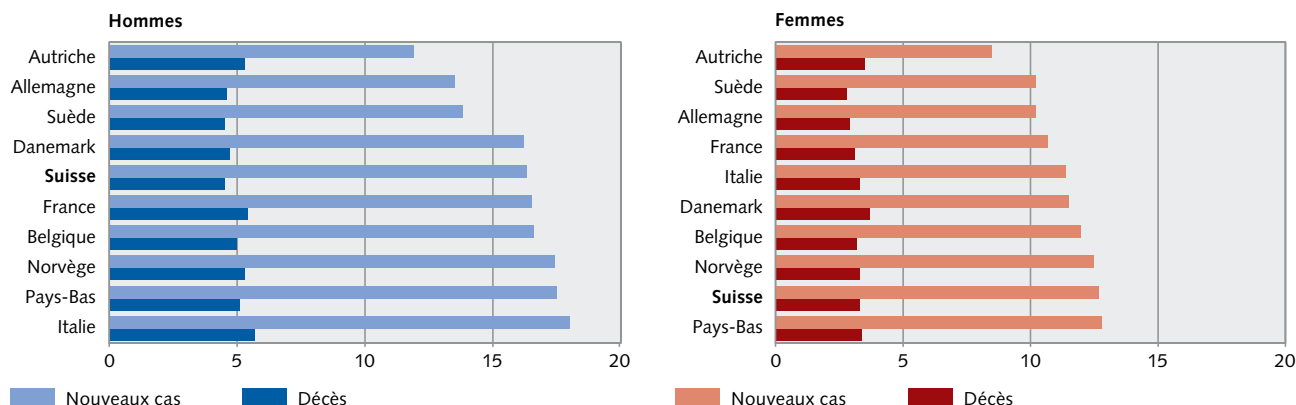
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Lymphome non hodgkinien: comparaison internationale, 2012

G 4.21.3

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



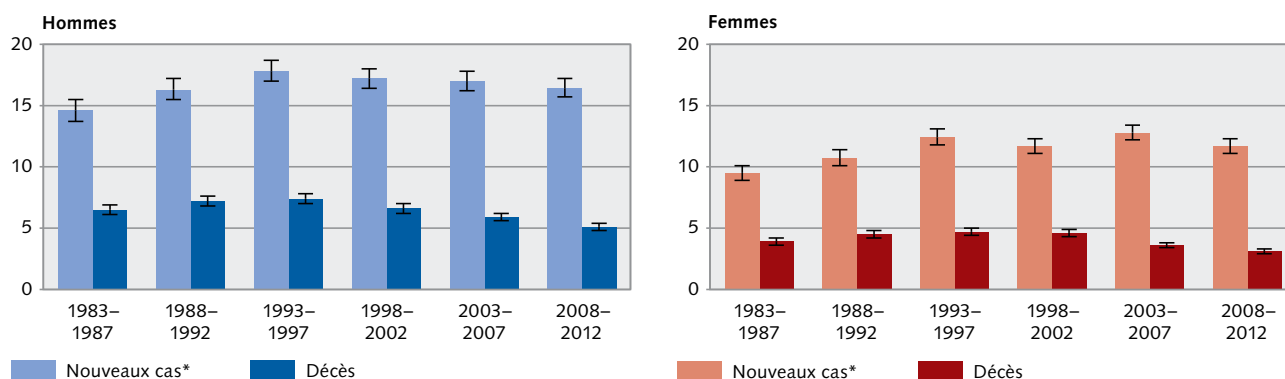
Source: Ferlay J. et al. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012

© OFS, Neuchâtel 2016

Lymphome non hodgkinien: évolution temporelle

G 4.21.4

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



I Intervalle de confiance à 95%

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

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Chez les hommes, les taux d'incidence augmentent avec l'âge. Chez les femmes, les taux d'incidence augmentent jusqu'à la 79^e année et s'infléchissent par la suite (G 4.21.1). Les taux de mortalité s'accroissent avec l'âge dans les deux sexes.

La moitié des lymphomes non hodgkiniens sont diagnostiqués avant 68 ans chez les hommes et 71 ans chez les femmes. La moitié des décès liés à ce cancer ont lieu après 76 ans chez les hommes et 80 ans chez les femmes.

Comparaisons régionales et internationales

Chez les hommes, les taux d'incidence en Suisse romande et au Tessin sont plus élevés qu'en Suisse alémanique. Pour ce qui est des taux d'incidence chez les femmes et des taux de mortalité pour les deux sexes, aucune différence ne s'observe entre les régions linguistiques (G 4.21.2).

Parmi les dix pays européens comparables, la Suisse affiche le deuxième taux d'incidence le plus élevé chez les femmes. Elle occupe le milieu du classement chez les hommes; sur les neuf pays européens comparés avec la Suisse, quatre ont des taux d'incidence plus bas. La Suisse enregistre en revanche, avec la Suède, les taux de mortalité les plus faibles chez les hommes. Chez les femmes, elle occupe une position médiane avec la Norvège et l'Italie; quatre pays présentent des taux de mortalité inférieurs (G 4.21.3).

Evolution temporelle

Entre 1998 et 2012, les taux d'incidence sont restés stables dans les deux sexes et les taux de mortalité ont fortement diminué (hommes: 23%, femmes: 32%; G 4.21.4).

4.21.2 Taux de survie

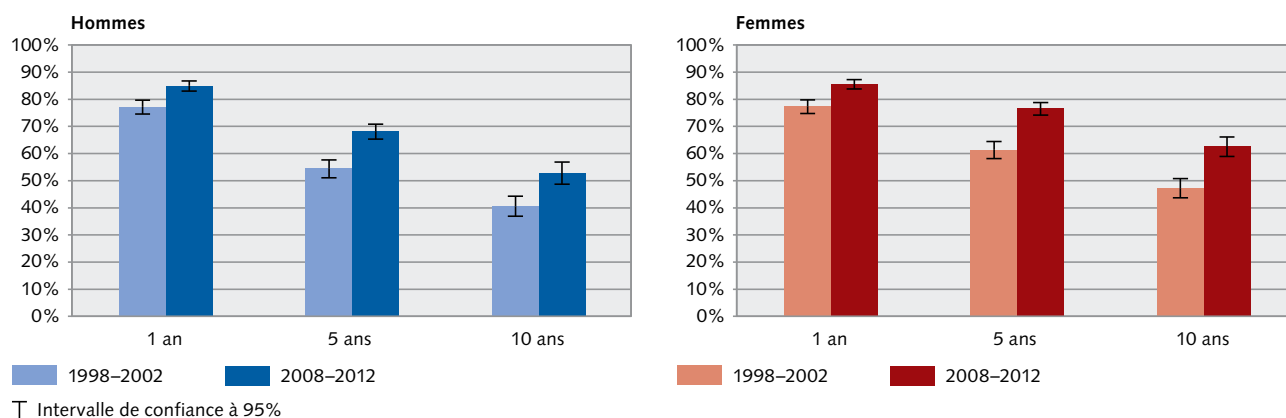
Pendant la période 2008–2012, 60% des hommes et 71% des femmes étaient encore en vie cinq ans après un diagnostic de lymphome non hodgkinien (taux de survie observé; T 4.21.1). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans atteint 68% chez l'homme et 77% chez la femme (taux de survie relatif). Entre 1998 et 2002, il était de 54% chez l'homme et de 61% chez la femme (G 4.21.5).

Entre 1998 et 2012, les taux de survie à dix ans se sont nettement améliorés, passant de 41% à 53% chez l'homme et de 47% à 63% chez la femme (G 4.21.5).

En comparaison internationale, la Suisse affiche, avec la France et la Belgique, les taux de survie les plus élevés pour la période 2000–2007. Des dix pays européens comparables la Suisse a, chez les femmes, le taux de survie le plus haut (G 4.21.6).

Lymphome non hodgkinien: survie relative à 1, 5 et 10 ans

G 4.21.5

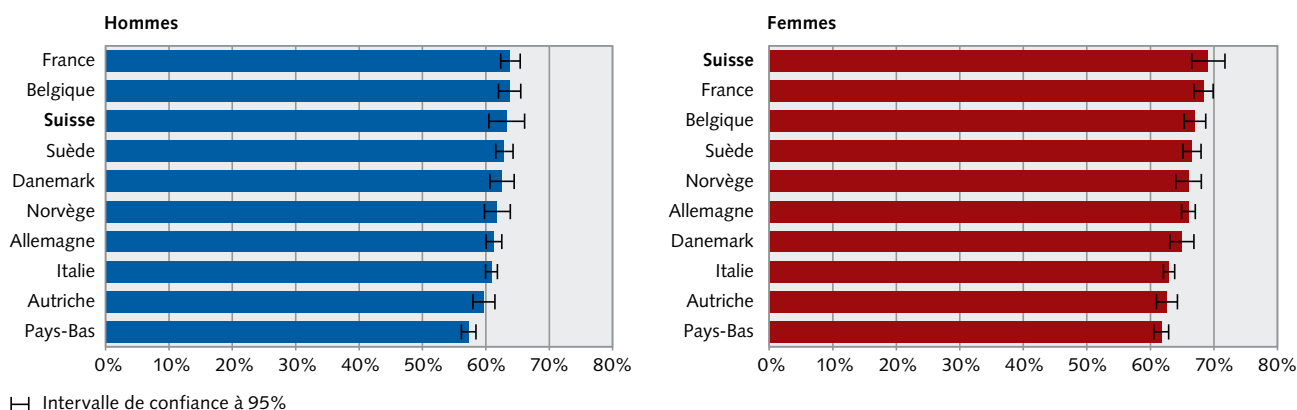


Source: NICER

© OFS, Neuchâtel 2016

Lymphome non hodgkinien*: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, 2000–2007

G 4.21.6



* Lymphome non hodgkinien défini selon la CIM-O-3

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

Source: EURO CARE-5 Database – Survival Analysis 2000–2007

© OFS, Neuchâtel 2016

T4.21.1 Lymphome non hodgkinien: principaux indicateurs épidémiologiques

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2008–2012	781	263	673	236
Nombre de cas en 2015 (estimé)	876	274	694	234
Part de tous les cancers, moyenne 2008–2012	3,7%	2,9%	3,8%	3,3%
Taux brut (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	20,3	6,8	16,9	5,9
Evolution annuelle moyenne du taux brut, 2003–2012	0,6%	–1,3%	–0,7%	–1,4%
Taux brut en 2015 (estimé)	21,5	6,7	16,7	5,6
Taux standardisé (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	16,4	5,1	11,7	3,1
Evolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2003–2012	–0,4%	–3,0%	–1,5%	–3,0%
Age médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2008–2012	68,2	76,4	70,9	80,1
Risque vie entière, 2008–2012	2,0%	0,8%	1,7%	0,7%
Risque cumulé avant 70 ans, 2008–2012	0,9%	0,2%	0,7%	0,1%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne annuelle 2008–2012	–	1 021	–	560
	Hommes		Femmes	
Taux de survie observé à 5 ans, au 31.12.2012	60,3%		71,2%	
Taux de survie relatif à 5 ans, au 31.12.2012	68,1%		76,6%	

Sources: NICER (nouveaux cas); OFS (décès)

© OFS, Neuchâtel 2016

4.21.3 Facteurs de risque

Les infections par le virus d'Epstein-Barr (EBV), le virus de l'hépatite C ou le virus T-lymphotropique humain sont des facteurs de risque du lymphome non hodgkinien.

