

# Le cancer en Suisse: principales données épidémiologiques (première partie)

C. Bouchardy<sup>1</sup>, P. Pury<sup>2</sup>, L. Raymond<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Registre genevois des tumeurs, Institut de médecine sociale et préventive, Université de Genève

<sup>2</sup>Association suisse des registres des tumeurs

## Introduction

Les données qui suivent ont été réunies à l'occasion de la préparation du Programme national contre le cancer 2005-2010 à la demande d'ONCO-SUISSE. Ces données sont publiées en deux parties dans deux numéros successifs du *Bulletin suisse du cancer*. Elles permettent notamment de rappeler que la maladie cancéreuse compte parmi les plus meurtrières, tout particulièrement dans les pays développés. En Suisse, cette pathologie entraîne à elle seule près du tiers des décès, soit presque autant que l'ensemble des affections du système vasculaire que l'on considère, à juste titre, comme le processus normal de fin de vie. Ces données montrent aussi que le cancer est loin de n'être qu'une maladie de la vieillesse et peut frapper à tout âge. C'est pourquoi, il se place en tête de tous les grands groupes de causes de mortalité, si les effets de celles-ci sont appréciés non plus en termes de décès mais d'années de vie perdues; c'est-à-dire non vécues jusqu'à une limite de fin de vie admise comme normale. Il faut rappeler aussi que, notamment lorsqu'il frappe prématurément, le cancer entraîne le patient et ses proches dans une souffrance prolongée et concerne finalement presque chacun de nous.

Quelques chiffres permettent de prendre conscience de l'importance de la fréquence de la maladie. Chaque année, en Suisse, le nombre de nouveaux diagnostics est actuellement d'environ 30'000, celui des décès dus au cancer de 15'000, celui des personnes vivantes après avoir été atteintes de la maladie depuis moins de 5 ans de plus de 85'000. Au surplus, et comme on le verra ci-après, la Suisse se place parmi les pays où la fréquence des cas est particulièrement élevée.

Pour préoccupante qu'elle soit, cette situation n'est pas sans remèdes. Les

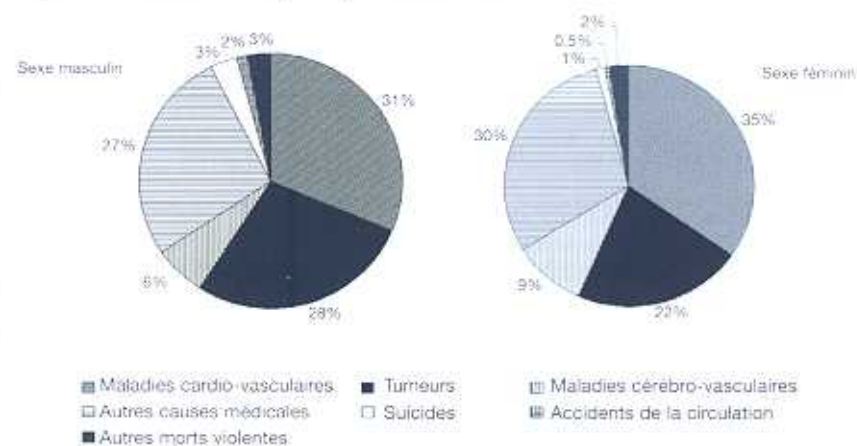
progrès réalisés ces dernières années dans l'approche thérapeutique et les mesures prises sur le plan de la prévention et du dépistage précoce des cas montrent déjà des résultats encourageants qui justifient le développement d'actions coordonnées et généralisées à tout le territoire national.

## 1. L'impact du cancer en Suisse

### Décès et années de vie perdues

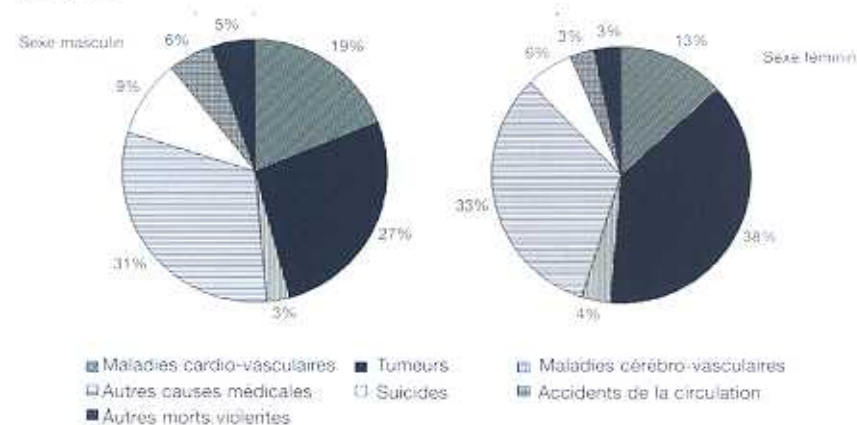
En Suisse et comme dans tous les pays occidentaux, les causes de chaque décès sont enregistrées de façon centralisée et donnent lieu à des statistiques détaillées qui permettent de juger de

Importance relative des principales causes de décès en Suisse



D'après les données de mortalité de l'Office fédéral de la statistique, 2000-2001

Importance relative des principales causes d'années de vie perdues avant 80 ans en Suisse



D'après les données de mortalité de l'Office fédéral de la statistique, 2000-2001



l'importance des différentes pathologies ou circonstances accidentelles ayant entraîné la mort. Chez l'homme comme chez la femme, la place occupée par le cancer est très importante, atteignant respectivement près de 30% et plus de 20% des décès, n'étant précédée que par celle des maladies cardio-vasculaires.

