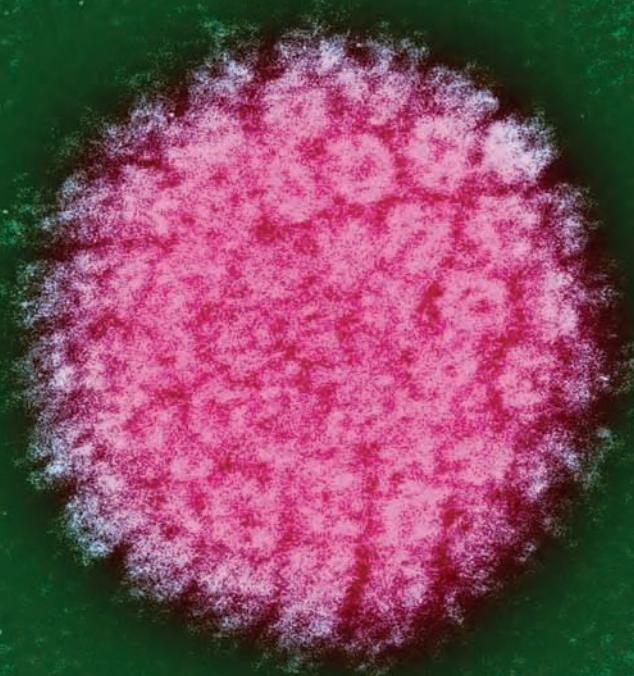


# Baromètre cancer 2005



Sous la direction de  
PHILIPPE GUILBERT  
PATRICK PERETTI-WATEL  
FRANÇOIS BECK  
ARNAUD GAUTIER



# **Baromètre cancer 2005**

# Baromètre cancer 2005

Sous la direction de  
PHILIPPE GUILBERT  
PATRICK PERETTI-WATEL  
FRANÇOIS BECK  
ARNAUD GAUTIER

Préface de  
PHILIPPE LAMOUREUX



Direction de la collection **Philippe Lamoureux**  
Édition **Marie-Frédérique Cormand**

**Institut national de prévention  
et d'éducation pour la santé**  
42, boulevard de la Libération  
93203 Saint-Denis Cedex France

L'INPES autorise l'utilisation et la reproduction des résultats de  
cette enquête sous réserve de la mention des sources.

ISBN 2-908444-95-X

### **Cette étude a été réalisée par**

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

### **En partenariat avec**

L'Observatoire régional de la santé  
Provence-Alpes-Côte d'azur (ORS Paca)

### **Et avec le concours de**

La Caisse nationale de l'assurance maladie  
des travailleurs salariés (Cnamts)

L'Institut national du cancer (Inca)

L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm 379)

L'Institut national de veille sanitaire (InVS)

La Ligue nationale de lutte contre le cancer (LNLCC)

Le ministère de la Santé et des Solidarités  
(direction générale de la Santé, direction de la Recherche,  
des Études, de l'Évaluation et des Statistiques)

La Mission interministérielle de lutte contre le cancer (Milc)

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

## **Les auteurs**

**Norbert Amsellem**, sociologue, département Sciences humaines et économie du cancer, Institut national du cancer (Inca)

**Rosemary Ancelle-Park**, médecin épidémiologiste, département des maladies chroniques et des traumatismes, Institut de veille sanitaire (InVS)

**Juliette Bloch**, médecin épidémiologiste, responsable du département des maladies chroniques et des traumatismes, Institut de veille sanitaire (InVS)

**Nicolas Duport**, médecin épidémiologiste, département des maladies chroniques et des traumatismes, Institut de veille sanitaire (InVS)

**Arnaud Gautier**, biostatisticien, coordinateur du Baromètre santé Professionnels de santé, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

**Hélène Goulard**, épidémiologiste, département des maladies chroniques et des traumatismes, Institut de veille sanitaire (InVS)

**Philippe Guilbert**, économètre, directeur adjoint au directeur des affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

**Patrick Peretti-Watel**, sociologue, chargé de recherches à l'Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORS Paca), Inserm UMR 379/IFR 134 Épidémiologie et sciences sociales

**Corinne Régnard**, démographe, chargée d'études et de recherche, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

## **Le comité de pilotage de l'enquête**

**Pierre Arwidson**, INPES

**François Beck**, OFDT

**Marie-Odile Bernier Mikaeloff**, Milc

**Juliette Bloch**, InVS

**Frédéric Bousquet**, Drees

**Chantal Cases**, Drees

**Claire Compagnon**, La Ligue contre le cancer

**Jean Dufriche**, DGS

**Philippe Guilbert**, INPES

**Catherine Mermilliod**, Drees

**Jean-Paul Moatti**, Inserm UMR 379

**Christelle Nieraad**, La Ligue contre le cancer

**Patrick Peretti-Watel**, ORS Paca, Inserm UMR 379

**Corinne Régnard**, INPES

**Hélène Vandewalle**, Cnamts

**Isabelle Vincent**, INPES

La gestion de la base des données ainsi que la vérification des analyses ont été assurées par **Arnaud Gautier** et **Christophe Léon**

## **Remerciements**

Pour leur aide et leurs conseils lors de l'élaboration de l'enquête et du questionnaire

**Laurent Borella**, Inca

**François Eisinger**, Inserm UMR 379

**Yolande Obadia**, ORS Paca

**Christel Protière**, ORS Paca

**Claire Julian-Reynier**, Inserm UMR 379

Pour la qualité de leur travail et leur disponibilité

**Stéphane Marder**, **Mathilde Sanglier**, **Catherine Vayssières**,

**Negar Hashemi** et les enquêteurs de l'institut Atoo,

**Élisabeth Giudicelli** (OCDR).

# Préface

*Le 14 juillet 2002, le président de la République fait de la lutte contre le cancer l'un des chantiers majeurs de son quinquennat. Le plan cancer, présenté moins d'un an plus tard, la création de l'Institut national du cancer, la généralisation du dépistage du cancer du sein, l'augmentation du prix du tabac ou encore l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics, témoignent de la détermination des pouvoirs publics en matière de lutte contre le cancer.*

*Dans le domaine de la prévention du cancer, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé participe à cette dynamique, en particulier à travers son implication dans la mise en place des campagnes nationales de lutte contre le tabagisme, contre la consommation excessive d'alcool, ou bien encore en faveur de la consommation régulière de fruits et légumes et la pratique de l'activité physique. L'Institut contribue également à la production de connaissances sur les facteurs de risque à travers ses enquêtes barométriques sur les comportements, connaissances et attitudes des Français en matière de santé. C'est dans le cadre de ces enquêtes qu'il a été décidé de réaliser une investigation spécifique sur les représentations et les connaissances de la population en matière de cancers. Ce travail, fruit d'une collaboration exemplaire entre les grandes structures spécialisées dans la connaissance sociologique et épidémiologique des cancers, a permis de mettre au jour des informations nouvelles et, espérons-le, utiles pour une meilleure compréhension des croyances*



*associées à ces maladies et aux freins dans le domaine de leur repérage précoce ou de leur dépistage.*

*Ainsi, les données de cette enquête nous apprennent que le cancer reste la maladie jugée la plus grave par la population (92 %), loin devant le sida (65 %) et les maladies cardio-vasculaires (30,1 %). Cette maladie, dont 86 % de la population estiment qu'elle peut toucher tout le monde, n'est pas une maladie comme les autres pour 41 % des personnes interrogées. Les progrès médicaux sont souvent soulignés, puisque 86 % des Français considèrent que l'on sait actuellement guérir de nombreux cancers et que, par ailleurs, la douleur des malades est mieux prise en charge. Pourtant, une majorité (61 %) d'entre eux pense que les malades subissent les traitements sans donner leur avis ou, encore, que les médecins se concentrent sur la maladie et non sur les malades. Par ailleurs, on ne peut que souligner la progression du recours au dépistage. Les recommandations de la Haute Autorité de santé pour le dépistage du cancer du sein sont désormais suivies par 72 % des femmes. Concernant le risque solaire, il persiste un certain nombre de fausses croyances : 25 % de la population pensent que faire des UV protège des coups de soleil et 30 % des hommes estiment que les coups de soleil préparent la peau et la rendent moins vulnérable. Enfin, soulignons qu'en toute « rationalité », de nombreux consommateurs – qu'ils soient de tabac ou d'alcool – interrogés dans cette enquête ont tendance à fixer les seuils de dangerosité des consommations... juste en dessous de la leur !*

*Ces quelques exemples issus de l'enquête nous rappellent que les messages de prévention doivent s'intégrer dans des ensembles subtils de représentations et de croyances qui agissent comme des éléments perturbateurs ou facilitateurs dans l'assimilation de ces nouvelles connaissances.*

**Philippe Lamoureux**

Directeur général de l'Institut national  
de prévention et d'éducation pour la santé

# Sommaire

## 19 | Introduction et méthode

Corinne Régnard, Philippe Guilbert

La lutte contre le cancer est l'une des trois priorités gouvernementales en matière de santé. Dans ce contexte, ce chapitre expose les objectifs d'une enquête sur les représentations et les comportements de la population française face à cette maladie. Le Baromètre cancer a interrogé, en 2005, 4 046 personnes de 16 ans et plus.

## 30 | Ce que la population pense du cancer | Opinions, risques perçus et causes présumées

Patrick Peretti-Watel

Les représentations de la maladie. À quel niveau évalue-t-on son propre risque face au cancer, sa réaction face à un signe d'alerte ? Ce chapitre explore les opinions ainsi que les croyances face à cette maladie « pas comme les autres ».

## 56 | Tabac et cancer | Comportements, opinions, perceptions des risques

Patrick Peretti-Watel

Les comportements de la population en matière de tabagisme, à travers notamment la prévalence, les évolutions de consommation et les tentatives d'arrêt, sont étudiés dans ce chapitre. Risques perçus et craintes vis-à-vis du tabagisme sont-ils en relation

avec les attitudes ? Le déni semble très répandu.

## 80 | Alcool et cancer | Comportements, opinions, perceptions des risques

Patrick Peretti-Watel

Consommations de boissons alcoolisées détaillées selon le type d'alcool, repérage des « consommateurs à risques » et opinions quant à l'effet de l'alcool sur la santé sont successivement abordés. Beaucoup de personnes minimisent les effets de l'alcool sur la santé, les relativisent ou les placent sur un plan criminogène plus que cancérogène.

## 100 | Soleil et cancer | Comportements, opinions, perceptions des risques

Patrick Peretti-Watel

Le soleil est synonyme de vie et d'énergie. Dans les usages sociaux, le bronzage est valorisé et signe de « bonne mine ». Cependant, les risques de cancers cutanés engendrés par une surexposition au soleil existent et sont connus depuis longtemps. Mais cette connaissance est-elle partagée par l'ensemble de la population française ? Moyens de protection les plus utilisés et persistance de croyances complètent ce chapitre.

## **117 | Les pratiques de dépistage en France |**

### **Introduction**

Rosemary Ancelle-Park

### **Cancer du sein**

Nicolas Duport, Juliette Bloch

### **Cancer du col de l'utérus**

Nicolas Duport, Juliette Bloch

### **Cancer du colorectal**

Hélène Goulard, Juliette Bloch

### **Cancer de la prostate**

Hélène Goulard, Juliette Bloch

### **La pratique du dépistage en France : une situation singulière**

Juliette Bloch

Les personnes qui n'ont pas été soignées pour un cancer ont été interrogées sur leur pratique de dépistage : sein et col de l'utérus pour les femmes, prostate pour les hommes, et côlon pour l'ensemble de la population. Les recommandations préconisées en matière de dépistage sont-elles suivies ?

## **158 | Les représentations de la maladie et des soins**

Norbert Amsellem, Arnaud Gautier

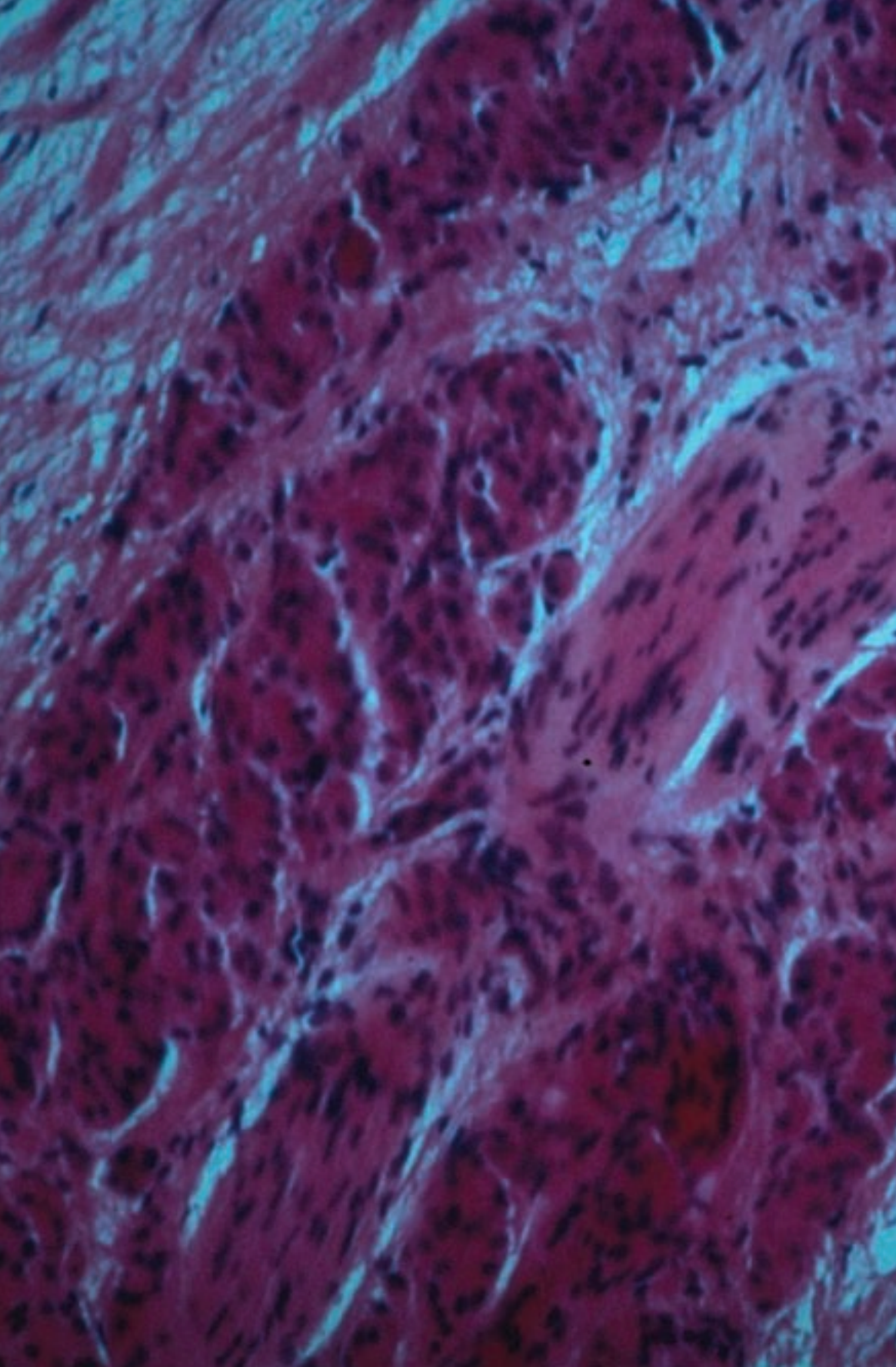
Confidentialité de la maladie, cancer et travail, chances de guérison, soins et information, autant de questions traitées dans ce chapitre consacré aux malades et aux soins dispensés.

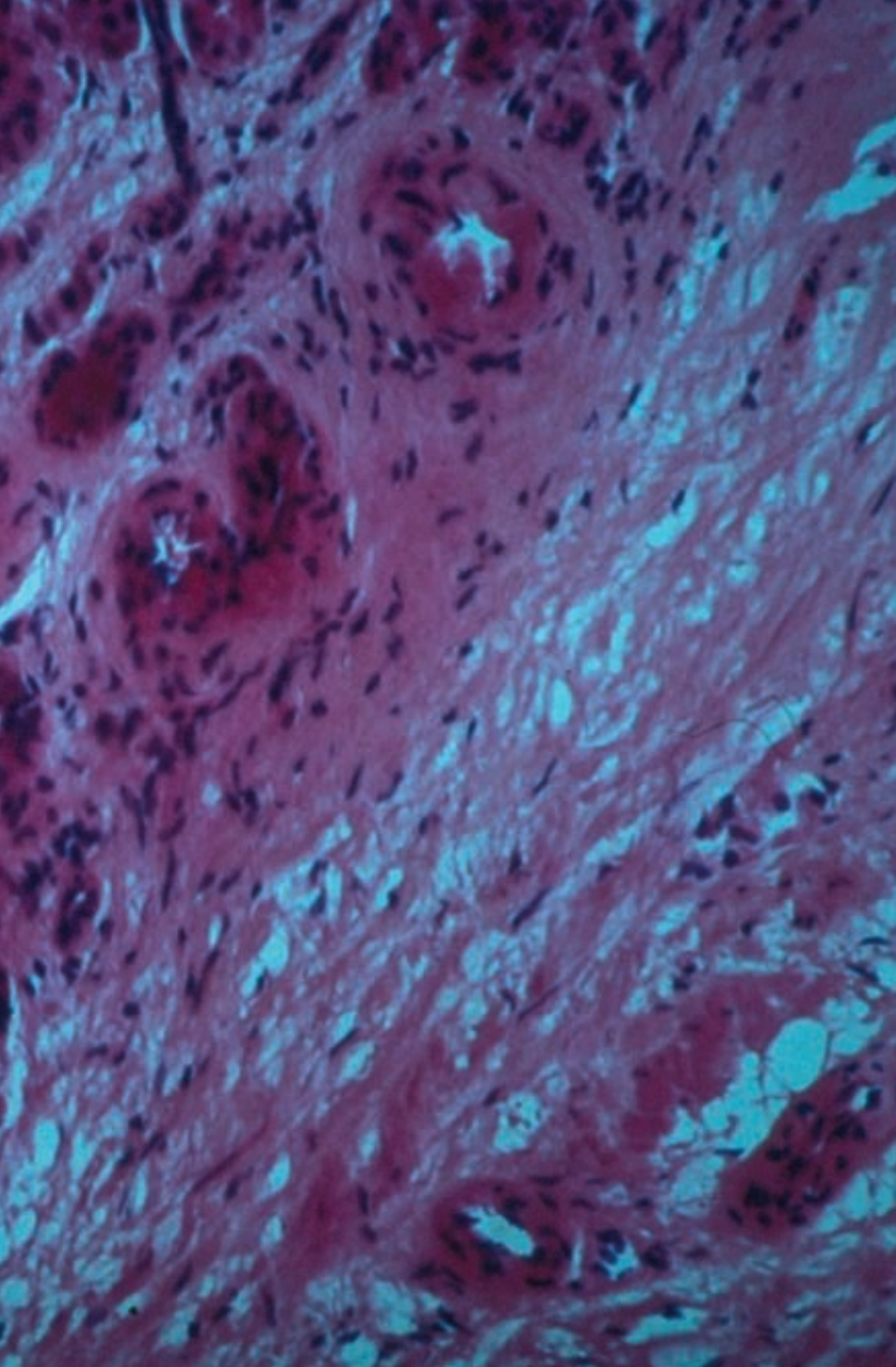
## **180 | Annexes**

### **183 | Questionnaire de l'enquête**

Intégralité des 121 questions de l'enquête, classées par thèmes. Les filtres et les consignes données aux enquêteurs sont précisés pour chacune des questions.

### **198 | Liste des tableaux et des figures**





# Introduction et méthode

CORINNE RÉGNARD  
PHILIPPE GUILBERT

Depuis plusieurs années, la lutte contre le cancer fait l'objet d'une mobilisation importante des pouvoirs publics et des professionnels de la santé, et suscite la mise en œuvre de plans d'actions concertés entre l'ensemble des acteurs. Malgré les efforts soutenus en matière de recherche, de soins et de prévention, le cancer reste, en France, un problème de santé publique crucial, et se situe aux premières places des sujets d'inquiétude des Français en matière de santé, avec les accidents de la circulation et la consommation d'aliments transformés ou pollués [1].

On estime qu'en France environ 800 000 personnes vivent actuellement avec un cancer et 2 millions en ont eu un au cours de leur vie. Avec 280 000 nouveaux cas diagnostiqués et 150 000 morts par an, le cancer représente la deuxième cause de mortalité (plus d'un décès sur quatre) et, surtout, la première cause de mortalité prématurée [tableaux I et II] [2]. Sous l'effet du vieillissement démographique, le

nombre de cas de cancers augmente sensiblement et ce phénomène devrait s'accroître dans les années à venir dans la mesure où les personnes les plus touchées sont les 65 ans et plus.

Pourtant, on considère que 70 % des cancers sont attribuables à des facteurs de risque évitables ou modifiables (consommation de tabac, d'alcool, alimentation déséquilibrée, sédentarisation, environnement, etc.), c'est-à-dire des facteurs sur lesquels il est possible, en théorie, d'avoir une influence.

En 2002, le président de la République a fait de la lutte contre le cancer l'un des trois chantiers prioritaires de son quinquennat, avec la sécurité routière et l'action en faveur des personnes handicapées. Le plan de mobilisation de lutte contre le cancer comporte soixante-dix mesures réunies en six chapitres opérationnels et prioritaires à l'horizon 2007 : prévenir, dépister, soigner, accompagner, enseigner, enfin comprendre et découvrir.

TABLEAU I

**Estimation de l'incidence et de la mortalité des hommes, selon certaines localisations de cancer**

Localisation du cancer	Estimation incidence en 2000		Estimation mortalité en 2000	
	Nombre de cas	Pourcentage au total des cas de cancer	Nombre de cas	Pourcentage au total des décès
Prostate	40 209	25,0	10 004	10,8
Poumon	23 152	14,4	22 649	24,5
Colorectal	19 431	12,1	8 505	9,2
Mélanome <sup>1</sup>	3 066	1,9	704	0,8
Thyroïde	821	0,5	148	0,2
Autres cancers	74 346	46,1	50 301	54,5
<b>Total des cancers</b>	<b>161 025</b>	<b>100,0</b>	<b>92 311</b>	<b>100,0</b>

Sources : [2, 3].

1. Les tumeurs de la peau, autres que les mélanomes, sont exclues.

TABLEAU II

**Estimation de l'incidence et de la mortalité des femmes, selon certaines localisations de cancer**

Localisation du cancer	Estimation incidence en 2000		Estimation mortalité en 2000	
	Nombre de cas	Pourcentage au total des cas de cancer	Nombre de cas	Pourcentage au total des décès
Sein	41 845	35,7	11 637	20,2
Colorectal	16 826	14,4	7 468	12,9
Poumon	4 591	3,9	4 515	7,8
Mélanome <sup>1</sup>	4 165	3,6	704	1,2
Col de l'utérus	3 387	2,9	1 004	1,7
Thyroïde	2 890	2,5	283	0,5
Autres cancers	43 524	37,0	32 123	55,7
<b>Total des cancers</b>	<b>117 228</b>	<b>100,0</b>	<b>57 734</b>	<b>100,0</b>

Sources : [2, 3].

1. Les tumeurs de la peau, autres que les mélanomes, sont exclues.

Par ailleurs, la loi de santé publique (loi n° 2004-806 du 9 août 2004) a prévu dans son chapitre V la création de l'Institut national du cancer (Inca) et propose six objectifs de santé concernant les cancers du col de l'utérus, du sein, de la thyroïde, les cancers colorectaux, les mélanomes et les tumeurs malignes en général.

De son côté, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), créé en 2002 dans le cadre de la loi du 4 mars, a pour missions principales d'exercer une

fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé, d'assurer le développement de l'éducation pour la santé et de mettre en œuvre les programmes nationaux prioritaires de prévention.

Dans le cadre du plan de mobilisation nationale de lutte contre le cancer, l'INPES mène des actions de lutte contre le tabagisme et la consommation excessive d'alcool, ou encore d'information sur les bienfaits d'une consommation quoti-

dienne de fruits et légumes associée à la pratique régulière d'une activité physique (campagnes d'information et de sensibilisation, aides aux associations dans le cadre d'appels à projet). Par ailleurs, l'INPES intervient dans le champ de l'éducation pour la santé et de l'éducation du patient par la mise en œuvre d'outils d'intervention pour les professionnels et d'outils de formation au dépistage des cancers notamment.

Au service des stratégies de prévention du cancer, des actions doivent être menées afin, notamment, d'améliorer la communication, d'inciter au dépistage, d'aider

aux bons réflexes face aux signaux d'appel, de conforter les modes de vie réduisant le risque de cancer, de contribuer à l'élaboration d'une pédagogie du risque, mais aussi de réduire la stigmatisation dont sont parfois victimes des personnes atteintes.

