

Partie I



LA POPULATION ÉTUDIÉE

Principales caractéristiques de la population étudiée

Catherine Mermilliod et Marie-Claude Mouquet

Avant de présenter les résultats de l'enquête, nous avons jugé utile de décrire succinctement la population étudiée, afin notamment de comparer ses caractéristiques démographiques et sociales à celles de la population générale et de donner quelques points de repères sur les principales caractéristiques médicales des personnes atteintes de cancer.

Les caractéristiques sociodémographiques

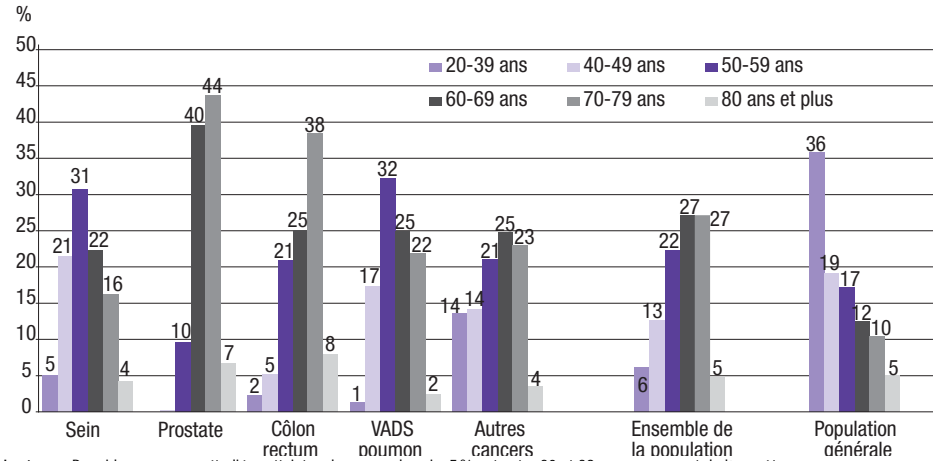
Une population plus âgée que la population générale

La population adulte atteinte de cancer et vivant encore deux ans après le diagnostic est nettement plus âgée que la population générale adulte : six personnes sur dix (59 %) ont 60 ans et plus, trois sur dix ont plus de 70 ans, alors que ces deux groupes d'âge sont deux fois moins nombreux dans la population générale (graphique 1). À l'inverse, dans la population étudiée, deux personnes sur dix (19 %) ont moins de 50 ans, alors qu'elles représentent plus de la moitié (55 %) de la population générale. Du fait de l'incidence différenciée de la maladie, la structure d'âge est assez contrastée selon la localisation du cancer. Les personnes atteintes de cancer de la prostate sont particulièrement âgées : neuf sur dix ont 60 ans et plus, cinq sur dix 70 ans et plus. Pour le cancer du côlon-rectum, sept personnes sur dix (71 %) ont 60 ans et plus et quatre sur dix (46 %) ont 70 ans et plus. À l'opposé, les personnes atteintes de cancer du sein comprennent davantage de jeunes : un quart a moins de 50 ans.

La répartition par sexe est identique dans la population étudiée et dans la population générale adulte, avec un peu plus de femmes que d'hommes (graphique 2). Entre le cancer de la prostate, spécifique aux hommes, et le cancer du sein, presque exclusivement féminin, se trouvent les malades atteints de cancer des VADS-poumon, qui comptent trois quarts (78 %) d'hommes, et ceux qui sont atteints de cancer du côlon-rectum, qui comportent un peu plus d'hommes (57 %) que de femmes.

GRAPHIQUE 1

Structure par âge de la population étudiée, en %

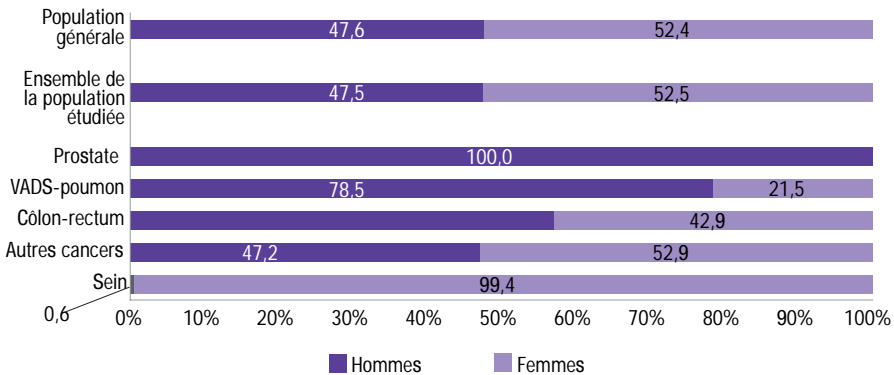


Lecture • Parmi les personnes étudiées atteintes de cancer du sein, 5% ont entre 20 et 39 ans au moment de l'enquête.

Sources • Enquête décennale Santé 2002-2004 pour la population générale, INSEE.

GRAPHIQUE 2

Structure par sexe de la population étudiée, en %



Lecture • Parmi les personnes étudiées atteintes de cancer du côlon-rectum, 57% sont des hommes.

Sources • Enquête décennale Santé 2002-2004 pour la population générale, INSEE.

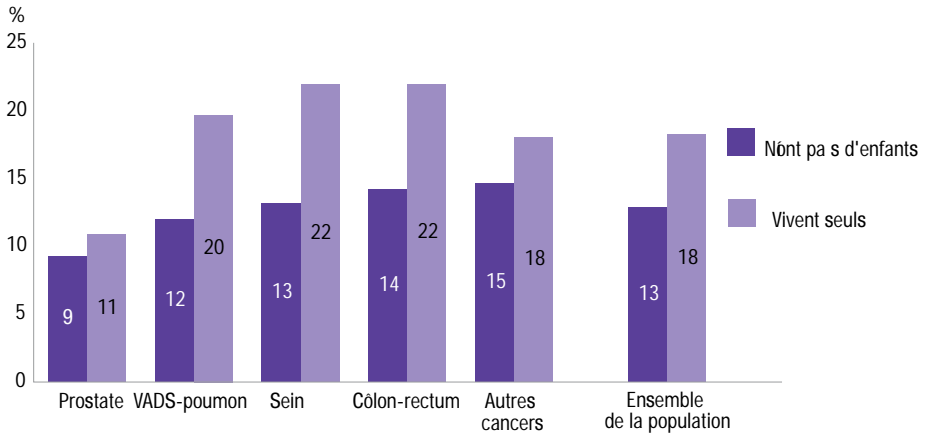
Les femmes atteintes de cancer sont plus isolées que les hommes

Pour repérer les situations d'isolement, nous disposons de deux informations : le fait de vivre seul dans son logement et celui de ne pas avoir d'enfants (graphique 3). Dans l'ensemble de la population étudiée, 13% des personnes n'ont pas d'enfants et 18% vivent seules. Les deux variables jouent dans le même sens, quelle que soit la localisation du cancer. Les personnes ayant un cancer de la prostate sont les moins isolées ; viennent ensuite celles qui ont un cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) ou des poumons, puis celles qui ont un cancer du sein et un cancer colorectal. L'effet de l'âge et du sexe pourrait être déterminant dans cette situation d'isolement. Le graphique 4 met un

relief un effet de genre très prononcé. L'isolement des hommes évolue de façon progressive et limitée avec l'âge à partir de 60 ans : il se situe entre 12 % et 17 % quel que soit l'âge, alors qu'il oscille entre 13 % et 26 % dans la population générale. En revanche, pour les femmes, l'isolement progresse de façon notable dès 60 ans : si une femme atteinte de cancer sur dix vit seule avant 60 ans, elles sont plus de six sur dix dans ce cas après 80 ans. Cette différence de genre a été observée dans la population générale sur une longue période [Prioux, 2005].

GRAPHIQUE 3

Isolement de la population étudiée, en %



Lecture • Parmi les personnes étudiées atteintes de cancer du côlon-rectum, 14 % n'ont pas d'enfant et 22 % vivent seules dans leur logement.

Par ailleurs, quel que soit l'âge, les hommes étudiés sont moins fréquemment isolés que ceux du même âge dans la population générale. À l'inverse, les femmes étudiées sont un peu plus souvent isolées que dans la population générale, sauf entre 70 et 79 ans. Cette situation peut s'expliquer par le fait que les proches ont des attitudes de prise en charge différenciées selon le genre.