L'importance relative des différentes causes de décès n'est cependant pas le meilleur critère d'appréciation du poids de celles-ci dans la réduction du potentiel vital de la population, compte tenu de l'âge auquel surviennent les décès. En tout état de cause, un décès survenant à 30 ans est plus préoccupant que le décès d'une personne de 80 ans. Le calcul des années potentielles de vie non vécues, du fait des décès survenus avant un âge limite considéré comme celui d'une fin de vie normale (fixé arbitrairement à 80 ans), fournit une information répondant mieux à la fixation des priorités de santé publique. C'est surtout en défaveur des femmes que le poids relatif des causes de décès ainsi calculé se modifie, les conséquences létales du cancer se chiffrant alors chez celles-ci à près de 40% de l'ensemble des années de vie perdues. L'importance relative de la maladie reste en revanche du même ordre de grandeur chez les hommes lorsqu'il est envisagé de cette manière.

**Risque d'être atteint**

Sans même parler du coût des thérapies dans le domaine mais compte tenu du choc psychologique que tout diagnostic de cancer implique et des souffrances qu'entraîne en général le traitement, le nombre de diagnostics posés reste un indicateur prioritaire des actions préventives à entreprendre pour lutter contre la maladie. Les estimations réalisées à partir des données des 9 registres régionaux du cancer opérant en Suisse et couvrant environ 55% de la population totale permettent de chiffrer à 31'000 environ le nombre de nouveaux diagnostics posés chaque année en Suisse. Chez l'homme, le cancer le plus fréquent est celui de la prostate, qui constitue plus de 25% des cas, suivi par celui du poumon qui entraîne 15%. Chez la femme, c'est le cancer du sein qui prédomine très largement, représentant à lui seul plus de

30% des nouveaux cas. Les cancers intestinaux occupent également une place importante - et cela quel que soit le sexe - de l'ordre de 10 à 15%.

L'estimation du risque cumulé d'être atteint, obtenue en tenant compte de l'âge auquel surviennent les cancers et calculée à partir des effectifs par âge de la population, est un indicateur encore plus parlant du risque encouru par chaque habitant. On chiffre ainsi à plus de 50% le nombre d'hommes qui seront atteints d'une des formes de la

maladie s'ils vivent jusqu'à 80 ans, la probabilité correspondante ne s'élevant qu'à 32% chez la femme. Mais, pour cette dernière, le risque envisagé ainsi sur la vie entière est d'environ 10% pour le seul cancer du sein.

Le nombre de personnes encore en vie après avoir été atteintes du cancer et qu'il s'agit de contrôler régulièrement, sinon de traiter, est également révélateur de l'ampleur des problèmes qu'entraîne la maladie de par sa fréquence. Les données établies par les registres

**Incidence, risque cumulé et prévalence des cancers en Suisse**

	Nouveaux cas diagnostiqués par an (incidence)		Risque cumulé d'être atteint avant 80 ans	Nombre de personnes vivant avec le cancer (prévalence)*
	Nombre	%	%	
<b>Sexe masculin</b>				
Cavité buccale, larynx	880	5,3	2,5	2078
Estomac	600	3,6	1,7	1205
Intestins	1960	11,8	6,0	5490
Poumon	2430	14,7	7,9	3909
Mélanome cutané	660	4,0	1,8	1959
Prostate	4200	26,0	13,5	12726
Tous cancers confondus	16600	100,0	50,1	42189
<b>Sexe féminin</b>				
Estomac	390	2,7	0,8	667
Intestins	1780	12,3	3,7	5114
Poumon	840	5,8	2,1	1088
Mélanome cutané	700	4,8	1,5	2555
Sein	4690	32,3	10,7	17452
Utérus, ovaire	1860	12,8	4,5	6187
Tous cancers confondus	14500	100,0	32,3	42069

\* Nombre de personnes vivantes ayant été atteintes depuis moins de 5 ans  
D'après les données de l'Association suisse des registres des tumeurs, 1995-1999

**Fréquence du cancer en Suisse et dans les pays de l'Union Européenne**



\* Taux ajustés selon l'âge (standard: population européenne)  
D'après les données «EUCAN» du Centre international de recherche sur le cancer, 1998



sur la fréquence des différents types de cancer et sur la proportion des survivants en fonction de la durée écoulée depuis le diagnostic permettent de procéder aux évaluations nécessaires (dites de prévalence). D'après les estimations récemment établies par le Centre international de recherche sur le cancer de l'OMS pour tous les pays d'Europe, 85'000 personnes environ vivraient dans notre pays après avoir été atteintes d'un cancer depuis moins de 5 ans. Ces chiffres pourraient probablement être plus que doublés si la durée écoulée depuis le diagnostic n'était pas limitée à 5 ans.

### Place de la Suisse

En ce qui concerne la fréquence des diagnostics, la Suisse n'occupe pas une place particulièrement enviable aux côtés des pays de l'Union Européenne. Le risque global d'être atteint d'un cancer, calculé en rapportant le nombre de diagnostics à la population et en tenant compte des différences de structures d'âge des pays comparés, est plus élevé en Suisse que chez ses voisins immédiats, à l'exception de la France où le risque de cancer chez l'homme est supérieur.