Le virus de l'hépatite C est à l'origine d'environ 8% de ces cancers. Les médicaments immunosuppresseurs augmentent le risque de lymphome non hodgkinien.^{2,3} Une infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est également associée à un risque accru.⁴ Enfin, l'excès de poids est lui aussi un facteur de risque.²

Références

- ¹ Ligue Suisse contre le cancer (2013). Les lymphomes hodgkiniens et non hodgkiniens. Berne. <https://assets.krebsliga.ch/downloads/2080.pdf>
- ² World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (2007). Food, Nutrition, Physical activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. AICR, Washington DC
- ³ Steward B.W., Wild C.P. éds. (2014). World Cancer Report 2014. International Agency for Research on Cancer, Lyon
- ⁴ WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group (2009). A review of human carcinogens – Part A to F. The Lancet Oncology; Volume 10. Accessible depuis: www.cancer-environnement.fr/212-Monographies-du-CIRC--syntheses.ce.aspx

4.22 Leucémies

4.22.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Environ 900 leucémies, plus de 500 chez les hommes et moins de 400 chez les femmes, ont été diagnostiquées en moyenne chaque année sur la période 2008–2012 (T 4.22.1). Cela représente un peu moins de 2,5% des nouveaux cas de cancers. Les leucémies sont plus fréquentes chez les hommes. Le risque de développer une leucémie au cours de la vie est de 1,4% chez les hommes et 1,0% chez les femmes (soit environ trois hommes sur 200 et une femme sur 100; T 4.22.1). Sur la même période, les leucémies ont été à l'origine de 550 décès en moyenne par an, 300 chez les hommes, 250 chez les femmes. Cela représente près de 3,5% des décès par

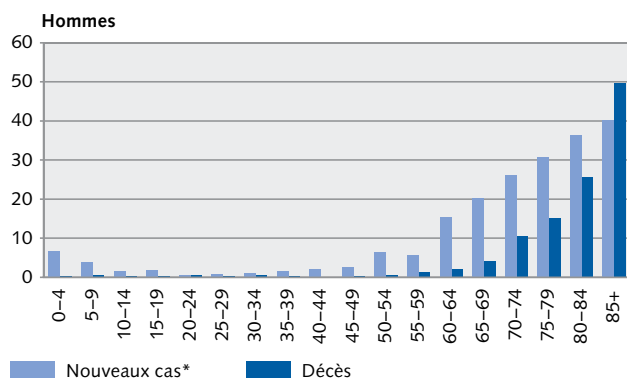
Les leucémies (C91–95) apparaissent quand les cellules sanguines encore immatures (précurseurs) à l'origine des globules blancs, et produites dans la moelle osseuse, deviennent cancéreuses. Elles sont alors déversées dans le sang, soit à un stade immature non fonctionnel, soit en excès. La distinction entre leucémie lymphoïde (LL, C91) et myéloïde (LM, C92–94) dépend du type de précurseur atteint. Selon la vitesse d'évolution plus ou moins rapide, 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.

cancer. Le risque de décéder d'une leucémie est de 0,9% chez les hommes et de 0,7% chez les femmes. Cela signifie que près d'un homme sur 100 et d'une femme sur 140 décède de ce cancer.

Leucémie lymphoïde selon l'âge, 2008–2012

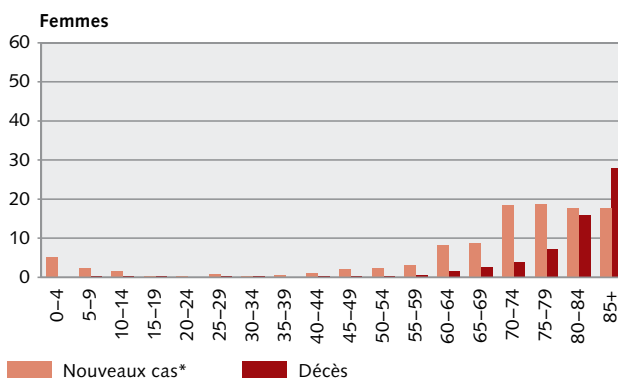
G 4.22.1a

Taux spécifique par âge, pour 100'000 habitants



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

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

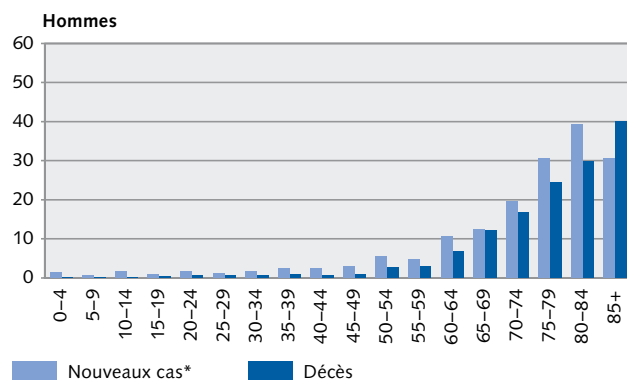


© OFS, Neuchâtel 2016

Leucémie myéloïde selon l'âge, 2008–2012

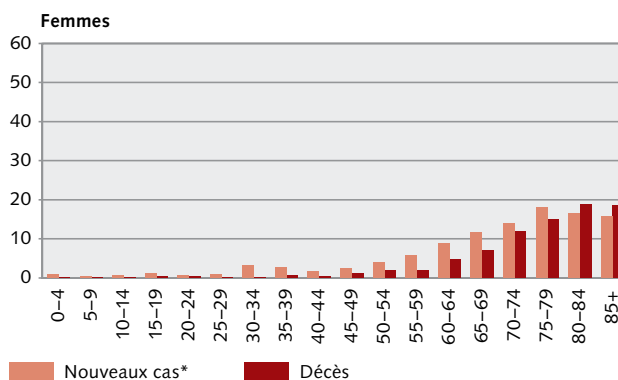
G 4.22.1b

Taux spécifique par âge, pour 100'000 habitants



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

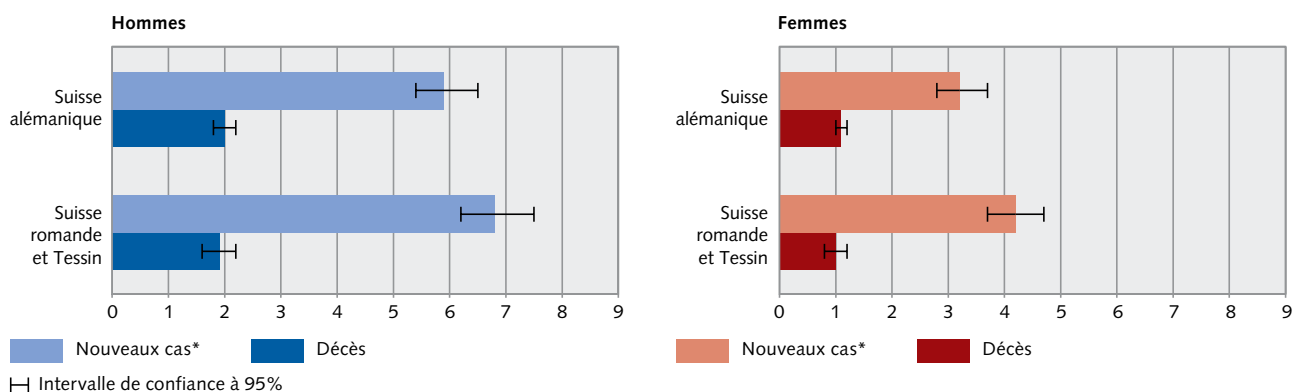
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès



© OFS, Neuchâtel 2016

Leucémie lymphoïde: comparaison régionale, 2008–2012**G 4.22.2a**

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



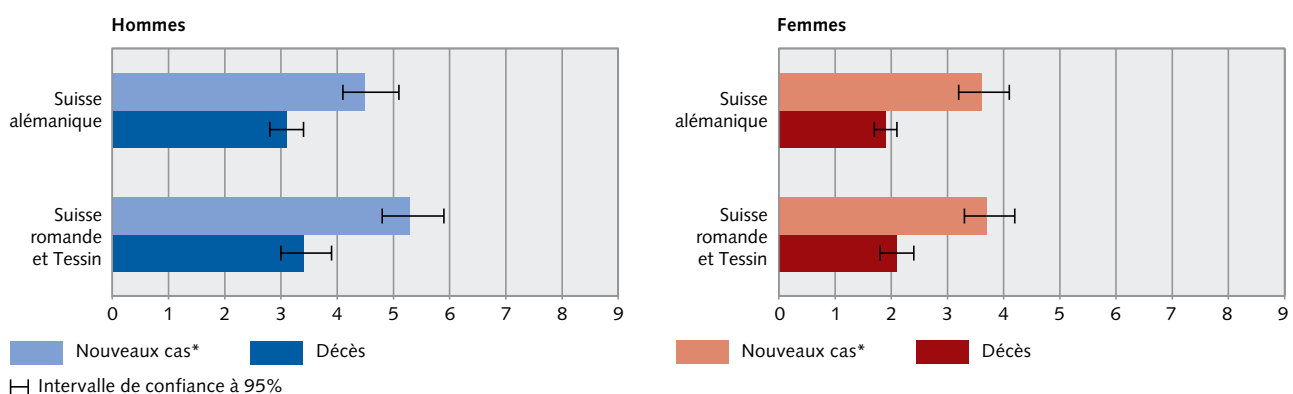
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Leucémie myéloïde: comparaison régionale, 2008–2012**G 4.22.2b**

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



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

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Les leucémies lymphoïdes (LL) sont responsables d'environ 1% des nouveaux cas et des décès par cancer. Les leucémies myéloïdes (LM) sont également à l'origine de 1% des nouveaux cas de cancer mais de près de 2% des décès. Pour ce qui est de la LL, la moitié des cas et des décès sont enregistrés respectivement avant 67 et 78 ans chez les hommes et avant 71 et 83 ans chez les femmes. Dans le cas de la LM, les diagnostics interviennent à un âge similaire, puisque l'âge médian est de 69 ans chez les hommes et de 68 ans chez les femmes. En revanche, les décès arrivent plus précocement, puisque la moitié est enregistrée avant 73 ans chez les hommes et avant 76 ans chez les femmes. Les taux d'incidence et de mortalité des LL et LM augmentent avec l'âge mais les premiers cas apparaissent dès l'enfance, particulièrement dans le cas de la LL qui connaît un pic dans les premières années de vie (G 4.22.1 et chapitre 5).

Comparaisons régionales et internationales

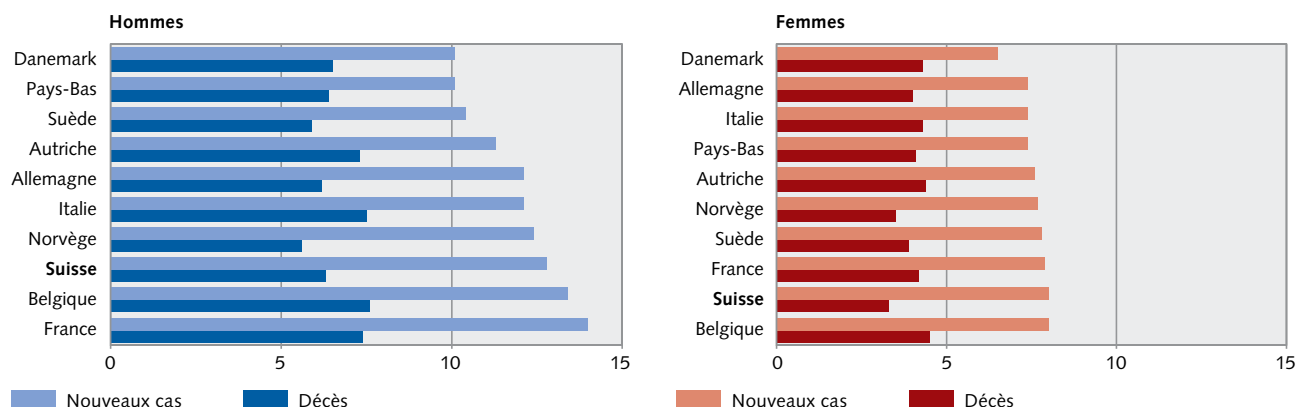
Il n'existe pas de différence entre les deux régions linguistiques de la Suisse, à l'exception de la leucémie lymphoïde diagnostiquée un peu plus fréquemment chez les femmes en Suisse romande et au Tessin qu'en Suisse alémanique (G 4.22.2).

Parmi les dix pays européens retenus pour la comparaison internationale, la Suisse a, chez les hommes, le troisième taux d'incidence le plus élevé mais le quatrième taux de mortalité le plus bas (G 4.22.3). Chez les femmes, les taux d'incidence varient moins d'un pays à l'autre mais la Suisse a le taux le plus élevé. Le taux de mortalité est quant à lui le plus faible du groupe.