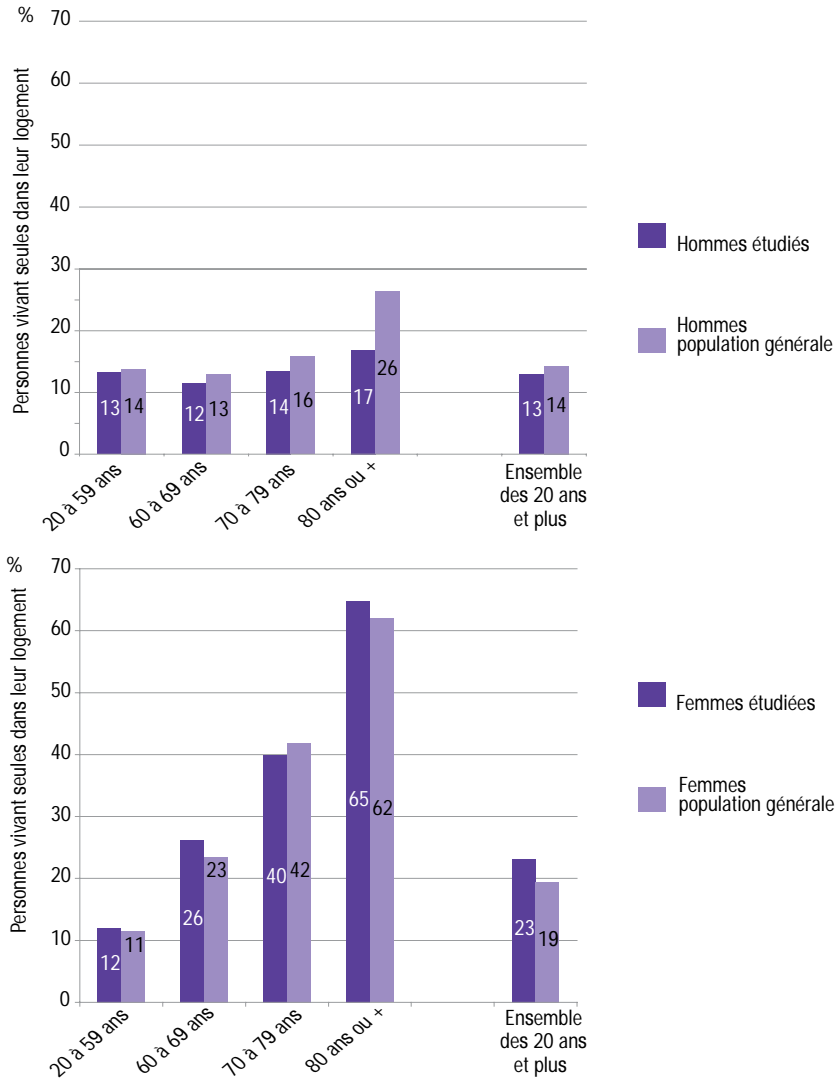
Dans la population étudiée, la proportion des personnes qui ont atteint un niveau d'études supérieur ou égal au baccalauréat (graphique 5) est légèrement inférieure (32 %) à celle des personnes ayant obtenu ces mêmes diplômes dans la population générale (35 %). Cet écart, sans doute atténué par la comparaison entre le niveau d'études et le niveau de diplômes obtenus, s'explique en partie par le fait que la population étudiée compte davantage de personnes plus âgées, appartenant donc à des générations moins diplômées. Les écarts selon la localisation du cancer renvoient également à des différences d'âge : 36 % de personnes atteintes de cancer du sein ont un niveau d'études équivalent ou supérieur au baccalauréat, contre 30 % de celles atteintes de cancer de la prostate, lesquelles sont plutôt plus âgées. Cependant, ce phénomène se cumule probablement avec des risques particuliers d'exposition à la maladie, comme le fait apparaître le cas du cancer des VADS-poumon, qui comporte seulement 27 % de personnes ayant atteint le niveau du baccalauréat.

La structure d'âge a également un effet sur la situation des personnes atteintes de cancer par rapport à l'emploi (graphique 6). Au moment de l'enquête, une sur trois travaille ou est au chômage (actif occupé ou non), alors que c'est le cas de six sur dix dans l'ensem-

ble de la population adulte. Les variations observées selon les localisations de cancer reflètent à la fois les différences de structures d'âge et un plus fort taux d'activité chez les hommes d'âge actif : ainsi, parmi les hommes ayant un cancer de la prostate, qui touche les plus âgés, un sur dix est actif, tandis que, dans le cas du cancer du sein, qui concerne presque exclusivement des femmes, 45 % sont en activité et 14 % inactives non retraitées.

GRAPHIQUE 4

Isolement selon le sexe et l'âge de la population étudiée, en %

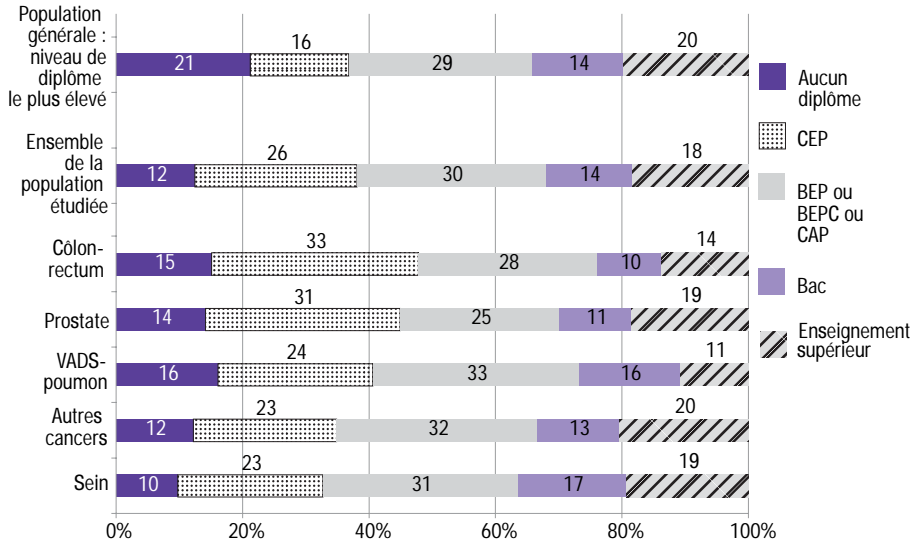


Lecture • Parmi les hommes étudiés dont l'âge est compris entre 20 et 59 ans, 13 % vivent seuls dans leur logement ; dans la population générale, 14 % des hommes dont l'âge est compris entre 20 et 59 ans vivent seuls dans leur logement

Sources • Recensement de population 1999 pour la population générale, INSEE.

GRAPHIQUE 5

Structure de la population par niveau d'études atteint, en %

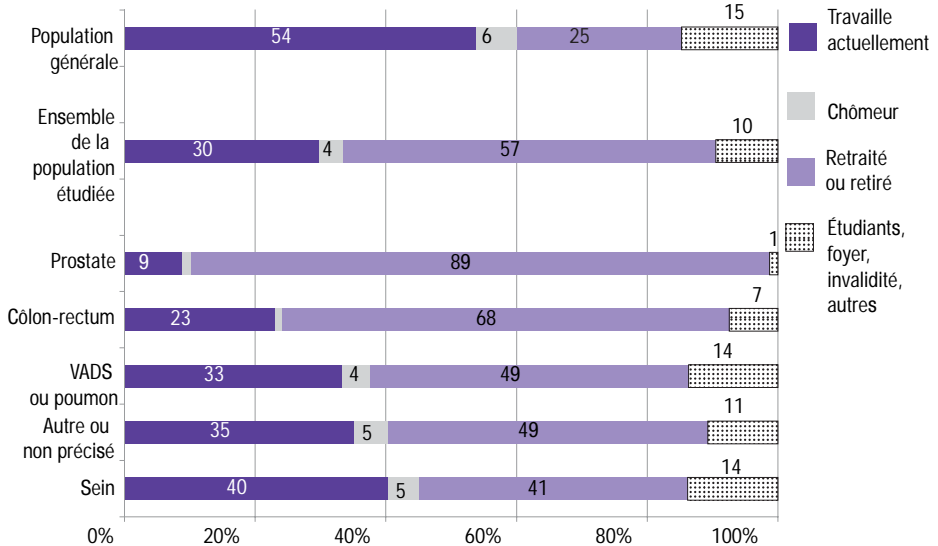


Lecture • Parmi les personnes étudiées atteintes de cancer du sein, 23 % ont atteint le niveau du certificat d'études primaires (CEP) ; dans la population générale, pour 16 % de personnes, le CEP est le diplôme le plus élevé obtenu.

Sources • Enquête décennale Santé 2002-2004 pour la population générale, INSEE.

GRAPHIQUE 6

Répartition de la population étudiée selon son statut d'activité, en %



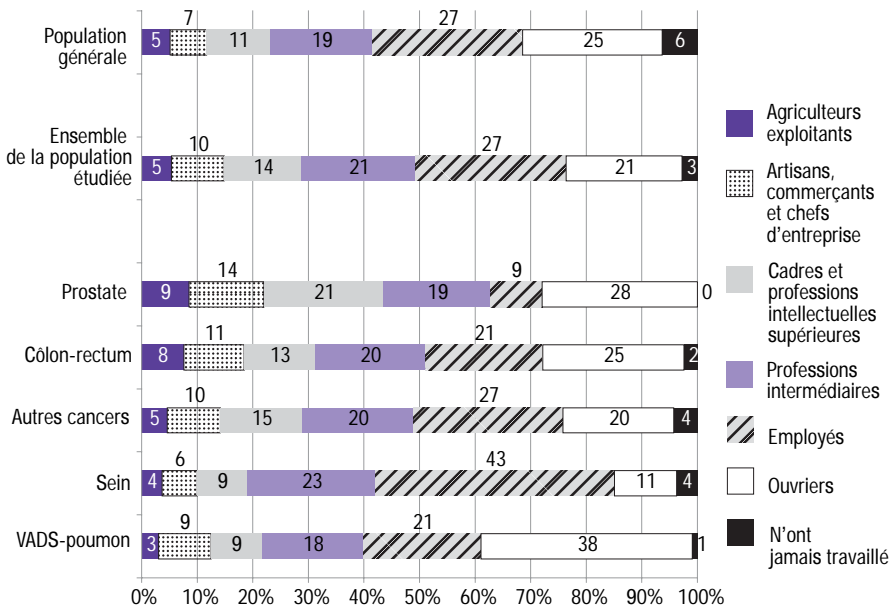
Lecture • Parmi les personnes étudiées atteintes de cancer du côlon-rectum, 23 % travaillent au moment de l'enquête.

Sources • Enquête décennale Santé 2002-2004 pour la population générale, INSEE.

Au regard de la catégorie socioprofessionnelle (graphique 7), qui correspond à la dernière profession exercée pour les retraités et autres inactifs et à la profession au moment de l'enquête pour les autres, on note peu de différences notables entre la population étudiée et la population générale. En revanche, on retrouve les effets des expositions particulières des ouvriers aux risques de cancer des VADS ou du poumon (38% contre 21% pour l'ensemble de la population étudiée). À l'opposé, les cancers de la prostate, qui frappent plus fréquemment des hommes plus âgés, comptent davantage de cadres supérieurs et professions indépendantes (35% contre 23% pour l'ensemble de la population étudiée). Cela est sans doute lié à la plus grande longévité de ces catégories socioprofessionnelles, leur espérance de vie à 35 ans dépassant l'espérance de vie moyenne des hommes de cinq ans (deux ans pour les femmes) [Monteil et Robert-Bobée, 2005].

GRAPHIQUE 7

Structure de la population étudiée par catégorie socioprofessionnelle (antérieure si inactif au moment de l'enquête), en %



Lecture • Parmi les personnes étudiées atteintes de cancer des VADS-poumon, 3% sont agriculteurs exploitants ou l'étaient avant leur retraite.
Sources • Enquête décennale Santé 2002-2004 pour la population générale, INSEE.