Pour conduire au mieux ces stratégies, l'INPES a mis en place en partenariat avec l'ORS Paca et avec le soutien de ses partenaires<sup>1</sup>, une enquête centrée sur les comportements, attitudes, opinions et connaissances de la population française dans le domaine des cancers.

## LES OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE

### LES REPRÉSENTATIONS DE LA MALADIE

Chacun n'accorde pas le même sens au terme « santé ». Si l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a une vision globale et définit la santé comme un « état de complet bien-être physique, mental et social, et pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité », nombreux sont ceux qui ne retiennent que l'aspect « absence de maladie ». Ainsi, J. Pierret d'écrire : « Pour certaines catégories sociales, comme les exploitants agricoles et les ouvriers, la maladie est imprévisible et rien ne permet de l'éviter. Il importe donc d'avoir réparation car si la maladie surprend, on ne peut que la soigner. En revanche, dans les catégories moyennes et supérieures, la santé apparaît plus fréquemment comme un objectif que l'on peut atteindre en se surveillant et en adoptant certains comportements », et de préciser « l'acte de dépistage peut alors s'intégrer dans ce schéma de surveillance individuelle » [4].

Il existe un grand nombre de modèles visant à expliquer les liens entre croyances, représentations et comportements en matière de santé [5-7]. La plupart sont

issus du champ de la psychologie sociale, le tout premier étant celui développé par I. Rosenstock (1966, 1974) : le *Health Believe Model* (HBM) qui, par la suite, a été repris et amélioré par M.H. Becker et ses collègues (1975, 1984). Tous partent du postulat « qu'il est possible de comprendre la décision que va prendre l'individu, et la manière dont il va se comporter, par exemple en termes des perceptions et croyances qui sont les siennes par rapport au problème de santé et au comportement en question, au moment où il faut décider d'actions, telles que se faire faire des examens ou porter une ceinture de sécurité » [6, p. 117].

L'ensemble de ces travaux fournit « une approche systématisée permettant de mieux comprendre le rôle des croyances en matière de santé et de maladie dans l'adoption de comportements sains ou à risques » [5, p. 42].

Au début des années quatre-vingt-dix, A. Desclaux et al. [8] se sont intéressés aux facteurs influençant la participation de la population à un programme de dépistage des cancers. Ce modèle met en évidence

1. La Cnamts, la DGS, l'Inca, l'Inserm U357, l'INVS, la Ligue contre le cancer, la Milc, l'OFDT.



une relation, notamment, entre freins et/ou leviers au dépistage<sup>2</sup> et représentations de la santé, du cancer et du système de soins [figure 1].

Ainsi, l'enquête s'est attachée en tout premier lieu à évaluer la santé perçue (celle que l'on estime avoir dans les années à venir) et la perception des maladies jugées les plus graves : « *La représentation de la maladie oriente la décision de consulter un médecin, la représentation du corps détermine l'hygiène personnelle et les règles qu'on observe pour rester en bonne forme physique* » [9, p. 387].

## LE DÉPISTAGE DES CANCERS

Au centre des représentations de la santé, se trouve aussi le rapport des individus au

dépistage, qu'il soit individuel ou organisé. L'adhésion à une démarche de dépistage, aussi bien du côté des personnes concernées que des professionnels devant proposer un dépistage, est un élément primordial lors de la mise en place d'actions de prévention. C'est pourquoi cette enquête se donne pour objectif de définir les freins et les leviers au dépistage ou au diagnostic précoce<sup>3</sup>.

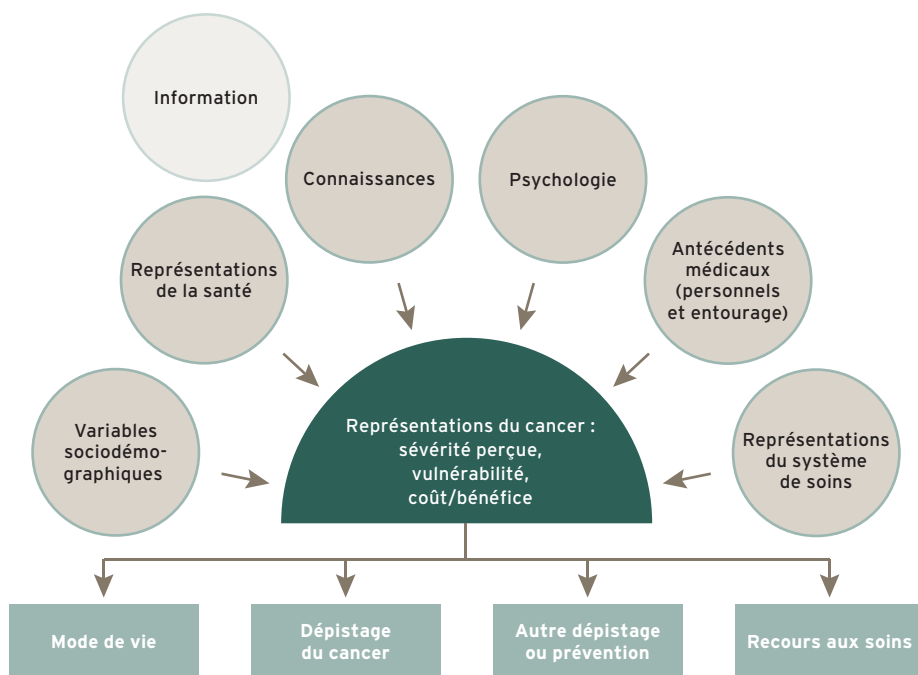
Outre les positions bien connues de refus du dépistage parce qu'on ne peut lutter contre la « fatalité » ou bien encore parce qu'il n'est pas utile de chercher un mal qui

2. Ce qui a été exprimé par les auteurs par « *attitudes individuelles dans la participation de la population à un programme de dépistage des cancers* ».

3. On parle de dépistage lorsque la population visée est asymptotique. Dès qu'une personne réalise un examen du fait de prédispositions génétiques ou bien suite à l'apparition de symptômes inquiétants, il s'agit d'un diagnostic précoce.

FIGURE 1

Facteurs déterminant les attitudes individuelles dans la participation de la population à un programme de dépistage des cancers



ne s'est pas encore exprimé<sup>4</sup>, restent deux problèmes à considérer. Le premier réside dans le libre arbitre face au dépistage : on ne peut forcer quiconque à aller pratiquer un examen permettant de statuer sur son état de santé. Le second réside dans le rapport entre le coût et le bénéfice du dépistage et donc des « nuisances » associées à cet acte : « *Un autre effet décrit, dont la nature bénéfique est plus contestable, est celui du bénéfice du statut social de malade acquis de manière plus précoce grâce au dépistage. Cette "entrée" plus précoce dans la maladie est associée à un effet considéré néfaste : l'augmentation de la période de vécu de la maladie (lead-time). Un individu ayant été dépisté au stade infraclinique de la maladie voit toute la période que l'on pourrait appeler "d'incubation" clinique devenir "visible". L'augmentation de cette période est perçue comme négative car elle est associée à de nombreux effets secondaires néfastes : anxiété, traitement, stigmatisation sociale* » [10, p. 116].

## L'IMAGE DU CANCER

Les représentations du cancer ont déjà fait l'objet de nombreux travaux basés sur des entretiens qualitatifs ou des écrits, le plus souvent auprès de personnes atteintes. Seuls quelques-uns ont abordé cette question en incluant les personnes non atteintes [11-14]. Cette enquête se propose d'appréhender de manière quantitative ces représentations à l'échelon national auprès de la population générale.

Depuis longtemps déjà, le cancer suscite l'effroi, et il est le plus fréquemment défini comme un mal pernicieux, sournois et mortel. Pernicieux et sournois, car c'est une maladie qui « *commence de façon imperceptible, invisible, s'inaugure par un mal bénin et quasi insignifiant, qui peut rester inconnu pendant des années* » [11, p. 10]. Mortel, car à une époque où la médecine moderne pose pour postulat de base que toutes les affec-

tions sont guérissables, le cancer demeure dans les représentations courantes un mal irréductible : « *Le cancer soulève des questions qui mettent en jeu l'avancée des connaissances de l'ensemble des disciplines biologiques [...] la résolution de son énigme apparaît coïncider avec celles des grands problèmes fondamentaux du vieillissement naturel et de la mort. Ainsi, par un renversement dialectique de la représentation, le plus monstrueux et universel des fléaux devient porteur de l'utopie scientifique par excellence, qui imagine la maîtrise de l'homme sur l'évolution de sa vie et le recul des frontières de la mort* » [12, p. 21]. De fait, « *malgré les progrès de la médecine dans ce domaine, beaucoup de gens se rangent encore à l'équation de Grodeck : cancer égale mort* » [14, p. 28].

Au fil du temps, les mythes associés à l'origine du cancer ont sensiblement évolué. Au <sup>xviii</sup> siècle, « *le cancer apparaissait comme le point d'aboutissement de processus intérieurs, spirituels, affectifs et comme leur inscription sur leur corps, allant jusqu'à la destruction de ce corps.* » [11, p. 13]. Il devient alors une métaphore pour désigner le mal moral, ce qu'on rejette, le péché ou l'hérésie : le cancer est bien souvent perçu comme l'expression corporelle du refus des pulsions et du refoulement chez des personnes à l'énergie vitale insuffisante. Le poids du jugement moral est alors prégnant. À la fin du <sup>xix</sup> siècle, apparaît l'idée selon laquelle un malade du cancer peut être responsable de son mal comme de l'évolution de ce mal : « *Des théories psychologiques largement diffusées attribuent à l'infortuné cancéreux la responsabilité ultime de sa maladie comme de sa guérison [...] Et les conventions qui veulent que l'on traite le cancer non comme une simple maladie mais comme un ennemi diabolique, en font non seulement une maladie fatale, mais qui plus est, honteuse* » [14, p. 71]. Il semblerait qu'actuellement coexistent aussi bien le sentiment de fatalité que celui de responsabilité.

4. « *Pourquoi se faire dépister en l'absence de symptôme ?* »

## LES FACTEURS DE RISQUE

La lutte contre les facteurs de risque repose sur l'idée que les politiques publiques doivent agir sur les comportements des individus dans le but de les protéger de la survenue de problèmes de santé, et tout particulièrement d'un cancer. Pour qu'une telle action puisse réussir, la population visée par les politiques de prévention doit être en mesure de percevoir, d'une part, que ses comportements (tabagisme, alcoolisme, sédentarité, etc.) peuvent représenter une menace pour sa santé et, d'autre part, d'être assurée que le fait de changer de comportements permettra de réduire cette menace [15]. De surcroît, les messages de prévention doivent s'intégrer « dans des ensembles complexes de représentations qui agissent comme des filtres au travers desquels les individus interprètent, acceptent ou rejettent les informations nouvelles » [16].

L'enquête vise ainsi à analyser les attitudes et les comportements des Français face aux facteurs de risque. Cependant, ces facteurs couvrant un champ très vaste, l'enquête ne peut raisonnablement être exhaustive en la matière.

Le tabac est le premier facteur analysé dans l'enquête. Depuis plusieurs années, les pouvoirs publics mènent une lutte contre le tabagisme sur plusieurs fronts. Par exemple, entre janvier 2003 et janvier 2004, le prix du tabac a augmenté de 42 % ; parallèlement, la vente de tabac aux moins de 16 ans et de paquets de moins de 19 cigarettes a été interdite. En outre, l'inscription de nouveaux messages sanitaires sur les paquets a été rendue obligatoire depuis, et une évaluation de l'efficacité du remboursement des substituts nicotiniques sur le sevrage tabagique dans trois régions, Languedoc-Roussillon,

Alsace et Basse-Normandie, a été menée. Ces produits ont été par ailleurs mis à disposition gratuitement dans les centres de santé de l'Assurance Maladie pour les personnes en situation de précarité. Enfin, la ligne Tabac Info Service a été soutenue dans ses actions par l'INPES.

Dans un autre domaine, une campagne de prévention des cancers cutanés et autres risques liés à l'exposition aux UV a été menée par l'INPES au printemps 2004, tandis que l'Inca lançait au cours de l'été une vaste campagne de prévention du mélanome, interpellant les parents sur la nécessité de protéger leurs enfants lors d'une exposition au soleil.

Des campagnes nationales sur le risque lié à la consommation excessive d'alcool ont également été réalisées au cours de la période récente : « L'alcool, pas besoin d'être ivre pour en mourir », « Votre corps se souvient de tout ».

C'est à ces différents titres qu'il a été choisi, dans ce Baromètre cancer, de cibler les risques liés au tabagisme, à l'usage d'alcool et à l'exposition au soleil. Outre la confrontation entre attitudes et comportements face à ces trois facteurs de risque, ce choix a aussi l'avantage de fournir des données permettant d'évaluer les politiques de lutte contre les facteurs de risque du cancer.

Dans le cadre de cette enquête, les personnes ayant déclaré avoir ou avoir eu un cancer n'ont pas répondu intégralement au questionnaire. De par le mode d'interrogation — au domicile —, il était à craindre qu'elles ne soient pas représentatives de l'ensemble des personnes atteintes par cette maladie. En effet, les patients en cours d'hospitalisation ne pouvaient pas être interrogés dans le cadre de cette enquête.

## MÉTHODE

Le Baromètre cancer 2005 a été réalisé par l'institut de sondages Atoo auprès de 4 046 personnes âgées de 16 ans et plus, parlant le français. Les données ont été recueillies par téléphone (entretien assisté par ordinateur – système Cati), du 26 avril 2005 au 15 juin 2005, en incluant des ménages dont le numéro de téléphone est sur liste rouge. Pour interroger les listes rouges sans recourir au fichier de France Télécom, la méthode a consisté à décliner une base initiale, tirée de façon aléatoire en ajoutant 1 au dernier chiffre du numéro. Les noms et adresses des personnes correspondant aux numéros de cette liste ont été récupérés dans l'annuaire inversé pour l'envoi d'une lettre-annonce qui avait pour objectif d'informer et de motiver les personnes qui allaient être contactées. Les numéros qui ne figuraient pas dans cette nouvelle liste correspondaient à des listes rouges, à des numéros non attribués ou à des lignes internes d'entreprise. Lorsque ces numéros correspondaient à un ménage sur liste rouge, l'envoi de la lettre-annonce leur était proposé *a posteriori*.

Une fois le ménage contacté, qu'il soit sur liste blanche ou sur liste rouge, l'individu interrogé a été sélectionné selon la méthode du prochain anniversaire à venir. L'enquête s'est déroulée tous les jours de la semaine (sauf le dimanche) de 16 heures à 21 heures et de 10 heures à 18 heures le samedi. Une société de surveillance (OCRD) était présente tous les jours de l'enquête afin de vérifier la bonne passation du questionnaire et la régularité de la procédure de sélection des individus au sein du ménage.

Le **tableau III** présente les différents taux de refus observés à la fin de l'enquête.

Les données présentées dans cet ouvrage sont pondérées par le nombre de personnes éligibles dans chaque foyer, et sont également redressées selon les données du recensement 1999 sur les variables sexe, âge, région et taille d'agglomération. Elles sont produites par le logiciel Stata en utilisant la procédure «svy» qui prend en compte les probabilités inégales de tirage dans le calcul des variances. La structure avant et après pondération et redressement est détaillée dans le **tableau IV**.

### TABLEAU III

#### Présentation des différents taux de refus

	Liste blanche	Liste rouge
Refus ménage ( <i>i.e</i> de la personne qui décroche le téléphone)	24,1 %	29,4 %
Refus individu ( <i>i.e</i> de la personne sélectionnée)	7,0 %	10,5 %
Abandon en cours d'enquête	6,0 %	7,1 %

### TABLEAU IV

#### Structure de l'échantillon observé et de l'échantillon obtenu après pondération et redressement selon le sexe, l'âge, la taille d'agglomération et la région (n=4 046)

	Effectifs bruts	Pourcentages bruts	Pourcentages pondérés et redressés <sup>1</sup>
<b>Sexe</b>			
Hommes	1 624	40,1	47,9
Femmes	2 422	59,9	52,1

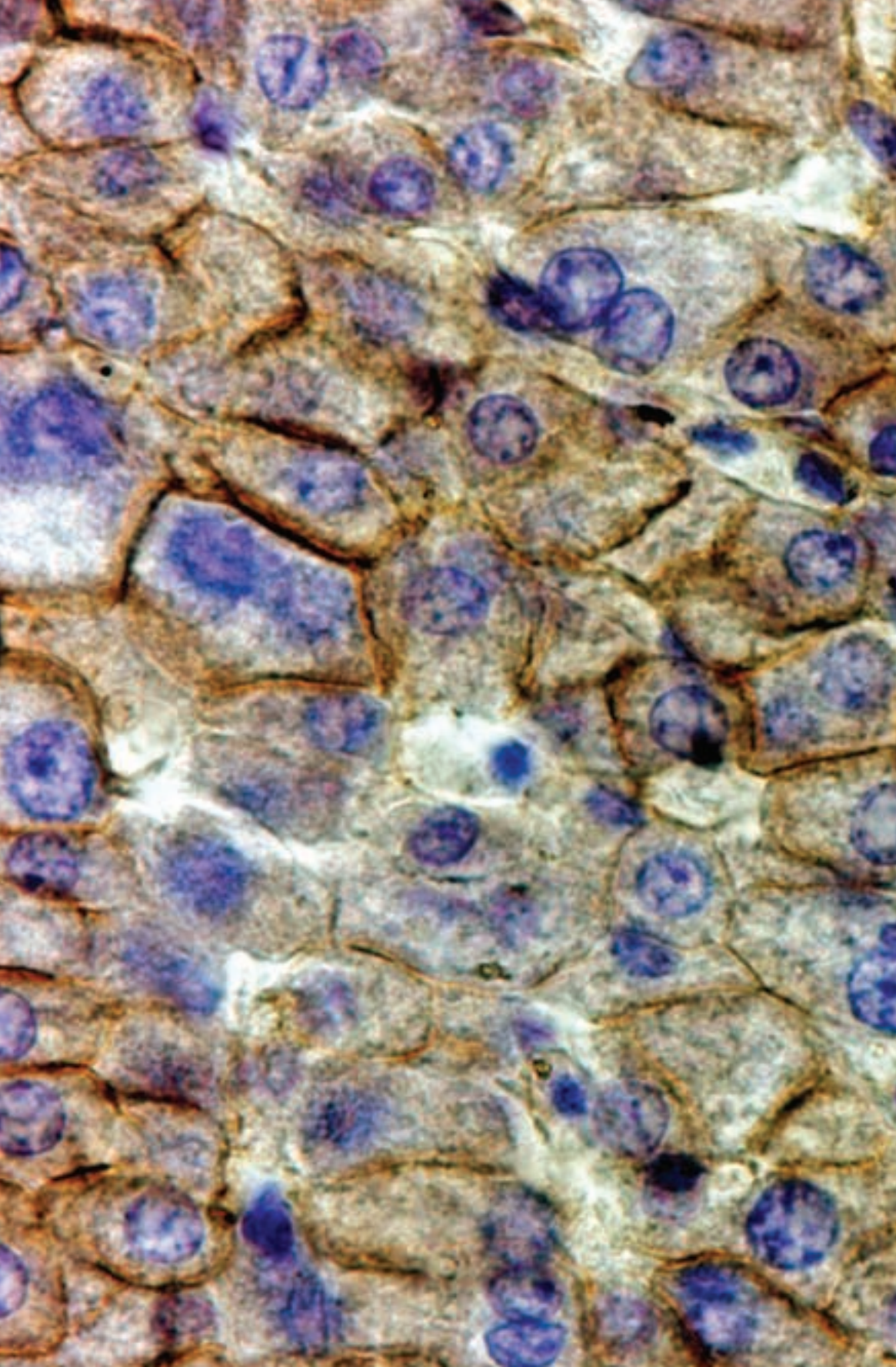
Âge			
16-19 ans	300	7,4	6,7
20-25 ans	330	8,2	9,5
26-34 ans	661	16,3	16,1
35-44 ans	795	19,7	18,1
45-54 ans	599	14,8	17,3
55-64 ans	612	15,1	11,6
65-75 ans	490	12,1	12,1
76 ans ou plus	259	6,4	8,6
Taille d'agglomération			
Communes rurales	1 167	28,8	24,6
Moins de 20 000 hab.	728	18,0	16,7
De 20 000 à 100 000 hab.	485	12,0	13,4
De 100 000 à 200 000 hab.	228	5,6	5,6
200 000 hab. et plus	899	22,2	23,0
Agglomération parisienne	528	13,1	16,4
Non renseignée	11	0,3	0,3
Région			
Ile-de-France	599	14,8	18,3
Bassin parisien ouest	405	10,0	9,9
Bassin parisien est	327	8,1	7,8
Nord	277	6,9	6,6
Ouest	615	15,2	13,3
Est	393	9,7	8,8
Sud-Ouest	514	12,7	10,9
Rhône-Alpes	450	11,1	11,9
Méditerranée	455	11,2	12,2
Non renseignée	11	0,3	0,3

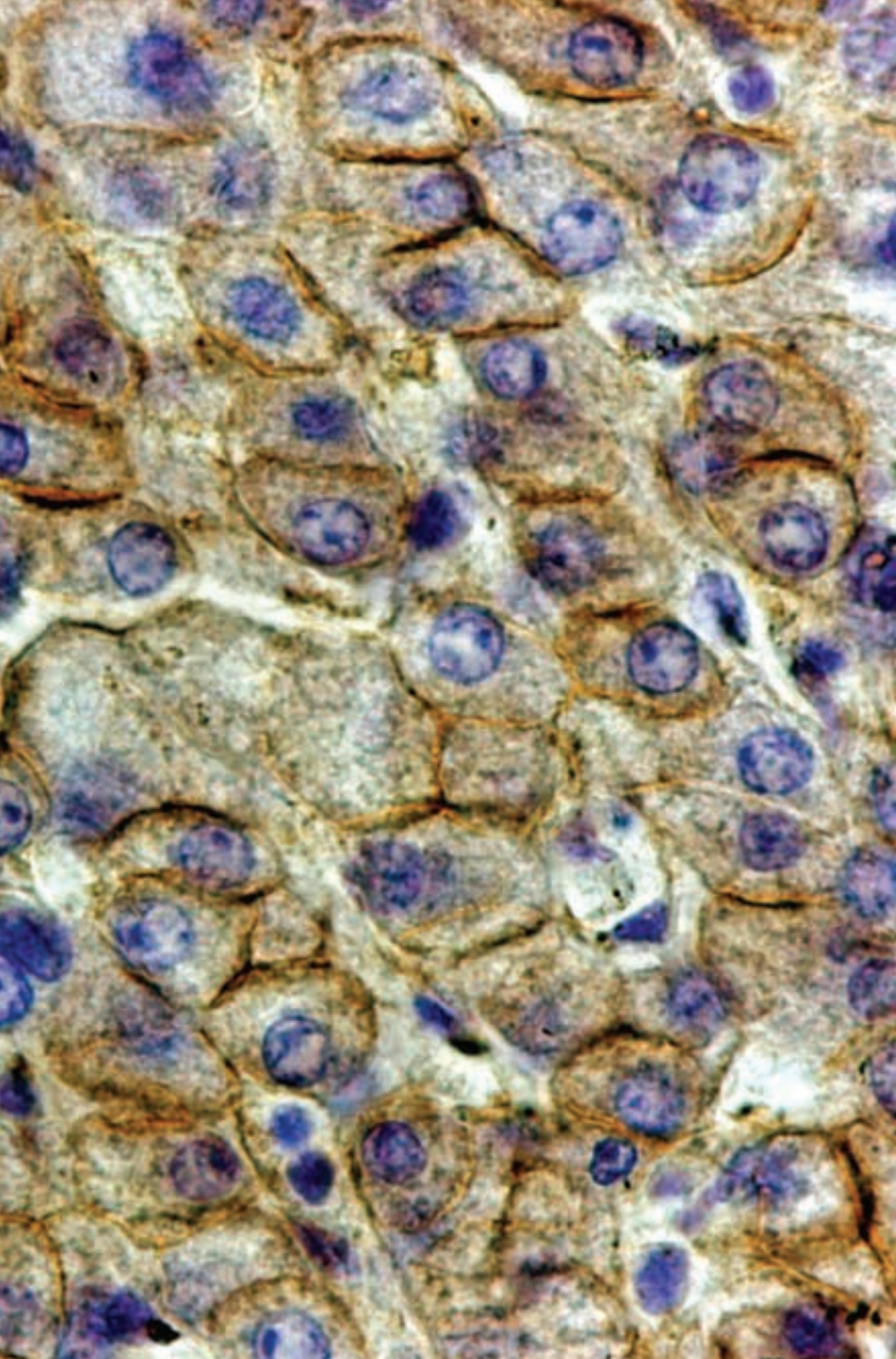
1. Le redressement est réalisé à partir des données du recensement 1999 de l'Insee et la pondération prend en compte le nombre de personnes éligibles dans le foyer.