La comparaison tourne en revanche à l'avantage de la Suisse lorsqu'elle porte non plus sur le risque d'être atteint mais sur celui de décéder de la maladie cancéreuse. Chez les femmes et d'ailleurs encore chez les hommes, la mortalité est globalement supérieure dans les pays voisins, de même qu'en moyenne par rapport à l'ensemble des 15 pays de l'Union Européenne. On peut en déduire que la qualité des traitements est bonne dans notre pays, alors que la prévention et le dépistage sont encore insuffisants. Cette conclusion doit cependant être nuancée lorsque la comparaison ne porte plus sur l'ensemble des pathologies tumorales mais, plus spécifiquement, sur les principales d'entre elles.

On peut alors par exemple constater que la mortalité due au mélanome cutané est au contraire particulièrement élevée dans notre pays chez les hommes. La même constatation peut être faite pour le cancer de la prostate. Si les différences sont moins nettes chez les femmes, on doit cependant relever chez celles-ci des taux de mortalité relativement bas pour les cancers de l'es-

tomac et ceux de l'intestin (côlon et rectum), situation que l'on peut vraisemblablement attribuer à des habitudes alimentaires différentes de celles des pays voisins.

### Disparités régionales

Les variations de risque en Suisse d'une région du pays à l'autre, voire d'un canton à l'autre, ne sont pas négligeables. Elles peuvent être dues à des modes de vie spécifiques ou à des politiques sanitaires différentes en ce qui concerne la prévention. Le fait que les cancers de la cavité buccale et du larynx soient plus fréquents dans les régions francophones que dans les régions germanophones - d'après les données disponibles non présentées - est sans doute dû à des habitudes différentes en ce qui concerne la consommation d'alcool et, pour une moindre part, de tabac. En revanche, la plus grande fréquence du cancer du sein que l'on peut observer en Suisse romande est en partie liée au dépistage, qui augmente transitoirement le nombre de nouveaux cas détectés ainsi qu'à la prévalence plus élevée de facteurs de risque telles que la nulliparité, la sédentarité et la prise d'hormones de substitution.

Des différences apparaissent également en ce qui concerne le cancer de l'estomac qui est plus fréquent dans le canton du Valais, du Tessin et des Grisons, région rurale et de montagne, que dans le canton de Genève et de Zurich au caractère essentiellement urbain. La fréquence du cancer de la prostate est beaucoup plus basse dans le canton du Tessin que dans le canton de Zurich ou de Bâle, situation que l'on peut sans doute attribuer aux habitudes respectives des particuliers en matière de pratique des examens de détection des cas.

### Tendances récentes

On sait qu'il peut s'écouler une période relativement longue entre une exposition à un facteur de risque et la survenue d'une pathologie tumorale qui pourrait lui être attribuable. Elle atteint fréquemment 10 à 20 ans, voire un demi-siècle dans les cas extrêmes (certains mésothéliomes de la plèvre). Il n'est de ce fait pas surprenant que l'évolution du risque moyen d'être atteint dans une population donnée marque ra-

**Mortalité par cancer en Suisse et dans des pays de l'Union Européenne\***

	Suisse	Allemagne	Autriche	France	Italie	UE (15 pays)
<b>Sexe masculin</b>						
Cavité buccale, larynx	9,3	12,0	12,8	22,0	12,6	12,8
Estomac	10,1	16,1	17,4	10,6	19,5	15,1
Intestins	22,7	31,2	30,3	26,3	25,0	26,9
Poumon	52,7	64,7	59,3	69,0	74,7	68,3
Mélanome cutané	3,8	2,3	3,4	2,1	2,4	2,3
Prostate	32,2	26,7	27,2	27,1	19,1	25,6
Tous cancers	219,6	245,3	235,2	279,1	254,6	250,1
<b>Sexe féminin</b>						
Estomac	4,6	9,7	9,1	4,2	9,4	7,3
Intestins	13,7	21,2	18,3	16,0	15,6	17,4
Poumon	13,4	14,9	16,0	10,5	11,9	15,5
Mélanome cutané	2,1	1,6	2,2	1,5	1,4	1,6
Sein	28,4	29,0	27,9	27,8	26,0	28,3
Utérus, Ovaire	13,8	16,9	17,3	15,5	12,7	15,5
Tous cancers	125,8	150,7	141,0	128,0	132,5	141,2

\* Nombre de décès par an pour 100'000 habitants, taux ajustés selon l'âge (standard: population européenne)