Leucémie lymphoïde et myéloïde: comparaison internationale, 2012

G 4.22.3

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



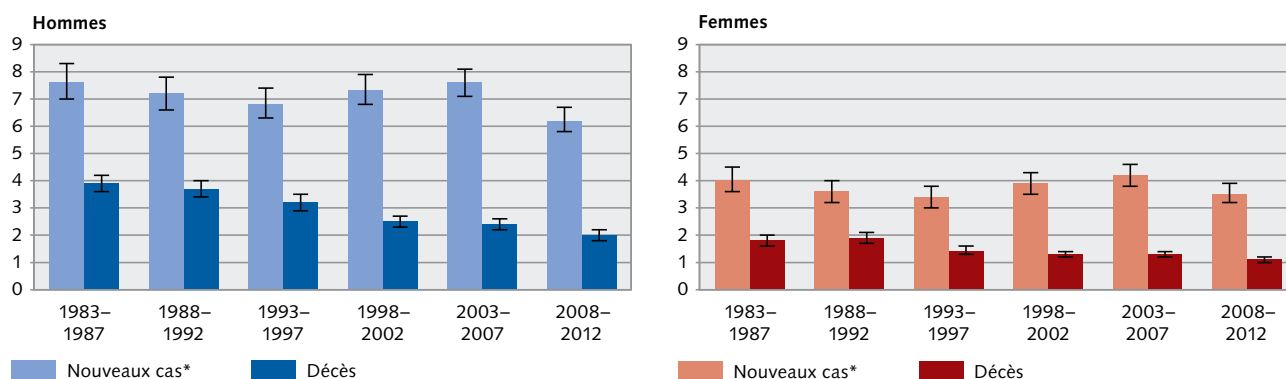
Source: Ferlay J. et al. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012

© OFS, Neuchâtel 2016

Leucémie lymphoïde: évolution temporelle

G 4.22.4a

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



Intervalle de confiance à 95%

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

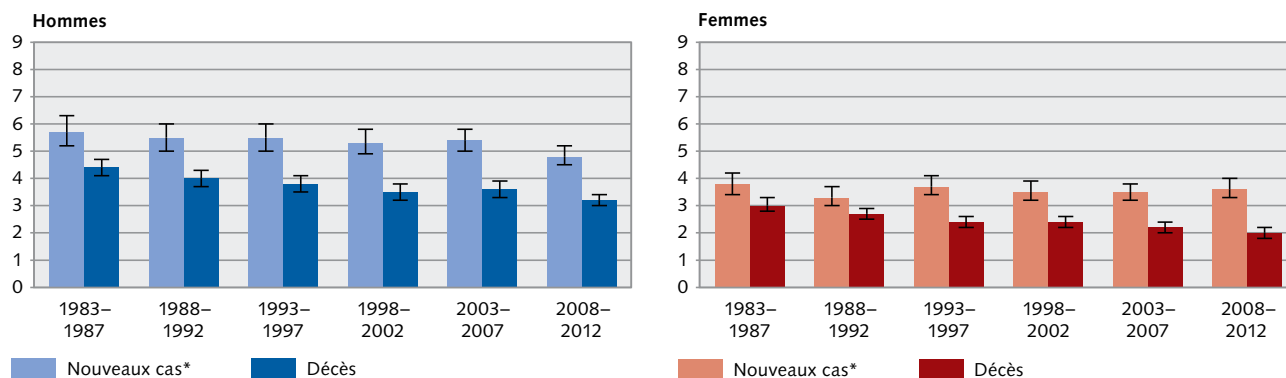
Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Leucémie myéloïde: évolution temporelle

G 4.22.4b

Taux pour 100'000 habitants, standard européen



Intervalle de confiance à 95%

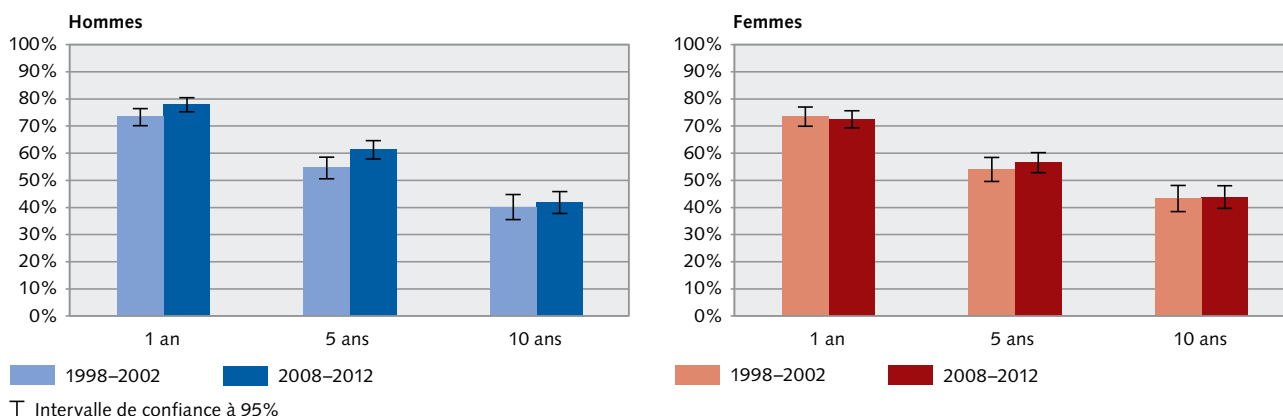
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

Leucémie lymphoïde et myéloïde: survie relative à 1, 5 et 10 ans

G 4.22.5



Source: NICER

© OFS, Neuchâtel 2016

Evolution temporelle

Il n'existe pas de tendance continue dans l'évolution des nouveaux cas de leucémies depuis 1983. Le nombre de nouveaux cas a d'abord diminué jusqu'à la période 1993-1997. Il a ensuite augmenté jusqu'à la période 2003-2007, avant de diminuer à nouveau au cours des dernières années. Ces évolutions concernent plutôt les LL (G 4.22.4). Le nombre de nouveaux cas de LM est resté plutôt stable au fil du temps. Globalement, la mortalité diminue quant à elle depuis 1983 pour les LL comme pour les LM.

4.22.2 Taux de survie

Sur la période de 2008 à 2012, 55% des hommes et 53% des femmes étaient encore en vie cinq ans après un diagnostic de leucémie (taux de survie observé; T 4.22.1). Compte tenu du risque de décéder d'autres causes, le taux de survie à cinq ans est de 61% pour les hommes et de 57% pour les femmes (taux de survie relatif). Il était de 54% environ chez les hommes et chez les femmes entre 1998 et 2002 (G 4.22.5).

Entre 1998 et 2012, le taux de survie à dix ans a légèrement augmenté, de 40% à 42% chez les hommes et de 43% à 44% chez les femmes (G 4.22.5). Les leucémies forment un groupe hétérogène qui comprend des formes chroniques et des formes aiguës; les chances de survie sont nettement meilleures dans le cas des leucémies chroniques. 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.

Par rapport aux neuf autres pays européens retenus pour la comparaison, la Suisse enregistre, pour la période de 2000 à 2007, des taux de survie parmi les plus hauts pour les personnes atteintes de leucémies chroniques (G 4.22.6b et d).

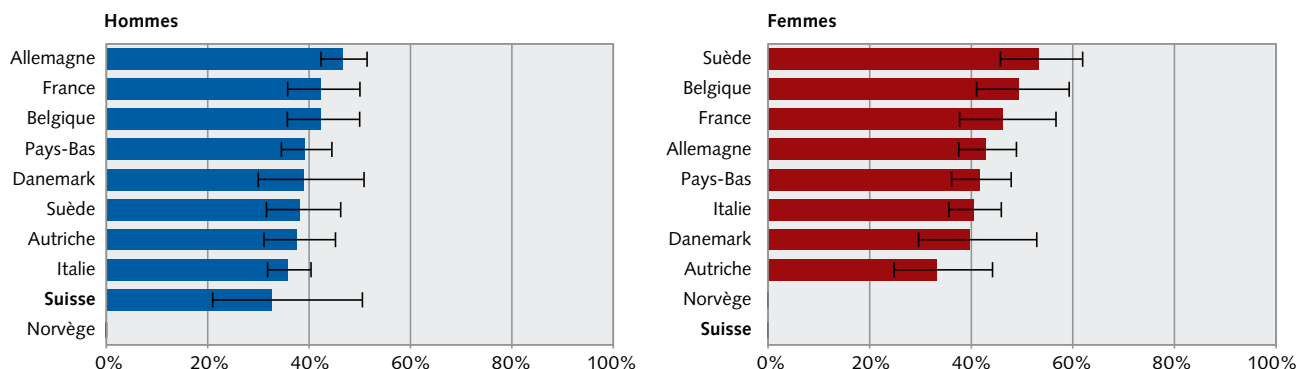
Concernant les leucémies lymphoïdes aiguës, la Suisse a, chez les hommes, le taux de survie le plus faible en comparaison internationale et, chez les femmes, les données ne sont pas disponibles (G 4.22.6a). Pour les leucémies myéloïdes aiguës, la Suisse se situe au centre du groupe (G 4.22.6c).

4.22.3 Facteurs de risque

Parmi les facteurs de risque identifiés pour les leucémies figurent de nombreux produits chimiques tels que le formaldéhyde, l'oxyde d'éthylène ou encore le 1,3 butadiène. Par ailleurs, l'exposition professionnelle des peintres ou dans l'industrie de production de caoutchouc augmente également le risque de leucémie.²

Certains médicaments anticancéreux utilisés pour le traitement d'un premier cancer augmentent par la suite le risque de leucémie. C'est le cas des agents alkylants tels que le busulfan, le chlorambucil, le cyclophosphamide, la chimiothérapie combinant la chlorméthine, la vincristine, le procarbazine et la prednisone, et des inhibiteurs de la topoisomérase II tel que l'ectoposide.³

Les radiations ionisantes sont responsables d'une augmentation du risque de leucémie. L'exposition à ces radiations peut avoir lieu dans un cadre médical (thorium-232 et ses produits de dégradation, phosphore-32, rayons X ou gamma², scanner³). Il peut aussi s'agir d'une exposition environnementale (radon³).

Leucémie lymphoïde aiguë*: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, 2000–2007**G 4.22.6a**

Intervalles de confiance à 95%

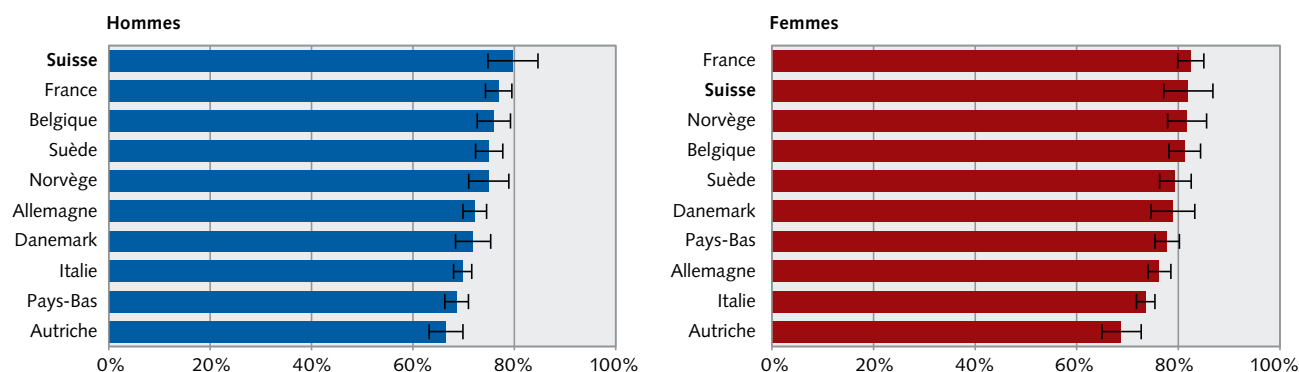
* Leucémie lymphoïde aiguë définie selon la CIM-O-3

La source ne fournit pas de données pour la Norvège et, chez les femmes, pour la Suisse.

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

Source: EUROCARE-5 Database – Survival Analysis 2000–2007

© OFS, Neuchâtel 2016

Leucémie lymphoïde chronique*: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, 2000–2007**G 4.22.6b**

Intervalles de confiance à 95%

* Leucémie lymphoïde chronique définie selon la CIM-O-3

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

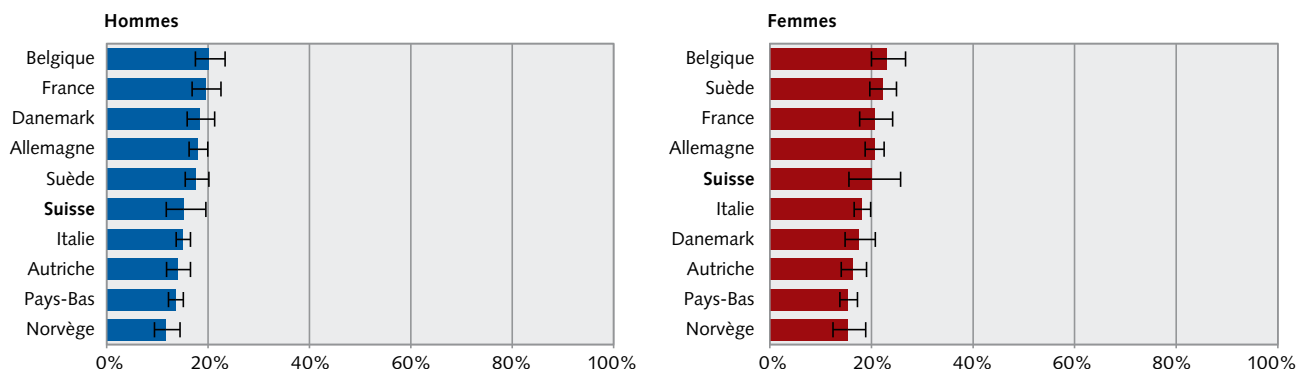
Source: EUROCARE-5 Database – Survival Analysis 2000–2007

© OFS, Neuchâtel 2016

L'exposition peut par ailleurs intervenir suite à un accident nucléaire (produits de fission comme le strontium-90) ou à l'explosion d'une bombe atomique (exposition aux Rayon X ou gamma).