Par ailleurs, les trois quarts de la population étudiée vivent dans un espace à dominante urbaine, c'est-à-dire dans des pôles urbains comprenant 5 000 emplois ou plus, les couronnes périurbaines (communes ou unités urbaines dont 40% ou plus des actifs résidents travaillent hors de la commune ou de l'unité urbaine mais dans l'aire urbaine), ainsi que les communes multipolarisées (communes dont 40% ou plus des actifs résidents travaillent dans plusieurs zones urbaines, sans qu'une seule d'entre elles n'atteigne ce seuil).

La maladie et les traitements

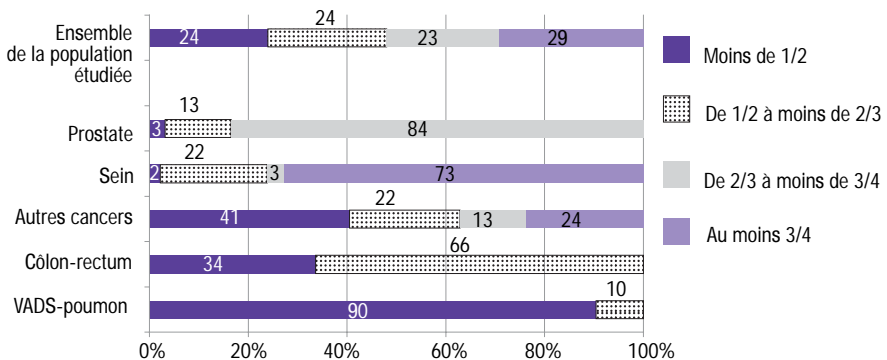
La gravité et l'évolution de la maladie vue par le malade et par les médecins

Les éléments recueillis au cours de l'enquête sur la maladie, les traitements et leurs conséquences relèvent de deux protocoles de recueil distincts. Certains ont été obtenus dans le cadre du questionnaire médical rempli par les médecins conseils de l'assurance maladie (voir p. 403) ; ils reposent sur les informations disponibles dans le dossier constitué sur le malade, en particulier pour la reconnaissance du cancer comme affection de longue durée (ALD), ainsi que sur des données qui ont pu être communiquées à la demande des médecins conseils par le médecin désigné par les personnes enquêtées au moment où elles ont accepté par écrit de participer à l'enquête. D'autres correspondent à la réponse de ces personnes dans le cadre de l'enquête téléphonique. Quelques-unes de ces informations peuvent être rapprochées pour recouper les éléments énoncés par des médecins avec la perception des malades. D'autres permettent de situer les grands traits des traitements suivis.

À partir du questionnaire médical, on dispose de deux modes d'approche de la maladie. Tout d'abord, en utilisant l'information sur la localisation et le stade de la maladie au diagnostic, nous avons utilisé une variable d'indice de pronostic relatif au diagnostic (voir le chapitre méthodologie p. 361). Cette variable reflète une probabilité de survie du cancer à cinq ans. Elle représente non pas la perspective de survie de la personne étudiée, mais la probabilité de survie de l'ensemble des personnes ayant les mêmes caractéristiques au moment du diagnostic. Le graphique 8 fait apparaître que la population étudiée, celle des patients vivant encore avec un cancer deux ans après le diagnostic, comporte une proportion identique (23% à 24%) de malades qui avaient un indice inférieur à la moitié, de malades dont l'indice était compris entre la moitié et deux tiers et de malades dont l'indice était compris entre deux tiers et trois quarts. Enfin, trois personnes sur dix (29%) avaient au moment du diagnostic l'indice de survie relative le plus favorable (plus de trois quarts). Ce graphique met en exergue les différences entre des cancers de bon pronostic, comme les cancers de la prostate et de sein, et les cancers au pronostic moins favorable, comme ceux du côlon-rectum et des VADS-poumon.

GRAPHIQUE 8

Indice de pronostic relatif au diagnostic (à partir du dossier médical) selon la localisation du cancer, en %

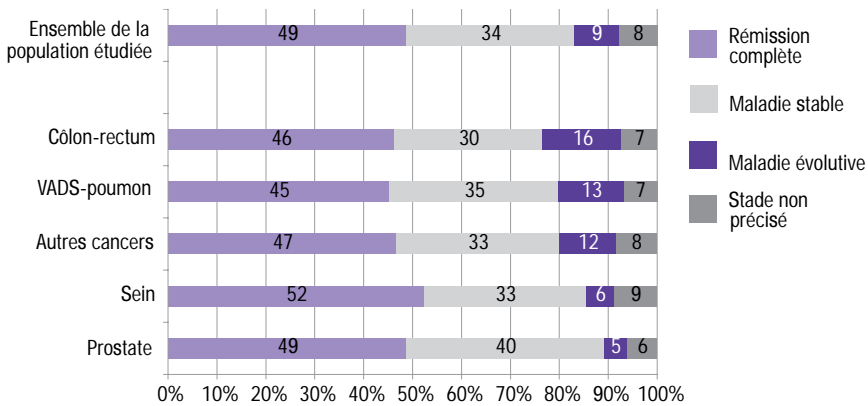


Lecture • Les indices de pronostic sont compris entre 0 et 1 et sont d'autant plus élevés que les perspectives d'évolution liées à la localisation du cancer de la personne étudiée et de son stade au diagnostic sont favorables (voir la définition dans le chapitre méthodologie).

Les questionnaires médicaux comportaient par ailleurs une question sur l'évolution de la maladie au moment de l'enquête qui donnait le choix entre « rémission complète », « maladie stable » et « maladie évolutive » (graphique 9). Dans 7,8% des cas, cette caractéristique de la maladie n'a pu être renseignée dans le questionnaire médical. En dehors de ces cas, au moment de l'enquête, les médecins estimaient que la maladie était évolutive pour une personne sur dix (9,1%) et que la maladie était en rémission complète dans la moitié des cas (49%). Les proportions de rémission chez les personnes étudiées, celles qui ont survécu deux ans après le diagnostic, sont peu affectées par la localisation du cancer. Elles se situent entre 45% pour les personnes atteintes de cancer des VADS-poumon et 52% pour les personnes atteintes de cancer du sein. La part des maladies évolutives est, quant à elle, plus contrastée, allant de 4,8% pour les cancers de la prostate et 5,8% pour les cancers du sein, à 13% pour les cancers des VADS-poumon et 16% pour les cancers du côlon-rectum.

GRAPHIQUE 9

Stade évolutif de la maladie au moment de l'enquête (à partir du dossier médical) selon la localisation du cancer



Lecture • Parmi les personnes étudiées atteintes de cancer des VADS-poumon, 45% sont en rémission complète d'après le questionnaire médical.

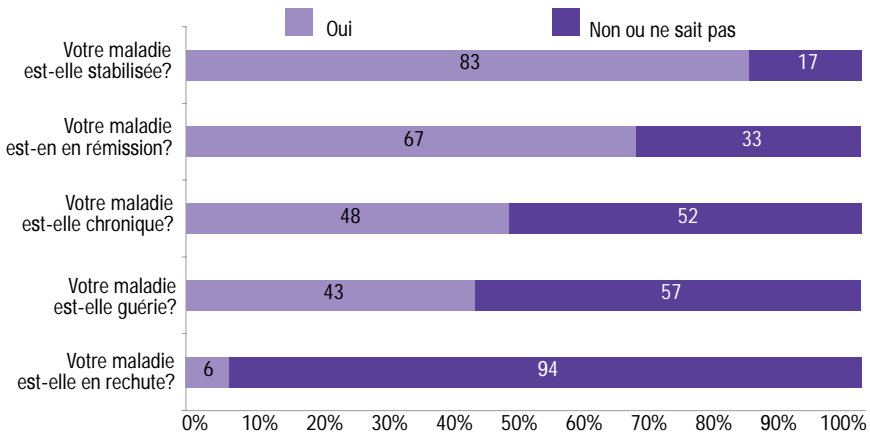
Deux ans après le début de la maladie, huit personnes atteintes de cancer sur dix considéraient que leur maladie est stabilisée (graphique 10). D'une façon générale, les personnes interrogées tendent à adopter plusieurs qualifications parmi celles qui leur étaient proposées, ce qui traduit une vision complexe de l'état de leur maladie. Deux sur trois parlent de rémission, une sur deux qualifient leur maladie de chronique et quatre sur dix disent qu'elles sont guéries (voir le chapitre p. 63). Seules 6,4% affirment que leur maladie est en rechute.

Le rapprochement entre l'état de la maladie tel qu'il est perçu par le malade et sa caractérisation dans le dossier médical fait apparaître une certaine cohérence : le malade parlera d'autant plus fréquemment de guérison, de rémission, de stabilisation, de chronicisation que le questionnaire médical évoque une situation de rémission ou même de stabilisation (graphique 11). Cependant, dans certains cas, les déclarations des personnes étudiées sont assez éloignées des constats des médecins impliqués dans l'enquête : parmi les personnes qui pensent que leur maladie est en rechute, quatre sur dix sont pourtant dans une situation qualifiée par les médecins de rémission ou de stabilisation. À l'opposé,

parmi celles qui retiennent le qualificatif de maladie stabilisée ou en rémission, les médecins ont qualifié leur situation d'évolutive dans 6% des cas; et parmi les malades qui retiennent le qualificatif de « guérie » pour leur maladie, les médecins ont parlé de maladie évolutive dans 3% des cas.

GRAPHIQUE 10

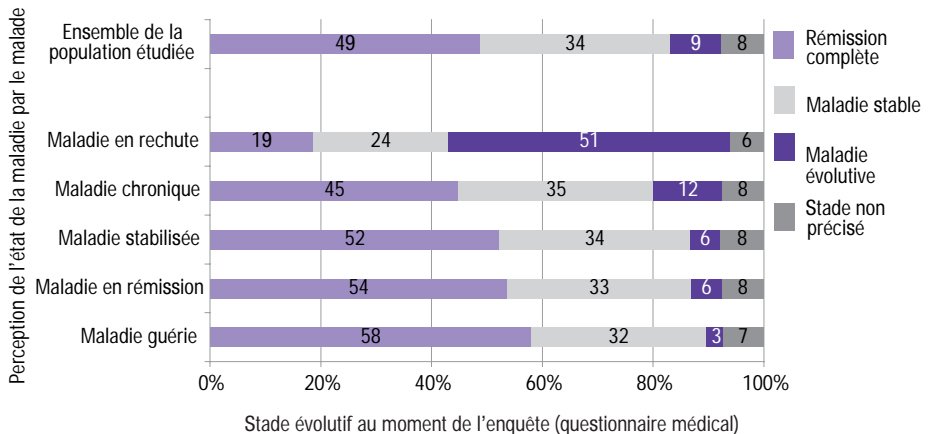
Perception de l'état de leur maladie par les malades



Lecture • Parmi les personnes étudiées, 83% déclarent être en rémission; elles peuvent également avoir répondu oui pour d'autres qualifications de leur maladie.