D'après les données de l'Organisation mondiale de la santé

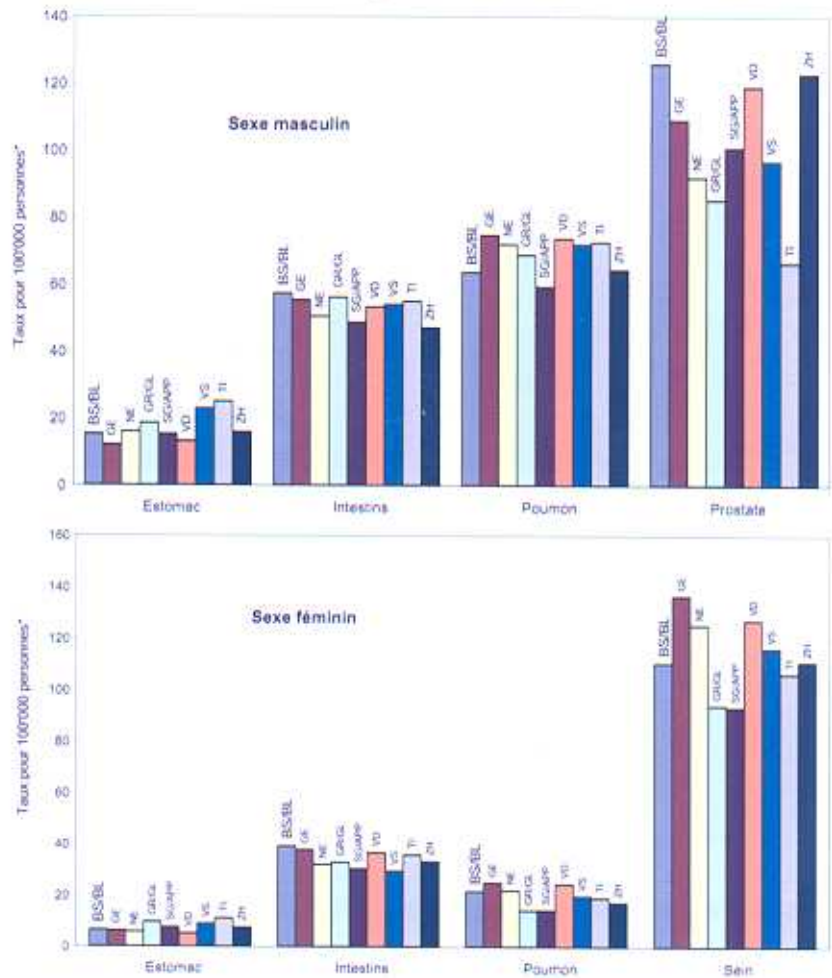


rement de brusques changements mais tend plutôt à être régulière, mis à part les fluctuations purement statistiques. Par exemple les données actuelles sur le cancer du poulmon reflètent la consommation de tabac des années soixante dix. Les données établies par les registres du cancer permettent d'évaluer le taux d'augmentation du risque d'être atteint pour la Suisse entière durant les vingt dernières années. Toutes localisations tumorales confondues (en excluant les cancers de la peau autres que les mélanomes), le nombre de cas a augmenté d'environ un demi pourcent chaque année durant cette période chez les femmes, soit de manière sensiblement plus nette que chez les hommes. Cette augmentation ne marque actuellement guère de ralentissement et tend même à s'accélérer chez les femmes (chiffres non présentés).

L'examen distinct des tendances évolutives du risque pour les principales localisations cancéreuses fait cependant ressortir des divergences importantes entre celles-ci.

On notera tout d'abord la décroissance régulière de la fréquence des cancers de l'estomac, due largement à une modification des habitudes alimentaires (réduction de la consommation des viandes fumées et salées, augmentation de celle de fruits et de légumes). Parmi les cancers fréquents, on relèvera en revanche la relative stabilité du risque de pathologie tumorale de l'appareil recto-colique mais s'accompagnant d'une forte augmentation du mélanome cutané, heureusement moins fréquent. L'évolution la plus spectaculaire est celle du risque de cancer du poulmon, en baisse régulière chez l'homme et en hausse constante chez la femme depuis une vingtaine d'années. Les raisons n'en sont malheureusement que trop bien connues, à savoir les effets du tabac. Quant aux augmentations de la fréquence du cancer du sein féminin et de celle du cancer prostatique, elles sont d'une interprétation plus délicate encore puisque leurs évolutions respectives ne sont vraisemblablement pas dues qu'à une modification des facteurs de risque mais pour une part également aux effets d'une augmentation provisoire du

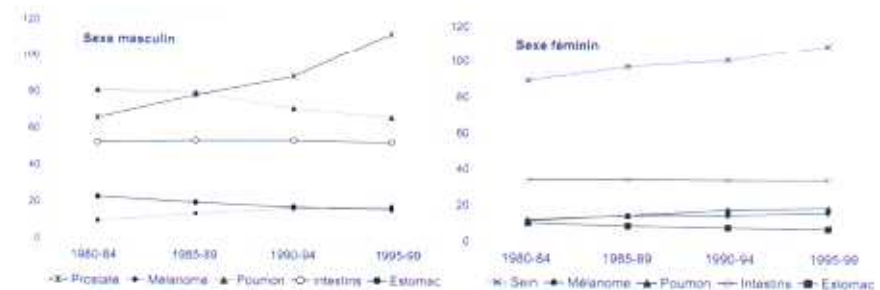
*Différences intercantionales du risque d'être atteint*



\* Taux ajustés selon l'âge (standard: population européenne)  
D'après les données de l'Association suisse des registres des tumeurs, 1995-1999

*Tendances évolutives du risque d'être atteint en Suisse*

Taux annuels pour 100'000 habitants\*



\* Taux ajustés selon l'âge (standard: population européenne)  
D'après les données de l'Association suisse des registres des tumeurs, 1980-1999

nombre de nouveaux cas liés au dépistage des cancers infra-cliniques. En partant de l'idée que l'évolution récente observée durant les cinq derniè-

res années va se prolonger durant la décennie à venir (soit jusqu'à la période 2010-2014) et en tenant compte du léger accroissement démographique