Le tabac⁴, les pesticides³, le virus HTLV-1 (endémique au Japon)³ sont aussi identifiés comme des facteurs de risque de leucémie. L'obésité entraînerait également une augmentation du risque de leucémie.³ Des études épidémiologiques montrent une association entre l'exposition aux champs électromagnétiques d'extrêmement basse fréquence et les leucémies chez l'enfant. Toutefois, la relation causale n'est pas démontrée.³

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 in utero pour l'enfant en gestation et augmente le risque de leucémie chez l'enfant. La génétique joue également un rôle: une prédisposition familiale est par exemple retrouvée dans 5% à 10% des cas de LLC.³

Leucémie myéloïde aiguë*: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, 2000–2007**G 4.22.6c**

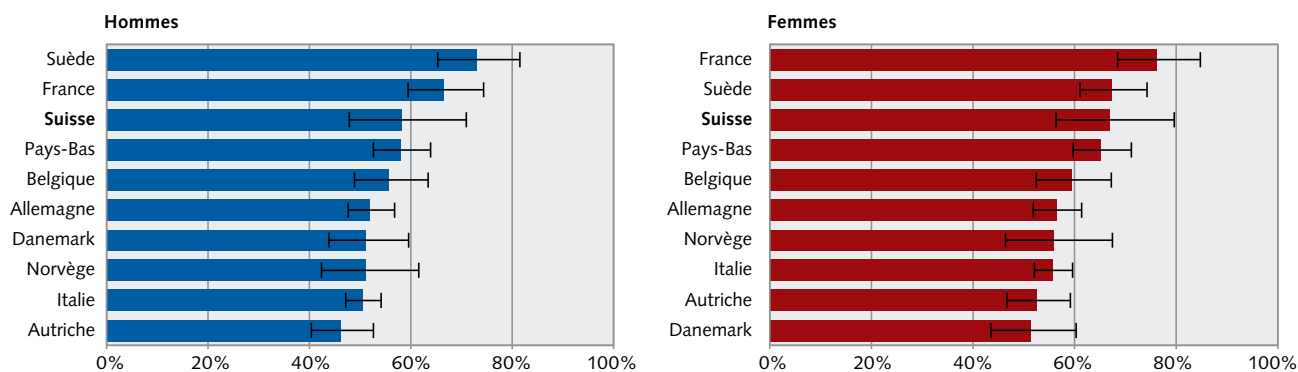
— Intervalle de confiance à 95%

* Leucémie myéloïde aiguë définie selon la CIM-O-3

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

Source: EUROCARE-5 Database – Survival Analysis 2000–2007

© OFS, Neuchâtel 2016

Leucémie myéloïde chronique*: comparaison internationale de la survie relative à 5 ans, 2000–2007**G 4.22.6d**

— Intervalle de confiance à 95%

* Leucémie myéloïde chronique définie selon la CIM-O-3

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

Source: EUROCARE-5 Database – Survival Analysis 2000–2007

© OFS, Neuchâtel 2016

T4.22.1 Leucémies: principaux indicateurs épidémiologiques

	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Neuerkrankungen	Décès
Nombre de cas* par an, moyenne 2008–2012	515	300	389	253
dont leucémie lymphoïde	278	103	185	87
dont leucémie myéloïde	226	160	195	129
Nombre de cas en 2015 (estimé)	504	324	381	274
Part de tous les cancers, moyenne 2008–2012	2,5%	3,3%	2,2%	3,5%
dont leucémie lymphoïde	1,3%	1,1%	1,0%	1,2%
dont leucémie myéloïde	1,1%	1,8%	1,1%	1,8%
Taux brut (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	13,4	7,8	9,8	6,4
Evolution annuelle moyenne du taux brut, 2003–2012	–2,1%	–0,1%	–1,8%	0,5%
Taux brut en 2015 (estimé)	12,4	8,0	9,2	6,6
Taux standardisé (pour 100'000 habitants et par an), 2008–2012	11,2	5,9	7,2	3,6
Evolution annuelle moyenne du taux standardisé, 2003–2012	–2,9%	–1,5%	–1,6%	–1,1%
Age médian au diagnostic ou au décès, moyenne 2008–2012	68,1	75,5	70,3	78,8
dont leucémie lymphoïde	67,4	78,4	71,4	82,7
dont leucémie myéloïde	68,7	73,0	68,1	75,6
Risque vie entière, 2008–2012	1,4%	0,9%	1,0%	0,7%
Risque cumulé avant 70 ans, 2008–2012	0,6%	0,2%	0,4%	0,1%
dont leucémie lymphoïde	0,4%	0,1%	0,2%	<0,1%
dont leucémie myéloïde	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne annuelle 2008–2012	–	1 523	–	944
dont leucémie lymphoïde	–	503	–	273
dont leucémie myéloïde	–	878	–	524
	Hommes		Femmes	
Taux de survie observé à 5 ans, au 31.12.2012	54,5%		52,5%	
Taux de survie relatif à 5 ans, au 31.12.2012	61,4%		56,6%	

Sources: NICER (nouveaux cas); OFS (décès)

© OFS, Neuchâtel 2016

* Inclut les leucémies sans autre indication

Références

- ¹ Ligue suisse contre le cancer (2011). Les leucémies de l'adulte. Berne. <https://assets.krebsliga.ch/downloads/2081.pdf>
- ² WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group (2009). A review of human carcinogens – Part A to F. The Lancet Oncology; Volume 10. Accessible depuis: www.cancer-environnement.fr/212-Monographies-du-CIRC--syntheses.ce.aspx
- ³ Steward B.W., Wild C.P. éds. (2014). World Cancer Report 2014. International Agency for Research on Cancer, Lyon
- ⁴ World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (2007). Food, Nutrition, Physical activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. AICR, Washington DC

4.23 Autres cancers et cancers de siège indéterminé

4.23.1 Autres cancers

Nouveaux cas et décès

La liste de ces cancers et leur fréquence sont présentées dans le graphique G 4.23.1 et le tableau T 4.23.1. Ces autres cancers sont rassemblés en 26 groupes diagnostiques. Le nombre de cancers de siège non déterminé ou non déterminable précisément est également illustré.

Entre 2008 et 2012, environ 1250 hommes et 1230 femmes ont été diagnostiqués en moyenne chaque année avec un de ces cancers rares (sans les cancers non mélaniques de la peau). Ces cancers représentent 6% des cancers chez les hommes et 7% des cancers chez les femmes.

Entre 2008 et 2012, 633 hommes et 641 femmes sont décédés d'un de ces cancers, en moyenne chaque année (sans les cancers non mélaniques de la peau). Ces cancers sont responsables de 7% des décès par cancer chez les hommes et de 8,8% des décès par cancer chez les femmes.

Le cancer non mélanique de la peau occupe une place à part. Il s'agit surtout du basaliome et du spinaliome. Ces tumeurs sont faciles à détecter, à exciser et ne se propagent généralement pas aux tissus voisins. Le cancer non mélanique de la peau est relativement fréquent: près de 4000 cas chez les hommes et plus de 3500 chez les femmes ont été répertoriés en moyenne annuelle entre 2008 et 2012, alors que seuls quelques registres l'enregistrent. Le cancer non mélanique de la peau est une cause de décès rare qui est donc comptabilisé parmi ces autres cancers rares. En moyenne, 37 femmes et 56 hommes en meurent chaque année.

Parmi ces cancers rares, les plus fréquents sont le myélome multiple et les tumeurs malignes à plasmocytes (C90) ainsi que le cancer de la vésicule et des voies biliaires (C23–C24), chez les hommes comme chez les femmes. Chez les hommes, le cancer des nerfs périphériques et des autres tissus mous (C47–C49) est également relativement fréquent, comme le cancer de la vulve (C51) chez les femmes.

Les causes de décès les plus fréquemment observées s'agissant des autres cancers sont également le myélome multiple et les tumeurs malignes à plasmocytes puis le cancer de la vésicule et des voies biliaires. Chez les hommes il s'agit ensuite du cancer des voies urinaires (C65, C66, C68). Chez les femmes, le cancer des autres organes digestifs (C26) est une cause de décès relativement fréquente parmi ces autres décès dus au cancer.

Les 22 chapitres précédents sont consacrés aux cancers les plus fréquents. D'autres cancers moins fréquents représentent toutefois au total un nombre notable de cas. Ces cancers, qui se répartissent entre diverses localisations, sont brièvement exposés ci-après (C17, C21, C23, C24, 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, C90; voir l'illustration pour l'explication des codes). Ce chapitre présente en outre les cas dont le type de cancer n'a pas pu être établi ou n'a pas été enregistré (C76–C80, C97).

Pour certains types de cancer mal définis (tumeurs des organes digestifs de siège non défini, cancer de glandes endocrines de siège non défini, mésothéliome de siège non défini), le nombre de décès enregistré dépasse celui des malades, ce qui, en toute logique, n'est pas possible. 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. Les données saisies dans les registres des tumeurs et celles de la statistique des causes de décès sont normalement ajustées.

Pour le cancer des os et du cartilage, le cancer des glandes surrénales et le cancer d'autres glandes endocrines, ainsi que pour les cancers, très rares, de l'œil, du thymus et du placenta, l'âge médian au diagnostic et au décès est plutôt bas. Le cancer non mélanique de la peau ainsi que, chez les femmes, les maladies immuno-prolifératives malignes, le plasmocytome, les cancers des organes génitaux externes et les tumeurs des organes digestifs de siège mal défini sont diagnostiqués à un âge plus avancé que les cancers dans leur ensemble.

4.23.2 Cancers de siège indéterminé

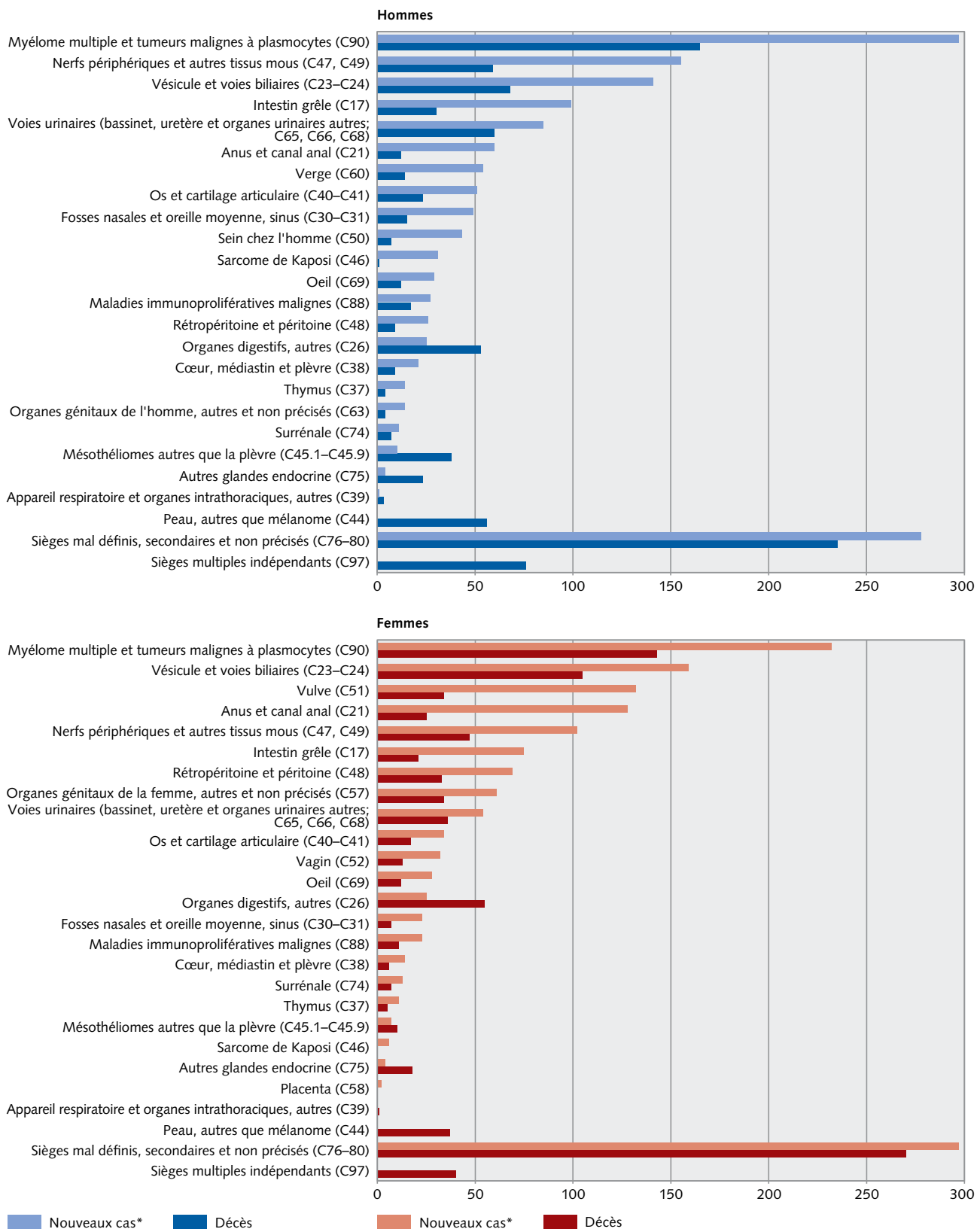
Il n'est pas toujours possible d'attribuer une localisation précise à un cancer. Il existe parfois des métastases, mais la tumeur initiale est introuvable. Quelques patients ne consultent pas, ou consultent trop tardivement. Dans de tels cas de cancer avancé, seul un traitement palliatif est encore possible, ou le décès a lieu très rapidement, et il n'est plus possible de pratiquer un examen approfondi. 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 2008 et 2012, chaque année, 278 hommes et 297 femmes ont développé 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 1,7% des cancers chez les femmes.