GRAPHIQUE 11

Perception de l'état de la maladie par les malades et stade évolutif au moment de l'enquête à partir du dossier médical



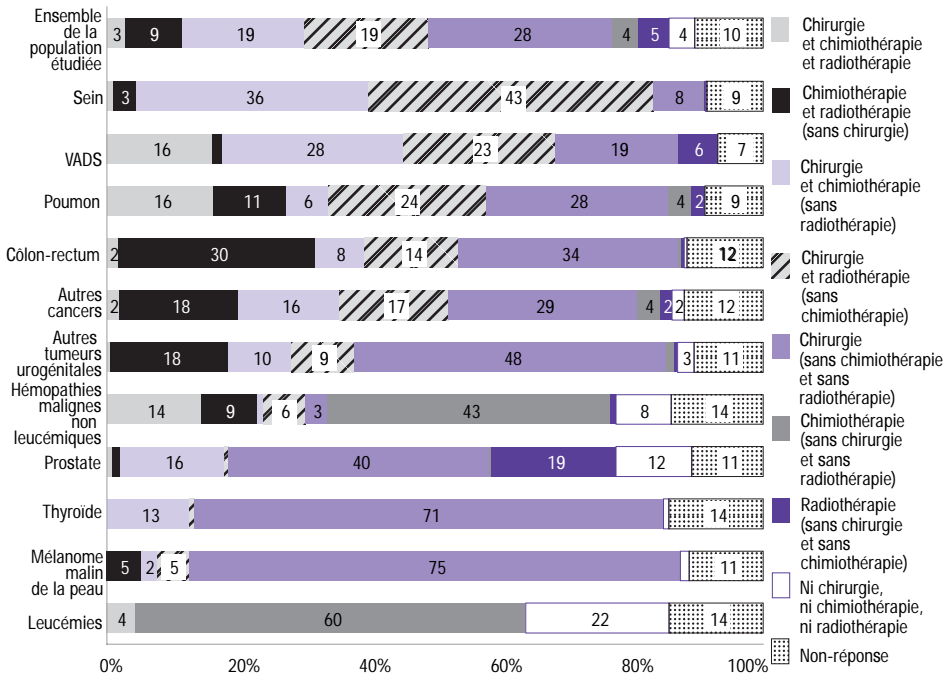
Lecture • Parmi les personnes étudiées qui ont déclaré que leur maladie était guérie, le questionnaire médical concernant 58% d'entre elles les classe « en rémission ».

Les traitements

Le questionnaire médical permet aussi de repérer les grands types de traitements qu'ont reçu les personnes atteintes de cancer (graphique 12), sauf dans 10 % des cas où les informations disponibles ne permettaient pas au médecin conseil de renseigner le questionnaire médical. Pour l'ensemble de la population étudiée, la configuration la plus fréquente est la chirurgie sans chimiothérapie ni radiothérapie (trois personnes sur dix), suivie des combinaisons chirurgie et chimiothérapie ou chirurgie et radiothérapie (deux personnes sur dix). La combinaison complète de chirurgie, de chimiothérapie et de radiothérapie concerne 2,7 % des cas et l'absence de chacun de ces types de traitements 3,9 % des cas. Au total, le traitement comprenait de la chimiothérapie dans 34 % des cas, de la chirurgie dans 68 % et de la radiothérapie dans 35 %. Bien évidemment, selon la localisation du cancer, les choix possibles sont différents. La combinaison chimiothérapie, chirurgie et radiothérapie apparaît plus fréquemment pour les malades étudiés atteints de cancers des VADS et du poumon, ainsi que d'hémopathies malignes non leucémiques (de 14 % à 16 % des cas). Cette dernière pathologie, les cancers de la prostate et surtout les leucémies sont celles où ces trois traitements sont le plus fréquemment absents pour les malades étudiés. Les chimiothérapies seules sont particulièrement fréquentes dans le cas des leucémies (60 %) et des autres hémopathies malignes (43 %). La chirurgie seule a plus spécialement concerné les personnes atteintes de mélanomes (75 %), de cancer de la thyroïde (72 %), mais aussi les cancers de la prostate (40 %) et les tumeurs urogénitales autres que de la prostate (48 %).

GRAPHIQUE 12

Traitements reçus selon la localisation du cancer



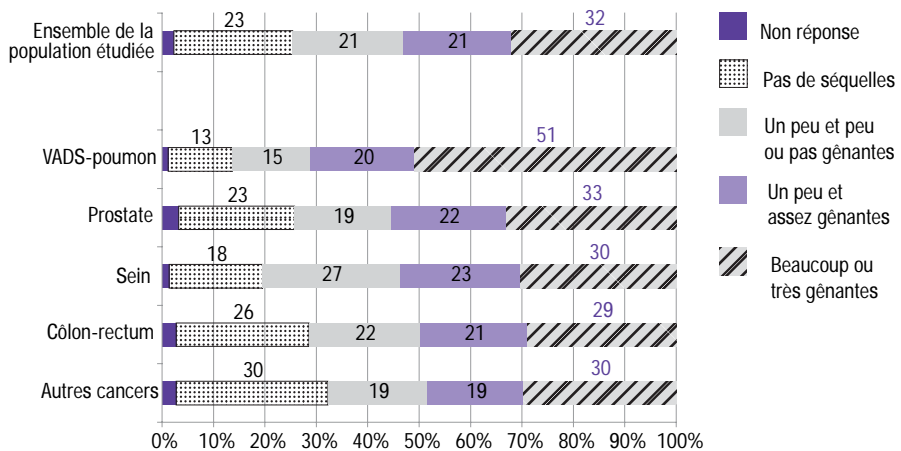
Lecture • Pour 14 % de personnes atteintes de leucémie, le questionnaire ne permet pas de préciser le traitement reçu et dans 4 % des cas ce traitement combinait chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie.

Les séquelles

Les séquelles sont évoquées dans l'enquête téléphonique sous deux angles : leur importance (« beaucoup », « un peu » ou « pas du tout » de séquelles) et leurs effets (« très », « assez », « un peu » ou « pas du tout » gênantes). Sur l'ensemble de la population étudiée, plus de la moitié (53%) déclare beaucoup de séquelles ou des séquelles assez ou très gênantes et un quart (23%) ne déclare aucune séquelle (graphique 13). Les personnes atteintes de cancers des VADS-poumon sont de loin les plus touchées : la moitié (51%) déclare beaucoup de séquelles ou des séquelles très gênantes et une sur cinq déclare un peu de séquelles mais qui sont assez gênantes. Par ailleurs, c'est parmi les personnes atteintes de cancers du côlon-rectum et de la prostate que l'on observe le plus souvent l'absence de séquelles au bout de deux ans (respectivement 26% et 23%).

GRAPHIQUE 13

Séquelles ressenties selon la localisation du cancer



Lecture • Parmi les personnes étudiées atteintes de cancer des VADS-poumons, 51% déclarent avoir beaucoup de séquelles ou des séquelles très gênantes.

La consommation de psychotropes

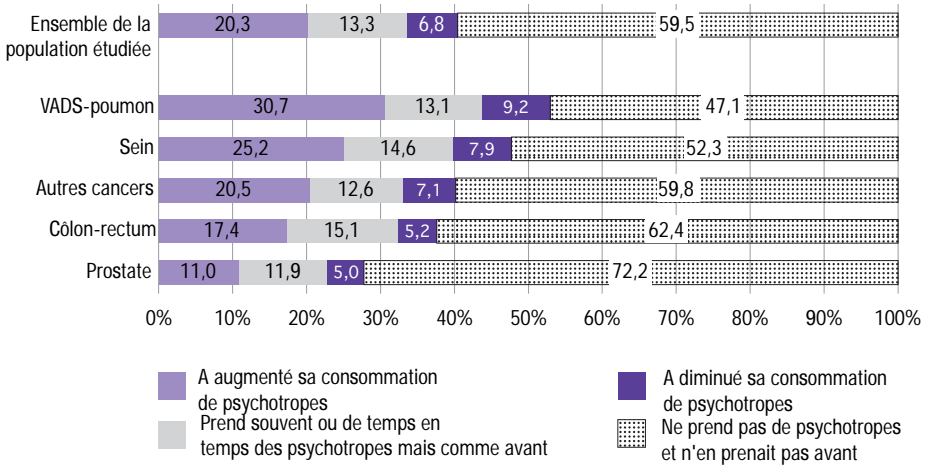
L'étude aborde également la question du recours aux psychotropes (antidépresseurs, tranquillisants somnifères), en s'appuyant sur deux questions, l'une sur la fréquence de consommation au cours de trois derniers mois et l'autre sur l'évolution de la consommation depuis la maladie. Au total, six personnes étudiées sur dix ne prennent pas de psychotropes au moment de l'enquête et n'en prenaient pas avant leur maladie (graphique 14). Deux sur dix ont augmenté leur consommation depuis la maladie ou commencé à consommer des psychotropes. Enfin, deux sur dix consomment autant (deux tiers d'entre eux) ou moins de psychotropes (un tiers) qu'avant leur maladie. Les personnes atteintes de cancers des VADS-poumon sont celles qui ont le plus souvent déclaré avoir augmenté leur consommation de psychotropes, devant les personnes atteintes de cancer du sein. À l'opposé, les hommes atteints de cancer de la prostate sont ceux qui déclarent le moins avoir augmenté leur consommation.