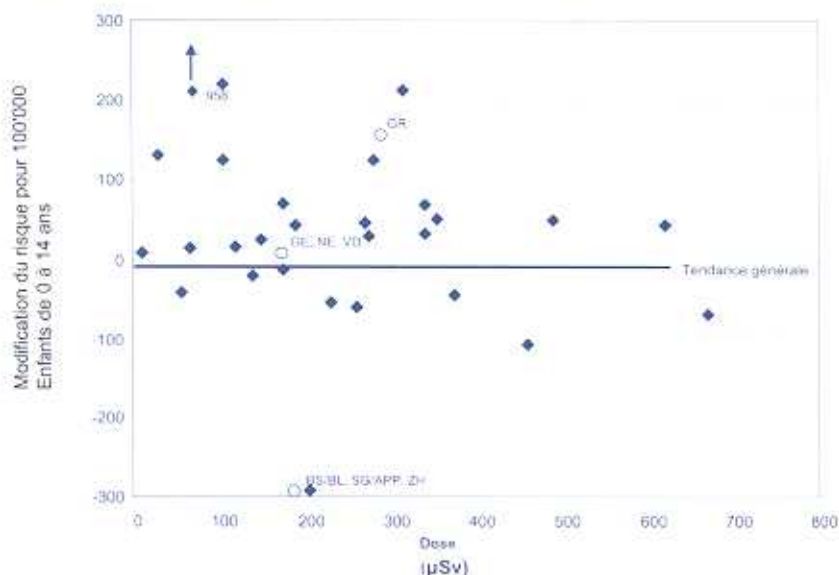


*Estimation de l'évolution future du nombre de cancers et du risque en Suisse*

	Nombre actuel de cas / an Période 1995-1999	Nombre attendu de cas / an Période 2010-2014	Evolution du risque %
<b>Sexe masculin</b>			
Cavité buccale, larynx	880	870	-4,4
Estomac	600	460	-26,1
Intestins	1960	1970	-3,0
Poumon	2430	1920	-23,8
Mélanome cutané	660	1030	+51,3
Prostate	4300	6550	+47,0
Tous cancers	16700	17000	+1,5
<b>Sexe féminin</b>			
Cavité buccale, larynx	260	400	+47,0
Estomac	390	300	-25,0
Intestins	1780	1840	-0,0
Poumon	840	1300	+49,1
Mélanome cutané	700	850	+17,8
Sein	4690	5800	+19,6
Tous cancers	14500	16000	+6,2

*Données basées sur l'accroissement de la population estimé par l'Office fédéral de la statistique (scénario «tendances») ne tenant pas compte du vieillissement démographique*

*Evolution du risque de leucémie selon la dose d'irradiation post-Tchernobyl*



*D'après les données des registres européens participants à l'étude «ACCIS» du Centre international de recherche sur le cancer environ 10 ans après la catastrophe*

prévu par le scénario dit «tendance» établi par l'Office fédéral de la statistique, le nombre annuel de nouveaux diagnostics passerait ainsi de 16'700 à 17'000 chez les hommes et de 14'500

à 16'000 chez les femmes. Et encore faut-il préciser que ces projections ne prennent pas en compte le vieillissement démographique, lequel tendra encore à augmenter ces chiffres.

**2. Surveillance de l'évolution du risque**

*Tchernobyl*

L'étude des conséquences possibles sur la survenue de certains cancers des radiations ionisantes résultant de l'accident de Tchernobyl, illustre parfaitement une des tâches importantes qui attendent les registres des tumeurs face aux modifications de notre environnement, que celles-ci soient d'ordre climatique ou plus simplement d'origine industrielle. En réunissant les données disponibles des registres européens, une étude conduite sous la direction du Centre international de recherche sur le cancer a analysé les corrélations entre les doses d'exposition et le risque infantile de leucémies et de lymphomes, dans une trentaine de régions pour lesquelles des données étaient disponibles. Même si cette étude n'a pas pu conclure à l'existence d'une relation de cause à effet, éventuellement du fait du faible recul de l'observation, elle n'en a pas moins permis de mettre au point une méthodologie utilisable dans d'autres situations.

En tout état de cause, on ne pourra pas s'empêcher d'observer, en consultant le graphique présentant les résultats de cette étude que le canton des Grisons se caractérise à la fois par une augmentation relativement importante de la dose d'exposition et du risque. Ces résultats doivent être mis en parallèle avec des données plus récentes de cette étude internationale sur les cancers de l'enfant et de l'adolescent, qui fait l'objet d'une communication de presse dans le même numéro du Bulletin ([www.iarc.fr](http://www.iarc.fr)).

*Cancers pulmonaires et habitudes tabagiques*

Le suivi de l'évolution du risque de cancer pulmonaire chez la femme selon le type histologique de la tumeur illustre d'une autre manière la façon dont l'observation de données temporelles peut étayer l'hypothèse de l'apparition ou de la modification d'un facteur de risque. En l'occurrence, on a constaté que l'augmentation relevée plus haut était essentiellement le fait des adénocarcinomes pulmonaires, qui sont des tumeurs de la partie dista-