Autres cancers et cancers de siège indéterminé: nouveaux cas et décès, 2008–2012

G 4.23

Nombre moyen par an



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

Sources: NICER – Nouveaux cas; OFS – Décès

© OFS, Neuchâtel 2016

T4.23.1 Autres cancers et cancers de siège indéterminé: fréquence et âge médian, 2008–2012

	Hommes				Femmes			
	Nouveaux cas		Décès		Nouveaux cas		Décès	
	Cas*	Age	Cas*	Age	Cas*	Age	Cas*	Age
Cancer de l'intestin grêle (C17)	99	68,5	30	74,6	75	69,0	21	74,0
Cancer de l'anus et du canal anal (C21)	60	62,8	12	74,3	128	66,3	25	74,5
Cancer de la vésicule et des voies biliaires (C23–C24)	141	72,9	68	75,9	159	75,9	105	78,3
Cancer des organes digestifs, autres et SAI** (C26)	25	72,9	53	76,5	25	81,9	55	82,1
Cancer des fosses nasales, de l'oreille moyenne et des sinus (C30–31)	49	66,0	15	70,0	23	70,0	8	73,8
Cancer du thymus (C37)	14	54,8	4	67,5	11	64,7	5	69,2
Cancer du cœur, du médiastin et de la plèvre (C38)	21	64,8	9	71,5	14	67,4	6	73,5
Cancer de l'appareil respiratoire et des organes intrathoraciques, autres et SAI** (C39)	1	81,4	3	69,2	< 1	62,5	1	68,8
Cancer des os et du cartilage articulaire (C40–C41)	51	48,8	23	65,8	34	47,8	17	72,1
Cancers de la peau, autres que mélanome (C44)	***	73,7	56	82,3	***	74,6	37	86,1
Mésothéliomes autre que la plèvre (C45.1–C45.9)	10	72,2	38	76,5	7	70,2	10	82,7
Sarcome de Kaposi (C46)	31	55,2	1	86,3	6	61,2	0	87,5
Cancer des nerfs périphériques et autres tissus mous (C47, C49)	155	66,0	59	70,8	102	64,1	47	68,6
Cancer du rétropéritoine et péritoine (C48)	26	68,3	9	72,5	69	68,6	33	74,8
Cancer du sein chez l'homme (C50)	43	71,7	7	73,8	****	****	****	****
Cancer de la vulve (C51)					132	74,2	34	83,2
Cancer du vagin (C52)					32	74,7	13	83,0
Cancer des organes génitaux de la femme, autres et SAI** (C57)					61	69,5	34	76,0
Cancer du placenta (C58)					2	31,6	<1	37,5
Cancer de la verge (C60)	54	71,0	14	75,5				
Cancer des organes génitaux de l'homme, autres et SAI** (C63)	14	72,3	4	70,0				
Cancer des voies urinaires (bassinnet, uretère et organes urinaires autres et SAI**; C65, C66, C68)	85	73,3	60	78,5	54	77,4	36	79,0
Cancer de l'oeil et ses annexes (C69)	29	61,6	12	69,0	28	67,8	12	74,8
Cancer de la surrénale (C74)	11	41,2	7	58,0	13	48,7	7	66,5
Cancer des autres glandes endocrine (C75)	4	30,9	23	68,8	4	37,1	18	68,4
Maladies immunoprolifératives malignes (C88)	27	71,1	17	83,8	23	73,2	11	83,1
Myélome multiple et tumeurs malignes à plasmocytes (C90)	297	69,9	165	76,1	232	73,1	143	78,1
Cancer de sièges mal définis, secondaires et non précisés (C76–80)	278	75,7	235	76,9	297	80,7	270	82,4
Cancer de sièges multiples indépendants (C97)			76	76,3			40	74,9

Sources: NICER (nouveaux cas); OFS (décès)

© OFS, Neuchâtel 2016

* Nombre moyen par an ** SAI: sans autre indication (origine non précisée ou mal définie)

*** 4000 nouveaux cas rapportés chez les hommes et 3600 chez les femmes

**** voir chapitre 4.11

Chaque année, environ 235 hommes et 270 femmes sont décédés d'une tumeur primaire d'origine inconnue. Cela représente 2,6% des décès par cancer chez les hommes et 3,7% des décès par cancer chez les femmes. Ces chiffres incluent, jusqu'en 2009 compris, les cancers de sièges multiples (environ 270 cas par an entre 2004 et 2009). Dans la statistique des causes de décès, ils sont enregistrés sous le code C97, ce qui ne permet pas de leur attribuer une localisation.

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 7 ans chez les hommes et de 13 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 qui souffrent 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 ces cas.

5 Les cancers chez les enfants

5.1 Nouveaux cas et décès

Situation actuelle

Le cancer est rare chez l'enfant. Seulement 0,5% de toutes les tumeurs apparaissent avant 15 ans. Entre 2008 et 2012, environ 190 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués chez les enfants en moyenne chaque année (16 nouveaux diagnostics pour 100'000 enfants par an; T5.1). Environ 260 garçons sur 100'000 et 220 filles sur 100'000 développent un cancer avant l'âge de 15 ans. Pratiquement toutes les tumeurs sont plus fréquentes chez les garçons que chez les filles; les différences entre les sexes sont toutefois moins marquées qu'à l'âge adulte (G 5.1). Le cancer se développe plus souvent chez les nourrissons et chez les enfants de 1 à 4 ans que chez ceux en début de scolarité. Chez les adolescents, l'incidence augmente à nouveau lentement, pour continuer sa progression à l'âge adulte (G 5.1).

Grâce à d'importants progrès thérapeutiques, quatre cancers de l'enfant sur cinq peuvent aujourd'hui être guéris. Le taux de guérison est par conséquent plus élevé chez l'enfant que chez l'adulte. Malgré tout, le cancer est la première cause de décès par maladie chez l'enfant. Entre 2008 et 2012, 28 enfants en sont décédés en moyenne chaque année (2,2 sur 100'000). La mortalité chez les enfants varie peu selon l'âge (G 5.1).

Selon la classification internationale des cancers de l'enfant (ICCC-3), les cancers de l'enfant (0-14 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 En raison du petit nombre de cas, les périodes d'observation indiquées dans ce chapitre sont plus longues que dans le reste du rapport. Les histiocytoses à cellules de Langerhans, qui sont également enregistrées dans le Registre suisse du cancer de l'enfant, ne seront pas abordées dans ce chapitre, car elles ne comptent pas officiellement parmi les tumeurs malignes selon l'ICCC-3.

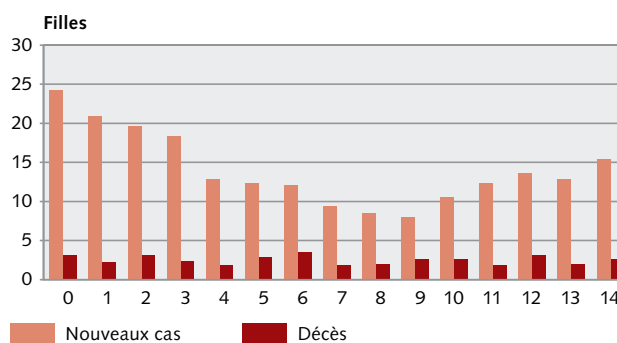
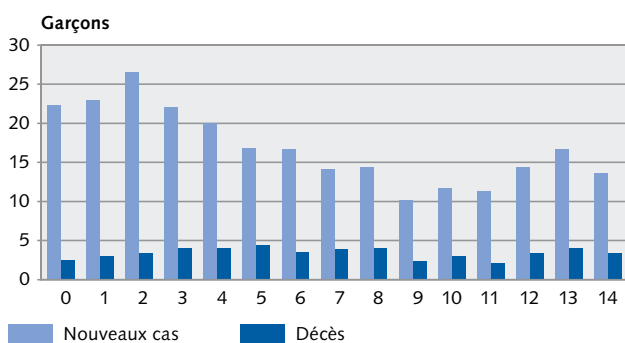
Groupes de tumeurs chez les enfants

Le graphique G5.2 présente les taux d'incidence et de mortalité pour les douze principaux types de tumeurs qui surviennent chez les enfants. Les plus fréquentes sont les leucémies (34% de toutes les tumeurs), suivies des tumeurs du système nerveux central (surtout des tumeurs cérébrales, 21%) et des lymphomes (11%). Les sarcomes des tissus mous (8%) qui sont constitués de cellules qui prolifèrent dans les tissus mous (tissu graisseux, muscles, tendons, tissu conjonctif) et les tumeurs osseuses (4%) sont un peu moins fréquents.

Cancers chez les enfants selon l'âge, 1993-2012

G 5.1

Taux spécifique par âge, pour 100'000 enfants



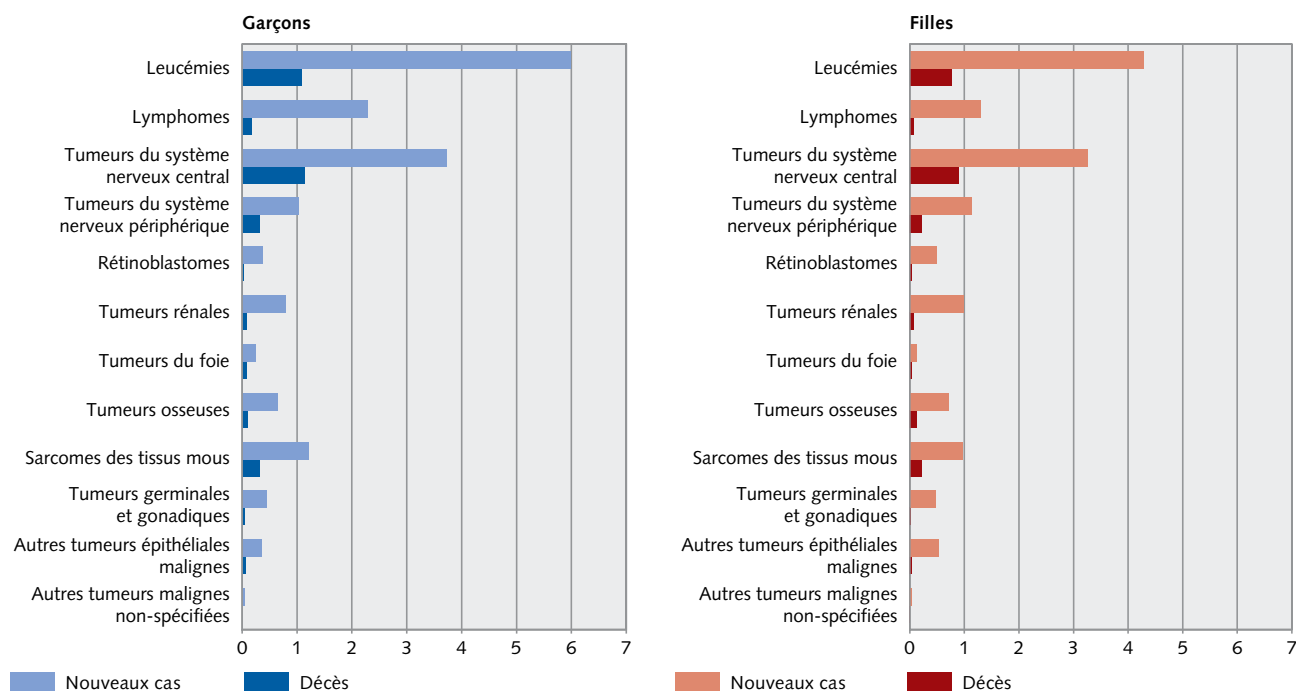
Source: RSCE (nouveaux cas); OFS (décès)

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancers chez les enfants selon le type de tumeur, 1993–2012

G 5.2

Taux pour 100'000 enfants



Source: RSCE (nouveaux cas); OFS (décès)

© OFS, Neuchâtel 2016

D'autres types de tumeurs se développent à partir de tissus embryonnaires. En font partie les tumeurs du système nerveux périphérique (7%), formées de tissu nerveux primitif, les tumeurs rénales (5%), formées de tissu rénal, les tumeurs du foie (1%), formées de tissu hépatique, les rétinoblastomes (2%), formés de cellules de la rétine, et les tumeurs germinales (4%). Ce dernier type de cancer peut se développer dans les gonades, mais aussi dans d'autres localisations, par exemple dans le cerveau. Des cas de mélanome et d'autres tumeurs rares surviennent aussi chez les enfants (ensemble 3%).