## Bibliographie

- [1] Gautier A., Pin S., Courouve L.  
**Perception de la santé et qualité de vie.**  
In : Guilbert P., Gautier A. (sous la dir.). **Baromètre santé 2005. Premiers résultats.**  
Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2006 : 22-3.
- [2] Remontet L., Buemi A., Velten M., Jouglà E., Estève J.  
**Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000.**  
Paris : INVS, 2003.
- [3] Direction générale de la Santé.  
**Commission d'orientation sur le cancer.**  
Paris, 2003.
- [4] Pierret J.  
**Contribution de la sociologie à l'analyse d'une politique de dépistage.**  
In : **Dépistage des cancers : de la médecine à la santé publique.**  
Paris : Inserm, coll. Questions en santé publique, 1997 : 111-4.
- [5] Bruchon-Schweitzer M.  
**Les croyances relatives à la santé et à la maladie.**  
In : **Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes.**  
Paris : Dunod, 2002 : 17-43.
- [6] Weinman J., Figueiras M. J.  
**La perception de la santé et de la maladie.**  
In : Fischer G. N. **Traité de psychologie de la santé.**  
Paris : Dunod, 2002 : 117-33.
- [7] Godin G.  
**Le changement des comportements de santé.**  
In : Fischer G.N. **Traité de psychologie de la santé.**  
Paris : Dunod, 2002 : 375-88.
- [8] Desclaux A., Grosclaude P., Roumagnac M., Duchene Y.  
**Les facteurs culturels et sociaux de participation à un programme de dépistage des cancers.**  
In : Aiach P., Bon N., Deschamps J.-P. **Comportements et santé : questions pour la prévention.**  
Nancy : Presses universitaires de Nancy, 1992 : 43-7.

- [9] Farr R.M.  
**Les représentations sociales.**  
In : Moscovici S. *Psychologie sociale*.  
Paris : Puf Fondamental, 1990 : 379-90.
- [10] Julian-Reynier C.  
**Au-delà de l'efficacité clinique, impact psychosocial des dépistages du cancer.**  
In : *Dépistage des cancers : de la médecine à la santé publique*.  
Paris : Inserm, coll. Questions en santé publique, 1997 : 115-21.
- [11] Le Brun J.  
**Représentations du cancer à l'époque moderne (xvii<sup>e</sup>-xviii<sup>e</sup> siècles).**  
*Prévenir* 1988 ; (16) : 9-14.
- [12] Pinell P.  
**Quand le cancer devient un fléau social.**  
*Prévenir* 1988 ; (16) : 15-23.
- [13] Pinell P.  
**Naissance d'un fléau : histoire de la lutte contre le cancer en France, 1890-1940.**  
Paris : Métailié, 1992.
- [14] Sontag S.  
**La maladie comme métaphore : essai.**  
Paris : Seuil, 1979.
- [15] Adam P., Herzlich C.  
**Sociologie de la maladie et de la médecine.**  
Paris : Nathan Université, 1994.
- [16] Moatti J.-P., Dab W., Pollak M., *et al.*  
**Les attitudes et comportements des Français face au sida.**  
*La recherche* 1990 ; (223) : 888-95.
-







# L'essentiel

## La maladie grave par excellence, dont personne n'est à l'abri

Invités à citer les trois maladies qu'ils jugent les plus graves, neuf enquêtés sur dix mentionnent spontanément le cancer (92,3 % exactement), loin devant le sida (65,2 %) et les maladies cardio-vasculaires (30,1 %). En outre, presque tous les enquêtés (95,2 %) estiment que personne n'est à l'abri du cancer. La majorité d'entre eux (58,2 %) juge également que le cancer n'est pas une maladie comme les autres.

## Une maladie souvent perçue comme héréditaire, parfois comme contagieuse

Une majorité d'enquêtés (57,4 %) considère que le cancer est souvent héréditaire. Cette opinion est plus fréquente parmi les plus diplômés, les femmes, et ceux qui ont déjà eu un proche atteint d'un cancer. À l'inverse, seuls 6,7 % des personnes interrogées croient à la contagiosité de certains cancers, et il s'agit plus fréquemment de personnes peu diplômées, d'ouvriers, de personnes au chômage, âgées de moins de 25 ans ou de 65 ans et plus.

## Avoir un cancer : un risque souvent perçu comme faible, et plutôt inférieur au risque moyen

Invités à évaluer leur propre risque d'avoir un cancer au cours de la vie, en nombre de chances sur cent ou en comparaison au risque moyen, les individus jugent plus souvent que leur risque est faible et inférieur au risque moyen : une forte minorité situe son risque entre 0 et 30

chances sur 100 (44,7 % des femmes, 38,5 % des hommes). De surcroît, 55,6 % des enquêtés jugent leur propre risque égal au risque moyen, 27,9 % l'estiment inférieur et 16,5 % pensent que leur risque est supérieur.

Le risque perçu est plus faible chez les plus jeunes et chez les plus âgés ; il est plus élevé parmi les personnes qui ont déjà eu un proche atteint. Ce risque varie aussi selon le mode de vie. Par exemple, les fumeurs se jugent plus « à risque » que les non-fumeurs, même si leur estimation reste inférieure au risque moyen.

## Comportements, environnement, psychologie : beaucoup de causes jugées possibles

S'agissant des facteurs pouvant favoriser le cancer, deux comportements se détachent, le tabagisme et l'exposition au soleil sans protection : respectivement 97,3 % et 96,1 % des enquêtés jugent qu'ils favorisent certainement ou probablement le cancer. Puis viennent des facteurs environnementaux comme la pollution de l'air (91,8 %), les aliments traités avec des produits chimiques (85,8 %), la proximité d'une centrale nucléaire (71,8 %), mais aussi un comportement (boire plus de trois verres d'alcool par jour : 81,4 %). On retrouve ensuite des facteurs considérés comme des causes de cancer par 60 à 70 % des enquêtés : deux facteurs psychologiques (subir le stress de la vie moderne, avoir été fragilisé par des expériences douloureuses), et un facteur comportemental (manger peu de fruits et légumes).

Enfin, trois facteurs sont considérés comme des causes certaines ou probables par quatre à cinq personnes sur dix : être aigri à cause de déceptions affectives ou professionnelles, ne pas arriver à exprimer ses émotions, vivre à proximité d'une antenne relais pour téléphones portables. Ces facteurs, qui sont donc moins souvent considérés comme cancérigènes que les autres, sont tout de même perçus comme tels par quatre personnes sur dix.

## Cinq profils pour décrire les croyances relatives aux causes du cancer

Pour 29,6 % des enquêtés, l'existence semble très cancérigène : ils sont les plus enclins à considérer que tous les facteurs proposés favorisent l'apparition d'un cancer. Le deuxième profil regroupe 18,9 % des enquêtés, qui mettent l'accent sur l'effet cancérigène des facteurs comportementaux et environnementaux, mais ne croient pas à des causes psychologiques. Un troisième profil (18,7 %) réunit des personnes qui mettent principalement en cause les facteurs comportementaux (surtout le tabagisme). Le quatrième profil (14,4 % des enquêtés) est plus sélectif encore : relativement aux autres enquêtés, les personnes de ce profil ont tendance à n'incriminer que le tabagisme. Enfin, le dernier profil regroupe 18,4 % des enquêtés, qui sont moins enclins à juger cancérigènes les facteurs proposés, quels qu'ils soient.

# Ce que la population pense du cancer

## Opinions, risques perçus et causes présumées

PATRICK PERETTI-WATEL

### INTRODUCTION

#### Pourquoi interroger le public sur ce qu'il pense du cancer ?

On sait depuis longtemps déjà que la façon dont les malades se représentent leur maladie détermine en partie leur attitude face au traitement et aux soignants, et peut donc avoir une incidence sur l'évolution de leur état de santé [1]. Toutefois, la façon dont la population générale se représente le cancer a aussi son importance, et cela pour deux raisons essentiellement.

D'abord, les opinions et les perceptions à l'égard du cancer sont susceptibles de constituer des leviers ou au contraire des freins à la prévention. Par exemple, penser que personne n'est à l'abri du cancer, que celui-ci peut être causé par de multiples facteurs de risque présents dans notre environnement, peut conduire à un certain fatalisme : à quoi bon renoncer à fumer si l'on pense que l'air, l'eau et les aliments sont plus cancérigènes

que le tabac ? De même, si l'on juge que le cancer est toujours héréditaire, ou qu'il touche uniquement les personnes fragiles psychologiquement, pourquoi se soumettre à un dépistage lorsque l'on n'a pas soi-même d'antécédents familiaux, et que l'on ne s'estime pas fragile ?

Ensuite, les opinions et les perceptions du public à l'égard du cancer peuvent aussi avoir des conséquences fâcheuses pour les personnes atteintes. Attribuer un cancer à des faiblesses psychologiques de la personne qui en est atteinte, c'est porter un jugement dépréciateur sur celle-ci. De même, penser que le cancer est toujours provoqué par de « mauvais » comportements (fumer, boire...), c'est imputer une responsabilité au malade [2], donc éventuellement le condamner moralement. Enfin, juger que le cancer est contagieux peut évidemment entraîner des conduites d'évitement et de ségrégation à l'égard des personnes atteintes. La

façon dont chacun se représente le cancer, ses causes comme ses conséquences, ainsi que la perception de sa propre vulnérabilité à l'égard de cette maladie peuvent donc s'avérer stigmatisantes pour les personnes qui ont, ou qui ont eu, un cancer.

### **Pourquoi des opinions et des perceptions du cancer ?**

Pourquoi les Français n'ont-ils pas tous les mêmes opinions, les mêmes perceptions à l'égard du cancer ? Parler du cancer au singulier a-t-il ici un sens ? Bien sûr la perception du risque de cancer pour soi-même dépend du mode de vie et de l'exposition aux facteurs de risque les plus connus, et elle varie donc nécessairement avec les conduites et les situations individuelles.

Au-delà, les sociologues et les psychosociologues ont montré depuis longtemps que, pour appréhender le monde qui nous entoure, nous forgeons des « représentations sociales ». Une représentation sociale est une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, qui permet à chacun de s'inscrire dans son environnement, de lui donner du sens pour s'orienter et guider ses actes [3]. Cette connaissance est ancrée dans l'expérience en même temps qu'elle lui donne sens, elle s'inscrit dans le cadre des représentations existantes et obéit à une logique propre, distincte de celle de la pensée savante. L'ancrage dans l'expérience signifie que la représentation porte la marque du sujet, de son histoire individuelle, ce qui explique qu'il existe *des* représentations du cancer.

Par exemple, les anthropologues ont montré que nous ne partageons pas tous la même conception de notre corps : certains pensent que leur corps est une forteresse imprenable, capable de s'adapter à toutes les agressions de l'environnement ; tandis que d'autres ont le sentiment que leur corps est fragile et perméable à toutes sortes d'agents

pathogènes [4]. Évidemment, la vulnérabilité perçue face au cancer ne sera pas la même suivant que l'on adhère à l'une ou l'autre de ces conceptions du corps, et cette adhésion elle-même dépend de notre éducation, de nos valeurs, de nos expériences et de notre environnement social et culturel : par exemple, une personne qui a connu des situations de grande précarité matérielle, affective ou professionnelle pourra nourrir un sentiment diffus de vulnérabilité et juger son corps plus « perméable ». De même, nos opinions à l'égard du cancer et de ses « facteurs de risque » supposés ne seront pas les mêmes selon le crédit que nous accordons ou non aux autorités scientifiques et médicales qui désignent ces facteurs.

### **Le cancer, un objet de représentations singulières ?**

Et pourquoi parler *du* cancer, lorsque les experts soulignent l'extrême diversité des cancers ? Parce qu'il semble justement que la logique profane tende à penser cette maladie au singulier.

D'ailleurs, cette tendance à unifier *les* cancers se retrouve chez les personnes atteintes de pathologies cancéreuses très diverses qui ont, au final, une expérience en partie commune : qu'il soit atteint d'un cancer de la peau, du côlon ou des poumons, un malade ferait face, pour partie, aux mêmes réactions, se heurterait aux mêmes difficultés relationnelles dans son entourage affectif, dans son cercle familial et dans son milieu professionnel [5].

Cette singularité est aussi révélée par la symbolique et les usages métaphoriques du cancer. Ainsi, quelle que soit sa localisation, le cancer est la maladie du désordre interne, il se caractérise par une prolifération de cellules dans notre organisme, prolifération jugée à la fois anarchique, incontrôlée et finalement mortelle [6, 7]. À ce titre, le cancer est la métaphore privilégiée

pour décrire des désordres sociaux : corruption, chômage, racisme, violence, drogue, chacun de ces problèmes sociaux a déjà été présenté comme « un cancer qui ronge notre société ».

Dans ce chapitre, le cancer sera abordé sous trois angles complémentaires. Il s'agira d'abord d'examiner quelques opinions générales à l'égard du cancer, en observant notamment comment cette maladie est perçue en termes de gravité, relativement

à d'autres pathologies. On s'intéressera ensuite à la perception du risque de cancer pour soi-même, que les individus interrogés soient invités à évaluer ce risque dans l'absolu, ou à se comparer à la moyenne. Enfin, dans la mesure où se représenter un phénomène c'est avant tout lui trouver une cause pour lui donner du sens [8], nous verrons comment les personnes interrogées se représentent les divers facteurs susceptibles de favoriser l'apparition d'un cancer.

## RÉSULTATS

### Cancer : une gravité qui fait consensus

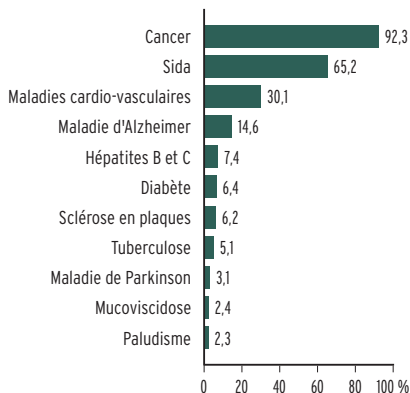
Les personnes interrogées étaient invitées à nommer les trois maladies qu'elles estimaient les plus graves. Il apparaît sur la **figure 1** que plus de neuf personnes sur dix citent le cancer dans ce trio, loin devant le sida (65,2 %) et les maladies cardio-vasculaires (30,1 %).

Le jugement porté sur la gravité du cancer comme maladie ne varie pas selon le sexe,

ni selon le niveau de diplôme. En revanche, ce jugement se modifie avec l'âge. Ainsi, entre 16 et 19 ans, 82,0 % des personnes interrogées citent le cancer comme l'une des trois maladies les plus graves, cette proportion augmentant ensuite avec l'âge pour culminer à 96,4 % pour les 55-64 ans, avant de décliner à 88,6 % pour les plus de 75 ans. L'expérience directe ou indirecte de la maladie a également un effet sur les réponses : le cancer est plus souvent cité parmi les trois maladies les plus graves par les personnes qui elles-mêmes sont, ou ont été, atteintes d'un cancer, et par celles qui ont eu un proche atteint.

FIGURE 1

#### Maladies citées comme faisant partie des trois plus graves



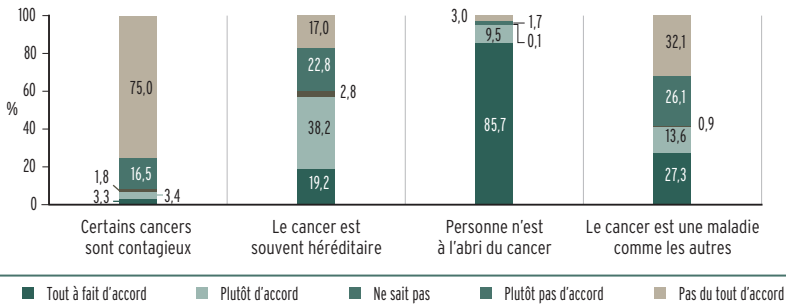
### Une maladie « pas vraiment comme les autres », dont personne n'est à l'abri

Les quatre opinions listées sur la **figure 2** ont suscité très peu de non-réponses. Une majorité des personnes (58,2 %) se dit « pas du tout » d'accord ou « plutôt pas » d'accord avec l'assertion selon laquelle le cancer est une maladie comme les autres. En outre, presque toutes estiment que personne n'est à l'abri du cancer (95,2 % sont « tout à fait » ou « plutôt » d'accord).

Juger que le cancer est une maladie comme les autres ne dépend ni du sexe

FIGURE 2

## Quelques opinions générales sur le cancer



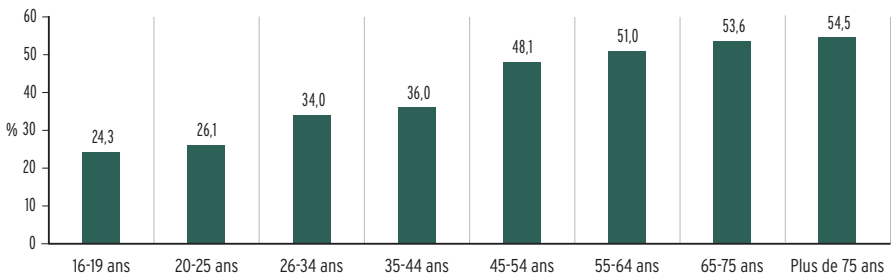
ni du diplôme. En revanche, ce jugement augmente de manière continue avec l'âge [figure 3]. Les plus jeunes auraient donc davantage tendance à considérer le cancer comme une maladie « à part », tandis que, pour les plus âgés, ce ne serait qu'une maladie comme les autres. Dans la mesure où la plupart des personnes interrogées estiment que personne n'est à l'abri du cancer, il est difficile de trouver des caractéristiques sociodémographiques ou des opinions qui y soient associées. Toutefois, les personnes qui ont cité le cancer parmi les trois maladies les plus graves jugent plus souvent que personne n'est à l'abri (95,6 % sont « tout à fait » ou « plutôt » d'accord,

contre 90,6 % pour ceux qui ne citent pas le cancer), de même que les personnes les plus diplômées. L'adhésion à cette opinion oscille entre 96 et 98 % entre 26 et 64 ans, et s'avère en retrait aux deux extrêmes du cycle de vie (92,1 % à 16-19 ans, 87,8 % au-delà de 75 ans).

En outre, du point de vue des comportements de dépistage, parmi les femmes de 40 ans et plus, celles qui ont eu une mammographie au cours des deux dernières années sont significativement plus enclines à juger que personne n'est à l'abri du cancer (96,7 %, contre 92,1 % parmi celles qui n'ont jamais fait de mammographie ou dont la dernière remonte à plus de deux ans).

FIGURE 3

## Personnes jugeant que le cancer est une maladie comme les autres, selon l'âge



## Une cause héréditaire qui divise l'opinion, tandis qu'une minorité croit à la contagion

S'agissant cette fois des causes possibles du cancer, la **figure 2** montre aussi qu'un peu plus de la moitié des enquêtés jugent que le cancer est souvent héréditaire (57,4 % sont « *plutôt* » ou « *tout à fait* » d'accord), tandis que seuls 6,7 % pensent que certains cancers sont contagieux. Concernant ce dernier chiffre, une autre façon de lire ces résultats conduit à souligner que seuls 75 % des enquêtés ne sont « *pas du tout* » d'accord avec la contagiosité supposée de certains cancers, ce qui implique qu'à l'inverse une personne sur quatre adhère à cette idée ou du moins ne la rejette pas catégoriquement.

L'opinion selon laquelle le cancer est souvent héréditaire est plus fréquente parmi les personnes qui ont cité le cancer comme l'une des trois maladies les plus graves (58,2 % sont « *tout à fait* » ou « *plutôt* » d'accord vs 48,7 % pour les autres), parmi celles qui ont eu un proche atteint (59,8 % vs 53,6 %), parmi les femmes (63,0 % vs 51,5 % parmi les hommes), et enfin parmi les plus diplômés (66,2 % parmi les diplômés d'un troisième cycle universitaire vs 56,7 % parmi les autres). À l'inverse, cette opinion est moins fréquente parmi les plus jeunes (46,8 % parmi les 16-25 ans, 59,7 % au-delà).

Enfin, parmi les hommes âgés de 50 ans au moins, cette opinion est plus fréquente parmi ceux qui ont fait un test de dépistage du cancer de la prostate (60,5 % vs 52,1 % pour les autres ; non significatif) ; de même, parmi les femmes de 40 ans et plus, cette opinion est plus fréquente parmi celles qui ont fait une mammographie au cours des deux dernières années (66,6 % vs 59,9 %).

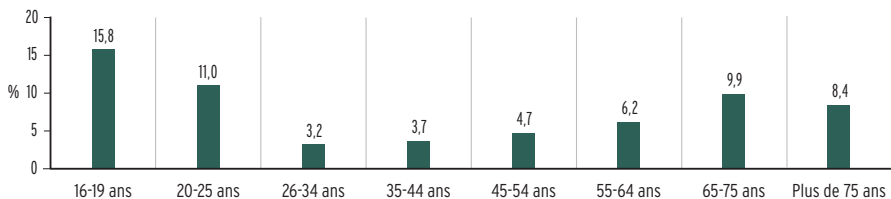
Pour les opinions relatives à la contagiosité du cancer, on retrouve un profil inverse à celui observé pour les opinions sur l'hérédité. Ainsi, cette opinion, même si elle est très minoritaire, s'avère plus répandue parmi les ouvriers (11,4 %), parmi les chômeurs (10,6 %) et parmi les personnes les moins diplômées (pas de diplôme, CEP, BEPC : 10,3 %). Elle est, au contraire, plus rare parmi les personnes qui ont eu un proche atteint d'un cancer. Quant à l'âge, les plus jeunes sont plus enclins à penser que certains cancers sont contagieux (c'est le cas de 15,8 % des 16-19 ans et 11,0 % des 20-25 ans), mais c'est aussi le cas, dans une moindre mesure, des plus âgés [figure 4].

## Avoir un cancer au cours de sa vie : un risque perçu souvent inférieur au risque moyen

Pour évaluer le risque perçu par des individus, deux modes d'interrogation sont traditionnellement employés : soit on

FIGURE 4

Personnes jugeant que certains cancers sont contagieux, selon l'âge



leur demande une estimation numérique en indiquant une probabilité, soit on leur demande de se comparer à un individu de référence, en général un individu moyen. Dans cette enquête, les deux modes ont été utilisés, car ils conduisent parfois à des résultats sensiblement différents.

Il était précisé au préalable pour chaque sexe quel était son risque moyen : « *Sachant que pour un homme (resp. pour une femme) le risque moyen de développer un cancer au cours de sa vie est de 47 % (resp. 37 %), soit près d'un homme sur deux (plus d'une femme sur trois)...* » Puis une moitié de l'échantillon a répondu à la question suivante : « *... quel est, selon vous, le risque que vous développiez un cancer au cours de votre vie ? Donnez un nombre compris entre 0 et 100 (un pourcentage)* ». L'autre moitié a répondu à la question : « *... diriez-vous que le risque que vous développiez un cancer au cours de votre vie est : très supérieur à la moyenne, plutôt supérieur à la moyenne, égal à la moyenne, plutôt inférieur à la moyenne, très inférieur à la moyenne ?* »

La **figure 5** présente les résultats obtenus avec la première méthode, en distinguant les deux sexes. Au total, sur les 1 825 personnes auxquelles cette question a été posée, 1 686 ont donné une réponse. Bien que le risque

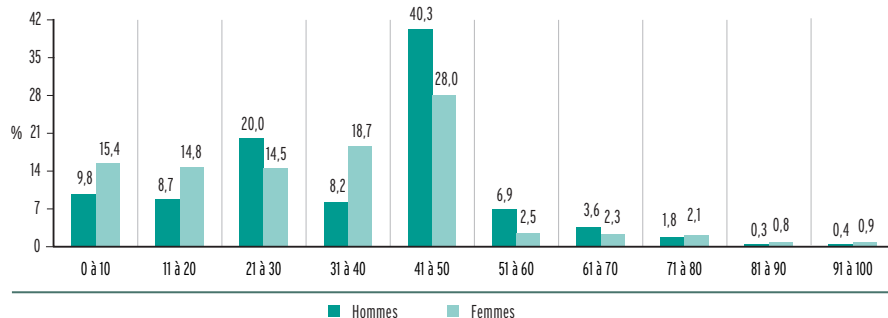
de référence donné dans l'intitulé de la question diffère selon le sexe, les réponses des hommes et celles des femmes se concentrent dans la même tranche, entre 41 et 50 chances sur 100. Les deux distributions s'avèrent également asymétriques, avec très peu de personnes qui jugent que leur risque de cancer dépasse les 50 % (c'est le cas de 8,6 % des femmes, et de 13,0 % des hommes) et, inversement, une forte minorité qui situe son risque entre 0 et 30 chances sur 100 (44,7 % des femmes, 38,5 % des hommes).