Les réponses sur la fréquence de consommation apportent quelques nuances sur cette évolution : deux malades sur dix (22%) déclarent en consommer souvent et 13% de

temps en temps (graphique 15). Parmi ceux qui déclarent en prendre moins qu'avant, la moitié n'en consomme plus au moment de l'enquête. Parmi ceux qui en prennent davantage qu'avant, six sur dix (59 %) déclarent en prendre souvent.

GRAPHIQUE 14

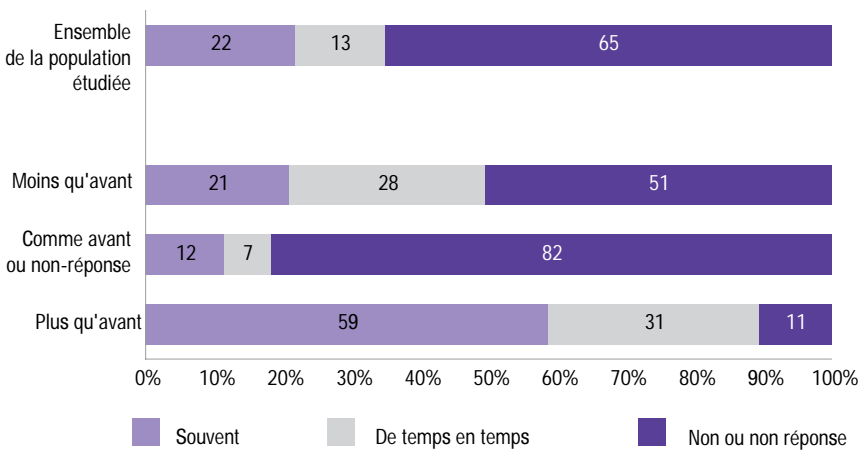
Niveau et évolution de la consommation de psychotropes selon la localisation du cancer



Lecture • Parmi les personnes étudiées atteintes de cancer du colón-rectum, 15 % prennent souvent ou de temps en temps des psychotropes mais déclarent que leur consommation n'a pas évolué par rapport à avant la maladie.

GRAPHIQUE 15

Niveau de consommation de psychotropes selon l'évolution depuis le début de la maladie



Lecture • Parmi les personnes étudiées qui déclarent que leur consommation de psychotropes a augmenté depuis la maladie, 30 % en prennent de temps en temps.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Monteil C., Robert-Bobée I., 2005, « Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes », *Insee première*, n° 1025, juin.
- Prioux F., 2005, « L'évolution démographique récente en France », *Population-F*, 60(4), p. 443-488.

Comparaison avec les données épidémiologiques

Pascale Grosclaude, Florence Suzan, Alain Weill, Guy-Robert Auleley,
Vincent Van Boskstaël

Ce chapitre s'efforce d'apprécier dans quelle mesure l'échantillon étudié diffère de la population cible de l'étude, c'est-à-dire les personnes survivant à leur cancer deux ans après l'établissement du diagnostic. Ne disposant pas d'une source exhaustive de référence pour étudier cette population cible, l'échantillon des patients recrutés parmi les bénéficiaires de l'assurance maladie exonérés du ticket modérateur au titre de la liste des affections de longue durée (ALD) été comparé à une extrapolation nationale des données issues des registres de cancers. Les différences observées résultent de différents phénomènes, liés soit aux conditions de l'inscription en ALD et de leurs conséquences sur le répertoire des ALD utilisé pour identifier les patients, soit aux contraintes pratiques de l'enquête, qui prévoyait que les personnes enquêtées devaient être contactées et interrogées par téléphone à leur domicile.

La distribution des cas de l'échantillon ALD par localisation du cancer, par âge au diagnostic et par sexe a été comparée à celle des malades estimée par les registres. Les sujets jeunes, ainsi que les femmes et les cancers de bon pronostic (et de ce fait les cancers du sein), apparaissent surreprésentés dans l'échantillon étudié. Ce biais tient notamment au fait que les malades en institution ou hospitalisés pour une longue durée, souvent les cas les plus lourds, ont été exclus du champ de l'enquête, compte tenu des contraintes liées à son protocole.

L'OBJECTIF général de cette enquête était d'étudier les conditions de vie des personnes vivant avec un cancer, deux ans après le diagnostic. Ne disposant pas d'une source exhaustive de référence pour étudier cette population cible, trois possibilités ont été envisagées pour l'identifier et pouvoir ensuite interroger un échantillon représentatif de ces patients résidant en France : les structures de soin, les registres du cancer et les fichiers des personnes prises en charge au titre de l'affection de longue durée (ALD) de l'assurance maladie. L'utilisation des structures de soins pour identifier et sélectionner la population cible n'a pas été retenue en raison de sa trop grande complexité et des risques importants de biais qu'elle pouvait entraîner (voir l'article p. 21). Quant aux

registres, qui recensent l'ensemble des cancers incidents auprès de toutes les structures médicales susceptibles de participer au diagnostic ou à la prise en charge des patients, ils n'existent pas sur tout le territoire français et n'auraient donc pas permis une représentativité nationale (encadré 1). Il a donc été décidé d'utiliser les répertoires des ALD disponibles dans les trois principaux régimes d'assurance maladie, qui couvrent approximativement 96 % de la population française.

Les différences entre la population effectivement étudiée et la population cible de cette étude, les personnes vivant avec un cancer deux ans après le premier diagnostic, peuvent résulter de différents phénomènes :

- d'une part, le fait que la base de données utilisée pour identifier les patients (les fichiers ALD) n'est pas totalement représentative des cas diagnostiqués et donc des patients en vie deux ans après le diagnostic de cancer ;
- d'autre part, les conditions d'inclusion à l'enquête téléphonique : en effet, le protocole d'enquête imposait de pouvoir contacter et interroger des malades à leur domicile, même si un effort particulier était fait pour joindre les malades en hospitalisation de courte durée lors du premier contact téléphonique.

En revanche, le fait d'accepter ou non de répondre, qui introduit classiquement un biais dans l'échantillon dès lors qu'il existe des différences significatives dans les caractéristiques des répondants et des non-répondants, a été corrigé par le recours aux techniques de pondération (voir l'article méthodologie, p. 361).

Il s'agit ici d'apprécier dans quelle mesure la population étudiée diffère de la population cible de l'étude. En l'absence d'une source exhaustive de référence pour cette population cible, la population étudiée a été comparée à une extrapolation nationale des données partielles issues des registres de cancers existants. Afin de mieux discuter l'origine des différences observées, la comparaison s'est faite à plusieurs niveaux (voir l'encadré méthodologique) : tout d'abord, au niveau des fichiers sources dans lesquels les personnes à interroger ont été tirées au sort (fichiers ALD établis au moment du diagnostic) ; ensuite, au niveau des personnes encore vivantes deux années après leur diagnostic ; et enfin, au niveau des personnes effectivement interrogées.

ENCADRÉ 1

Le réseau Francim et les indicateurs fournis par les registres des cancers

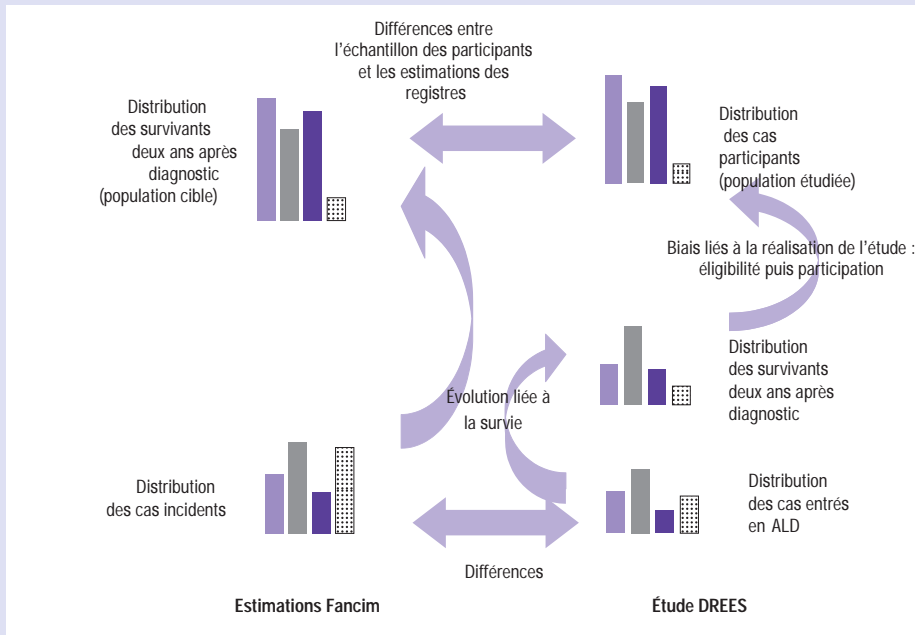
En 2002, la France métropolitaine comptait onze registres généraux et dix registres spécialisés des cancers. Ils recensent les cas de cancer diagnostiqués dans la population de seize départements (soit près de 13 % de la population française) par une enquête permanente auprès des différentes structures de soins prenant en charge des patients atteints de cancer. À cela s'ajoutent, pour les enfants, deux registres qui assurent un enregistrement national des tumeurs.

Les registres ont pour tâche d'obtenir un enregistrement exhaustif et sans double compte des cas de cancer, afin de disposer d'indicateurs (incidence, survie, prévalence, etc.) dans la population. Les registres français de cancer se sont regroupés en un réseau (Francim), qui a notamment pour objectif de produire et de publier des estimations nationales à partir des données collectées au niveau départemental.

Pour mener à bien ces travaux, une base de données commune a été créée, regroupant l'ensemble des données d'incidence collectées. Cette base est administrée en collaboration par le réseau Francim, le service de statistiques des hospices civils de Lyon et l'Institut de veille sanitaire (InVS). Depuis sa création, cette base a servi à la publication de chiffres d'incidence (estimation nationale 2000 et évolution 1978-2000) [Remontet *et al.*, 2003] et d'estimation régionale et de survie [Grosclaude *et al.*, 2007].