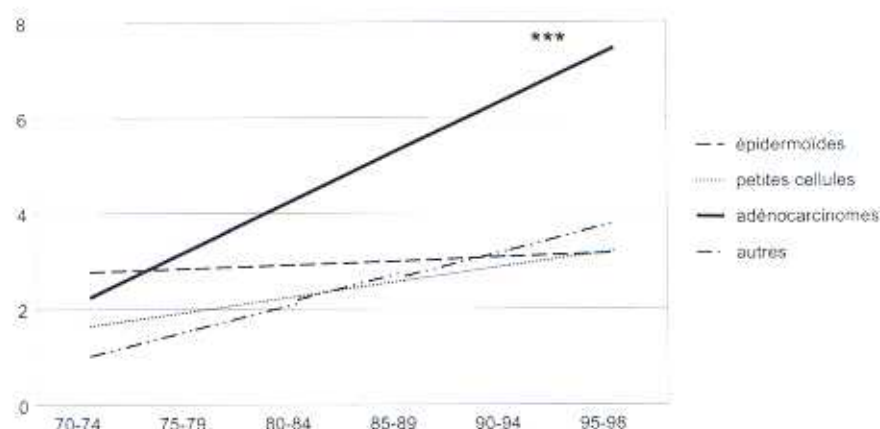
le du système respiratoire, et non celle des cancers du poumon de type épidermoïde qui sont des tumeurs plus proximales des bronches. A l'origine de cette constatation, on suspecte fortement la consommation plus grande de cigarettes «légères» et de l'emploi du filtre, qui exigent du fumeur une aspiration beaucoup plus profonde pour l'obtention d'un «effet drogue» identique. Précisons que ce phénomène d'une évolution différentielle entre les différents types histologiques de cancer pulmonaire se retrouve chez les hommes chez lesquels, on l'a dit, le risque global diminue. Chez ces derniers, on ne note en effet d'augmentation significative que pour les adénocarcinomes. On peut en déduire que le changement du type de cigarette n'a pas diminué le risque, mais a simplement changé le type de cancer induit.

Les données les plus récentes concernant la mortalité par cancer en Suisse provenant de l'Office fédéral de la santé publique montre pour la première fois que dans certains cantons romands comme Vaud et Genève, la mortalité par cancer du poumon chez la femme a rejoint celle du cancer du poumon. Ceci n'est pas encore le cas en Suisse alémanique, par exemple à Zurich. Le croisement des deux courbes de mortalité est lié à la fois à l'augmentation de la mortalité par cancer du poumon et comme on le verra dans la seconde partie de ce rapport à la baisse de la mortalité par cancer du sein dans les cantons romands ayant investi dans le dépistage par la mammographie.

*Risques professionnels*

De nombreuses études ont montré que certaines professions étaient à risque augmenté de cancer et des mesures se voulant efficaces ont été prises depuis plusieurs décennies sous l'égide de la SUVA et des services cantonaux d'inspection du travail. Rappelons notamment l'interdiction de toute fabrication ou utilisation de l'amiante dans le domaine industriel. On doit cependant considérer qu'il n'est pas suffisant de baser les mesures à prendre sur les travaux scientifiques de laboratoire et qu'il reste nécessaire de maintenir une étroite surveillance du risque de cancer par profession, y compris dans les milieux professionnels qui a priori ne

*Evolution du risque de cancer du poumon selon le type histologique chez les femmes*



\* Taux standardisés selon l'âge (données lissées). Registre genevois des tumeurs, 1970-1998

\*\*\* Accroissement significatif au seuil de 0,001

sont pas connus comme étant exposés à des carcinogènes reconnus. C'est avec cette conviction que l'Association suisse des registres des tumeurs a entrepris une étude systématique des effets de la profession sur la survenue d'un cancer publiée dans un supplément du Scandinavian Journal of Work, Environment and Health en 2002.

Si les risques dont sont victimes les agriculteurs étaient connus - citons par exemple l'effet probable d'une déficience en iode sur la cancérisation de la thyroïde -, on peut s'étonner que cette même pathologie soit également plus fréquente chez les médecins. Les

types histologiques diffèrent fortement entre les deux professions, ceux des médecins présentant une forme connue comme étant liée aux radiations ionisantes. En revanche, il n'a pas été surprenant d'observer une augmentation de risque de cancer du foie et de la cavité buccale et du larynx chez les travailleurs de l'hôtellerie, dont la consommation d'alcool est, on le sait, facilitée, cela sans parler de leur exposition au tabagisme actif et/ou passif.

*Différences de risque entre catégories socio-économiques*

Cette même étude conduite par l'Association suisse des registres rappelle

*Estimation de l'augmentation du risque de cancer dans certaines professions chez les hommes en Suisse*

Profession	Type de cancer	Augmentation du risque par rapport aux autres professions (en %)
Agriculteurs	Thyroïde	170
	Lèvre	120
	Peau (épidermoïde)	60
	Mélanome (tête et cou)	100
Ouvriers de fonderie	Poumon	100
	Mésotéliome	190
Hôtellerie, restauration	Foie	100
	Cavité buccale	70
	Larynx	60
	Œsophage	50
Médecins	Mélanome	70
	Thyroïde	160

*D'après les données de l'Association suisse des registres des tumeurs, 1980-1993*