Au total, le risque d'avoir un cancer au cours de la vie est évalué en moyenne à 35 chances sur 100 pour les femmes, et à 39 chances sur 100 pour les hommes. En moyenne, le risque de cancer estimé s'avère donc juste en dessous de la valeur de référence épidémiologique pour les femmes (35 vs 37), mais très en dessous pour les hommes (39 vs 47).

L'évaluation du risque de cancer par comparaison avec la moyenne a été demandée à 1 995 personnes, parmi lesquelles 1 867 ont répondu. Avec cette formulation, 55,6 % jugent leur propre risque égal au risque moyen, 27,9 % l'estiment inférieur à la moyenne et 16,5 % pensent que leur risque est supérieur à la moyenne [**figure 6**].

**FIGURE 5**

Risque estimé (en nombre de chances sur cent) d'avoir un cancer au cours de sa vie



## Un risque perçu qui varie selon l'âge, le mode de vie et l'atteinte de proches

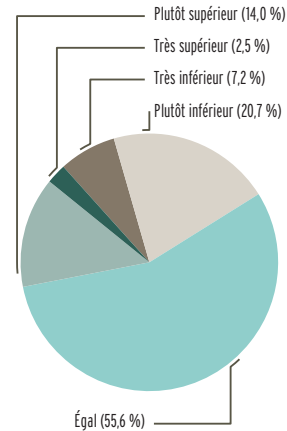
Le **tableau I** permet d'observer les facteurs sociodémographiques et comportementaux associés ou non à des variations de la perception du risque de cancer, selon le type de question utilisé pour mesurer cette perception. Il est intéressant de voir comment le risque perçu se situe vis-à-vis du risque de référence donné dans l'intitulé de la question ; ce tableau distingue les hommes et les femmes pour l'estimation en nombre de chances sur cent (puisque le risque de référence n'est pas le même pour les deux sexes). Il faut donc garder à l'esprit que les résultats du tableau I sont calculés sur des effectifs de taille différente : 967 femmes et 719 hommes pour le risque perçu en nombre de chances sur cent, contre 1 867 femmes et hommes pour la comparaison au risque moyen. Cela explique que les variations observées pour le risque perçu en nombre de chances sur cent soient moins souvent statistiquement significatives.

Le **tableau I** se lit de la façon suivante : à 16-19 ans, les femmes estiment en moyenne leur risque de cancer au cours de la vie 5 points en dessous du risque de référence, et les hommes 12 points en dessous, sachant que pour les deux sexes confondus 42,1 % des 16-19 ans pensent que leur risque d'avoir un cancer au cours de la vie est « *plutôt* » ou « *très* » inférieur à la moyenne.

La perception du risque de cancer au cours de la vie varie peu selon les caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées. Il apparaît toutefois que les plus jeunes (16-19 ans) et les plus âgées (plus de 75 ans) pensent plus souvent que leur risque de cancer est inférieur à la moyenne. En revanche, la perception du risque varie plus souvent selon le mode de vie des personnes interrogées, du point de vue des comportements considérés comme préventifs ou au

FIGURE 6

Risque estimé (comparaison à la moyenne) d'avoir un cancer au cours de sa vie



contraire « à risque » par les experts de santé publique, avec toutefois des variations selon le sexe et la question posée pour mesurer cette perception.

Cette relation est particulièrement nette pour le tabagisme. Seuls 17,8 % des fumeurs perçoivent leur risque d'avoir un cancer comme inférieur au risque moyen, contre 31,3 % des non-fumeurs. Lorsque cette perception est mesurée en nombre de chances sur cent, les fumeuses évaluent leur risque de cancer à 41 chances sur 100, ce qui est supérieur à l'évaluation des non-fumeuses (34) comme au risque moyen de référence pour les femmes (37) ; tandis que les fumeurs évaluent leur risque à 42 chances sur cent, ce qui est plus que l'évaluation des non-fumeurs (38), mais reste bien en deçà du risque moyen de référence pour les hommes (47).

Le risque perçu d'avoir un cancer au cours de sa vie peut aussi être étudié au regard de questions directement liées au cancer (avoir eu un proche atteint, opinions sur le cancer, dépistage par mammographie ou frottis cervico-utérin pour les femmes, test PSA



TABLEAU I

**Estimation du risque de cancer au cours de la vie selon le profil  
socio-démographique et comportemental (moyenne et pourcentage)**

	Risque estimé en nombre de chances sur cent : écart avec le risque de référence		Risque perçu : inférieur au risque moyen (%) (n=1867)
	Femmes (référence : 37) (n=967)	Hommes (référence : 47) (n=719)	
<b>Sexe</b>			
Hommes	-	-8	27,4
Femmes	-2	-	28,4
<b>Âge</b>			
16-19 ans	-5	-12	42,1
20-25 ans	-3	-9	27,1
26-34 ans	-1	-5	21,2
35-44 ans	0	-6	20,7
45-54 ans	-2	-10	21,9
55-64 ans	-1	-7	26,7
65-75 ans	-5	-6	38,6
Plus de 75 ans	-2	-8	55,1***
<b>Diplôme</b>			
Aucun diplôme, CEP, BEPC	-2	-8	36,8
BEP/CAP	0	-8	24,6
Baccalauréat	-4	-10	23,5
1 <sup>er</sup> -2 <sup>e</sup> cycle universitaire	-1	-5	25,0
3 <sup>e</sup> cycle universitaire	-6	-7	25,2
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>			
Agriculteurs exploitants	-4	-12	29,2
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	-6	-6	27,9
Cadres, prof. intellectuelles supérieures	-1	-8	26,1
Professions intermédiaires	-3	-6	26,7
Employés	-2	-7	25,4
Ouvriers	+4	-7	28,4
Inactifs	-3	-14	34,9
<b>Statut tabagique</b>			
Fumeur	+4	-5	17,8
Non fumeur	-3***	-9***	31,3***
<b>Usage quotidien d'alcool</b>			
Oui	-2	-4	31,2
Non	-2	-9***	27,3
<b>Consommation d'au moins cinq fruits et légumes</b>			
Tous les jours ou presque	-3	-10	30,8
Moins souvent	0*	-6***	25,3*
<b>Sport ou activité physique</b>			
Tous les jours ou presque	-2	-9	32,9
Moins souvent	-2	-7*	24,9***

\* : p&lt;0,05; \*\*\* : p&lt;0,001 (après modélisation pour contrôler les effets de structure).

(antigène prostatique spécifique — APS — PSA en anglais) pour le cancer de la prostate pour les hommes).

Le **tableau II** se lit de la façon suivante : les femmes qui ont déjà eu un proche atteint d'un cancer estiment en moyenne leur risque de cancer au cours de la vie 1 point en dessous de la référence, contre 4 pour celles qui n'ont pas eu de proche atteint. Ces

deux écarts sont de -6 et -10 points pour les hommes, sachant que pour les deux sexes confondus 23,2 % de ceux qui ont eu un proche atteint pensent que leur risque d'avoir un cancer au cours de la vie est « *plutôt* » ou « *très* » inférieur à la moyenne, contre 35,9 % pour les autres.

Ce tableau montre donc que les personnes qui ont eu un proche atteint ont une estima-

**TABLEAU II**

**Estimation du risque de cancer au cours de sa vie selon la proximité à la maladie et les opinions sur le cancer (moyenne et pourcentage)**

	Risque estimé en nombre de chances sur cent : écart avec le risque de référence		Risque perçu : inférieur au risque moyen (%) (n=1867)
	Femmes (référence : 37) (n=967)	Hommes (référence : 47) (n=719)	
<b>A déjà eu un proche atteint du cancer</b>			
Oui	-1	-6	23,2
Non	-4*	-10**	35,9***
<b>Mammographie depuis deux ans (pour les femmes de 40 ans et plus)</b>			
Oui	-2	-	30,0
Non	+1	-	46,0**
<b>Frottis cervico-utérin depuis trois ans (pour les femmes de 20 ans et plus)</b>			
Oui	-1	-	24,2
Non	-3	-	37,3**
<b>Test PSA pour le cancer de la prostate au cours de la vie (pour les hommes de 50 ans et plus)</b>			
Oui	-	-7	28,9
Non	-	-8	26,8*
<b>Cancer cité parmi les trois maladies les plus graves</b>			
Oui	-2	-7	27,6
Non	-1	-11	31,4
<b>« Le cancer est une maladie comme les autres »</b>			
Tout à fait, plutôt d'accord	-2	-8	28,3
Ne sait pas, plutôt pas, pas du tout d'accord	-2	-7	27,5
<b>« Personne n'est à l'abri du cancer »</b>			
Tout à fait, plutôt d'accord	-2	-8	27,4
Ne sait pas, plutôt pas, pas du tout d'accord	-6	-10	37,2*
<b>« Le cancer est souvent héréditaire »</b>			
Tout à fait, plutôt d'accord	-2	-6	27,0
Ne sait pas, plutôt pas, pas du tout d'accord	-2	-9*	29,0
<b>« Certains cancers sont contagieux »</b>			
Tout à fait, plutôt d'accord	-5	-6	37,5
Ne sait pas, plutôt pas, pas du tout d'accord	-2	-8	27,2**

\* : p<0,05; \*\* : p<0,01; \*\*\* : p<0,001 (après modélisation pour contrôler les effets de structure)

## RÉACTIONS FACE À UN SIGNE D'APPEL

L'enquête comportait une question sur la réaction face à un signe qui pouvait faire penser à la personne qu'elle avait un cancer. La grande majorité des personnes interrogées se tournerait dans ce cas de figure vers un professionnel de santé : 89,1 % en parleraient d'abord à un médecin et 1,1 % à un pharmacien. Un peu moins d'une personne sur dix (8,1 %) déclare préférer attendre pour voir si le symptôme disparaît de lui-même, les autres se soigner soi-même (0,7 %), parler à son entourage (0,5 %) ou imaginent d'autres réactions (0,5 %). Si l'on regarde les facteurs sociodémographiques statistiquement associés au fait de consulter un médecin

ou de parler à son pharmacien dès qu'apparaît un signe de cancer, on s'aperçoit que ce sont les femmes, les personnes les plus âgées ainsi que les personnes vivant dans un ménage à revenu élevé, qui sont en proportion plus nombreuses à avoir ce réflexe [tableau ci-dessous]. Les personnes considérant n'avoir aucune chance d'arriver à l'espérance de vie respective de leur genre ainsi que celles ayant dans leur entourage une personne soignée pour cancer consulteraient moins (ou moins rapidement) que les autres. Le niveau de diplôme n'est pas, quant à lui, un facteur discriminant.

### Facteurs liés au fait de parler à un professionnel de santé (médecin ou pharmacien) suite à la perception d'un signe d'appel

	Pourcentage	OR ajusté	IC à 95 %
<b>Sexe</b>			
Hommes	89,4 %	1,0	
Femmes	90,8 %	1,4*	1,0-1,8
<b>Âge</b>			
16-24 ans	84,7 %	1,0	
25-34 ans	87,5 %	0,9	0,6-1,5
35-44 ans	90,0 %	1,3	0,8-1,9
45-54 ans	92,7 %	1,9*	1,1-3,2
55-64 ans	93,4 %	2,1**	1,2-3,7
65-74 ans	93,7 %	2,2*	1,1-4,3
75 ans et plus	92,9 %***	3,1*	1,1-8,7
<b>Revenus par UC</b>			
Moins de 900 euros	87,3 %	1,0	
900-1 499 euros	91,9 %	1,6*	1,1-2,2
1 500 euros et plus	92,2 %***	1,6*	1,1-2,4
<b>Chances d'arriver à l'espérance de vie</b>			
Très grandes	89,9 %	1,0	
Grandes	91,7 %	1,2	0,8-1,7
Peu	86,8 %	0,7	0,5-1,0
Aucune	72,0 %***	0,3***	0,1-0,5
<b>Personne soignée pour cancer dans l'entourage</b>			
Oui	89,6 %	1,0	
Non	91,0 %	1,4*	1,0-1,9
<b>Diplôme</b>			
Aucun diplôme	89,5 %	1,0	
Certificat/BEPC	89,1 %	0,6	0,3-1,2
CAP/BEP	90,0 %	0,9	0,5-1,8
Bac	89,7 %	0,7	0,4-1,5
Supérieur au bac	91,2 %	0,8	0,4-1,6

\* : p<0,05; \*\* : p<0,01; \*\*\* : p<0,001.

tion de leur risque plus élevée que les autres, pour les hommes comme pour les femmes, et de même qu'ils sont moins enclins à penser que leur risque est inférieur à la moyenne.

En outre, parmi les femmes, celles qui n'ont pas fait de frottis cervico-utérin depuis trois ans ont davantage tendance à juger leur risque de cancer inférieur au risque moyen. Parmi les hommes de 50 ans et plus, ceux qui ont déjà fait un test de dépistage PSA pour le cancer de la prostate estiment un peu plus souvent que leur risque de cancer est inférieur au risque moyen.

En revanche, les opinions sur le cancer s'avèrent assez peu liées au risque perçu d'avoir un cancer au cours de sa vie. On notera tout de même que les hommes qui pensent que le cancer est souvent héréditaire ont un risque perçu plus élevé, et que les personnes qui pensent que « *personne n'est à l'abri du cancer* » sont moins enclines à juger leur risque inférieur à la moyenne. Il apparaît aussi que, inversement, ceux qui croient à une contagiosité de certains cancers estiment plus souvent que leur propre risque est inférieur à la moyenne (37,5 % vs 27,2 %).

### Causes possibles de cancer : des présomptions élevées pour tous les facteurs proposés

S'agissant des facteurs susceptibles de favoriser l'apparition d'un cancer, les personnes interrogées se sont vu proposer douze facteurs, relevant de trois registres. D'abord, des facteurs relatifs au mode de vie, qui résultent de comportements volontaires et qui ont fait l'objet de campagnes de prévention : fumer des cigarettes, boire plus de trois verres d'alcool par jour, manger peu de fruits et légumes, s'exposer au soleil sans protéger sa peau. Ensuite, des facteurs environnementaux : vivre à côté d'une centrale nucléaire ou d'une antenne relais pour téléphones portables, respirer un air

pollué, manger des aliments traités avec des produits chimiques. Ces facteurs renvoient à des pollutions diffuses qui échappent le plus souvent à nos sens (ondes, radiations, particules dans l'air et les aliments). Enfin, une série de causes possibles qui soulignent la dimension psychologique du cancer : subir le stress de la vie moderne, avoir été fragilisé par des expériences douloureuses (comme le deuil, une séparation, le chômage, etc.), ne pas arriver à exprimer ses émotions, être devenu aigri à cause de déceptions affectives ou professionnelles.

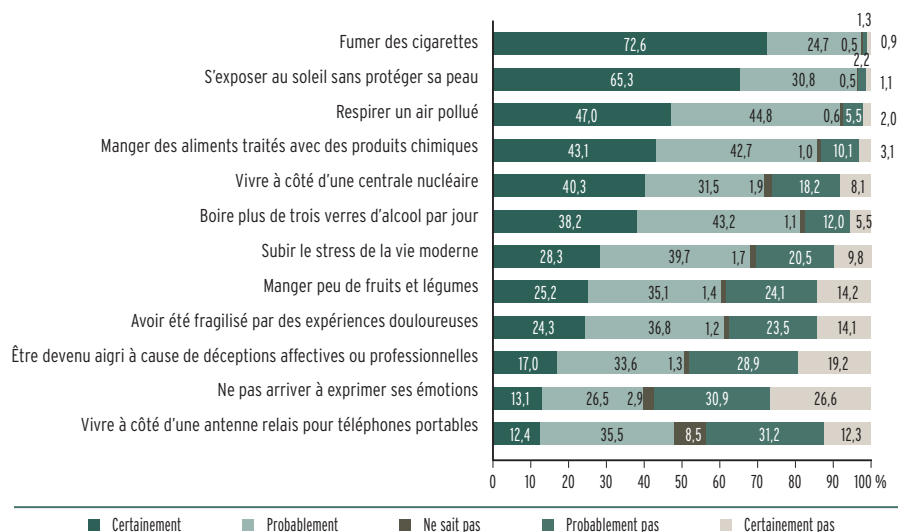
La **figure 7** détaille les opinions des personnes interrogées sur les causes possibles du cancer. Ces opinions suggèrent de hiérarchiser quatre ensembles de facteurs. D'abord, deux facteurs comportementaux, le tabagisme et l'exposition au soleil sans protection, pour lesquels une nette majorité d'enquêtés considère qu'ils favorisent « *certainement* » l'apparition d'un cancer, la quasi-totalité les incriminant au moins « *probablement* » (97,3 % pour les cigarettes, 96,1 % pour le soleil).

Ensuite, des facteurs qui sont considérés comme favorisant « *certainement* » le cancer par quatre à cinq personnes sur dix, presque autant les incriminant « *probablement* », avec donc au total une large majorité d'enquêtés les considérant comme des causes certaines ou probables. On retrouve ici des facteurs environnementaux : la pollution de l'air (91,8 % de « *certainement* » ou de « *probablement* »), les aliments traités avec des produits chimiques (85,8 %), la proximité à une centrale nucléaire (71,8 %) ; mais aussi un facteur comportemental : boire plus de trois verres d'alcool par jour (81,4 %).

Puis on trouve trois facteurs considérés comme des causes certaines de cancer par environ une personne sur quatre, et comme des causes probables par une sur trois, avec donc une majorité qui les considère comme des facteurs favorisant « *certainement* » ou « *probablement* » l'apparition

FIGURE 7

## Opinions sur les causes possibles du cancer



d'un cancer : deux facteurs psychologiques, en l'occurrence subir le stress de la vie moderne (68,0 %) et avoir été fragilisé par des expériences douloureuses (61,1 %), et un facteur comportemental, à savoir manger peu de fruits et légumes (60,3 %).

Enfin, trois facteurs sont considérés comme des causes certaines ou probables par une personne sur deux ou moins : être aigri à cause de déceptions affectives ou professionnelles (50,6 %), ne pas arriver à exprimer ses émotions (39,6 %), vivre à proximité d'une antenne relais pour téléphones portables (47,9 %). Ces facteurs, qui sont ceux que les enquêtés considèrent le moins souvent comme cancérigènes, sont donc tout de même perçus comme tels par quatre à cinq personnes sur dix.

### Causes possibles de cancer : des profils d'opinions très contrastés

Une technique de classification<sup>1</sup> permet ici d'étudier globalement les relations existant

entre les opinions exprimées sur les douze facteurs de risque proposés, en mettant en évidence les relations les plus fortes, pour isoler des profils types d'individus qui rendent bien compte de ces relations. Cette technique conduit ici à distinguer *cinq profils d'opinions relatives aux causes possibles du cancer*.

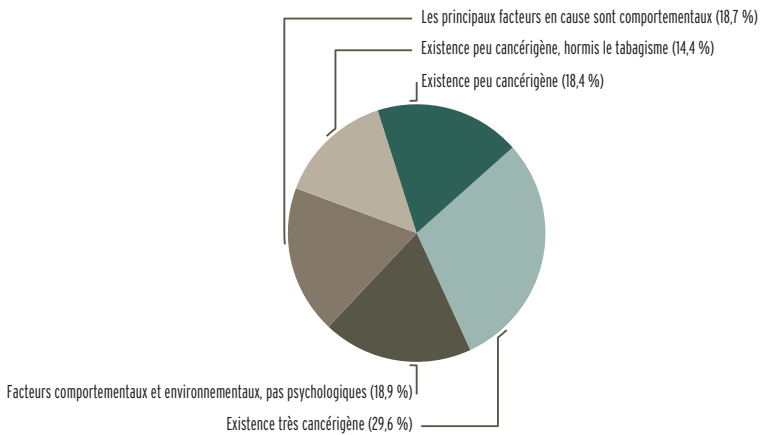
La **figure 8** montre comment les personnes interrogées se répartissent entre ces cinq profils d'opinions, le **tableau III** permet de caractériser ces profils relativement aux causes possibles de cancer proposées dans le questionnaire, enfin le **tableau IV** décrit ces profils en termes sociodémographiques.

■ Le premier profil réunit 29,6 % des enquêtés. On pourrait dire que pour ces individus l'existence est très cancérigène. En effet, ils sont les plus enclins à considérer que tous les facteurs proposés favorisent certainement l'apparition d'un cancer,

1. Une classification ascendante hiérarchique.

FIGURE 8

## Profils d'opinions sur les causes possibles de cancer



qu'il s'agisse de comportements comme le tabagisme (87,8 % vs 72,6 % pour tout l'échantillon) ou l'exposition au soleil sans protection (82,8 % vs 65,3 %), de facteurs environnementaux comme les produits chimiques dans les aliments (70,1 %) ou la pollution de l'air (69,8 %), ou même de facteurs psychologiques comme le stress (59,1 %) ou la fragilité due à des expériences douloureuses (54,1 %). Ce cumul bouscule parfois la hiérarchie des facteurs cancérigènes observée sur l'ensemble de l'échantillon : par exemple, le stress et la fragilité sont désignés comme favorisant certainement le cancer plus souvent que l'alcool (52,2 %).

■ Le deuxième profil regroupe 18,9 % des enquêtés. Plus souvent que les autres, ceux-ci mettent l'accent sur l'effet cancérigène des facteurs comportementaux (sauf pour le manque de fruits et légumes) et des facteurs environnementaux (ainsi, plus des deux tiers pensent que respirer un air pollué ou vivre à côté d'une centrale nucléaire favorise certainement l'apparition d'un cancer). En revanche, ces personnes ne croient pas à une incidence des problèmes d'ordre

psychologique sur la survenue d'un cancer. Pour elles, cette maladie a donc des facteurs comportementaux et environnementaux, pas psychologiques.

■ Le troisième profil est de taille similaire au précédent (18,7 %). Les enquêtés de ce profil mettent en cause les facteurs comportementaux (au premier rang desquels le tabagisme), à l'exclusion des autres types de facteurs : par exemple, seul un sur cent juge que vivre à côté d'une antenne relais pour téléphones portables favorise certainement le cancer, et seul un sur vingt pense de même pour le fait de ne pas arriver à exprimer ses émotions. Par conséquent, pour ces personnes, les principaux facteurs en cause sont comportementaux.

■ Le quatrième profil (14,4 % des enquêtés) est plus sélectif encore. En effet, les personnes réunies dans ce profil incriminent le tabagisme, au même niveau que le reste de l'échantillon (73,1 % estiment qu'il favorise certainement l'apparition d'un cancer), mais en revanche sont moins enclines à mettre en cause les autres facteurs proposés. Par exemple, seuls 16,8 % jugent certain l'effet cancérigène de l'alcool (plus de trois verres

TABLEAU III

## Profils d'opinions sur les causes possibles du cancer (classification ascendante hiérarchique)

Pourcentage jugeant que les facteurs suivants contribuent certainement à l'apparition d'un cancer :	Existence très cancérigène (29,6 %)	Facteurs comportementaux et environnementaux, pas psychologiques (18,9 %)
Fumer des cigarettes	<b>87,8</b>	<b>90,2</b>
Boire plus de trois verres d'alcool par jour	<b>52,2</b>	<b>49,0</b>
Manger peu de fruits et légumes	<b>47,1</b>	<i>19,5</i>
S'exposer au soleil sans protéger sa peau	<b>82,8</b>	<b>85,6</b>
Respirer un air pollué	<b>69,8</b>	<b>71,6</b>
Manger des aliments traités avec des produits chimiques	<b>70,1</b>	<b>61,8</b>
Vivre à côté d'une centrale nucléaire	<b>62,1</b>	<b>67,0</b>
Vivre à côté d'une antenne relais pour téléphones portables	<b>22,4</b>	<b>22,6</b>
Ne pas arriver à exprimer ses émotions	<b>34,7</b>	<i>2,5</i>
Être devenu aigri à cause de déceptions affectives ou professionnelles	<b>42,4</b>	<i>2,9</i>
Avoir été fragilisé par des expériences douloureuses	<b>54,1</b>	<i>6,1</i>
Subir le stress de la vie moderne	<b>59,1</b>	<i>17,5</i>

Les pourcentages significativement supérieurs à la moyenne sont en gras, les pourcentages significativement inférieurs à la moyenne sont en italiques.