Les principales causes de décès par cancer chez les enfants sont les leucémies, les tumeurs du système nerveux central, les tumeurs du système nerveux périphérique et les sarcomes des tissus mous (G 5.2).

La part des différents types de tumeurs varie nettement au cours de l'enfance. Chez les nourrissons les tumeurs sont majoritairement d'origine embryonnaire. Chez les enfants en âge préscolaire, ce sont majoritairement des leucémies. Chez les enfants scolarisés, les lymphomes et les tumeurs osseuses sont plus fréquents (G 5.3). Les tumeurs cérébrales sont fréquentes à tous les âges.

Evolution temporelle

La légère hausse des nouveaux cas entre 1983 et 1993 (G 5.4) est probablement due à la couverture de plus en plus étendue du Registre du cancer de l'enfant. Depuis 1993, l'incidence du cancer est relativement constante chez les garçons et chez les filles (G 5.4; T 5.1).

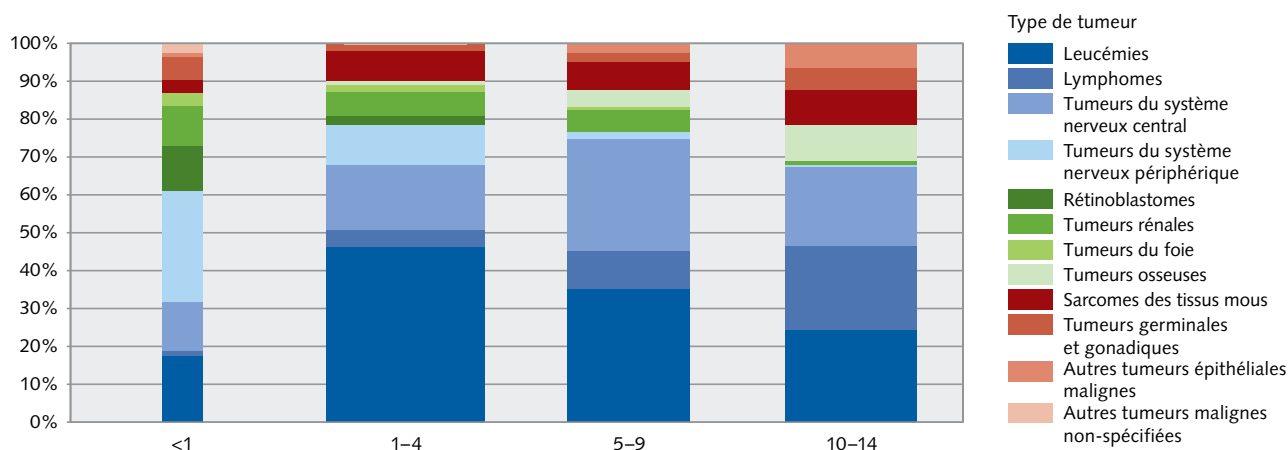
La mortalité a été enregistrée de manière exhaustive pendant toute la période. Elle n'a cessé de reculer, passant de 3,6 décès pour 100'000 enfants par an (1983–1987) à 2,2 décès pour 100'000 enfants par an (2008–2012). Ce recul a été rendu possible grâce aux progrès thérapeutiques. Les variations aléatoires 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 des cancers de l'enfant (16 cas pour 100'000 enfants) similaire à celui de l'Allemagne (17 cas pour 100'000) et de la France (16 cas pour 100'000).^{2,3}

Cancers chez les enfants: type de tumeur selon la classe d'âge, 2008–2012

G 5.3



Les surfaces sont proportionnelles au nombre de cas.

Source: RSCE

© OFS, Neuchâtel 2016

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 possible est comparé à une thérapie légèrement modifiée et les résultats sont analysés régulièrement. Grâce à ces études, le traitement des cancers de l'enfant n'a cessé de s'améliorer au fil des décennies. Les chances de guérison sont aujourd'hui supérieures à 80%, alors qu'elles n'étaient que de 20% environ dans les années 50. Le taux de survie à 5 ans des enfants dont le cancer a été diagnostiqué entre 2003 et 2012, est d'environ 85% (G 5.5). Les cancers qui présentent les meilleures chances de guérison sont les lymphomes, les rétinoblastomes, les tumeurs rénales et les tumeurs germinales (taux de survie à cinq ans de plus de 90%). Le pronostic est moins favorable pour les tumeurs du système nerveux central, les tumeurs du système nerveux périphérique à un stade avancé et les tumeurs osseuses (G 5.5).

Comparaisons internationales

Avec l'Autriche, la Norvège et le Danemark, la Suisse compte parmi les pays où les traitements donnent les meilleurs résultats (G 5.6).⁴

Evolution temporelle

Les chances de guérison des enfants tombés malades pendant la période 2003–2012 étaient nettement meilleures que celles des enfants tombés malades pendant

les périodes 1983–1992 et 1993–2002 (G 5.7). Cela est particulièrement visible pour les taux de survie à cinq ans et à dix ans. Des différences importantes subsistent néanmoins entre les types de tumeurs.

Nombre de malades dans la population, conséquences à long terme et qualité de vie

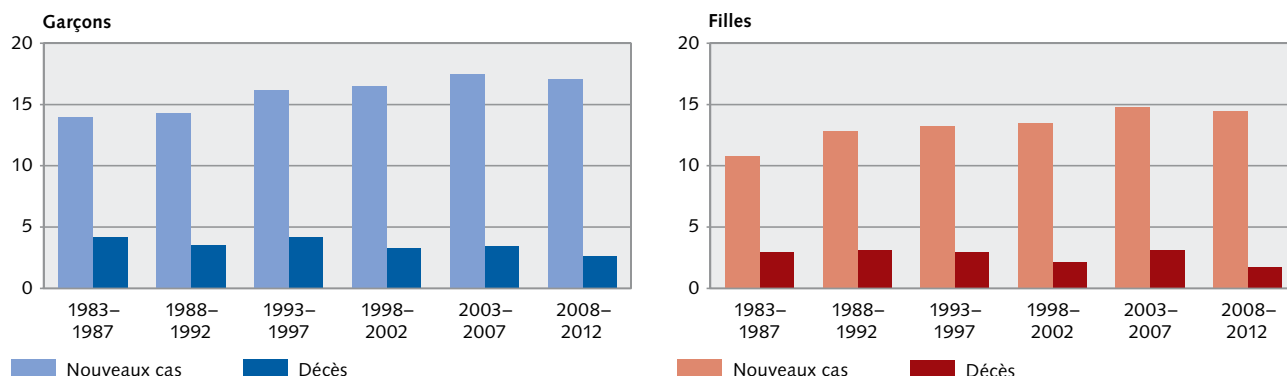
De tous les enfants chez qui un cancer a été diagnostiqué depuis 1976, au moins 4070 étaient encore en vie en Suisse en 2010 (G 5.8). Pour environ 1590 d'entre eux, le diagnostic remontait à moins de dix ans, alors que pour 2480 plus de dix ans s'étaient écoulés depuis le diagnostic. Il est cependant probable que le nombre de personnes ayant survécu à un cancer durant l'enfance est beaucoup plus élevé. En effet, durant les premières années du Registre suisse du cancer de l'enfant, les cas n'étaient pas recueillis de manière exhaustive. En outre, il est possible que certains enfants tombés malades avant 1976 aient pu être guéris.

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. En Suisse, tous les anciens patients ayant été atteints d'un cancer dans leur enfance ont été invités à répondre à un questionnaire dans le cadre d'une enquête de suivi baptisée «Swiss Childhood Cancer Survivor Study»⁵. Les résultats ont montré que la plupart des jeunes adultes qui avaient eu un cancer dans l'enfance étaient en bonne santé physique et psychique.⁶ Le risque de mortalité après un cancer durant l'enfance est néanmoins accru et de nombreux survivants souffrent de problèmes de santé plus

Cancers chez les enfants: évolution temporelle

G 5.4

Taux pour 100'000 enfants



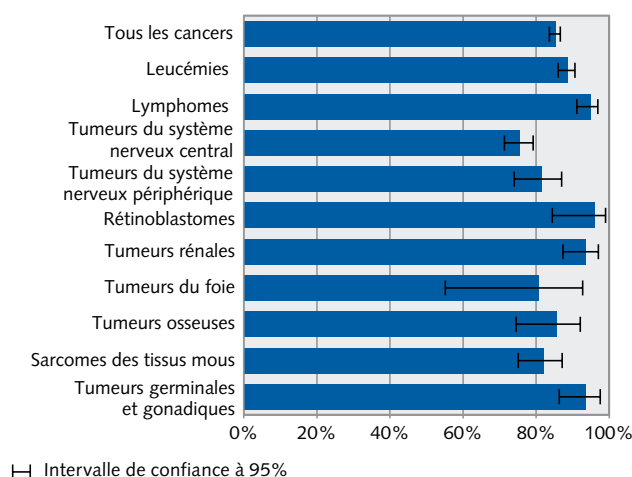
Source: RSCE (nouveaux cas); OFS (décès)

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancers chez les enfants: survie à 5 ans selon le type de tumeur, 2003–2012

G 5.5

Taux de survie observé à 5 ans



Intervalles de confiance à 95%

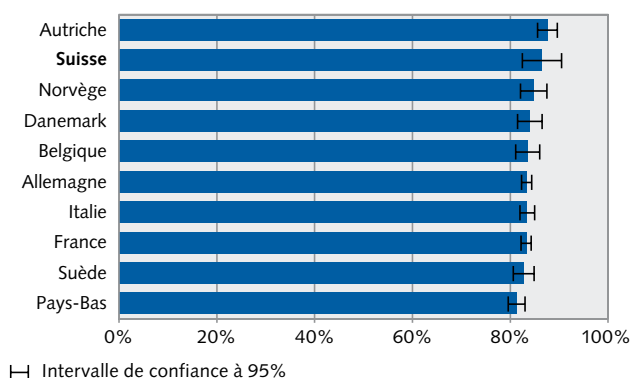
Source: RSCE

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancers chez les enfants: comparaison internationale de la survie à 5 ans, 2000–2007

G 5.6

Taux de survie observé à 5 ans



Intervalles de confiance à 95%

Source: EUROCARE-5, Gatta et al., Lancet Oncol, 2014

© OFS, Neuchâtel 2016

tard dans la vie.⁷ Ils ont par exemple un risque accru de développer une seconde tumeur. D'autres problèmes de santé, comme des troubles hormonaux, des maladies cardiovasculaires, des maladies des voies respiratoires et l'ostéoporose surviennent aussi plus fréquemment en raison de l'agressivité de la thérapie anticancéreuse.

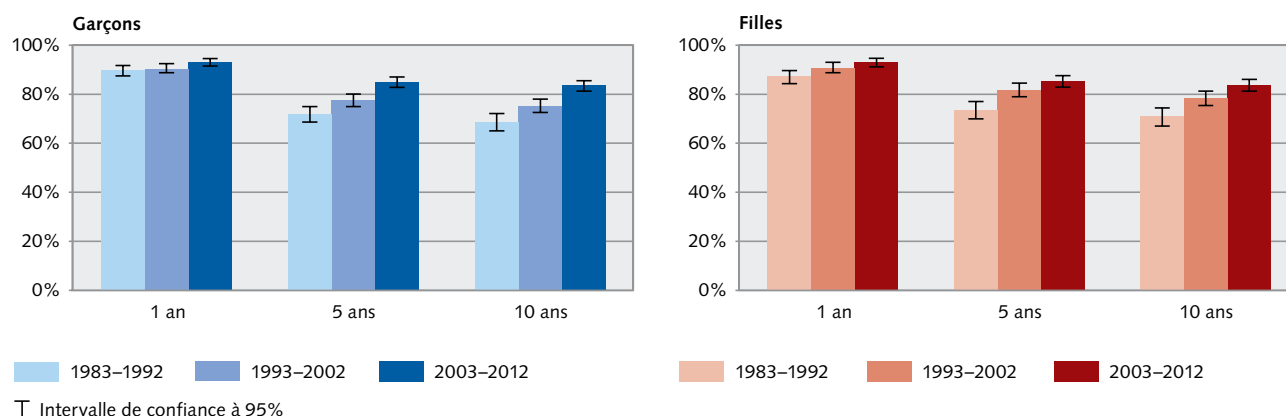
5.3 Traitement

En Suisse, la plupart des enfants malades sont traités dans l'une des neuf cliniques spécialisées en oncologie pédiatrique. Ce sont les départements d'oncologie 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, et ensuite à Bellinzzone), et réunies au sein du Groupe d'oncologie pédiatrique (SPOG; www.spog.ch). Ces départements travaillent en étroite collaboration pour permettre un traitement du plus haut niveau. Tous les enfants concernés sont, si possible, inclus dans des études internationales en vue d'améliorer en permanence les thérapies. Ces études qui permettent de gagner en efficacité, visent également à réduire les effets secondaires des traitements. Si l'enfant et les parents ne s'y opposent pas, les informations sur la tumeur, le traitement et l'évolution de la maladie sont enregistrées dans le Registre suisse du cancer de l'enfant (www.registretumeurs-enfants.ch). Cela permet de procéder à un contrôle de qualité, de rendre compte rapidement des résultats aux cliniques qui traitent les enfants et d'améliorer en permanence les traitements.