MÉTHODOLOGIE

Nous avons choisi d'analyser les différences entre la population étudiée (pondérée, c'est-à-dire représentative de la population éligible à notre enquête) et la population des personnes atteintes de cancer encore vivantes deux ans après le diagnostic, telle qu'elle a été identifiée dans les registres. Pour cela, nous avons comparé la distribution des cas par localisation de cancer, par âge au diagnostic et par sexe. La comparaison a été faite à plusieurs niveaux, afin de mieux discuter l'origine des différences observées.



Dans un premier temps, nous avons comparé la distribution des cas observés dans la population des patients ayant demandé une prise en charge en ALD pour cancer dans les trois régimes d'assurance maladie concernés en 2002 à celle des patients pour lesquels un diagnostic de cancer a été établi (cas incidents), telle qu'elle est estimée pour la France en 2000 à partir des données des registres de cancer (encadré 1) [Remontet *et al.*, 2003].

Dans un second temps, nous avons comparé les taux de survie des personnes atteintes de cancer disponibles dans les registres deux ans après le diagnostic [Grosclaude *et al.*, 2007] avec ceux de l'enquête.

Enfin, la comparaison a porté sur les caractéristiques de trois populations de patients survivants : celle qui a été estimée à partir des registres d'une part ; la population estimée des survivants parmi les cas pris en charge en ALD en 2002 (à partir des survivants de l'échantillon tiré au sort après pondération¹) d'autre part, et enfin, les personnes qui étaient éligibles² pour l'enquête (en prenant en compte les non-réponses au courrier de demande de consentement³).

Les intervalles de confiance, calculés pour les différentes statistiques présentées à partir de l'enquête ALD, sont rapportés dans les tableaux chiffrés.

1. L'échantillon tiré au sort parmi les cas pris en charge en ALD en septembre-octobre 2002 a été pondéré de telle sorte qu'il soit représentatif des cas pris en charge en ALD pour l'ensemble de l'année 2002. Les survivants à deux ans de cet échantillon pondéré donnent donc une estimation des survivants à deux ans des cas pris en charge en ALD sur l'ensemble de l'année 2002.

2. L'enquête téléphonique nécessitait que les personnes interrogées puissent y répondre : les personnes enquêtées devaient donc se trouver à leur domicile (exclusion des personnes hospitalisées de longue durée) et être dans la capacité de répondre à un questionnaire par téléphone.

3. Voir l'article Méthodologie p. 361.

Caractéristiques des sources de données utilisées

Tous les cancers peuvent donner lieu, si les personnes atteintes en font la demande, à une prise en charge à 100 % du tarif de convention fixée par la Sécurité sociale. Ces personnes sont alors enregistrées au répertoire des ALD pour « tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique ». Ce répertoire constitue une très bonne base de sondage pour créer au niveau national un échantillon représentatif des patients atteints de cancer. Toutefois, malgré l'avantage financier que confère la prise en charge à 100 % des soins dans le cadre des ALD, tous les patients ou les médecins traitants de patients atteints d'un cancer ne demandent pas une exonération du ticket modérateur. Les biais que les fichiers ALD peuvent induire par rapport à l'incidence réelle sont difficiles à estimer à partir des données de la littérature, car il n'existe pas d'étude comparant directement les personnes pour lesquelles un diagnostic de cancer est établi (cas incidents) et les malades bénéficiaires d'une ALD. Les seules comparaisons portent sur des zones géographiques limitées [Dantan et Delarue, 2005 ; Pfister *et al.*, 1999] et montrent que le nombre global de patients demandant une prise en charge pour ALD est généralement plus faible que le nombre de nouveaux malades diagnostiqués. Cette sous-déclaration s'observe pour tous les types de cancers, [Leenhardt *et al.*, 2003 ; Chinaud *et al.*, 2004]. Les cancers du sein font cependant figure d'exception, le nombre de prise en charge en ALD étant parfois supérieur de 15 % au nombre de nouveaux cas mesurés par les registres.

Nous avons choisi de comparer les estimations du nombre et de la survie des nouveaux cas de cancers diagnostiqués faites par le réseau français des registres de cancer aux cas effectivement étudiés. Pour l'incidence, ces estimations sont réalisées à partir d'un nombre limité de registres, qui ne couvrent donc pas la totalité de la population française et qui ne sont pas strictement représentatifs de cette population : on observe une légère sous-représentation des zones urbaines, et notamment des grandes villes. Toutefois, la modélisation conduisant à cette estimation utilise les données exhaustives de mortalité déclarée dans l'ensemble du pays pour corriger ce biais. De ce fait, la seule hypothèse de ce modèle de calcul de l'incidence est que la survie des patients (par âge, sexe et localisation de cancer) est en moyenne la même dans les zones de registres et pour l'ensemble de la France. Si cette hypothèse peut être remise en question pour des estimations à petite échelle, comme le département ou la région, elle paraît en revanche raisonnable pour l'ensemble de la France. Les estimations utilisées ici correspondent à l'année 2000, soit deux années plus tôt que l'année de diagnostic des malades interrogés. L'évolution de l'incidence en deux ans ne peut pas entraîner de déformation majeure de la distribution des cas. Bien que l'on observe des augmentations évidentes du nombre des cancers du sein et de la prostate, elles ne peuvent, à elles seules, suffire à expliquer les différences observées.

Cas incidents estimés dans les registres de cancer en 2000 et cas enregistrés dans les fichiers ALD en 2002

La première comparaison entre les cas incidents estimés dans le réseau Francim de 2000 et les cas enregistrés dans les fichiers ALD en 2002 montre une relative proximité. On note toutefois une surreprésentation de certains cancers par rapport aux estimations de l'incidence fondées sur les registres (tableau 1 et graphique 1) : c'est le cas notamment de cancers fréquents comme les cancers du sein (20 % contre 15 %), de la prostate (16 % contre 14 %), mais aussi, quoique de façon moins prononcée, de tumeurs plus rares comme le mélanome cutané, le cancer de la thyroïde ou du pancréas.

Si les femmes ne représentent que 42 % des cas incidents (graphique 2), leur proportion atteint 46 % parmi les ALD. De plus, les sujets qui bénéficient d'une prise en charge au titre de l'ALD en 2002 sont plus jeunes que les cas incidents de 2000.

La sous-déclaration des demandes de prise en charge en ALD pour certains cancers, déjà relevée dans la littérature, est généralement attribuée aux patients qui bénéficient déjà d'un remboursement à 100 % pour des raisons diverses. Certains patients disposent d'une couverture complémentaire par une mutuelle qui équivaut quasiment à une prise en charge à 100 % ; d'autres bénéficient déjà d'un taux de remboursement à 100 % pour des raisons administratives (couverture maladie universelle, régime local en Alsace-Moselle, pension d'invalidité) ; le remboursement à 100 % peut également venir d'une ALD antérieure au cancer, ou être lié à des actes médicaux relevant déjà d'une prise en charge à 100 %. Dans certains cas, c'est par souci de confidentialité que la demande n'est pas faite.

Ces différentes raisons ont probablement entraîné une diminution des demandes de prises en charge en ALD aux deux extrêmes du spectre de gravité des tumeurs. Les tumeurs de petite taille (et de bon pronostic) ne suscitent pas de demande si, d'une part, elles sont traitées par un seul acte chirurgical faisant déjà l'objet d'un remboursement total, et si, d'autre part, les patients craignent la stigmatisation associée au diagnostic. À l'inverse, pour les tumeurs très évoluées, la demande ne sera pas faite si le décès est très rapide et survient dès la phase chirurgicale du traitement. De même, les sujets très âgés ou porteurs d'autres maladies à haut risque de décès sont souvent déjà pris en charge au titre de l'ALD pour d'autres pathologies. Ce mécanisme, probablement dominant, explique la sous-représentation des tumeurs de très mauvais pronostic comme le cancer du foie. Il explique aussi la plus forte proportion de survivants parmi les patients en ALD, quelle que soit la localisation du cancer (tableau 2).

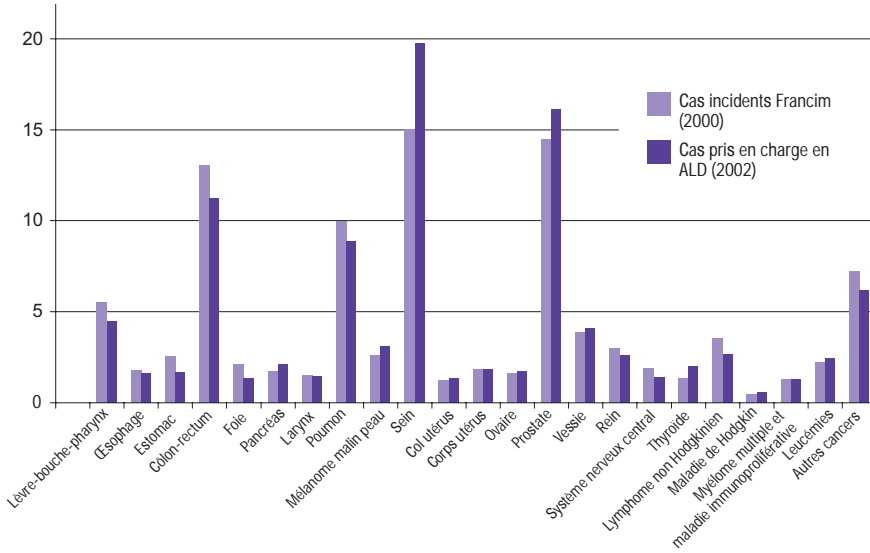
C'est certainement pour ces mêmes raisons que l'on observe dans les fichiers ALD une surreprésentation d'un cancer fréquent, survenant chez des femmes relativement jeunes, de bon pronostic et dont le traitement comprend souvent une chimiothérapie ou une radiothérapie comme le cancer du sein. De plus, il est probable que certaines ALD accordées pour « tumeur maligne » correspondent en fait à des tumeurs qui ne devraient pas être qualifiées de « cancer » au sens strict du terme. Il s'agit notamment, dans le cas du sein, de cancers *in situ* ou de tumeurs « borderline », dont la prise en charge est néanmoins très proche de celle d'un véritable cancer (tumeur maligne invasive).

À l'inverse, les cancers recto-coliques sont associés à deux facteurs qui diminuent la probabilité de demander une ALD : un traitement qui est (ou du moins était au moment de l'étude) très souvent exclusivement chirurgical et un âge élevé des patients qui, de ce fait, cumulent plus souvent plusieurs morbidités.