TABLEAU IV

## Caractéristiques sociodémographiques des profils d'opinions sur les causes possibles du cancer (en %)

	Existence très cancérigène (29,6 %)	Facteurs comportementaux et environnementaux, pas psychologiques (18,9 %)
<b>Sexe</b>		
Hommes (n=1559)	40,7	49,0
Femmes (n=2 261)	59,3	51,0
<b>Âge</b>		
16-19 ans (n=299)	2,5	13,3
20-25 ans (n=330)	5,8	15,5
26-34 ans (n=656)	13,7	21,1
35-44 ans (n=782)	19,8	18,5
45-54 ans (n=572)	20,3	12,3
55-64 ans (n=555)	16,2	7,2
65-75 ans (n=411)	13,1	7,3
Plus de 75 ans (n=215)	8,6	4,8
<b>Diplôme</b>		
Aucun diplôme, CEP, BEPC (n=1 107)	30,5	30,4
BEP/CAP (n=875)	24,3	27,6
Baccalauréat (n=644)	15,0	19,1
1 <sup>er</sup> -2 <sup>nd</sup> cycle universitaire (n=823)	22,9	17,3
3 <sup>e</sup> cycle universitaire (n=335)	7,3	5,6
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>		
Agriculteurs exploitants (n=127)	3,1	1,5
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise (n=203)	6,6	4,6
Cadres, prof. intellectuelles supérieures (n=560)	13,8	10,1
Professions intermédiaires (n=779)	24,9	16,7
Employés (n=1046)	26,7	26,8
Ouvriers (n=600)	15,8	20,2
Inactifs (n=502)	9,0	20,2

\*\*\* : p<0,001 (après modélisation pour contrôler les effets de structure).

Les principaux facteurs en cause sont comportementaux (18,7 %)	Existence peu cancérigène, hormis le tabagisme (14,4 %)	Existence peu cancérigène (18,4 %)	Total
<b>93,0</b>	73,1	8,8	72,6
<b>49,9</b>	16,8	9,2	38,2
<b>31,2</b>	2,3	7,8	25,2
<b>73,3</b>	50,7	19,7	65,3
36,0	18,5	18,6	47,0
25,5	11,6	22,8	43,1
5,0	28,3	22,9	40,3
1,1	3,9	3,9	12,4
4,8	1,4	6,9	13,1
10,3	1,7	9,4	17,0
18,5	5,7	15,6	24,3
20,1	3,3	17,8	28,3

Les principaux facteurs en cause sont comportementaux (18,7 %)	Existence peu cancérigène, hormis le tabagisme (14,4 %)	Existence peu cancérigène (18,4 %)	Total
55,3	54,6	48,9	48,5
44,7	45,4	51,1***	51,5
4,5	13,8	5,5	7,1
8,6	18,6	6,0	10,0
16,1	21,9	14,7	16,9
21,9	14,8	18,2	18,9
21,2	12,2	18,6	17,5
11,6	6,4	11,0	11,3
10,4	6,9	13,9	10,8
5,8	5,5	12,1***	7,6
17,7	30,9	31,3	28,3
20,3	21,0	24,4	23,7
18,3	20,3	16,3	17,4
30,0	20,3	17,2	21,7
13,7	7,6	10,9***	8,9
2,5	3,5	4,9	3,1
4,9	5,1	7,1	5,8
23,7	12,8	17,3	15,4
22,1	14,4	19,0	20,2
23,4	23,0	25,8	25,4
13,9	18,2	16,8	16,8
9,5	23,1	8,8	13,2



par jour) (vs 38,2 % dans l'ensemble de l'échantillon), cette proportion valant 18,5 % pour la pollution de l'air (vs 47,0 %), ou encore 3,3 % pour le stress (vs 28,3 %). Il semble donc que ces personnes considèrent l'existence comme peu cancérigène, hormis le tabagisme.

■ Enfin, le dernier profil qui regroupe 18,4 % des enquêtés, soit plus d'une personne sur six, ressemble fort au négatif du premier profil : les individus de ce profil sont moins enclins à juger cancérigènes les facteurs proposés, quels qu'ils soient. C'est vrai en particulier pour les facteurs comportementaux : moins d'un sur dix pense que la cigarette, l'alcool ou le manque de fruits et légumes provoquent certainement des cancers, moins d'un sur vingt incrimine de même l'exposition au soleil sans protection ou la pollution de l'air. On peut donc dire que pour ces personnes l'existence est peu cancérigène.

Les personnes pour lesquelles l'existence semble très cancérigène (29,6 % de l'échantillon) sont plus souvent des femmes (59,3 % vs 51,1 % dans l'ensemble de l'échantillon). Elles sont aussi plus âgées : 49,6 % ont entre 45 et 75 ans (vs 39,6 %).

Les enquêtés qui mettent l'accent sur les facteurs comportementaux et environnementaux du cancer, en rejetant les facteurs psychologiques proposés (18,9 % de l'échantillon), se caractérisent d'abord par leur jeunesse : 49,9 % ont moins de 35 ans, contre 34,0 % au sein de l'échantillon entier. Ils sont moins nombreux à avoir un diplôme de l'enseignement supérieur (22,9 % vs 30,6 % dans l'ensemble de l'échantillon).

Les individus qui se focalisent sur les facteurs comportementaux du cancer

(18,7 %) sont en majorité des hommes. Ils sont plus diplômés que la moyenne : 43,7 % ont un diplôme de l'enseignement supérieur, contre 30,6 % pour l'ensemble de l'échantillon.

Ceux qui semblent juger que l'existence est peu cancérigène hormis le tabagisme (14,4 %), sont eux aussi en majorité des hommes, et sont plus jeunes que la moyenne (plus de la moitié a moins de 35 ans, contre seulement un tiers pour l'ensemble). Ils sont aussi plus souvent inactifs (étudiants en l'occurrence, du fait de leur jeunesse relative).

Quant aux personnes qui semblent juger que l'existence est peu cancérigène, en incriminant moins que les autres toutes les causes proposées, elles sont peu différentes de la moyenne, si ce n'est qu'elles sont un peu plus âgées que l'ensemble (26,0 % ont 65 ans ou plus, versus 18,4 % dans l'ensemble de l'échantillon).

Par ailleurs, les fumeurs sont plus nombreux dans le profil qui met l'accent sur tous les facteurs comportementaux et environnementaux qui pourraient favoriser le cancer, mais moins nombreux dans le profil qui se focalise sur les facteurs comportementaux en général, et sur le tabagisme en particulier. Les personnes qui boivent de l'alcool quotidiennement, mais aussi celles qui mangent au moins cinq fruits et légumes par jour, considèrent plus fréquemment que tous les facteurs proposés sont cancérigènes (profil intitulé « l'existence est très cancérigène »). De même, du point de vue des comportements de dépistage, parmi les hommes de 50 ans et plus ceux qui ont fait un test de dépistage PSA pour le cancer de la prostate sont plus enclins à juger que l'existence est très cancérigène.

## INFORMATION PERÇUE SUR DIFFÉRENTS THÈMES DE SANTÉ

### Perception de son niveau d'information

Interrogés sur leur niveau d'information pour différents thèmes de santé<sup>1</sup>, les Français se disent dans leur ensemble bien informés. Le cancer, maladie jugée la plus grave (92,3 %) et l'une des plus redoutées (54,9 %)², rassemble le moins de suffrages puisque 69,9 % de l'échantillon se disent « plutôt » ou « très bien » informés (dont seulement 16,9 % « très bien » informés) [figure 1]. À l'opposé, le tabac et l'alcool sont les deux sujets pour lesquels le sentiment d'information est le plus élevé. Les femmes sont globalement plus nombreuses à se dire bien informées, en particulier

pour le cancer (71,7 % vs 67,9 %), l'alimentation (74,4 % vs 66,3 %) et le risque solaire (82,7 % vs 70,6 %). Les personnes les plus âgées sont également dans cette situation pour ces trois thèmes [figure 2].

### Information perçue et opinions sur les facteurs de risque

En confrontant la perception du niveau d'information dans le domaine du cancer avec des questions d'opi-

1. Cinq thèmes étaient proposés : alcool, tabac, risque solaire, alimentation et cancer.

2. Baromètre santé 2005 – premiers résultats.

FIGURE 1

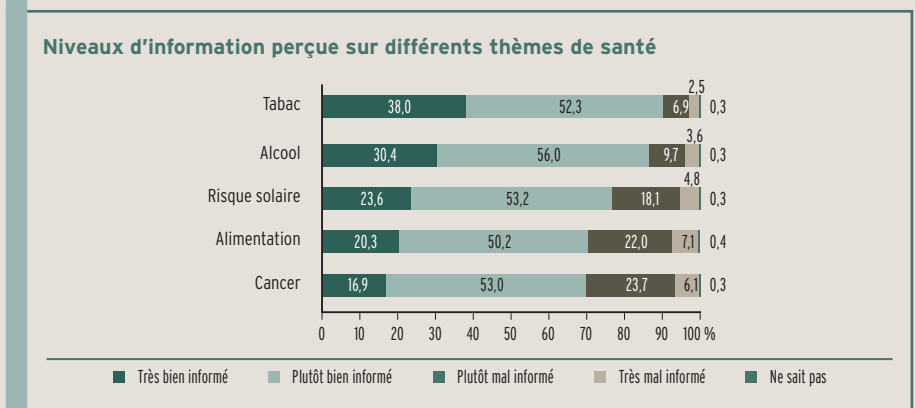
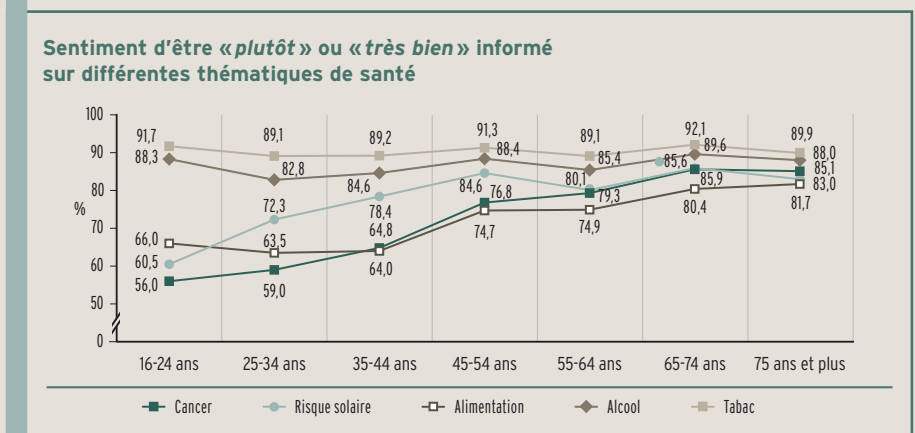


FIGURE 2

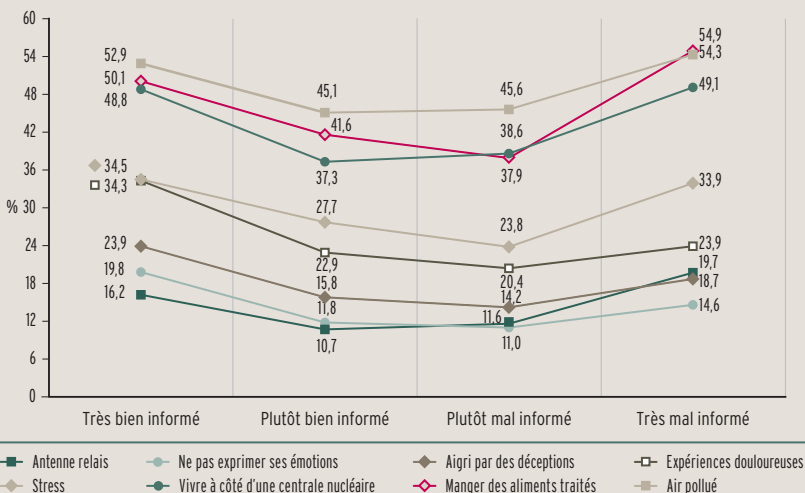


nions sur les facteurs de risque du cancer, on peut distinguer deux phénomènes. Tout d'abord, dans les domaines où des campagnes d'information ont clairement pointé leur rôle dans l'apparition d'un cancer, tels que la cigarette, l'alcool, l'exposition au soleil ou encore la faible consommation de fruits et légumes, peu de différences apparaissent : les personnes se déclarant « bien » ou « très bien » informées ne considèrent pas

plus que les autres que ces facteurs favorisent « certainement » l'apparition d'un cancer. Ensuite, dans les domaines où le lien avec l'apparition d'un cancer est moins clairement établi, moins souvent évoqué dans les médias, ou n'a pas fait l'objet de campagnes nationales d'information, les réponses des personnes qui se disent « très bien » informées rejoignent celles des personnes qui se disent « très mal » informées [figure 3].

FIGURE 3

Proportion de personnes déclarant que le facteur de risque en question favorise « certainement » l'apparition d'un cancer selon le niveau d'information perçue sur le cancer



## DISCUSSION

### Une maladie crainte, aujourd'hui comme hier

Le cancer est toujours perçu comme la maladie grave par excellence. C'est aussi, pour la plupart des enquêtés, une maladie dont personne n'est à l'abri et, pour la majorité d'entre eux, une maladie pas comme les autres. D'autres enquêtes montrent que le public craint le cancer, qu'il associe spontanément la mort au cancer,

ou encore que cette maladie est perçue comme très douloureuse et de plus en plus fréquente [9-11]. L'association sémantique entre cancer et maladie grave et mortelle est d'ailleurs sans doute d'autant plus forte qu'aujourd'hui encore il arrive souvent que le cancer ne soit pas nommé, mais remplacé par une périphrase qui ne trompe personne, comme lorsqu'une dépêche nous informe qu'une personnalité est « *décédée des suites d'une longue maladie* ».

Cette représentation du cancer n'est pas nouvelle. Déjà, au <sup>XVII</sup><sup>e</sup> siècle, le cancer était considéré comme un « *mal hors du commun par les douleurs qu'il occasionne, une issue presque toujours fatale [...], l'aspect effroyable des plaies, la barbarie des remèdes* », mais aussi comme un mal « *qui n'épargne ni grands ni petits, et personne ne peut se dire exempt d'être attaqué d'un cancer en sa vie. Les princes y sont sujets comme le peuple* » [12].

### Hérédité et contagion, entre logiques savante et sociale

Dans notre enquête, une majorité de personnes juge aussi que le cancer est souvent héréditaire, et une petite minorité pense que certains cancers sont contagieux. Il ne s'agit pas ici d'opposer les bonnes aux mauvaises réponses, même si l'état de la science conduirait à valider partiellement la première opinion et à rejeter clairement la seconde.

L'idée que le cancer pourrait s'avérer contagieux, avancée dans certains traités médicaux au <sup>XVIII</sup><sup>e</sup> siècle [12], est peut-être nourrie involontairement par les usages métaphoriques de la notion d'épidémie, lorsque l'on parle parfois de « l'épidémie de cancers » dans les médias. Le fait que la multiplication des partenaires sexuels soit désignée comme un facteur de risque pour le cancer de l'utérus pourrait aussi susciter des malentendus à ce sujet. En outre, la plus grande fréquence de cette opinion en milieu populaire nous rappelle que croire le cancer contagieux peut être une manière d'exprimer un rapport particulier au monde, marqué par un sentiment de vulnérabilité matérielle, professionnelle ou affective [4].

Ajoutons que ceux qui pensent que certains cancers sont contagieux jugent aussi plus fréquemment que le cancer est souvent héréditaire, bien que ces deux opinions soient associées à des profils sociodémographiques opposés : parmi les

personnes qui soulignent le rôle de l'hérédité, il y aurait donc à la fois celles qui le pensent parce qu'elles ont été convaincues par des arguments savants, mais aussi des personnes pour lesquelles l'hérédité, de même que la contagion, entre en consonance avec une conception du corps comme enveloppe vulnérable et perméable.

Enfin, il est apparu que l'opinion selon laquelle le cancer est souvent héréditaire est positivement associée à certains comportements de dépistage (mammographie pour les femmes, test PSA pour les hommes). Un examen plus détaillé des résultats montre que ces deux relations ne sont significatives que parmi les personnes qui ont eu un proche atteint : cela suggère que la croyance en l'hérédité du cancer pourrait inciter à se soumettre au dépistage, mais seulement lorsqu'un proche a été atteint (cet événement jouerait alors le rôle d'un catalyseur favorisant davantage l'effet de l'opinion sur le comportement). On peut aussi imaginer qu'un médecin, après avoir appris que son patient a un proche atteint d'un cancer, lui demande de faire un examen, en lui expliquant qu'il s'agit d'un cancer héréditaire.

### Risque perçu et examens de dépistage : frein ou levier ?

Concernant le risque perçu d'être atteint d'un cancer au cours de la vie, les variations de ce risque sont davantage instructives que les niveaux de risque estimés. En effet, parler de sous-estimation du risque perçu n'a de sens qu'au niveau agrégé : un individu ne sous-estime pas son risque de cancer parce qu'il l'estime inférieur à la moyenne, mais un échantillon dans son ensemble sous-estime un risque si le risque perçu moyen est inférieur au risque moyen donné en référence.

Ce risque est plus faible pour les plus jeunes et les plus âgés : pour les premiers, le cancer reste sans doute une menace très

lointaine, tandis que les seconds pourraient avoir le sentiment que le risque est désormais derrière eux. On a vu de même que ces deux tranches d'âge classent un peu moins souvent le cancer parmi les maladies les plus graves et sont aussi moins enclines à penser que personne n'est à l'abri.

Ce risque varie aussi selon le mode de vie et la proximité à la maladie. Ainsi, les fumeurs se jugent-ils plus «à risque» que les non-fumeurs, même si leur estimation reste inférieure au risque moyen, ce qui rejoint de nombreuses études antérieures [13]. De même, ceux qui ont eu un proche atteint sont moins enclins à se croire moins «à risque» que la moyenne. Cela peut être dû à des raisons «objectives», par exemple si un proche parent est atteint d'un cancer réputé être souvent héréditaire. Toutefois, dans une société qui confisque de nombreuses expériences jugées traumatisantes, comme la maladie et la mort (hormis dans les œuvres de fiction, bien sûr) qui ne sont plus guère visibles en dehors des institutions spécialisées [14], la confrontation soudaine et réelle à cette maladie dans l'entourage est à même de modifier sensiblement le risque perçu pour soi, même lorsque le proche atteint n'est pas un parent et que son cancer n'est pas génétique.

De même, plusieurs interprétations sont possibles pour rendre compte du fait que, parmi les femmes, celles qui n'ont pas fait de mammographie au cours des deux dernières années (pour les 40 ans et plus) et celles qui n'ont pas fait de frottis cervico-utérin depuis trois ans (pour les 20 ans et plus) ont davantage tendance à juger leur risque de cancer inférieur au risque moyen. Faut-il en conclure que la perception d'un risque plus élevé entraîne davantage de tests de dépistage? Cette perception peut sans doute contribuer aux comportements de dépistage, mais il est clair que de nombreux autres facteurs jouent un rôle dans le recours au dépistage. En outre, la mammographie et

le frottis sont des examens devenus routiniers, qui font partie intégrante d'un suivi régulier. À l'inverse, on peut donc penser que les femmes qui se sentent moins exposées au cancer sont moins enclines au dépistage. Toutefois, cette relation n'est pas nécessairement causale et si elle l'est, son sens reste incertain : certaines femmes négligent-elles le dépistage parce qu'elles pensent que leur risque est faible, ou au contraire rationalisent-elles cette négligence en estimant que tout compte fait leur risque est faible? Par ailleurs, il faut rappeler que l'on peut craindre de faire un examen parce que l'on a peur du résultat, comme l'explique Claire Julian-Reynier : «*Un autre effet décrit, dont la nature bénéfique est plus contestable, est celui du bénéfice du statut social de malade acquis de manière plus précoce grâce au dépistage. Cette "entrée" plus précoce dans la maladie est associée à un effet considéré néfaste : l'augmentation de la période de vécu de la maladie (lead-time). Un individu ayant été dépisté au stade infraclinique de la maladie voit toute la période que l'on pourrait appeler "d'incubation" clinique devenir "visible". L'augmentation de cette période est perçue comme négative car elle est associée à de nombreux effets secondaires néfastes : anxiété, traitement, stigmatisation sociale*» [15].

Enfin, les hommes de 50 ans et plus qui ont déjà fait un test de dépistage PSA pour le cancer de la prostate sont un peu plus enclins à se juger moins «à risque» que la moyenne. Là encore, il convient d'interpréter ce résultat avec prudence, même s'il illustre la possibilité d'un effet de réassurance du dépistage : un test dont le résultat s'avère négatif peut conduire la personne à réviser à la baisse sa perception du risque, ce qui peut éventuellement «réassurer» des conduites à risque. Ici aussi le dépistage peut donc avoir une influence sur le risque perçu, plutôt que l'inverse.

## Les causes de cancer : une prolifération des facteurs

S'agissant des facteurs susceptibles de favoriser l'apparition d'un cancer, un premier constat s'impose : quel que soit le facteur proposé, aussi improbable puisse-t-il paraître, au moins quatre personnes sur dix estiment qu'il est certainement ou probablement cancérigène. C'est dire à quel point le public a le sentiment de vivre dans un environnement cancérigène, saturé de substances (produits chimiques, particules en suspension dans l'air, etc.), d'installations (centrales nucléaires, antennes, etc.) ou de conduites (fumer, boire, ne pas manger assez de fruits et légumes, etc.) jugées autrefois anodines, mais désormais désignées comme nocives pour notre santé, tout en reconnaissant également une part non négligeable à la santé psychologique au sens large (stress, émotions, etc.) dans la genèse des cancers.

L'attention portée à ces facteurs traduit en partie le succès des campagnes de prévention : ainsi, les nombreuses actions de prévention ciblant le tabagisme depuis des années, ainsi que la campagne lancée par l'INPES en juin 2004 sur les risques liés à l'exposition au soleil non protégée, ne sont sans doute pas étrangères au fait que ces deux comportements arrivent en tête des facteurs perçus comme cancérigènes. Toutefois, ces campagnes rencontrent aussi des résistances : ainsi, malgré les messages préventifs qui se sont multipliés ces dernières années, le risque associé à l'alcool reste en retrait, même s'il est perçu par une majorité d'enquêtés.

En outre, les campagnes de prévention ne sont pas les seules sources d'information qui participent à la prolifération des facteurs désignés comme cancérigènes. Ainsi, la médiatisation d'un possible surcroît de leucémies autour de l'usine nucléaire de La Hague, les retombées cancérigènes de la catastrophe de Tchernobyl sur les popula-

tions environnantes, de même que les nombreux articles parus dans la presse et évoquant un lien possible entre ondes téléphoniques et tumeurs cérébrales, sont autant de sources qui invitent à suspecter les centrales nucléaires et les antennes relais.

Enfin, l'idée selon laquelle le cancer pourrait avoir des causes psychologiques est très ancienne, elle se nourrit de métaphores (la tristesse, le remord, l'envie nous « rongent », tout comme le cancer) et repose sur la conviction qu'il existe nécessairement une connexion entre les maux de l'âme et les maux du corps [12].

## La nécessaire prise en compte des représentations profanes dans les actions de prévention

Nos résultats confirment la persistance de représentations péjoratives liées au mot cancer ainsi que la croyance en de multiples — voire nouveaux — facteurs cancérigènes. Bien évidemment ces résultats sont à mettre en regard du risque moyen de développer un cancer au cours de la vie : 47 % pour les hommes et 37 % pour les femmes ; ce qui correspond bien objectivement à un risque médical majeur. Du point de vue préventif, la question est de savoir dans quelle mesure certaines opinions peuvent freiner ou inciter divers comportements jugés bénéfiques ou au contraire nocifs pour la santé. Les résultats présentés ici ne permettent pas de tirer des conclusions définitives, d'autant que les relations observées entre les opinions générales sur le cancer et les conduites préventives ou « à risque » sont généralement ténues.