Cancers chez les enfants: survie à 1, 5 et 10 ans

G 5.7

Taux de survie observé

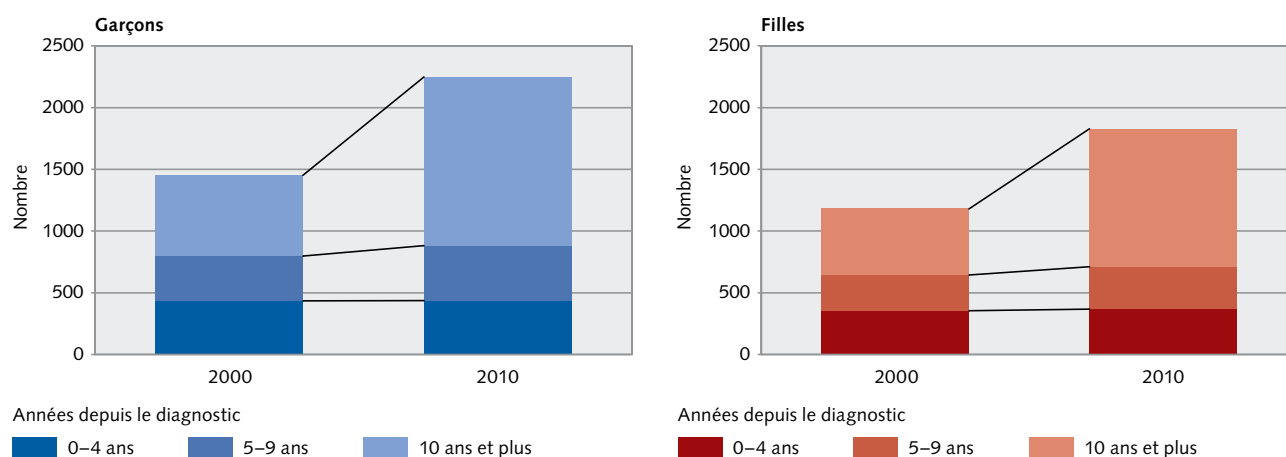


Source: RSCE

© OFS, Neuchâtel 2016

Cancers chez les enfants: nombre de personnes diagnostiquées durant leur enfance (prévalence)

G 5.8



Source: RSCE

© OFS, Neuchâtel 2016

5.4 Facteurs de risque et prévention

L'étiologie des maladies tumorales est 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, de nombreux facteurs de risque interviennent pendant la grossesse et la petite enfance. Quelques-uns sont certainement à rechercher même avant la conception.

Rayons ionisants et autres influences environnementales

Les rayonnements ionisants à haute dose favorisent le développement du cancer. Par le passé, des cancers se sont en effet développés chez des enfants dont la mère avait subi régulièrement des examens radiographiques

pendant la grossesse. L'augmentation des cas de carcinome de la thyroïde chez les enfants de Biélorussie après l'accident de Tchernobyl en avril 1986 est aussi clairement documentée.

L'influence de l'environnement joue aussi 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. Un risque de cancer légèrement accru est observé pour les enfants qui sont exposés à des doses plus élevées de radioactivité naturelle (radiation terrestre ou cosmique).⁸ Concernant les leucémies comme les tumeurs cérébrales et du système nerveux central, aucun effet n'a été démontré en Suisse pour le radon, la proximité d'une centrale nucléaire et

les rayonnements électromagnétiques des émetteurs radio/TV ou de la téléphonie mobile.⁹⁻¹² 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 le début des lésions et l'apparition de la maladie est relativement longue, ce qui rend les recherches dans ce domaine très difficiles.

Autres facteurs de risque

Certains virus, notamment le VIH, 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, notamment 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. 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 davantage de risque de développer une leucémie aiguë, mais moins de risque d'avoir des tumeurs solides. Pour les membres de la famille d'enfants malades (frères, sœurs et enfants), le risque d'avoir un cancer est plus élevé uniquement 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 LLA (leucémie lymphoïde aiguë). Concernant l'âge du père, les données disponibles sont moins probantes. Concernant d'autres causes de maladies tumorales chez l'enfant, peu d'informations sont aujourd'hui disponibles.

Prévention et dépistage

Les facteurs de risque à éviter sont peu connus. Certaines tumeurs du nourrisson ou de l'enfant en bas âge (p.ex. les rétinoblastomes) peuvent être identifiées lors d'un contrôle pédiatrique de routine. Il n'est pas indiqué de procéder à des examens spécifiques de dépistage en l'absence de syndrome génétique dans la famille. Le dépistage des neuroblastomes (appartenant au groupe des tumeurs du système nerveux périphérique) par des tests de laboratoire (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 n'améliore leurs chances de survie. Mais la recherche continue d'avancer dans ce domaine également.

T5.1 Cancers chez les enfants: principaux indicateurs épidémiologiques

	Garçons		Filles	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2008–2012	105	17	81	11
Taux brut (pour 100'000 enfants et par an), 2008–2012	17,1	2,7	14,5	1,8
Evolution annuelle moyenne du taux brut, 1993–2012	0,1%	–1,2%	0,4%	–2,4%
Taux standardisé (pour 100'000 enfants et par an), 2008–2012	17,4	2,7	14,7	1,7
Evolution annuelle moyenne du taux standardisé, 1993–2012	0,1%	–1,6%	0,7%	–3,0%
Risque cumulé avant 15 ans	0,02%	<0,01%	0,01%	<0,01%
Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, moyenne annuelle 2008–2012	–	1 196	–	794
	Garçons		Filles	
Nombre de malades (prévalence) au 31.12.2010*	2 247		1 829	
dont diagnostiqués au cours des 5 dernières années	436		368	
Taux de survie observé à 5 ans, au 31.12.2012	85,0%		85,4%	

Sources: NICER (nouveaux cas); OFS (décès)

© OFS, Neuchâtel 2016

* La prévalence comprend toutes les personnes diagnostiquées dans leur enfance depuis 1976 et encore en vie au 31.12.2010

Références

- Steliarova-Foucher E., Stiller C., Lacour B. & Kaatsch, P. (2005). International Classification of Childhood Cancer, third edition. Cancer; 103: 1457–1467
- German Childhood Cancer Registry (2014). Annual Report 2013/14 (1980–2013). Mainz
- Lacour B., Guyot-Goubin A., Guissou S. et al. (2010). Incidence of childhood cancer in France: National Children Cancer Registries, 2000–2004. European Journal of Cancer Prevention; 19: 173–181
- Gatta G., Botta L., Rossi S. et al. (2014). Childhood cancer survival in Europe 1999–2007: results of EUROCARE-5--a population-based study. The lancet oncology; 15: 35–47
- Kuehni, C.E., Ruegg C.E., Michel G. et al. (2012). Cohort profile: the Swiss childhood cancer survivor study. International journal of epidemiology; 41: 1553–1564
- Rueegg, C.S., Gianinazzi M.E., Rischewski J. 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
- Landier W., Armenian S. & Bhatia S. (2015). Late effects of childhood cancer and its treatment. Pediatr Clin North Am; 62: 275–300
- Spycher B.D., Lupatsch J.E., Zwahlen M. et al. (2015). Background Ionizing Radiation and the Risk of Childhood Cancer: A Census-Based Nationwide Cohort Study. Environmental health perspectives
- Hauri D., Spycher B., Huss A. et al. (2013). Domestic radon exposure and risk of childhood cancer: a prospective census-based cohort study. Environmental health perspectives; 121: 1239–1244
- Spycher B.D., Feller M., Zwahlen M. et al. (2011). Childhood cancer and nuclear power plants in Switzerland: a census-based cohort study. International journal of epidemiology; 40: 1247–1260
- Hauri D.D., Spycher B., Huss A. 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
- Aydin D., Feychting M., Schuz J. 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 deuxième fois depuis 2011, fournit aux spécialistes et au grand public des chiffres et des informations actuels sur l'évolution du cancer. Il souligne à nouveau que le cancer représente un enjeu majeur de santé publique, dont l'ampleur ira croissant en raison du vieillissement de la population. Environ 42'000 nouveaux cas de cancer – 23'000 dans la population masculine et 19'000 dans la population féminine – devraient être diagnostiqués en 2015.

La mortalité par cancer est en baisse pour la plupart des localisations cancéreuses. Tous types de cancer réunis, le taux de mortalité standardisé par âge a reculé de 30% entre 1983 et 2012 (de 27% chez la femme et de 36% chez l'homme). La mortalité a surtout diminué pour les cancers du larynx, de l'estomac, du col de l'utérus, du sein, de la prostate ainsi que pour le cancer colorectal et pour le lymphome non hodgkinien. Le taux de mortalité du cancer du poumon a diminué uniquement dans la population masculine; dans la population féminine, il continue de croître fortement.

Par contre, les taux d'incidence standardisés n'ont que peu diminué dans le même temps. L'évolution diffère toutefois selon les types de cancer. L'incidence 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, le cancer de l'estomac et le cancer du col de l'utérus.

Les taux de survie à cinq ans sont supérieurs à 80% pour le mélanome de la peau, le cancer du testicule, le cancer de la thyroïde, le cancer du sein, le cancer de la prostate, le lymphome hodgkinien et les cancers de l'enfant. L'amélioration des taux de survie au fil des années est due en grande partie aux nouvelles thérapies et à l'amélioration des méthodes de diagnostic.

En raison de ces évolutions, la recherche contre le cancer porte de plus en plus son regard sur le long terme. Les estimations portent à environ 300'000 le nombre de personnes qui vivent en Suisse avec un diagnostic de cancer. Pour 60'000 personnes, le diagnostic

date de deux à cinq ans et ces personnes continuent d'avoir besoin d'un suivi et de contrôles réguliers. Les 200'000 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. Il convient d'en tenir compte, car cela n'est pas sans conséquences sur la suite de la prise en charge de ces patients.^{1,2}

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. Les médecins, les organisations professionnelles, les chercheurs et les politiciens peuvent s'appuyer sur ces données épidémiologiques pour planifier le système des soins et prendre des décisions basées sur des preuves. Ces données sont indispensables pour mettre en œuvre la «Stratégie nationale contre le cancer 2014–2017»³ approuvée par la Confédération et les cantons et pour assurer une bonne prise en charge des patients dans l'avenir.

Pour reposer sur une base solide, l'enregistrement des maladies oncologiques – une mesure importante de la Stratégie nationale contre le cancer – a besoin d'un ancrage législatif. Les buts du projet de loi fédérale sur l'enregistrement des maladies oncologiques (LEMO) sont le recensement exhaustif des nouveaux cas de cancer, la saisie des données sous une forme harmonisée et uniforme selon des règles identiques dans toute la Suisse, la protection des droits de la personnalité des patients et une utilisation sûre des données ainsi que leur publication sous une forme adéquate.⁴ D'un point de vue organisationnel, la future réglementation reposera sur les structures nationales et cantonales existantes. La LEMO viendra judicieusement compléter la loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain (LRH).

La loi aura pour effet de moderniser l'enregistrement des maladies oncologiques en Suisse. Le projet de loi prévoit de compléter les données épidémiologiques des registres des tumeurs avec des informations sur

l'évolution de la maladie et son traitement et d'utiliser les données 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). Enfin, les données de registres permettront également de soutenir les efforts de la recherche.

La mise en commun des données épidémiologiques, des données cliniques et des données pour l'évaluation de la qualité favoriseront l'émergence de nouveaux modèles de coopération interdisciplinaire grâce auxquels il sera possible de continuer à améliorer la lutte contre le cancer en Suisse.