Enfin, il faut souligner que la sous-représentation probable des patients de plus mauvais pronostic dans les ALD est moins gênante quand, comme dans le travail réalisé ici, l'enquête s'intéresse avant tout aux conditions de vie des patients atteints de cancer encore vivants deux ans après leur diagnostic. En effet, les cas graves et globalement les patients de mauvais pronostic, qui semblent être à l'origine d'une grande partie de la sous-déclaration des demandes d'ALD, sont malheureusement pour l'essentiel déjà décédés deux ans après le diagnostic.

GRAPHIQUE 1

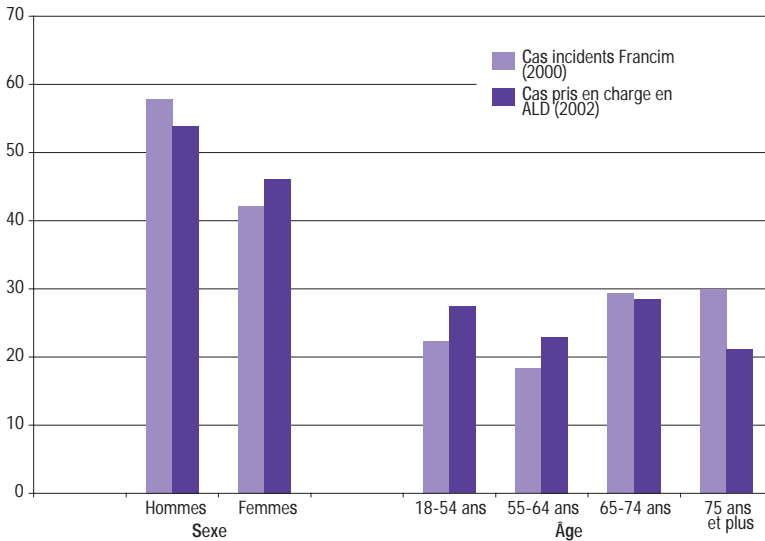
Répartition des cas de cancer selon la localisation du cancer, en %



Sources • FRANCIM (registres du cancer-estimation d'incidence en 2000); CNAMTS, CCMSA, RSI: entrées en ALD en 2002.

GRAPHIQUE 2

Répartition des cas de cancer selon le sexe et l'âge, en %



Sources • FRANCIM (registres du cancer-estimation d'incidence en 2000); CNAMTS, CCMSA, RSI: entrées en ALD en 2002.

TABLEAU 1

Répartition des cas de cancers selon la localisation cancéreuse, le sexe et l'âge, en %

Localisation du cancer	Cas incidents Francim (2000)	Cas pris en charge en ALD (2002)
Lèvre-bouche-pharynx	5,5	4,5
Œsophage	1,8	1,6
Estomac	2,6	1,7
Colon-rectum	13,0	11,3
Foie	2,1	1,3
Pancréas	1,8	2,1
Larynx	1,5	1,5
Poumon	10,0	8,9
Mélanome malin (peau)	2,6	3,1
Sein	15,0	19,8
Col de l'utérus	1,2	1,3
Corps de l'utérus	1,8	1,8
Ovaire	1,6	1,7
Prostate	14,5	16,1
Vessie	3,9	4,1
Rein	3,0	2,6
Système nerveux central	1,9	1,4
Thyroïde	1,3	2,0
Lymphome non Hodgkinien	3,6	2,7
Maladie de Hodgkin	0,5	0,6
Myélome multiple et maladie immunoproliférative	1,3	1,3
Leucémies	2,2	2,4
Autres cancers	7,3	6,2
Sexe		
Homme	57,9	53,9
Femme	42,1	46,1
Âge		
18-54 ans	22,3	27,4
55-64 ans	18,3	23,0
65-74 ans	29,4	28,5
75 ans et plus	30,0	21,1

Sources • FRANCIM (registres du cancer-estimation d'incidence en 2000), CNAMTS, CCMSA, RSI: entrées en ALD en 2002.

TABLEAU 2

Pourcentages de survivants deux ans après le primo-diagnostic de cancer

	Cas incidents Francim (2000)	Cas pris en charge en ALD (2002)	
	%	%	Intervalle de confiance (IC) à 95%
Localisation du cancer			
Lèvre-bouche-pharynx	52,0	57,9	53,8 - 61,7
Œsophage	21,0	26,0	20,4 - 32,2
Estomac	31,0	36,0	29,9 - 42,5
Colo-n-rectum	62,0	72,5	70,2 - 74,7
Foie	17,0	23,5	17,8 - 30,4
Pancréas	10,0	18,2	13,9 - 23,1
Larynx	67,0	66,2	59,2 - 72,5
Poumon	23,0	25,0	22,6 - 27,5
Mélanome malin (peau)	88,0	84,4	80,7 - 87,4
Sein	89,0	93,3	92,3 - 94,1
Col de l'utérus	76,0	78,4	71,4 - 83,9
Corps de l'utérus	78,0	84,3	79,4 - 88,1
Ovaire	56,0	61,9	55,4 - 68,0
Prostate	78,0	89,8	88,5 - 90,9
Vessie	61,0	73,3	69,6 - 76,7
Rein	68,0	73,6	68,9 - 77,9
Système nerveux central	27,0	30,4	24,0 - 37,6
Thyroïde	90,0	95,3	92,2 - 97,2
Lymphome non Hodgkinien	60,0	75,1	70,3 - 79,4
Maladie de Hodgkin	87,0	91,8	82,5 - 96,4
Myélome multiple et maladie immunoproliférative	62,0	68,0	60,6 - 74,6
Leucémies	59,0	70,4	65,2 - 75,2
Tous cancers	59,0	70,6	69,8 - 71,3
Sexe			
Homme	52,0	65,3	64,2 - 66,4
Femme	68,0	76,7	75,7 - 77,7
Âge au moment du diagnostic			
18-54 ans	75,0	77,1	75,6 - 78,4
55-64 ans	63,0	74,3	72,7 - 75,8
65-74 ans	58,0	70,5	69,0 - 71,9
75 ans et plus	45,0	58,1	56,4 - 59,8

Sources • FRANCIM : registres du cancer - survie des patients atteints de cancer en France.

Des taux de survie plus élevés pour les patients en ALD

La proportion des personnes survivant à leur cancer deux ans après le diagnostic est nettement plus élevée parmi les cas pris en charge en ALD que celle estimée à partir des données des registres (tableau 2) : 71 % de l'ensemble des patients en ALD vivent encore deux ans plus tard, alors que cette proportion atteint 59 % selon les registres. Les patients pris en charge en ALD semblent donc bien avoir un meilleur pronostic que ceux repérés dans les registres. Ce phénomène global est non seulement lié à la surreprésentation des localisations de bon pronostic mentionnée dans le paragraphe précédent – les femmes ayant eu un cancer du sein, qui est de bon pronostic, sont nettement plus nombreuses en ALD (30 %) que dans les registres (23 %) – mais aussi à une sélection des malades pour chacun des cancers. En effet pour pratiquement toutes les localisations cancéreuses (sauf les mélanomes et les cancers du larynx), le pronostic des cas en ALD est meilleur que celui attendu d'après les registres.

La différence entre survivants des cas pris en charge en ALD et survivants estimés par les données des registres est importante pour certaines localisations fréquentes (sein, prostate, côlon-rectum). Elle est plus marquée pour les hommes que pour les femmes et, en termes d'âge, n'apparaît nettement que pour les patients de plus de 55 ans.

L'impact de la mortalité sur les caractéristiques des survivants deux ans après le diagnostic

Les différences de mortalité durant les deux premières années influent fortement sur les caractéristiques des patients encore vivants deux ans après le diagnostic (tableaux 1 et 3). Les patients diagnostiqués avec une tumeur à forte létalité, comme les cancers du poumon, qui représentaient 9 % des cas initialement selon les registres, représentent un peu moins de 4 % des survivants deux ans après l'établissement du diagnostic. D'autres tumeurs de mauvais pronostic mais plus rares, avec une fréquence proche de 2 % des cas diagnostiqués, comme les cancers de l'estomac, de l'œsophage, du foie, du pancréas ou du système nerveux central, concernent moins de 1 % des survivants. En revanche, les personnes qui souffraient d'une tumeur de bon pronostic, comme le cancer de la prostate et surtout le cancer du sein, sont logiquement beaucoup plus nombreuses deux ans après le diagnostic.

Il existe des différences de pronostic entre hommes et femmes ; elles sont dues à la nature des cancers qu'ils ont, mais aussi au fait que, pour un même cancer, la survie est généralement meilleure chez les femmes. Il n'est pas surprenant de voir que l'évolution du sex-ratio est très importante : les femmes, qui représentaient 42 % des cas diagnostiqués selon les registres et 46 % des cas ayant bénéficié d'une ALD, sont 49 % chez les survivants à deux ans selon l'estimation des registres et 50 % chez ceux ayant bénéficié d'une ALD. Enfin, comme l'on pouvait s'y attendre, la proportion des patients les plus jeunes parmi les survivants a augmenté. Les différences mises en évidence au moment du diagnostic entre les données d'incidence estimées à partir des registres et celles des fichiers ALD persistent sans grande évolution parmi les personnes encore vivantes deux ans après le diagnostic dans les deux types de populations (tableau 3). Les divergences observées initialement dans les répartitions par sexe et par âge ont légèrement diminué.