Nos résultats illustrent tout de même la complexité de ces relations : par exemple, la croyance en l'hérédité du cancer pourrait inciter au dépistage, mais seulement lorsqu'un proche a été atteint ; la croyance en la contagiosité du cancer pourrait diminuer le risque perçu pour soi ; de même le dépistage

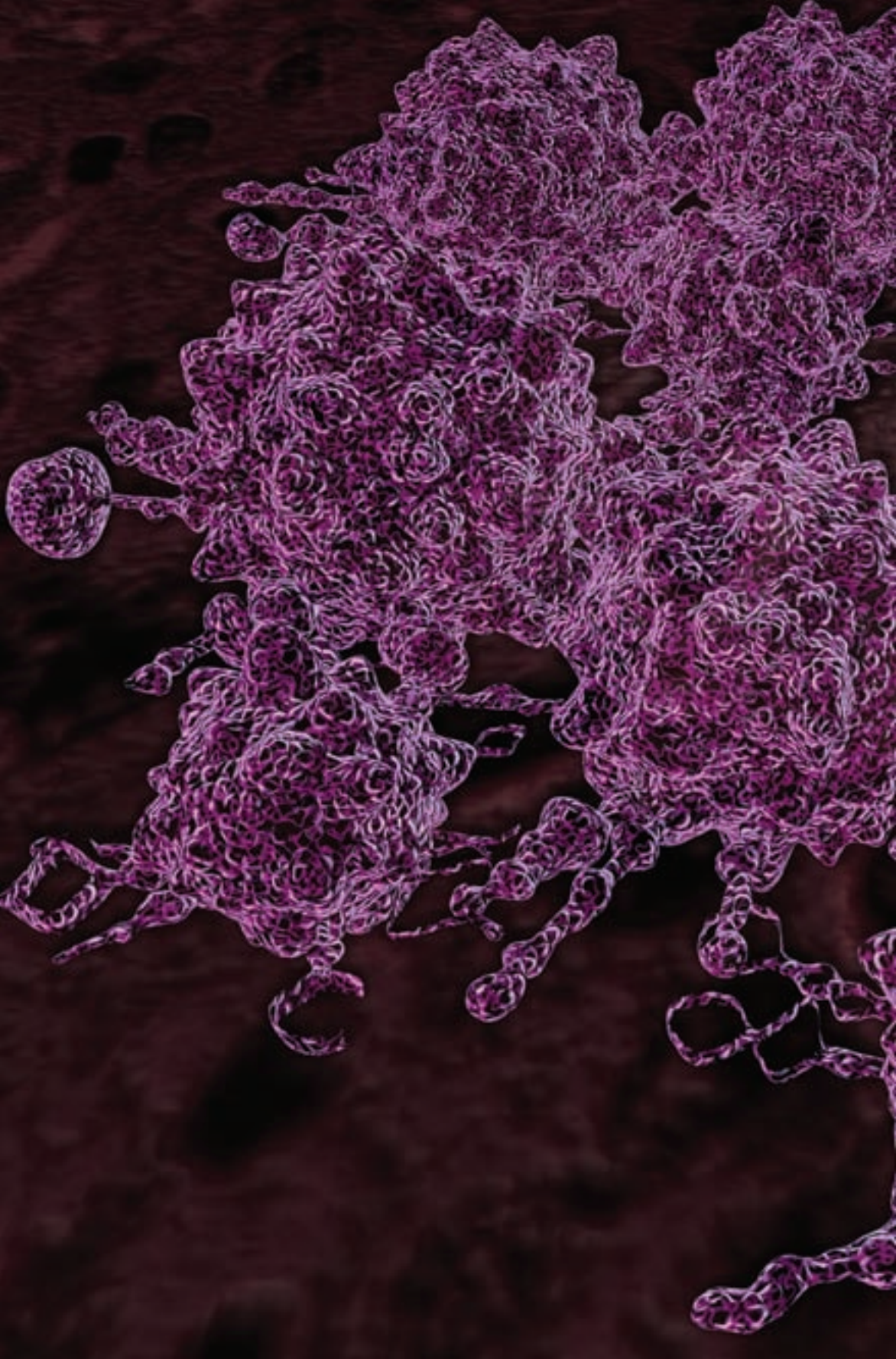
pourrait réduire ce risque perçu... En outre, nos résultats suggèrent que la prolifération des risques perçus peut permettre à certains individus de relativiser un risque spécifique : ainsi, les fumeurs et les consommateurs quotidiens d'alcool sont-ils surreprésentés dans les profils d'individus qui jugent cancérigènes de nombreux facteurs comportementaux, mais aussi environnementaux et/ou psychologiques. Il conviendrait donc d'être plus attentif aux opinions et aux perceptions relatives au cancer, ainsi qu'à leur impact potentiel sur les comportements.

À l'avenir, les efforts préventifs pourraient cibler certaines de ces opinions et prendre en compte le fait que l'information préven-

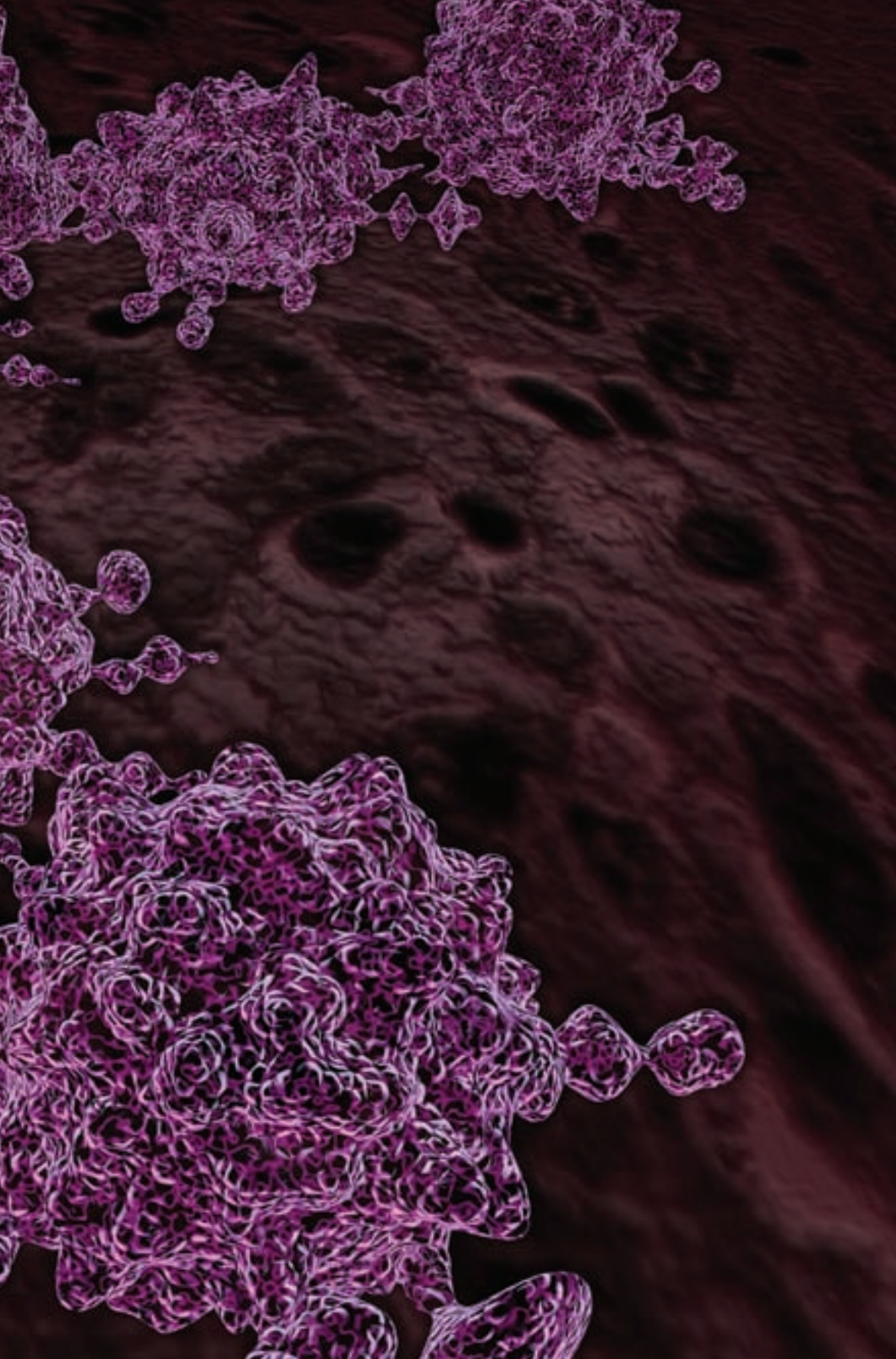
tive peut parfois avoir à ce niveau des effets inattendus, voire indésirables (par exemple si elle nourrit une prolifération des facteurs perçus comme cancérigènes, qui en retour incite à relativiser certains risques spécifiques). Toutefois, il ne s'agit pas seulement de « faire avec », en les faisant émerger, ni de « faire contre elles », en les réfutant ou les contournant, mais, bien plus de prendre appui sur elles, interférer avec elles afin de les faire évoluer. Adopter ce postulat donne un cadre pédagogique aux acteurs de prévention qui se mettent dans la posture d'être davantage attentifs aux opinions et représentations de personnes auxquelles s'adressent les interventions préventives.

## Bibliographie

- [1] Weinman J., Petrie K.J., Moss-Morris N., Horne R.  
**The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness.**  
*Psychology and Health* 1996; (11) : 431-45.
- [2] Chapple A., Ziebland S., McPherson A.  
**Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: qualitative study.**  
*British Medical Journal* 2004; 328(7454) : 1470.  
En ligne : <http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint/328/7454/1470>  
[Dernière visite le 28/08/06]
- [3] Jodelet D.  
**Représentations sociales : un domaine en expansion.**  
In : Jodelet D. (sous la dir.). **Les représentations sociales.**  
Paris : Puf, 1989 : 31-60.
- [4] Douglas M.  
**Risk and Blame. Essays in cultural theory.**  
Londres : Routledge, 1994.
- [5] Bataille F.  
**Un cancer et la vie.**  
Paris : Balland, 2003.
- [6] Pinell P.  
**Naissance d'un fléau, histoire de la lutte contre le cancer en France, 1890-1940.**  
Paris : Métailié, 1992.
- [7] Sontag S.  
**La maladie comme métaphore, le sida et ses métaphores.**  
Paris : Christian Bourgeois Éditeur, 1993.
- [8] Hewstone M.  
**Représentations sociales et causalité.**  
In : Jodelet D. (sous la dir.). **Les représentations sociales.**  
Paris : Puf, 1989 : 252-74.
- [9] Herzlich C.  
**Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale.**  
Paris : Mouton, 1969.
- [10] Di Mola G., Crisci M.T.  
**Attitudes towards death and dying in a representative sample of the Italian population.**  
*Palliative Medicine* 2001; 15(5) : 372-8.
- [11] Pollak M., Dab W., Moatti J.-P.  
**Systèmes de réaction au sida et action préventive.**  
*Sciences sociales et santé* 1989; 7(1) : 111-40.
- [12] Le Brun J.  
**Cancer serpif. Recherches sur la représentation du cancer dans les biographies spirituelles féminines du XVII<sup>e</sup> siècle.**  
*Sciences Sociales et Santé* 1984; 2(2) : 9-31.
- [13] Sutton S.R.  
**How accurate are smokers' perceptions of risk?**  
*Health, Risk & Society* 1999; 1(2) : 223-30.
- [14] Giddens A.  
**Modernity and Self-Identity.**  
Stanford : Stanford University Press, 1991.
- [15] Julian-Reynier C.  
**Au-delà de l'efficacité clinique, impact psychosocial des dépistages du cancer.**  
In : **Dépistage des cancers : de la médecine à la santé publique.**  
Paris : Inserm, coll. Questions en santé publique, 1997 : 115-21.







# L'essentiel

## **Le tabagisme en 2005 : une pratique qui recule**

En 2005, parmi les personnes interrogées âgées de 16 ans et plus, 21,4 % des femmes et 29,1 % des hommes déclarent fumer des cigarettes ou du tabac à rouler, le plus souvent quotidiennement. Cette pratique reste aujourd'hui plus masculine, sa prévalence est plus élevée parmi les 20-34 ans, les titulaires d'un BEP, d'un CAP ou d'un baccalauréat, les ouvriers, les employées et les chômeurs. Entre 2000 et 2005, la consommation de cigarettes manufacturées ou roulées est devenue moins fréquente, pour les deux sexes et à tous les âges, avec une baisse plus importante parmi les jeunes.

## **Des arrêts effectifs ou projetés qui dépendent en partie du statut socioprofessionnel**

Concernant l'arrêt du tabagisme et les facteurs susceptibles de le faciliter, des inégalités sociales apparaissent : l'arrêt effectif semble plus facile parmi les plus diplômés, les cadres supérieurs et les professions intermédiaires. Par ailleurs, la plupart des fumeurs actuels (79,7 %) projettent d'arrêter de fumer un jour, mais il s'agit plus souvent de femmes, de jeunes, de cadres supérieurs ou de personnes exerçant une profession intermédiaire. Ce projet est aussi plus fréquent parmi ceux qui ont parlé du tabac avec leur médecin au cours des douze derniers mois (c'est le cas de 32,7 % des fumeurs actuels) et parmi ceux qui se pensent

capables d'arrêter à tout moment (56,5 % des fumeurs actuels), qui sont aussi de plus « petits » consommateurs.

## **Les fumeurs situent les risques de cancer à des seuils de consommation supérieurs à leur propre usage**

Interrogés sur l'effet cancérigène du tabac, 97,3 % des enquêtés jugent que fumer des cigarettes favorise (certainement ou probablement) l'apparition d'un cancer. Le statut tabagique n'a pas d'incidence sur cette opinion, et les plus gros fumeurs sont même les plus nombreux à y adhérer : le risque n'est pas nié.

Toutefois, lorsque l'on invite les fumeurs actuels à détailler davantage leur perception du risque de cancer dû à la cigarette, seuls 14,4 % pensent que ce risque existe dès que l'on fume une cigarette par jour, tandis que 24,4 % situent ce seuil à vingt cigarettes par jour ou au-delà. Quelle que soit l'opinion sur le nombre de cigarettes quotidien qui induit un risque de cancer, pour la moitié des fumeurs ce risque devient élevé au bout de dix à vingt-neuf ans de tabagisme. Et, pour un fumeur sur six, le risque de cancer devient élevé seulement si l'on fume au moins pendant trente ans.

Surtout, il apparaît que 42,2 % des fumeurs quotidiens rapportent une consommation quotidienne inférieure à celle qu'ils associent au risque de cancer et 27,6 % ont une consommation supérieure ou égale

à ce seuil de risque mais fument depuis un nombre d'années inférieur au seuil qu'ils associent à un risque élevé de cancer. Il est donc probable que moins d'un fumeur quotidien sur trois considère qu'il encourt un risque de cancer élevé.

## **Les craintes et leurs justifications**

Au total, 34,5 % des enquêtés craignent d'avoir un jour un cancer dû au tabagisme. Cette proportion atteint 23,2 % parmi les non-fumeurs qui justifient le plus souvent cette crainte en se référant au tabagisme passif. Inversement, 30,5 % des fumeurs déclarent ne pas craindre d'avoir un jour un cancer dû au tabac, le plus souvent parce qu'ils estiment fumer trop peu pour être « à risque ».

## **Certaines opinions propices au déni du risque tabagique sont très répandues**

Certaines croyances qui sont susceptibles de rassurer les fumeurs et d'entretenir un déni du risque tabagique s'avèrent largement répandues, même parmi les non-fumeurs. Ainsi, parmi l'ensemble des personnes interrogées, 65,6 % pensent que respirer l'air des villes est aussi mauvais pour la santé que fumer des cigarettes, 67,7 % reconnaissent que certaines personnes peuvent fumer toute leur vie sans jamais en tomber malade, 70,2 % estiment qu'un fumeur peut éviter de tomber malade à cause de la cigarette s'il sait arrêter de fumer à temps.

# Tabac et cancer

## Comportements, opinions, perceptions des risques

PATRICK PERETTI-WATEL

### INTRODUCTION

#### La prévention du tabagisme, une priorité de la santé publique

En France comme dans beaucoup d'autres pays économiquement développés, le tabagisme est la première cause de mortalité et de morbidité « évitables ». Les spécialistes estiment que le tabac serait responsable chaque année de plus de 60 000 décès en France [1]. Par ailleurs, son coût social est estimé à plus de 1 % du produit intérieur brut, chiffre bien supérieur au coût évalué pour l'alcool et les drogues illicites [2].

Outre les pathologies non cancéreuses auxquelles il est associé, le tabagisme serait en cause dans un cancer sur trois : pour les cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures bien sûr, mais aussi pour les cancers du pancréas, du rein, de la vessie, voire de l'utérus, etc. Globalement, un décès sur neuf lui serait imputable : un sur cinq chez les hommes et un sur trente-cinq chez les femmes, sachant que les conséquences

les plus nocives du tabagisme apparaissent en moyenne trente ans après le début du tabagisme quotidien : c'est ce qui permet par exemple d'anticiper une forte hausse des cancers du poumon chez les femmes dans les années à venir, puisque leur tabagisme a plutôt augmenté ces dernières décennies.

Pour toutes ces raisons, la lutte contre le tabagisme constitue l'une des priorités du Plan cancer lancé par les pouvoirs publics en 2003. Cette lutte s'appuie sur tout un arsenal de mesures, dans la continuité des lois Veil (1976) et Evin (1991) : forte hausse des prix et restriction sur les quantités que les particuliers sont autorisés à ramener de l'étranger ; durcissement du dispositif législatif avec notamment l'interdiction de la vente de cigarettes aux mineurs de moins de 16 ans ; durcissement aussi des messages préventifs avec des campagnes télévisées plus agressives et des encarts explicites sur les paquets de cigarettes (« *Fumer tue* », par

exemple) ; ou encore développement des substituts nicotiques et des consultations médicales d'aide à l'arrêt du tabagisme. Les dernières campagnes de prévention et les encarts imposés sur les paquets de cigarettes mettent aussi l'accent sur les méfaits du tabagisme passif, c'est-à-dire les conséquences sur la santé pour les non-fumeurs qui inhalent malgré eux la fumée des fumeurs.

### Quel impact de la hausse des prix sur les comportements tabagiques ?

Outil phare de la lutte contre le tabagisme, la hausse des prix, ou plus précisément la hausse des taxes sur les cigarettes, a un effet indéniable sur les ventes. Ainsi, de 1965 à nos jours, les variations annuelles des ventes de cigarettes reflètent fidèlement celles de leur prix relatif : le prix relatif a baissé et les ventes ont augmenté entre 1965 et 1975, puis, suite à la loi Veil, les deux séries statistiques se sont stabilisées jusqu'au début des années 1990, lorsque la loi Evin a pris le relais pour

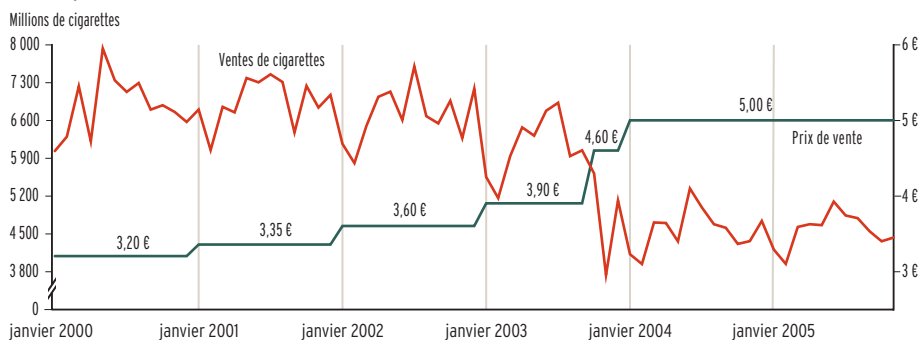
initier une forte hausse du prix relatif qui s'est immédiatement traduite par une forte baisse des ventes [3].

Plus récemment, entre 2003 et 2004, les pouvoirs publics ont fortement augmenté les taxes sur les produits du tabac. Le prix du paquet le plus vendu est passé de 3,60 € à 3,90 € en janvier 2003, puis à 4,60 € en octobre, avant d'atteindre 5 € en janvier 2004, aucune autre hausse des prix n'étant prévue avant 2008. La **figure 1** donne un aperçu de l'impact de ces hausses de prix sur les ventes de cigarettes en France. Ces fortes hausses ont eu un impact immédiat et spectaculaire sur les ventes, avec une baisse des ventes de 14 % en 2003 et de 21 % en 2004 [4]. Puis, à la suite du gel de la hausse des prix après 2004, les ventes se sont stabilisées en 2005.

Toutefois, certaines données disponibles nuancent la portée de cette offensive contre le tabagisme. D'abord, les ventes d'autres produits du tabac, moins taxés, ont augmenté en 2003 et 2004 : c'est le cas pour le tabac à rouler, mais aussi pour les cigarillos. Une partie des fumeurs aurait donc substitué ces produits, moins chers,

FIGURE 1

#### Ventes de cigarettes et prix des cigarettes (pour la classe de cigarettes la plus vendue), France, 2000-2005



Données disponibles à l'adresse (<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/tabtabac.html>), tableau de bord mensuel Tabac de l'OFDT.

Sources des données : pour les ventes, Altadis/Direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI), bureau des contributions indirectes (bureau F3) et bureau de la lutte contre la fraude (bureau D3) (livraisons de tabac par la filière distribution d'Altadis en France métropolitaine ; hors Corse) ; pour les prix, Altadis/Journal Officiel (prix de vente au détail, homologué par la DGDDI, pour tous les débits de tabac de France continentale, pour les produits de la classe la plus vendue, actuellement : Marlboro® en paquet de vingt cigarettes).

aux cigarettes manufacturées dont le prix s'est envolé. Ensuite, les quantités de tabac de contrebande saisies en douane ont augmenté en 2003. Enfin, l'examen attentif de l'évolution des ventes par département montre que celles-ci ont chuté plus nettement dans certaines zones frontalières, ce qui suggère qu'une proportion significative de fumeurs s'approvisionne désormais à l'étranger [5]. Autrement dit, les données de ventes de cigarettes donnent un aperçu imparfait du tabagisme, parce que les fumeurs ne fument pas que des cigarettes manufacturées, surtout lorsque le prix de ces dernières augmente, et parce qu'ils sont susceptibles de se fournir ailleurs que dans les points de vente agréés sur le territoire français (sur le marché noir ou à l'étranger).

Cela pourrait expliquer le fait que les enquêtes déclaratives disponibles concluent à une baisse du tabagisme significative, mais de bien moindre ampleur que celle observée pour les ventes [6]. De fait, parmi les 12-75 ans, la prévalence du tabagisme est passée de 33 % en 1999 à 29 % en 2004, soit une réduction de 10 % du tabagisme, chiffre très inférieur à la réduction de 34 % des ventes de cigarettes observée sur la même période.

### Quelle efficacité du message préventif ?

La dissuasion par les prix est bien sûr relayée par la dissuasion par l'information.

Aujourd'hui, les fumeurs ne peuvent plus guère ignorer les dangers du tabagisme. D'ailleurs, la majorité d'entre eux reconnaissent ces dangers et souhaitent arrêter de fumer [7]. Toutefois, de l'envie d'arrêter à l'arrêt effectif, le chemin peut s'avérer bien long, d'autant que le projet d'arrêter est souvent reporté dans un avenir lointain ou indéterminé [8]. En outre, les recherches menées jusqu'ici indiquent que les fumeurs se sentent plus « à risque » que les non-fumeurs, mais qu'ils ont tendance à considérer que le risque pour eux-mêmes est plus faible que le risque encouru par les fumeurs en général : autrement dit, ils seraient victimes d'un « biais d'optimisme » [9, 10]. Enfin, d'autres travaux suggèrent que les fumeurs peuvent adhérer au discours préventif et aux risques pour la santé que celui-ci énonce, tout en adhérant également à toute une panoplie de croyances qui leur permettent de se considérer personnellement comme moins « à risque » : le biais d'optimisme pourrait donc être nourri par un argumentaire qui permet de nier ou de relativiser le risque pour soi [11].

Il s'agira ici de décrire les comportements tabagiques des enquêtés et leurs attitudes à l'égard de l'arrêt, puis d'examiner les perceptions du risque de cancer dû au tabac et les craintes pour soi-même. Enfin, on s'intéressera aux croyances susceptibles de nourrir un déni du risque tabagique chez les fumeurs.

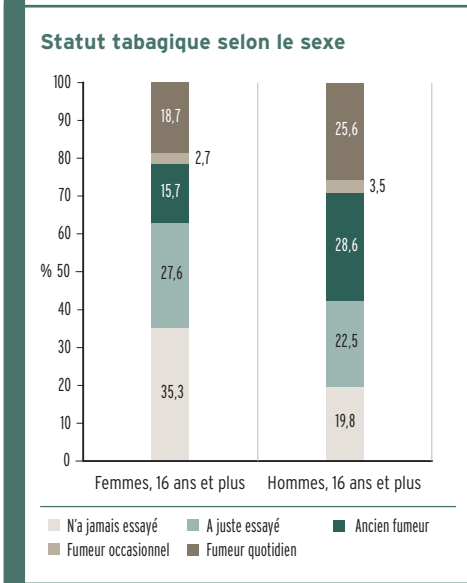
## RÉSULTATS

### Le tabagisme en 2005 : une expérience qui reste plus masculine

En 2005, parmi les personnes âgées de 16 ans et plus, 18,7 % des femmes disent fumer des cigarettes ou du tabac à rouler quotidiennement et 2,7 % occasionnel-

lement, ces deux proportions atteignant respectivement 25,6 % et 3,5 % parmi les hommes [figure 2]. La proportion d'anciens fumeurs (personnes ne fumant plus actuellement, mais ayant par le passé fumé quotidiennement pendant au moins six mois) est de 15,7 % chez les femmes et 28,6 % chez les hommes. Par ailleurs, les femmes sont

FIGURE 2



nettement plus nombreuses à ne jamais avoir fumé au cours de leur vie, pas même une cigarette pour essayer (35,3 % vs 19,8 % pour les hommes).