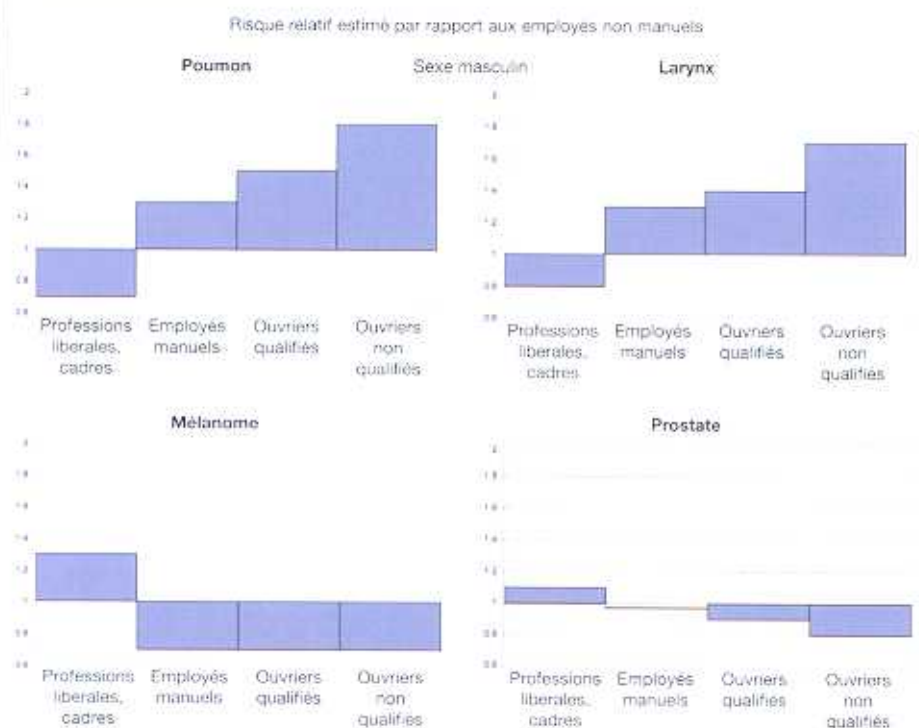
que le cancer frappe différemment selon le milieu social, puisque l'on sait - ou que l'on peut raisonnablement ima-

giner - que celui-ci se caractérise souvent par des expositions différentes à des facteurs de risque identifiés ou

suspects. Elle montre notamment que le risque d'être atteint d'un cancer du larynx, dont on sait qu'il est lié à la consommation de tabac et d'alcool, est plus élevé chez les hommes appartenant aux couches sociales défavorisées. Elle montre également que le risque d'être atteint d'un cancer du poumon chez les hommes est plus de trois fois supérieur chez les ouvriers non qualifiés que dans le groupe des professions libérales et cadres - le tabac étant en l'occurrence le principal agent incriminé - mais aussi que le risque de mélanome cutané est environ deux fois plus élevé dans ce même groupe des professions libérales et cadres que dans celui des ouvriers qualifiés, et l'on peut alors émettre l'hypothèse que les classes sociales supérieures s'exposent plus fréquemment de façon intermittente aux rayons ultraviolets dans le cadre des loisirs. Reste que ce type de constatations ne permet pas de distinguer clairement entre les effets des facteurs de risque directement liés à la profession (amiante ou radiations ionisantes, par ex.) de ceux qui ne sont que des comportements sociaux plus fréquents dans la profession. La surveillance du risque dans la profession et la recherche éventuelle de nouveaux facteurs de risque doivent donc envisager ce double aspect.

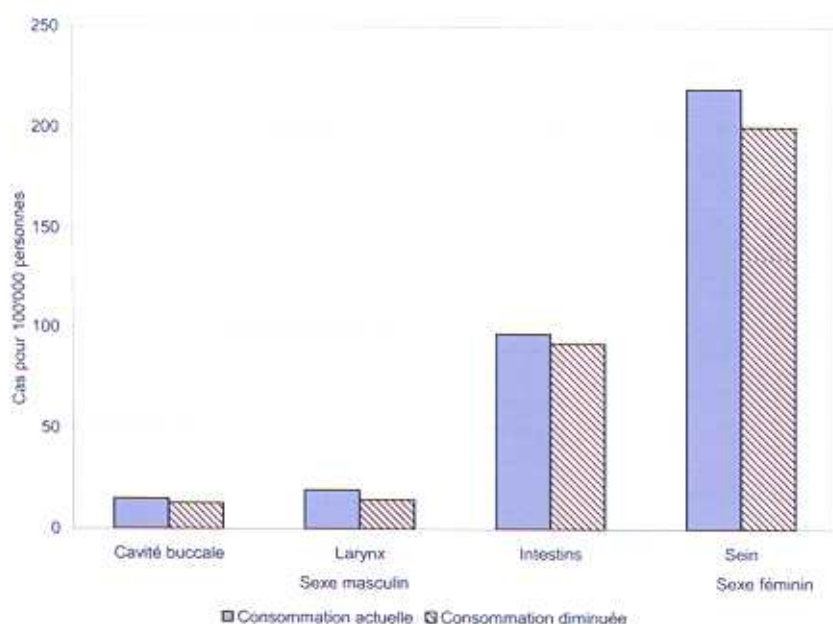
Les risques d'être atteint diffèrent aussi en fonction de la nationalité. Une étude sur la mortalité des immigrés en Suisse (résultats non présentés) a clairement démontré un excès de risque pour les cancers liés à l'alcool chez les réfugiés de l'Est et un excès de risque de cancer du foie lié à l'hépatite virale chez les ressortissants d'Afrique noire et de l'Asie du sud-est. Ces situations révèlent indirectement l'absence et / ou l'inefficacité des messages préventifs au sein des certains minorités et le transfert des risques liés à leurs expositions dans leur pays d'origine. On verra plus loin que les inégalités entre groupes sociaux ne se manifestent pas qu'au niveau des risques, impliquant éventuellement de ce fait des actions de prévention spécifiques, mais aussi en ce qui concerne la précocité diagnostique et la qualité des traitements.