TABLEAU 3

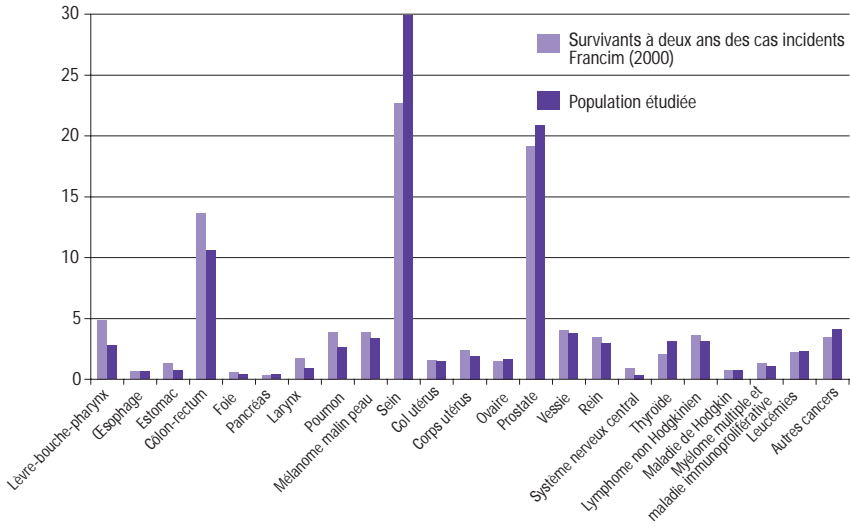
Répartition des survivants à deux ans selon la localisation du cancer, le sexe et l'âge

Localisation du cancer	Survivants à deux ans			Population étudiée	
	Cas incidents Francim (2000)	Cas pris en charge en ALD (2002)		%	Intervalle de confiance (IC) à 95 %
	%	%	Intervalle de confiance (IC) à 95 %		
Lèvre-bouche-pharynx	4,9	3,7	3,3 - 4,1	2,8	2,3 - 3,3
Œsophage	0,6	0,6	0,5 - 0,7	0,6	0,4 - 0,9
Estomac	1,3	0,9	0,7 - 1,0	0,8	0,5 - 1,1
Colón-rectum	13,7	11,6	10,9 - 12,2	10,7	9,7 - 11,7
Foie	0,6	0,4	0,3 - 0,6	0,4	0,2 - 0,6
Pancréas	0,3	0,5	0,4 - 0,7	0,4	0,2 - 0,6
Larynx	1,7	1,4	1,1 - 1,6	0,9	0,6 - 1,2
Poumon	3,9	3,2	2,8 - 3,5	2,6	2,2 - 3,1
Mélanome malin (peau)	3,9	3,7	3,3 - 4,1	3,4	2,8 - 4,0
Sein	22,7	26,1	25,2 - 27,0	30,0	28,6 - 31,3
Col de l'utérus	1,6	1,5	1,2 - 1,7	1,5	1,1 - 1,9
Corps de l'utérus	2,4	2,2	1,9 - 2,4	1,9	1,5 - 2,4
Ovaire	1,5	1,5	1,3 - 1,8	1,7	1,3 - 2,1
Prostate	19,2	20,5	18,5 - 21,3	20,9	19,7 - 22,1
Vessie	4,0	4,2	3,9 - 4,6	3,8	3,2 - 4,4
Rein	3,4	2,7	2,4 - 3,1	2,9	2,5 - 3,5
Système nerveux central	0,9	0,6	0,5 - 0,8	0,4	0,2 - 0,6
Thyroïde	2,0	2,7	2,4 - 3,1	3,1	2,6 - 3,7
Lymphome non Hodgkinien	3,6	2,9	2,5 - 3,2	3,1	2,7 - 3,7
Maladie de Hodgkin	0,7	0,8	0,6 - 1,0	0,8	0,5 - 1,1
Myélome multiple et maladie immunoproliférative	1,4	1,3	1,0 - 1,5	1,0	0,7 - 1,4
Leucémies	2,2	2,4	2,1 - 2,8	2,3	1,9 - 2,8
Autres cancers	3,4	4,7	4,2 - 5,1	4,1	3,6 - 4,8
Sexe					
Homme	51,2	49,8	48,8 - 50,8	47,5	45,0 - 49,0
Femme	48,8	50,2	49,1 - 51,2	52,5	51,0 - 54,0
Âge au moment du diagnostic					
18-54 ans	28,5	30,0	29 - 30,1	33,4	31,9 - 34,8
55-64 ans	19,6	24,2	23,3 - 25,1	25,6	24,3 - 26,9
65-74 ans	29,0	28,5	27,5 - 29,4	29,3	28,0 - 30,7
75 ans et plus	22,9	17,4	16,7 - 18,1	11,71	10,7 - 12,7

Sources • FRANCIM : registres du cancer - estimation d'incidence en 2000.

GRAPHIQUE 3

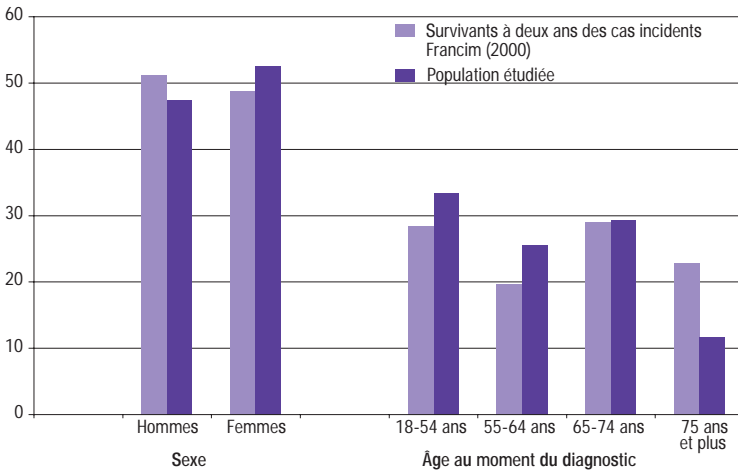
Répartition des survivants à deux ans selon la localisation du cancer, en %



Sources • FRANCIM : registres du cancer - estimation d'incidence en 2000.

GRAPHIQUE 4

Répartition des survivants à deux ans selon le sexe et l'âge, en %



Sources • FRANCIM : registres du cancer - estimation d'incidence en 2000.

Le protocole de l'enquête a conduit à sous-représenter les patients les plus malades

Pour participer à l'étude, il fallait, d'une part, accepter de participer et répondre effectivement à l'enquête et, d'autre part, pouvoir répondre à un entretien téléphonique à son domicile. Le refus de participation et la non-réponse ont été pris en compte au travers d'un redressement. En revanche, les critères d'éligibilité (liés aux contraintes d'une enquête téléphonique) ont pu jouer un rôle majeur dans la différence entre la population effectivement étudiée et la population cible, les personnes survivant au cancer deux ans après le diagnostic. La sous-représentation des cancers des lèvres, de la bouche ou du pharynx se creuse logiquement, les personnes atteintes de ces cancers ayant potentiellement de plus grandes difficultés pour répondre à une enquête téléphonique (tableau 3 et graphique 3). Le cancer colorectal reste également sous-représenté, de même que les cancers du poumon. Les cancers du sein, ainsi que ceux de la prostate et de la thyroïde, paraissent quant à eux plus fréquents dans la population étudiée que dans celle issue des registres. La proportion des femmes et des sujets les plus jeunes apparaît également logiquement plus importante dans l'échantillon étudié (graphique 4).

La sélection liée aux conditions pratiques du protocole d'enquête semble être un facteur important des différences identifiées avec les registres. Le fait d'avoir exclu les patients qui ne pouvaient être joints à leur domicile du fait d'une hospitalisation de longue durée ou vivant en institution a inévitablement affecté la participation à l'enquête des sujets les plus âgés, des personnes atteintes de cancers de plus mauvais pronostic et, de ce fait, la participation des hommes. Le choix des fichiers d'ALD pour identifier la population d'étude a aussi contribué à cet écart, même s'il n'est pas possible de mesurer précisément l'impact de ce choix.

Conclusion

Par construction, puisque l'enquête intervenait à deux ans du diagnostic, l'échantillon étudié ne prétend en aucun cas représenter la totalité des cas incidents de cancers. Comme le suggère la comparaison avec les estimations des survivants à deux ans basées sur les registres de cancers exhaustifs des cas dans un certain nombre de départements, l'échantillon de l'enquête ne peut pas non plus être considéré comme parfaitement représentatif des patients atteints de cancers en France et survivant deux ans après leur diagnostic. Les sujets jeunes, ainsi que les femmes (et logiquement les cancers du sein), y semblent clairement surreprésentés.

Toutefois, il apparaît que cette différence par rapport à la population cible de l'enquête ne s'explique que partiellement par le fait d'avoir utilisé les fichiers ALD pour identifier la population que l'on souhaitait étudier. La sélection des patients due aux fichiers ALD est amplifiée par les critères d'éligibilité imposés par la nécessité d'interroger les malades par téléphone à leur domicile. L'utilisation des fichiers ALD demeure justifiée, malgré les différences observées avec les registres, car elle présente des avantages non négligeables : existence d'une base nationale, réactivité, possibilité de retour aux patients. Elle l'est d'autant plus que l'objectif prioritaire de l'enquête était d'étudier les conditions de vie des personnes atteintes confrontées à la perspective de leur retour à une vie « normale » deux ans après le diagnostic et à des éléments d'évaluation des politiques publiques censées leur apporter aide et soutien.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Chinaud F., Weill A., Vallier N., 2004, « Incidence du cancer du poumon en France métropolitaine de 1997 à 2002 : les données du régime général de l'assurance maladie », *Revue médicale de l'assurance maladie*, n° 2, 69-79.
- Dantan C., Delarue M., 2005, « Épidémiologie des cancers en Midi-Pyrénées », *Bulletin de l'Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées*, ORSMIP, octobre.
- Grosclaude P., Bossard N., Remontet L., Belot A., Arveux P., Bouvier A.-M., Launoy G., Maynadier M., Velten M., Faivre J., Estève J. (sous la dir. de), 2007, *Survie des patients atteints de cancer en France : étude des registres du réseau Francim*, Éditions Springer, Paris, 404 p.
- Leenhardt L., Grosclaude P., Chérié-Challine L. (sous la dir. de), 2003, *Recommandations pour la mise en place d'un dispositif de surveillance épidémiologique nationale des cancers thyroïdiens. Synthèse du rapport*, Institut national de veille sanitaire, Paris.
- Pfister P., Asselain B., Blanchon B., Martin E., Rezvani A., Souques M., Zummer K. (sous la dir. de), 1999, *Incidence médico-sociale des cancers en Île-de-France – Cohorte 94*, Association PETRI, Paris, 185 p.
- Remontet L., Buémi A., Velten M., Jouglà E., Estève J. (sous la dir. de), 2003, *Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000*, Institut national de veille sanitaire, Paris, 305 p.