Parmi les fumeurs actuels, 50,5 % des femmes déclarent fumer des cigarettes légères, contre 39,7 % des hommes. L'âge moyen à l'initiation du tabagisme régulier est sensiblement le même pour les deux sexes : 18 ans et 3 mois pour les hommes, 18 ans et 10 mois pour les femmes. Parmi les fumeurs quotidiens, les femmes fument en moyenne douze cigarettes par jour contre treize pour les hommes, les premières étant plus nombreuses à fumer moins de dix cigarettes par jour (40,0 % vs 31,0 % pour les hommes), et moins nombreuses à rapporter une consommation quotidienne de vingt cigarettes ou plus (24,9 % vs 28,9 % pour les hommes).

La prévalence du tabagisme culmine entre 20 et 25 ans pour les femmes, atteignant alors 36,2 %, et entre 26 et 34 ans pour les hommes (46,7 %). Pour les deux sexes, elle

est aussi plus élevée parmi les titulaires d'un BEP, d'un CAP ou d'un baccalauréat. Du point de vue socioprofessionnel, cette prévalence est maximale, parmi les femmes, chez les employées et, parmi les hommes, chez les ouvriers ; elle est très élevée, pour les deux sexes, chez les personnes au chômage (32,9 % chez les femmes, 49,7 % chez les hommes).

### Fumer des cigarettes : une pratique en recul pour les deux sexes et à tous les âges

Les prévalences observées ici ne sont pas strictement comparables à celles des Baromètres santé réalisés depuis le début des années 1990 car, pour simplifier le questionnaire, il a été décidé de ne pas s'intéresser aux usages de la pipe, du cigare et du cigarillo, qui sont beaucoup moins répandus que la consommation de cigarettes manufacturées ou roulées [7]. En outre, l'examen des données de vente suggère qu'il existe des saisonnalités : les tentatives d'arrêt qui font plus ou moins long feu sont sans doute plus fréquentes à certaines périodes de l'année (avec, par exemple, sans doute temporairement, moins de fumeurs en janvier qu'en décembre après les bonnes résolutions de la nouvelle année). Or l'enquête exploitée ici a été réalisée au printemps et non en hiver comme le sont traditionnellement les Baromètres santé.

Malgré tout, il est possible de comparer les niveaux du tabagisme en 2000 et en 2005 pour les cigarettes manufacturées et roulées et sur la tranche d'âge commune des 16-75 ans, en gardant donc à l'esprit que les différences observées sont sans doute légèrement biaisées : en 2000, parmi les 16-75 ans, 30,2 % des femmes et 36,5 % des hommes déclaraient fumer des cigarettes ou du tabac à rouler quotidiennement ou occasionnellement, contre respectivement 23,2 % et 30,8 % dans la présente enquête.

On observe donc bien une réduction significative du tabagisme entre les deux enquêtes, pour les femmes comme pour les hommes. Par ailleurs, le même calcul effectué à partir du Baromètre santé réalisé fin 2004-début 2005 donne des prévalences un peu plus élevées mais proches (respectivement 27,3 % et 32,3 %).

En gardant toujours à l'esprit les limites de l'exercice comparatif réalisé ici, les **figures 3 et 4** permettent d'affiner la comparaison entre les données du Baromètre santé 2000 et celles de la présente enquête par tranche d'âge et pour chaque sexe. Parmi les femmes, le tabagisme recule principalement parmi les 16-19 ans (avec un tiers

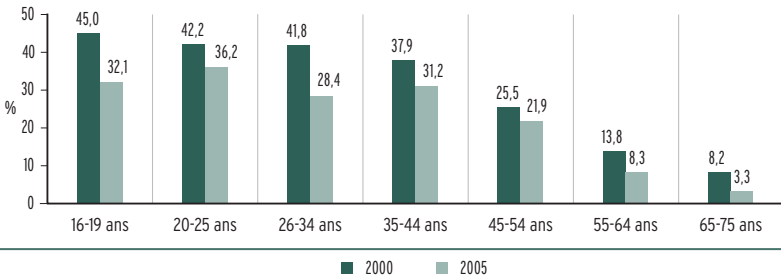
de fumeuses déclarées en moins) et les 26-34 ans. Parmi les hommes, la prévalence du tabagisme perd 10 points chez les 16-19 ans, les 20-25 ans et les 35-44 ans.

**L'arrêt du tabagisme : discussion avec le médecin, capacité à arrêter et projet d'arrêt**

Pour examiner les facteurs susceptibles de favoriser l'arrêt du tabagisme, il est possible de comparer les fumeurs quotidiens actuels aux ex-fumeurs. Toutefois, comme les seconds sont généralement plus âgés, il importe de comparer ces deux populations à âge égal. La **figure 5** permet ici de

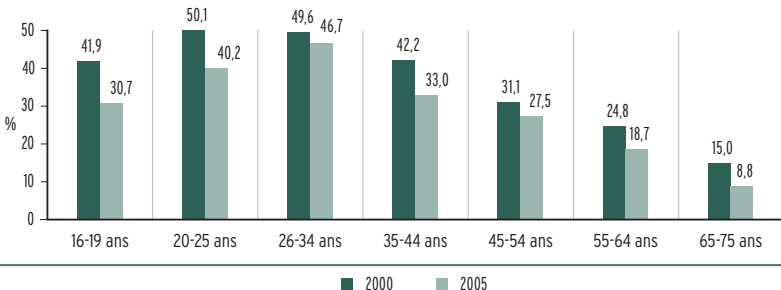
**FIGURE 3**

**Prévalence du tabagisme féminin selon l'âge, 2000-2005**



**FIGURE 4**

**Prévalence du tabagisme masculin selon l'âge, 2000-2005**



comparer le niveau de diplôme des fumeurs quotidiens et des ex-fumeurs pour trois tranches d'âge : les 20-34 ans, les 35-54 ans, les 55-64 ans. Il n'y a pas assez d'arrêts avant 20 ans et pas assez de fumeurs après 64 ans pour pouvoir prendre en compte les 16-19 ans et les 65 ans et plus. Il apparaît que les diplômés de l'enseignement supérieur sont plus nombreux parmi les ex-fumeurs que parmi les fumeurs quotidiens, mais seulement entre 20-34 ans. Cela suggère que les plus diplômés arrivent plus facilement à arrêter de fumer, mais que cet avantage comparatif n'est significatif que parmi les jeunes fumeurs : au-delà de 34 ans, les plus diplômés n'arrêteraient pas plus souvent que les moins diplômés. À l'inverse, la même comparaison suggère que les cadres supérieurs et les professions intermédiaires arrêtent plus souvent que les employés et les ouvriers, cet écart s'accroissant à mesure que l'on compare des fumeurs et des ex-fumeurs plus âgés.

Il n'est guère possible de détailler davantage les facteurs associés à l'arrêt effectif du tabagisme. En revanche, trois questions posées permettent de se situer plus en amont, avant l'arrêt : en s'intéressant aux fumeurs qui ont parlé de leur tabagisme avec

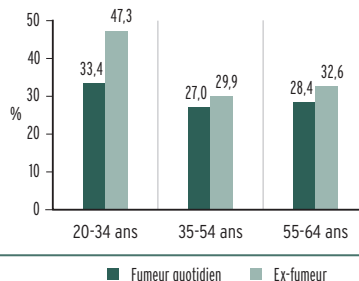
leur médecin au cours des douze derniers mois (discussion qui doit permettre au fumeur d'obtenir des informations sur les conséquences du tabagisme sur sa santé, sur les bénéfices de l'arrêt et sur les différents moyens de faciliter cet arrêt : patch, acupuncture, etc.) ; en interrogeant les fumeurs sur leur capacité à arrêter à tout moment ; et, enfin, en les questionnant sur leur projet d'arrêt.

Parmi les fumeurs actuels, un tiers (32,7 %) a abordé la question du tabac avec son médecin au cours des douze derniers mois : 19,3 % l'ont fait à leur propre initiative, 13,4 % à l'initiative du médecin. Les cadres supérieurs (27,6 %) et les femmes (22,3 %) prennent plus souvent l'initiative d'aborder la question du tabac avec leur médecin.

En outre, plus les fumeurs sont âgés, plus ils ont de chances d'avoir parlé du tabagisme avec leur médecin au cours des douze derniers mois [figure 6]. Toutefois, même chez les plus âgés, la proportion de fumeurs qui a abordé cette question avec son médecin reste inférieure à 50 % et, de façon générale, l'initiative vient plus souvent du fumeur que du médecin. Aborder la question du tabac avec son médecin est d'autant plus fréquent que la consommation de cigarettes est élevée [figure 7], mais

FIGURE 5

Comparaison entre fumeurs quotidiens et anciens fumeurs par tranche d'âge chez les diplômés de l'enseignement supérieur





cela concerne moins de 50 % des fumeurs, même parmi ceux qui consomment au moins vingt cigarettes par jour avec, dans ce cas, une initiative qui revient deux fois plus souvent au fumeur qu'au médecin.

Par ailleurs, plus de la moitié (56,5 %) des fumeurs actuels de cigarettes manufacturées ou roulées pensent être « certainement » ou « probablement » capables d'arrêter de fumer à tout moment. Cette confiance en sa propre capacité à cesser de fumer ne varie pas selon le sexe, le niveau de diplôme ou la catégorie socioprofessionnelle du fumeur [tableau I].

En revanche, les fumeurs occasionnels et les plus « petits » fumeurs quotidiens se sentent plus souvent capables d'arrêter à tout moment, de même que ceux qui n'ont pas discuté du tabac avec leur médecin au cours des douze derniers mois. Plus précisément, une fois pris en compte le niveau de consommation, les fumeurs dont le médecin n'a pas pris l'initiative d'une discussion sur le tabac se sentent plus souvent capables d'arrêter à tout moment que ceux qui n'ont pas eu cette discussion ou qui en ont pris eux-mêmes l'initiative.

FIGURE 6

**Avoir abordé la question du tabac avec son médecin au cours des douze derniers mois, selon l'âge des fumeurs**

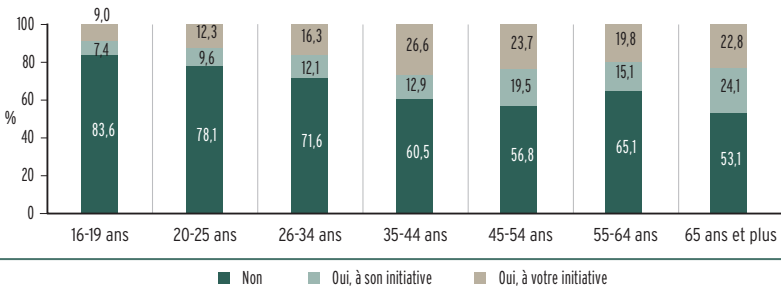
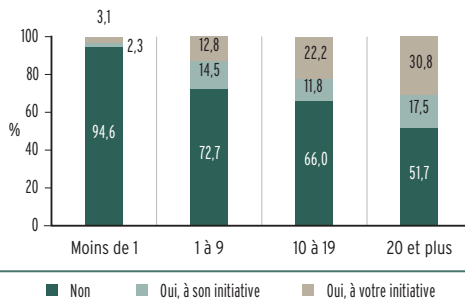


FIGURE 7

**Avoir abordé la question du tabac avec son médecin au cours des douze derniers mois, selon la consommation quotidienne de cigarettes**



S'agissant cette fois des projets d'arrêt du tabagisme, la plupart des fumeurs actuels (79,7 %) projettent d'arrêter de fumer un jour, 11,6 % n'y ont pas pensé, 7,3 % pensent

fumer toute leur vie et 1,4 % ne sait pas. Les fumeurs qui projettent d'arrêter sont plus souvent des femmes, ils sont plus jeunes, cadres supérieurs ou exerçant une profes-

TABLEAU I

**Facteurs associés au fait de se juger capable d'arrêter de fumer à tout moment (moyenne et pourcentage)**

	Certainement, probablement	Certainement pas, probablement pas, ne sait pas
<b>Sexe</b>		
Hommes (n=481)	55,6	44,4
Femmes (n=498)	57,6	42,4
<b>Âge</b>		
16-19 ans (n=99)	70,0	30,0
20-25 ans (n=136)	56,1	43,9
26-34 ans (n=237)	61,6	38,4
35-44 ans (n=250)	50,2	49,8
45-54 ans (n=152)	54,2	45,8
55-64 ans (n=72)	52,9	47,1
65 ans et plus (n=33)	48,4	51,6
<b>Diplôme</b>		
Aucun diplôme, CEP, BEPC (n=227)	55,7	44,3
BEP/CAP (n=269)	57,2	42,8
Baccalauréat (n=195)	54,3	45,7
1 <sup>er</sup> -2 <sup>e</sup> cycle universitaire (n=210)	58,0	42,0
3 <sup>e</sup> cycle universitaire (n=72)	61,5	38,5
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>		
Agriculteurs exploitants (n=17)	49,5	50,5
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise (n=54)	55,6	44,4
Cadres, professions intellectuelles supérieures (n=129)	51,9	48,1
Professions intermédiaires (n=185)	58,6	41,4
Employés (n=261)	57,1	42,9
Ouvriers (n=200)	52,2	47,8
Inactifs (n=133)	65,4	34,6
<b>Statut tabagique</b>		
Fumeur occasionnel (n=90)	98,3	1,7
Fumeur quotidien (1-9 cigarettes par jour) (n=325)	75,7	24,3
Fumeur quotidien (10-19 cigarettes par jour) (n=328)	45,4	54,6
Fumeur quotidien (20 et + cigarettes par jour) (n=232)	29,8	70,2***
Âge moyen au début du tabagisme régulier	18,9	18,0
<b>Fume des cigarettes légères</b>		
Oui (n=448)	60,1	39,9
non (n=526)	53,3	46,7
<b>A discuté du tabac avec son médecin</b>		
Oui, de sa propre initiative (n=194)	49,2	50,8
Oui, à l'initiative du médecin (n=133)	40,5	59,5
Non (n=652)	61,8	38,2***

\*\*\* : p<0,001 (après modélisation pour contrôler les effets de structure).

sion intermédiaire [tableau II]. Ils fument plus souvent des cigarettes légères, entre dix et dix-neuf cigarettes par jour, et rapportent

deux fois plus fréquemment avoir parlé du tabac avec leur médecin au cours des douze derniers mois.

**TABLEAU II**

**Facteurs associés au fait d'avoir le projet d'arrêter un jour de fumer (moyenne et pourcentage)**

	Oui	Non, n'y a pas pensé, ne sait pas
<b>Sexe</b>		
Hommes (n=481)	76,4	23,6
Femmes (n=498)	83,8	16,2**
<b>Âge</b>		
16-19 ans (n=99)	78,4	21,6
20-25 ans (n=136)	86,3	13,7
26-34 ans (n=237)	83,4	16,6
35-44 ans (n=250)	79,7	20,3
45-54 ans (n=152)	78,7	21,3
55-64 ans (n=72)	63,8	36,2
65 ans et plus (n=33)	59,3	40,7***
<b>Diplôme</b>		
Aucun diplôme, CEP, BEPC (n=227)	76,6	23,4
BEP/CAP (n=269)	78,9	21,1
Baccalauréat (n=195)	79,7	20,3
1 <sup>er</sup> -2 <sup>e</sup> cycle universitaire (n=210)	83,6	16,4
3 <sup>e</sup> cycle universitaire (n=72)	83,3	16,7
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>		
Agriculteurs exploitants (n=17)	74,1	25,9
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise (n=54)	63,9	36,1
Cadres, professions intellectuelles supérieures (n=129)	84,1	15,9
Professions intermédiaires (n=185)	82,4	17,6
Employés (n=261)	81,2	18,8
Ouvriers (n=200)	76,0	24,0
Inactifs (n=133)	81,8	18,2*
<b>Statut tabagique</b>		
Fumeur occasionnel (n=90)	66,1	33,9
Fumeur quotidien (1-9 cigarettes par jour) (n=325)	80,5	19,5
Fumeur quotidien (10-19 cigarettes par jour) (n=328)	83,1	16,9
Fumeur quotidien (20 et + cigarettes par jour) (n=232)	79,5	20,5
Âge moyen au début du tabagisme régulier	18,5	18,5
<b>Fume des cigarettes légères</b>		
Oui (n=448)	82,2	17,8
non (n=526)	77,6	22,4
<b>A parlé du tabac avec son médecin</b>		
Oui, de sa propre initiative (n=194)	91,1	8,9
Oui, à l'initiative du médecin (n=133)	84,4	15,6
Non n=652)	75,5	24,5***
<b>Pense être capable d'arrêter à tout moment</b>		
Certainement, Probablement (n=548)	81,1	18,9
Certainement pas, Probablement pas, Ne sait pas (n=431)	77,8	22,2

\* : p<0,05 ; \*\* : p<0,01 ; \*\*\* : p<0,001 (après modélisation pour contrôler les effets de structure).

Lorsque toutes ces relations sont considérées simultanément, elles restent significatives pour le sexe, l'âge, la catégorie socio-professionnelle et le fait d'avoir discuté avec son médecin – que ce soit à l'initiative de celui-ci ou du fumeur. Enfin, une fois prises en compte ces relations, il apparaît que les fumeurs qui se pensent capables d'arrêter de fumer à tout moment ont plus souvent le projet d'arrêter un jour.

### **Le risque perçu : un consensus sur le risque de cancer associé au tabagisme...**

Interrogés sur l'effet cancérigène du tabac, les enquêtés, à une large majorité, jugent que fumer des cigarettes favorise certainement l'apparition d'un cancer. Le statut tabagique n'a pas d'incidence sur cette opinion et les plus gros fumeurs sont même les plus nombreux à y adhérer : 71,0 % de ceux qui n'ont jamais fumé pensent que fumer favorise certainement le cancer, contre 75,1 % parmi ceux qui fument au moins vingt cigarettes par jour [figure 8].

Ajoutons que la plupart des personnes interrogées ont le sentiment d'être bien informées sur les effets du tabagisme sur la santé, sans que cette proportion ne varie significativement selon le statut tabagique. Les gros fumeurs se sentent donc aussi bien informés sur la question que les non-fumeurs et partagent leurs opinions au regard de l'effet cancérigène du tabagisme en général.

Les fumeurs actuels étaient ensuite invités à détailler davantage leur perception du risque de cancer dû à la cigarette. Il leur fallait d'abord indiquer à partir de combien de cigarettes par jour, selon eux, un fumeur risquait d'avoir un cancer. Puis, pour un fumeur consommant la quantité quotidienne qu'ils venaient d'indiquer, il fallait préciser au bout de combien d'années de tabagisme il encourait un risque élevé de cancer.

### **...qui masque des seuils de dangerosité perçus très variables**

Au total, le seuil moyen à partir duquel le tabagisme est jugé cancérigène par les fumeurs actuels est de douze cigarettes par jour. Dans le détail, seuls 14,4 % d'entre eux pensent que le risque de cancer existe dès une cigarette par jour; 26,6 % pensent que le risque apparaît à partir de deux à neuf cigarettes fumées quotidiennement; 26,7 % situent ce seuil entre dix et dix-neuf cigarettes par jour; 24,4 % le situent à vingt cigarettes par jour ou au-delà; enfin, 7,9 % ne se prononcent pas sur cette question.

Au bout de combien d'années de tabagisme ce risque de cancer devient-il élevé? Les réponses à cette question dépendent du seuil de consommation quotidienne indiqué par les fumeurs. En l'occurrence, plus ce seuil est haut, plus la durée de tabagisme nécessaire pour que le risque devienne élevé est importante : les fumeurs qui pensent que le risque de cancer apparaît dès une cigarette par jour jugent en moyenne que cette consommation quotidienne induit un risque élevé de cancer au bout de 13,5 années; tandis que les fumeurs qui pensent que le risque de cancer apparaît à partir d'au moins vingt cigarettes par jour estiment en moyenne qu'une telle consommation quotidienne induit un risque élevé de cancer au bout de 19,3 années.

La figure 9 permet de croiser ces deux opinions. Elle se lit de la façon suivante : les 14,4 % de fumeurs qui ont estimé que le risque de cancer apparaît dès que l'on fume une cigarette par jour devaient indiquer au bout de combien d'années de tabagisme cette consommation quotidienne d'une cigarette induit un risque élevé de cancer : 29,9 % d'entre eux donnent une durée inférieure à dix ans, 23,2 % donnent une durée comprise entre dix et dix-neuf ans, etc. À l'autre extrême, parmi les 24,4 % de fumeurs qui ont répondu que le risque de

FIGURE 8

Réponse à la question « Le tabagisme favorise-t-il l'apparition d'un cancer ? », selon le statut tabagique

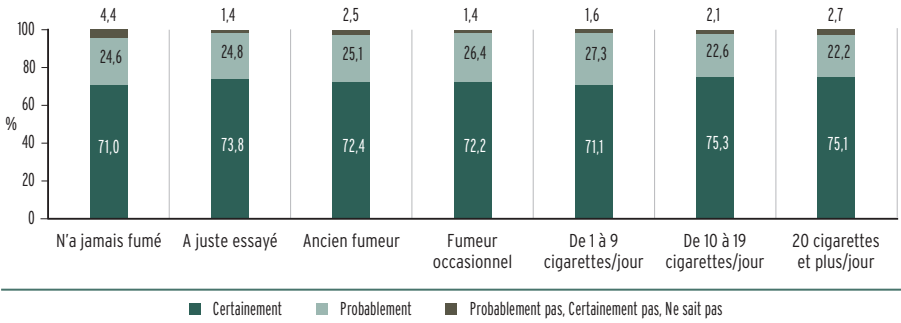
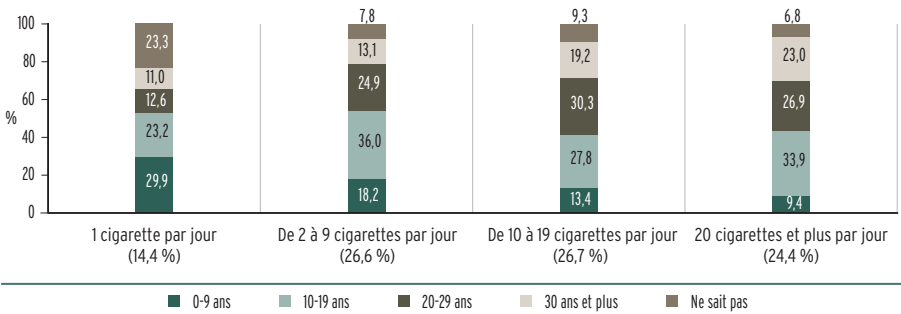


FIGURE 9

Opinions sur la consommation quotidienne à partir de laquelle un fumeur risque un cancer, et nombre d'années pour que ce risque soit élevé

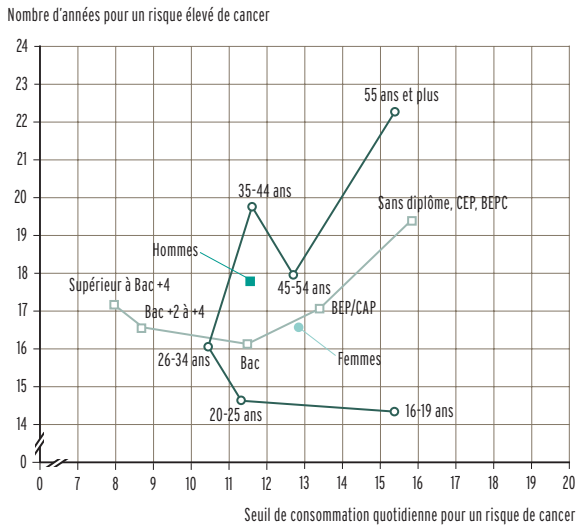


cancer apparaît lorsque l'on fume au moins vingt cigarettes par jour, 23,0 % jugent que ce risque devient élevé seulement si l'on fume au moins vingt cigarettes par jour pendant au moins trente ans. De façon générale, quelle que soit l'opinion sur le nombre de cigarettes quotidiennes qui induit un risque de cancer, pour la moitié des fumeurs ce risque devient élevé au bout d'une durée comprise entre dix et vingt-neuf ans. Et pour 15,9 % des fumeurs, soit un fumeur sur six, le risque de cancer devient élevé seulement si l'on fume au moins trente ans.