## Différence du risque de cancer entre catégories socio-économiques chez l'homme en Suisse



D'après les données de l'Association suisse des registres des tumeurs, 1980-1993

## Estimation de la réduction du risque d'être atteint par diminution de la consommation d'alcool à Genève



Estimations élaborées par le Centre international de recherche sur le cancer pour une diminution de la consommation d'alcool de 22 gr/jour à 12 gr/jour chez les hommes et 8,6 gr/jour à 3,8 gr/jour chez les femmes, 1993-1997



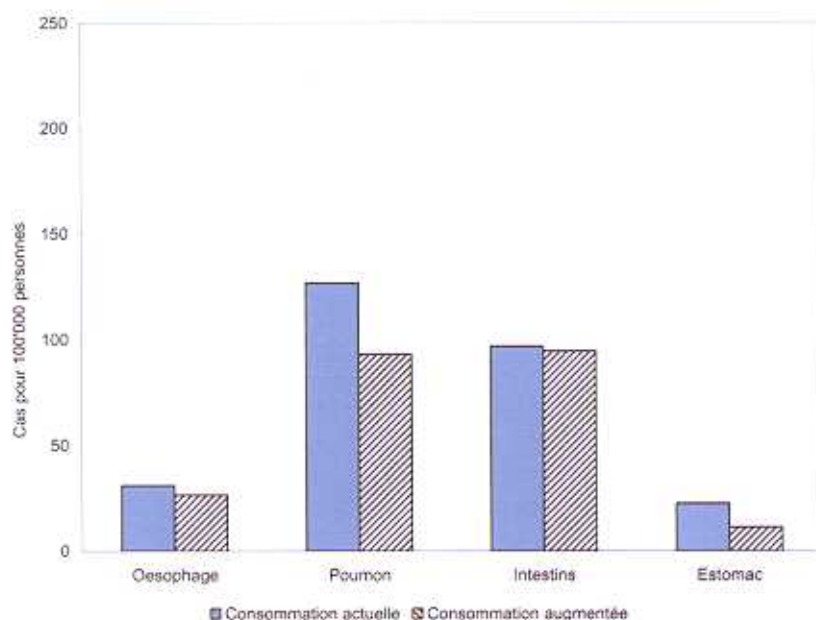
*Rôle de l'alcool et de l'alimentation*

L'effet cancérigène de la consommation d'alcool, notamment sur les organes de l'appareil aéro-digestif supérieur, a été démontré de longue date, en particulier lorsque la consommation d'alcool est associée à celle du tabac. Ces deux facteurs de risque produisent d'ailleurs un effet multiplicatif.

Une étude conduite récemment à Genève sous la supervision du Centre international de recherche sur le cancer a cherché à évaluer la réduction du risque lié à l'alcool qui résulterait d'une réduction de sa consommation, en se basant sur l'ensemble des travaux conduits ces dernières années dans le domaine sur le plan international, sur des données caractérisant la consommation locale moyenne et celles du registre des tumeurs.

Ces résultats montrent qu'une réduction de la consommation d'alcool de 50% chez les hommes, ramenant ainsi la consommation moyenne à 1,5 dl de vin environ par jour, réduirait de 25% le risque d'être atteint de cancer du larynx et de 15% celui des cancers de la cavité buccale et de l'œsophage. Les résultats obtenus en ce qui concerne les femmes sont également éloquentes. Une réduction de la consommation d'alcool de 8,6 gr/jour à 3,8 gr/jour diminuerait de 9% environ le risque de cancer du sein, évitant chaque année plus de 400 nouveaux diagnostics pour l'ensemble de la Suisse, dans la mesure où les résultats obtenus pour Genève lui sont extrapolables. En fait, on sait par l'enquête de la santé conduite en 2002 par l'Office fédéral de la statistique que la consommation d'alcool est en moyenne moins élevée en Suisse alémanique qu'en Suisse romande et surtout en Suisse latine; il ne faudrait

*Réduction du risque d'être atteint par l'augmentation de la consommation de fruits\**



*Estimations élaborées par le Centre international de recherche sur le cancer pour une augmentation de la consommation de fruits de 231,3 gr/jour à 280,0 gr/jour chez les hommes, 1993-1997*

donc pas s'attendre à un bénéfice aussi important pour l'ensemble du pays. Une trop faible consommation de fruits et de légumes s'accompagne également d'un risque de cancer accru, comme l'a montré la même étude. D'après celle-ci, une modification des habitudes alimentaires pour y remédier aurait également des effets importants, en particulier en réduisant de 25% le risque du cancer du poumon pour le sexe masculin.

**A suivre**

La seconde partie du présent rapport sera publiée dans le prochain Bulletin et présentera les données épidémiolo-

giques disponibles sur le dépistage, l'évaluation de l'efficacité des soins, la généralisation des bonnes pratiques, la surveillance des effets adverses des thérapeutiques, ainsi que les soins palliatifs et la qualité de vie.

**Correspondance:**

Dr Luc Raymond  
 Institut de médecine sociale  
 et préventive  
 Registre genevois des tumeurs  
 Bd. de la Cluse 55  
 1205 Genève  
 E-mail: rgt@imsp.unige.ch