Références

- ¹ Ess S.M., Herrmann C. (2014). Les « survivants au cancer »: un groupe de population en forte croissance. La recherche sur le cancer en Suisse, Berne. P. 136 http://assets.krebsliga.ch/downloads/krebsforschungsbericht_2014_f_low.pdf
- ² Lorez M., Heusser R., Arndt V. (2014). Prevalence of cancer survivors in Switzerland. Schweizer Krebsbulletin; Nr 4: 285–9
- ³ Office fédéral de la santé publique (2015). Fiche Info: Stratégie nationale contre le cancer 2014–2017. www.bag.admin.ch/gesundheit2020/14638/14639/index.html?lang=fr
- ⁴ Message concernant la loi fédérale sur l'enregistrement des maladies oncologiques du 29 octobre 2014. Feuille fédérale n° 46 du 25 novembre 2014, p. 8547 à 8642. www.admin.ch/opc/fr/federal-gazette/2014/8547.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 recueillir des aspects spécifiques aux maladies tumorales (topographie, histologie). Actuellement, la 3 ^e 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	Malformation d'un organe, d'une partie du corps ou d'un tissu.
Etiologie	(Etude des) causes qui jouent un rôle dans l'apparition d'une maladie.
Etude cas-témoins	Etude 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.
Etude de cohorte	Etude 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 <i>BRCA1</i> et <i>BRCA2</i>	Gènes suppresseurs de tumeurs (qui inhibent la division des cellules endommagées); les femmes qui présentent une mutation du gène <i>BRCA1</i> ou 2 ont un risque plus élevé de cancer du sein et de l'ovaire.
<i>Helicobacter pylori</i>	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	(Etude 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 dérèglement 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: OFS, CIRC, Ligue suisse contre le cancer (www.liguecancer.ch), Gutzwiller F, Paccaud F (2009). Médecine sociale et préventive – santé publique. 3^e 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>)

8 Bibliographie

Documents de référence et documents thématiques:

- German Childhood Cancer Registry (2014). Annual Report 2013/14 (1980–2013). Mainz.
- Ligue Suisse contre le cancer (2010). Les lymphomes hodgkiniens et non hodgkiniens. Berne. <https://assets.krebsliga.ch/downloads/2080.pdf>
- Ligue suisse contre le cancer (2011). Les leucémies de l'adulte. Berne. <https://assets.krebsliga.ch/downloads/2081.pdf>
- Ligue Suisse contre le cancer (2011). Le cancer de l'ovaire Tumeurs ovariennes. Berne. <https://assets.krebsliga.ch/downloads/2073.pdf>
- Ligue Suisse contre le cancer (2015). Le cancer du côlon et du rectum. Berne. <https://assets.krebsliga.ch/downloads/2063.pdf>
- Message concernant la loi fédérale sur l'enregistrement des maladies oncologiques du 29 octobre 2014. Feuille fédérale n° 46 du 25 novembre 2014, p. 8547 à 8642. www.admin.ch/opc/fr/federal-gazette/2014/8547.pdf
- Office fédéral de la santé publique (2015). Fiche Info: Stratégie nationale contre le cancer 2014–2017. www.bag.admin.ch/gesundheit2020/14638/14639/index.html?lang=fr
- Robert Koch-Institut, Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. eds. (2015). Krebs in Deutschland 2011/2012. 10. Ausgabe. Berlin.
- Steward B.W., Wild C.P. eds. (2014). World Cancer Report 2014. International Agency for Research on Cancer, Lyon.
- Swiss Medical Board (2011). Stellenwert des PSA-Testes bei der Früherkennung des Prostatakarzinoms. Zürich. www.samw.ch/dms/de/Publikationen/Empfehlungen/d_PSA_Test.pdf

- WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group (2009). A review of human carcinogens–Part A to F. The Lancet Oncology; Volume 10. Accessible depuis: www.cancer-environnement.fr/212-Monographies-du-CIRC--syntheses.ce.aspx
- World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research (2007). Food, Nutrition, Physical activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. AICR, Washington DC.

Sites web:

- Institut national du cancer. L'exposition à des produits en milieu professionnel [en ligne] (page consultée le 03/07/2015). www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-de-la-vessie/Les-facteurs-de-risque/L-exposition-a-des-produits-en-milieu-professionnel
- Ligue Suisse contre le cancer. Cancer de l'œsophage [en ligne] (page consultée le 01/07/2015). www.liguecancer.ch/fr/a_propos_du_cancer/types_de_cancer/cancer_de_lsophage/
- Ligue Suisse contre le cancer. Cancer du corps utérin [en ligne] (page consultée le 01/07/2015). www.liguecancer.ch/fr/a_propos_du_cancer/types_de_cancer/cancer_du_corps_uterin/
- Ligue Suisse contre le cancer. Cancer du testicule [en ligne] (page consultée le 1/07/2015). www.liguecancer.ch/fr/a_propos_du_cancer/types_de_cancer/cancer_du_testicule/
- Ligue Suisse contre le cancer. Tumeurs cérébrales [en ligne] (page consultée le 08/05/2015). www.liguecancer.ch/fr/a_propos_du_cancer/types_de_cancer/tumeurs_cerebrales/

- Office fédéral de la Statistique. Complément au PIB – Indicateurs – Santé – Années potentielles de vie perdues [en ligne] (page consultée le 11/06/2015). www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/00/09/blank/ind42.indicator.420018.420005.html
- Organisation mondiale de la santé (OMS). Cancer. Aide-mémoire n° 297, actualisé en février 2015 [en ligne] (page consultée le 11 juin 2015). www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/
- Société canadienne du cancer. Cancer métastatique [en ligne] (page consultée le 12/05/2015). <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/metastatic-cancer/brain-metastases/?region=qc#ixzz3ZvPnWtUh>
- Unité «Cancer, Environnement et Nutrition» du Centre Léon Bérard. Mésothéliome [en ligne] (page consultée le 29/05/2015). www.cancer-environnement.fr/85-Mesotheliome.ce.aspx
- Kuehni, C.E., Ruegg C.E., Michel G. et al. (2012). Cohort profile: the Swiss childhood cancer survivor study. *International journal of epidemiology*; 41: 1553–1564
- Lacour B., Guyot-Goubin A., Guissou S. et al. (2010). Incidence of childhood cancer in France: National Children Cancer Registries, 2000–2004. *European Journal of Cancer Prevention*; 19: 173–181
- Landier W., Armenian S. & Bhatia S. (2015). Late effects of childhood cancer and its treatment. *Pediatr Clin North Am*; 62: 275–300
- Lim S.S., Vos T., Flaxman A.D. et al. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*; 380:2224–60
- Lorez M., Heusser R., Arndt V. (2014). Prevalence of cancer survivors in Switzerland. *Schweizer Krebsbulletin*; Nr 4: 285–9
- Neumann V. (2013). Malignant Pleural Mesothelioma. *Dtsch Arztebl Int*; 110(18): 319–26
- Rueegg, C.S., Gianinazzi M.E., Rischewski J. 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
- Sant M., Minicozzi P., Lagorio S. et al.; EURO CARE Working Group (2012). Survival of European patients with central nervous system tumors. *Int J Cancer* 1;131(1):173–85
- Spycher B.D., Feller M., Zwahlen M. 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. et al. (2015). Background Ionizing Radiation and the Risk of Childhood Cancer: A Census-Based Nationwide Cohort Study. *Environmental health perspectives*
- Steliarova-Foucher E., Stiller C., Lacour B. & Kaatsch, P. (2005). *International Classification of Childhood Cancer*, third edition. *Cancer*; 103: 1457–1467

Articles scientifiques:

- Aydin D., Feychting M., Schuz J. 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
- Ess S.M., Herrmann C. (2014). Les « survivants au cancer »: un groupe de population en forte croissance. La recherche sur le cancer en Suisse. Berne. P. 136 http://assets.krebsliga.ch/downloads/krebsforschungsbericht_2014_f_low.pdf
- Ferlay J., Steliarova-Foucher E., Lortet-Tieulent J. et al. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *European Journal of Cancer*; 49: 1374– 1403
- Gatta G., Botta L., Rossi S. et al. (2014). Childhood cancer survival in Europe 1999–2007: results of EURO CARE-5--a population-based study. *The lancet oncology*; 15: 35–47
- Hauri D., Spycher B., Huss A. et al. (2013). Domestic radon exposure and risk of childhood cancer: a prospective census-based cohort study. *Environmental health perspectives*; 121: 1239–1244
- Hauri D.D., Spycher B., Huss A. 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

9 Abréviations

ADN	Acide désoxyribonucléique (porteur de l'information génétique)
AICR	American Institute for Cancer Research
APVP	Années potentielles de vie perdues
BRCA1/BRCA2	Gènes suppresseurs de tumeurs (BRCA pour: BReast CAncer)
CIM-10	Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10 ^e 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, 3 ^e 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
PAF	Polypose adénomateuse familiale
PCB	Polychlorobiphényles
PM10	Particules fine en suspension d'un diamètre aérodynamique inférieur à 10 microns (PM pour: Particulate Matter)
PSA	Antigène prostatique spécifique (PSA pour: Prostate Specific Antigen)
Rayons UV	Rayons ultraviolets
RSCE	Registre Suisse du Cancer de l'Enfant
SOPK	Syndrome des ovaires polykystiques
SPOG	Groupe d'Oncologie Pédiatrique Suisse (SPOG pour: Schweizerischen Pädiatrischen Onkologieguppe)
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 sa qualité de service central de statistique de la Confédération, l'Office fédéral de la statistique (OFS) a pour tâche de rendre les informations statistiques accessibles à un large public.

L'information statistique est diffusée par domaine (cf. verso de la première page de couverture); elle emprunte diverses voies:

Moyen de diffusion

Service de renseignements individuels

L'OFS sur Internet

Communiqués de presse: information rapide concernant les résultats les plus récents

Publications: information approfondie

Données interactives (banques de données, accessibles en ligne)

Contact

058 463 60 11
info@bfs.admin.ch

www.statistique.admin.ch

www.news-stat.admin.ch

058 463 60 60
order@bfs.admin.ch

www.stattab.bfs.admin.ch

Informations sur les divers moyens de diffusion sur Internet à l'adresse
www.statistique.admin.ch → Actualités → Publications

Santé

Le domaine 14 «Santé» publie également:

- **Santé. Statistique de poche 2015**, Neuchâtel 2015, 44 pages, gratuit, numéro de commande: 1541-1500
- **Indicateurs des établissements médico-sociaux 2013**, Neuchâtel 2015, 8 pages, gratuit, numéro de commande: 1553-1300-05
- **Les décès dus au tabac en Suisse entre 1995 et 2012**, Neuchâtel 2015, 4 pages, gratuit, numéro de commande: 1056-1200
- **Statistique des interruptions de grossesse 2014**, Neuchâtel 2015, 4 pages, gratuit, numéro de commande: 532-1407-05
- **Enquête suisse sur la santé 2012: Troubles du sommeil dans la population**, Neuchâtel 2015, 4 pages, gratuit, numéro de commande: 1505-1200-05
- **La mortalité en Suisse et les principales causes de décès en 2012**, Neuchâtel 2014, 4 pages, gratuit, numéro de commande: 1258-1200
- **Enquête suisse sur la santé 2012: Surpoids et obésité**, Neuchâtel 2014, 4 pages, gratuit, numéro de commande: 1492-1200-05
- **Statistiques de la santé 2014**, Neuchâtel 2014, 96 pages, Fr. (excl. TVA) 22.00, numéro de commande: 1291-1400
- **Décès dus aux cancers de 1970 à 2009: évolution d'une génération à l'autre**, Neuchâtel 2014, 13 pages, gratuit, numéro de commande: 1411-0902

Portail Statistique suisse

www.statistique.admin.ch → Santé ou www.health-stat.admin.ch

La thématique du cancer en Suisse est directement accessible par
www.cancer.bfs.admin.ch

En Suisse, 38'000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués annuellement. Chaque année, 16'000 personnes meurent du cancer. Ce second rapport sur le cancer en Suisse présente la situation actuelle du cancer et son évolution au cours des 30 dernières années. Après un aperçu général de l'ensemble des cancers, les cancers principaux chez les adultes et les enfants sont détaillés.

Le rapport présente les taux de morbidité et de mortalité due au cancer ainsi que le nombre de patients touchés. Il montre également l'évolution des taux de morbidité, de mortalité et de survie au cours des dernières années et les différences géographiques. Ces chiffres sont complétés par la description des facteurs de risque recensés dans la littérature scientifique.

Les méthodes utilisées pour établir ce rapport font l'objet d'une publication séparée. Celle-ci contient également des indications sur les classifications, les sources de données, la qualité des données ainsi que sur la littérature scientifique.

N° de commande

1178-1500

Commandes

Tél. 058 463 60 60

Fax 058 463 60 61

order@bfs.admin.ch

Prix

31 francs (TVA excl.)

ISBN 978-3-303-14236-3