Par ailleurs, le seuil de consommation associé à un risque de cancer et la durée de consommation associée à un risque élevé varient significativement selon l'âge et le niveau de diplôme des fumeurs actuels, mais pas selon leur sexe [figure 10]. Dans le détail, les plus jeunes et les plus âgés des fumeurs ont tendance à penser qu'il faut fumer beaucoup de cigarettes quotidiennement pour qu'apparaisse un risque de cancer (en moyenne, 15,4 cigarettes par jour et plus). Les plus âgés se distinguent aussi

FIGURE 10

Seuils perçus (nombre de cigarettes par jour et durée de l'usage) pour le risque de cancer dû au tabagisme, selon le profil sociodémographique (moyenne)



par leur propension à penser qu'il faut fumer longtemps — en moyenne 22,3 ans — avant que le risque de cancer ne devienne élevé.

Quant au niveau de diplôme, il est surtout lié à l'estimation de la consommation quotidienne associée au risque de cancer : en moyenne, les fumeurs diplômés d'un troisième cycle universitaire (>bac + 4) pensent que ce risque existe dès 8,0 cigarettes par jour, contre 15,8 pour les moins diplômés.

### Les fumeurs situent les seuils de dangerosité au-delà de leur propre consommation

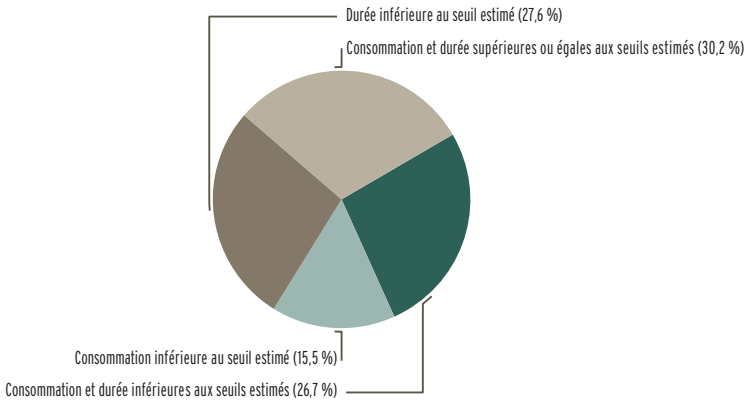
Ces estimations de la dangerosité du tabagisme peuvent être comparées au comportement tabagique des fumeurs interrogés. Il apparaît alors que 42,2 % des fumeurs quotidiens actuels déclarent une consommation inférieure au seuil à partir duquel ils estiment qu'il existe un risque

de cancer. En outre, lorsque l'on soustrait à l'âge actuel de ces fumeurs l'âge auquel ils ont commencé à fumer régulièrement, on obtient la durée de leur « carrière tabagique » qui, dans 54,3 % des cas, s'avère inférieure au nombre d'années au bout duquel ils estiment que le risque de cancer devient élevé.

La **figure 11** croise ces deux comparaisons. Elle se lit de la façon suivante : parmi les fumeurs quotidiens interrogés, 26,7 % associent le risque de cancer à un nombre de cigarettes quotidien supérieur à leur propre consommation déclarée et considèrent que ce risque devient élevé au bout d'un nombre d'années supérieur à la durée de leur propre tabagisme ; 15,5 % considèrent que le risque de cancer devient élevé au bout d'une durée inférieure ou égale à leur propre « carrière tabagique », mais associent ce risque à une consommation quotidienne supérieure à leur propre consommation ; 27,6 % déclarent un nombre de cigarettes fumées quotidiennement supérieur ou égal au seuil à partir duquel

FIGURE 11

### Comparaison de la consommation et de la durée du tabagisme des fumeurs quotidiens avec leurs estimations des seuils de risque



ils estiment que le risque de cancer existe, *mais* fument depuis un nombre d'années inférieur à la durée à partir de laquelle ils estiment que ce risque devient élevé; enfin, 30,2 % des fumeurs quotidiens rapportent une consommation et une durée de l'usage toutes les deux supérieures ou égales aux seuils associés respectivement à un risque de cancer et à un risque de cancer *élevé*.

Ainsi, il apparaît que 42,2 % des fumeurs quotidiens rapportent une consommation quotidienne inférieure à celle qu'ils associent au risque de cancer et 27,6 % une consommation supérieure ou égale à ce seuil de risque, mais fument depuis un nombre d'années inférieur au seuil qu'ils associent à un risque élevé de cancer. Ajoutons qu'il est fort possible que, au sein des 30,2 % restants, une partie des fumeurs n'ait atteint ou dépassé la consommation quotidienne qu'elle associe à un risque de cancer que durant une partie de la « carrière tabagique » : par exemple, un fumeur peut penser que ce risque existe à partir de dix cigarettes par jour et devient élevé au bout de dix ans, sachant que lui-même fume dix

cigarettes par jour et fume régulièrement depuis quinze ans, mais n'a atteint cette quantité quotidienne que depuis cinq ans. Autrement dit, il est probable que moins d'un fumeur quotidien sur quatre considère que le risque de cancer associé à son propre tabagisme est élevé.

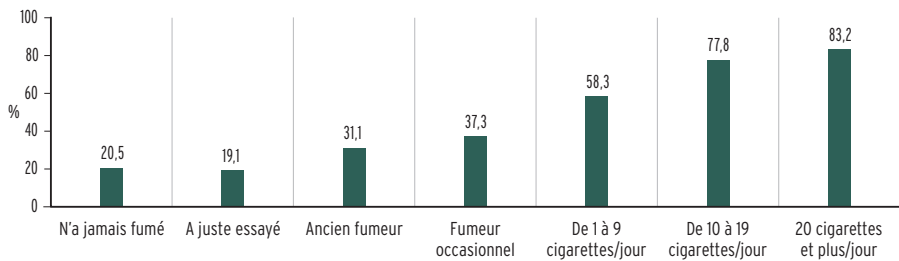
### Les craintes pour soi et leurs justifications

La question « *Craignez-vous, personnellement, d'avoir un jour un cancer dû au tabac ?* » a été posée à l'ensemble des personnes interrogées. Au total, 34,5 % répondent affirmativement, 64,3 % répondent négativement, tandis que 1,2 % ne se prononce pas. Bien sûr, cette réponse dépend du statut tabagique des enquêtés. La **figure 12** montre ainsi que cette crainte s'avère quatre fois plus fréquente parmi les plus gros fumeurs (83,2 % parmi ceux qui fument au moins vingt cigarettes par jour) que parmi ceux qui n'ont jamais essayé de fumer (20,5 %).

Durant l'enquête, les non-fumeurs qui ont déclaré craindre avoir un jour un cancer dû au

FIGURE 12

## Crainte d'avoir un cancer dû au tabac, selon le statut tabagique



tabac et, réciproquement, les fumeurs qui ont rapporté ne pas craindre un tel cancer, étaient ensuite invités à préciser leur réponse.

Parmi les non-fumeurs qui rapportent cette crainte, un sur trois mentionne qu'il est un ex-fumeur, tandis que deux sur trois mettent en cause le tabagisme passif. Concernant les autres raisons invoquées, une poignée d'enquêtés dit fumer le cigare ou la pipe. Les autres mentionnent : une hérédité défavorable (« *Un neveu est mort d'un cancer de l'œsophage* », « *Parce qu'il y a beaucoup de cas de cancer dans ma famille* », « *Mon papa est décédé suite à un cancer dû au tabac* »), la multiplicité des facteurs de risque et le fait que personne n'est à l'abri (« *Il n'y a pas que le tabac qui donne un cancer du poumon* », « *Ceux qui ne fument pas attrapent bien le cancer* », « *On peut l'avoir pareil que les autres* », « *On ne sait jamais* »). Certains évoquent aussi la fatalité (« *Parce que c'est Dieu qui décide si je dois avoir un cancer* ») ou des symptômes (« *Parce que je tousse* »).

Ces non-fumeurs qui craignent d'avoir un jour un cancer dû au tabac sont plus souvent des hommes, des 20-34 ans, travaillant comme ouvriers, et ils ont plus fréquemment un niveau de diplôme intermédiaire (BEP/CAP, bac).

Quant aux 30,5 % de fumeurs qui ne craignent pas un cancer dû au tabac, ils ont un profil sociodémographique moins spéci-

fique, si ce n'est qu'ils sont plus nombreux aux deux extrêmes du cycle de vie (les 16-19 ans et les 65 ans et plus). Pour la moitié d'entre eux, ces fumeurs se justifient en estimant qu'ils fument peu. Les arguments avancés sont très divers : sentiment d'immunité personnelle pour des raisons familiales (« *Pas une famille sujette au cancer* », « *Pas de problèmes dans l'hérédité* », « *Mon grand-père a fumé beaucoup sans avoir le cancer* ») ou sociales (« *Parce que j'habite dans une région de vieux mineurs qui sont toujours là malgré le fait de chiquer du tabac et qui étaient dans les mines de charbon* »); arrêt imminent ou simplement projet d'arrêter un jour (« *Parce que je vais arrêter d'ici peu* », « *Parce que je compte arrêter à l'âge mûre, au moment de fonder une famille* », « *J'arrêterai avant que ça ne devienne trop grave* »); confusion entre l'abus, la dépendance et l'effet cancérigène (« *Pas dépendante* », « *C'est l'excès et l'habitude qui développent la maladie* »); diverses particularités du comportement tabagique personnel (« *Parce que je nettoie tout ce que j'ai engrassé par des techniques alternatives : homéopathie, ostéopathie* », « *Je ne fume pas de blondes, c'est ce qu'il y a de plus dangereux* », « *Je fume en plein air* », « *Car j'ai fumé très tard* »), voire réassurance par le dépistage (« *De temps en temps, je fais des radios* »).

D'autres fumeurs qui ne craignent pas d'avoir un cancer dû à leur tabagisme relati-



visent le risque en insistant sur son caractère aléatoire (« *Parce que c'est la loterie* ») et sur leur bonne étoile (« *La chance est avec moi* »), en soulignant le fait que certains non-fumeurs ont un cancer du poumon, alors qu'inversement beaucoup de fumeurs y échappent (« *J'ai un oncle qui a eu le cancer du poumon et qui n'a jamais fumé de sa vie* », « *Je connais des personnes qui fument toute leur vie sans jamais l'avoir* », « *Ça ne frappe pas systématiquement les gens qui fument* », « *Certaines personnes ne fument pas du tout et ont le cancer et d'autres fument et n'ont pas le cancer* »), ou encore en mentionnant la multiplicité des autres facteurs de risque auxquels ils sont éventuellement exposés (« *Car le cancer mélange de multiples facteurs* », « *Ce n'est pas uniquement en fumant qu'on peut avoir un cancer, il y a aussi l'hygiène de vie* », « *Parce qu'on peut avoir un cancer à cause de la pollution* », « *On ne l'attrape pas uniquement en fumant* », « *Parce que je travaille dans le milieu de la soudure et que c'est plus toxique que la cigarette* »).

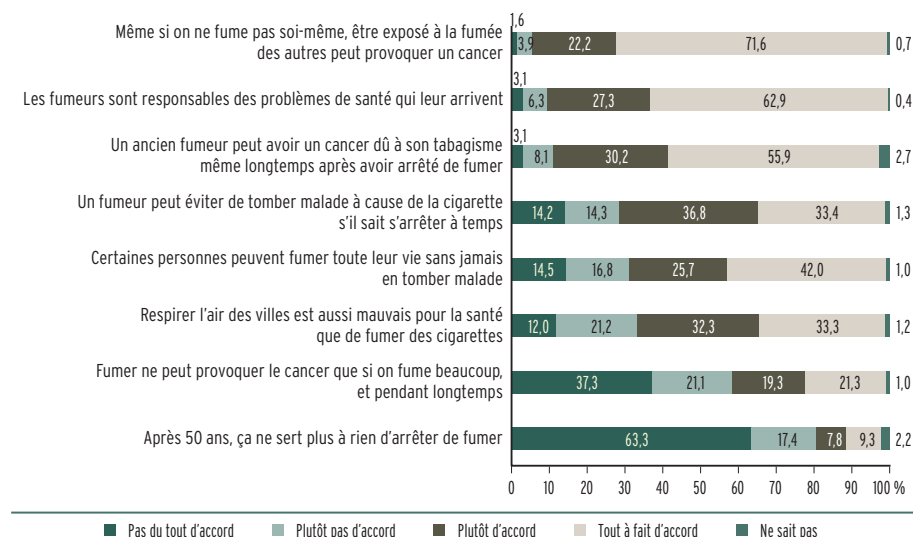
Enfin, certains de ces fumeurs mettent simplement en avant leur bonne santé actuelle (« *Pour le moment il n'y a pas de conséquence, du moins visible* », « *Lorsque l'on est en bonne santé on ne pense pas à la maladie* », « *J'ai une bonne santé* »), ou disent assumer le risque : « *Que l'on fume ou pas il faut bien mourir un jour* », « *Je prends mes responsabilités* », « *Je n'ai pas peur parce que si j'ai un cancer, j'ai un cancer. J'ai besoin de fumer* ».

### Les opinions à l'égard du tabagisme selon l'âge, le diplôme et le statut tabagique

Du point de vue des opinions qui relativisent les dangers du tabac, les deux tiers des personnes interrogées sont « *tout à fait* » ou « *plutôt* » d'accord avec l'assertion selon laquelle respirer l'air des villes est aussi mauvais pour la santé que fumer des cigarettes [figure 13]. Ils sont également deux tiers à penser que certaines personnes

FIGURE 13

#### Opinions générales sur le tabagisme et ses dangers



peuvent fumer toute leur vie sans jamais en tomber malade (67,7 %) et qu'un fumeur peut éviter de tomber malade à cause de la cigarette s'il sait s'arrêter à temps (70,2 %). En revanche, ils sont moins nombreux à croire que fumer ne peut provoquer le cancer que si l'on fume beaucoup, et pendant longtemps (40,6 %).

Concernant l'arrêt du tabagisme, la plupart des enquêtés pensent qu'un ancien fumeur peut avoir un cancer dû à son tabagisme même longtemps après avoir arrêté de fumer (86,1 %), mais seuls 17,1 % jugent qu'après 50 ans, ça ne sert plus à rien d'arrêter de fumer.

Les effets cancérigènes du tabagisme passif sont largement reconnus : 71,6 % des enquêtés se disent « *tout à fait* » d'accord avec l'affirmation selon laquelle même si l'on ne fume pas soi-même, être exposé à la fumée des autres peut provoquer un cancer et 22,2 % se disent « *plutôt* » d'accord (soit 93,8 % d'opinions favorables). Enfin, neuf personnes interrogées sur dix (90,2 %) estiment que les fumeurs sont responsables des problèmes de santé qui leur arrivent.

De façon générale, ces opinions ne varient pas selon le sexe des enquêtés. En revanche, les enquêtés les plus âgés sont moins souvent convaincus des méfaits du tabagisme passif ou du risque de cancer persistant pour une personne ayant arrêté depuis longtemps. De plus, les opinions susceptibles de relativiser les dangers du tabac ou les bénéfices de l'arrêt (« *Respirer l'air des villes est aussi mauvais que de fumer* », « *Un fumeur peut éviter de tomber malade s'il sait s'arrêter à temps* », « *Fumer ne peut provoquer le cancer que si l'on fume beaucoup et pendant longtemps* », « *Après*

*50 ans, ça ne sert plus à rien d'arrêter* ») sont plus souvent partagées par les enquêtés les plus âgés et aussi, dans une moindre mesure, par les plus jeunes (16-19 ans).

En outre, le niveau de diplôme des personnes interrogées s'avère significativement associé à plusieurs de ces opinions : parmi les moins diplômés, 72,3 % pensent que respirer l'air des villes est aussi mauvais pour la santé que fumer des cigarettes, contre 41,2 % parmi les plus diplômés (c'est-à-dire les titulaires d'un troisième cycle universitaire) ; 52,8 % jugent que fumer ne peut provoquer le cancer que si l'on fume beaucoup et pendant longtemps, *versus* 32,7 % parmi les plus diplômés ; 27,0 % estiment qu'après 50 ans cela ne sert plus à rien d'arrêter de fumer *versus* 6,8 %. Ces effets du diplôme restent significatifs une fois contrôlé l'effet de l'âge.

Enfin, le niveau d'adhésion à ces opinions varie également de façon significative selon le statut tabagique des enquêtés. Les fumeurs quotidiens jugent plus souvent que l'air des villes est aussi nocif que la cigarette (68,8 % *vs* 64,9 % parmi ceux qui n'ont jamais fumé, et 59,3 % parmi les fumeurs occasionnels). De même, 76,9 % des fumeurs quotidiens soulignent que certaines personnes peuvent fumer toute leur vie sans jamais en tomber malade, contre 70,2 % des fumeurs occasionnels et 58,9 % des personnes qui n'ont jamais essayé de fumer. En outre, les fumeurs quotidiens ou occasionnels sont moins enclins à considérer que les fumeurs sont responsables des problèmes de santé qui leur arrivent. De façon également assez prévisible, les anciens fumeurs considèrent moins souvent que le risque de cancer persiste longtemps après l'arrêt.

## DISCUSSION

### Une baisse du tabagisme qui pourrait devenir plus difficile à mesurer à l'avenir

La présente enquête confirme le recul significatif du tabagisme depuis 2000, du moins pour les cigarettes manufacturées et le tabac à rouler, même si ce recul est de moindre ampleur que la baisse déjà observée pour les ventes de cigarettes. D'autres approches étayaient ce constat qui invite, d'une part, à ne pas relâcher l'effort préventif en se fiant à la seule hausse des prix pour lutter contre le tabagisme et, d'autre part, à ne pas se limiter aux seules données de ventes pour mesurer les comportements tabagiques de la population [12]. Par ailleurs, dans la mesure où les politiques de prévention visent explicitement à « dénormaliser » le tabagisme, il est possible que, à terme, un phénomène de désirabilité sociale introduise un biais déclaratif dans les enquêtes (certains fumeurs choisissant alors de dissimuler leur consommation à l'enquêteur), biais qui pourrait conduire à sous-estimer le tabagisme réel à l'instar de la consommation excessive d'alcool, et complexifie de fait la mesure de l'efficacité des actions de prévention.

### La moitié des fumeurs consomme des cigarettes censées ne plus exister

En 2005, parmi les fumeurs actuels, 50,5 % des femmes et 39,7 % des hommes déclarent fumer des cigarettes légères. Pourtant, en France, depuis le 30 septembre 2003, l'application d'une directive européenne datant de 2001 interdit aux fabricants de cigarettes d'utiliser sur leurs paquets des mentions du type « légères », « extralégères », et leurs équivalents en anglais (*mild*, *extra-mild*, *light*, *ultra-light*, etc.).

L'industrie du tabac a développé les cigarettes dites « légères » à partir des années 1960, en prétendant qu'elles étaient moins nocives pour la santé. De fait, ces cigarettes ont rapidement pris des parts de marché très importantes et leur succès tient au fait qu'effectivement de nombreux fumeurs pensaient réduire leur risque de cancer en passant aux « légères » [13]. En l'occurrence, les risques pour la santé ne sont pas moins grands avec ces cigarettes [14], d'autant que les fumeurs de cigarettes dites légères inspirent la fumée plus profondément et la retiennent plus longtemps dans leurs poumons. La mention « légères » a probablement contribué à détourner de l'arrêt nombre de fumeurs soucieux de leur santé, mais aussi facilité l'initiation de nouveaux fumeurs. C'est pourquoi il a été décidé de l'interdire.

Nos résultats pointent donc dans ce domaine un échec de la lutte contre le tabagisme. De fait, si les mentions « légères » ont bien disparu des paquets de cigarettes, les codes couleurs ou les appellations alternatives mises en place par l'industrie du tabac ont donné des repères aux fumeurs qui peuvent parfaitement reconnaître leurs cigarettes favorites ; il suffit d'ailleurs d'aller dans un bureau de tabac pour observer que de nombreux fumeurs demandent des « légères » et que le consommateur comme le buraliste savent parfaitement identifier de quel paquet il s'agit. Il est toutefois possible que cet effort porte ses fruits sur les plus jeunes qui disposent moins de tels points de repère.

### Parmi les facteurs favorisant l'arrêt du tabagisme : l'éducation et la confiance en soi

Les caractéristiques comparées des fumeurs et des ex-fumeurs suggèrent que les plus diplômés arrivent plus facilement à arrêter

de fumer, ce qui recoupe les conclusions d'autres enquêtes [15, 16], sachant que nos résultats laissent aussi à penser que cet effet favorable du diplôme jouerait surtout avant 35 ans.

En amont de l'arrêt effectif, le projet d'arrêter est plus fréquent parmi les fumeurs qui ont discuté du tabac avec leur médecin au cours de l'année, ainsi que parmi ceux qui se jugent capables d'arrêter de fumer à tout moment. Au premier abord, on pourrait penser que certains fumeurs surestiment leur capacité à pouvoir arrêter à tout moment et que cet excès de confiance en soi retarde l'arrêt effectif ou les conduit à sous-estimer le pouvoir addictif du tabac [17]. Toutefois, outre que le fumeur reste malgré tout le mieux placé pour évaluer sa capacité à arrêter, certaines études soulignent que la confiance en soi et en sa propre capacité à arrêter de fumer est un facteur qui favorise l'arrêt effectif [18, 19].

### **Le rôle des médecins dans le processus d'arrêt du tabagisme**

La relation observée entre projet d'arrêter et discussion avec le médecin ne doit pas être interprétée trop hâtivement dans un sens ou dans l'autre. Cette discussion peut inciter le fumeur à arrêter, mais inversement le projet d'arrêter peut inciter le fumeur à en parler à son médecin. Toutefois, cette seconde interprétation implique que l'on aurait dû observer une relation spécifique entre le projet d'arrêter et la discussion avec le médecin à l'initiative du fumeur (plutôt qu'à l'initiative du médecin), ce qui n'est pas le cas ici.

Dès lors, si les discussions entre les fumeurs et leur médecin sont susceptibles de jouer un rôle significatif dans les arrêts tabagiques, il importerait d'inciter les médecins à initier davantage de telles discussions avec leurs patients. En effet, d'après

nos résultats, même pour les fumeurs les plus âgés et pour ceux qui ont les plus grosses consommations de cigarettes, moins de 50 % ont discuté du tabac avec leur médecin au cours de l'année, et le plus souvent cette discussion a été initiée par le fumeur lui-même, non par le médecin.

### **Juger le tabagisme dangereux n'est pas juger son propre tabagisme dangereux**

Les nombreuses recherches visant à évaluer les perceptions qu'ont les fumeurs des risques qu'ils courent ont produit des résultats souvent contradictoires [9, 10]. Ces recherches suivent généralement l'une des deux méthodes suivantes : soit le fumeur doit donner une estimation numérique du risque qu'il court, ou du risque que court un fumeur hypothétique, soit il doit comparer son propre risque avec celui d'un individu de référence, non fumeur ou fumeur selon les cas. Certains travaux reposant sur l'approche numérique ont conclu que paradoxalement, les fumeurs surestiment les risques de cancer du poumon [20], mais leur méthodologie a été sévèrement critiquée [17, 21].

Dans le cas présent, plutôt que d'étudier les perceptions d'un risque en demandant aux enquêtés d'estimer une probabilité, ce qui semblait quelque peu illusoire, il leur a été demandé d'estimer deux seuils : un nombre quotidien de cigarettes et une durée de consommation. Pour un fumeur, ces grandeurs sont sans doute plus concrètes et ont plus de sens qu'une probabilité. Il ne s'agissait pas ici de calculer un écart entre les seuils perçus et les « vrais » seuils définis par les épidémiologistes (d'ailleurs la notion de risque élevé est trop floue pour cela), mais plutôt de comparer ces seuils avec les consommations effectives des fumeurs interrogés. Il apparaît ainsi que même si les fumeurs reconnaissent pour la plupart que fumer des cigarettes favorise certainement

l'apparition d'un cancer, ils associent généralement ce risque à des seuils supérieurs à leur propre consommation : ils pourraient ainsi estimer qu'ils ne fument pas assez, ou pas depuis assez longtemps, pour être exposés à un risque élevé de cancer dû au tabac. D'ailleurs les fumeurs qui déclarent ne pas craindre un tel cancer se justifient le plus souvent en jugeant qu'ils fument peu.

### Le déni du risque tabagique

Plusieurs études ont déjà mis en évidence la capacité des fumeurs à adhérer à des croyances qui leur permettent de nier ou de relativiser les risques auxquels ils s'exposent [11, 22, 23]. Les opinions sur le tabagisme étudiées ici ne sont pas forcément « justes » ou « fausses », mais ce qui est important c'est qu'elles peuvent sembler convaincantes, susciter l'adhésion et dès lors nourrir efficacement un déni du risque tabagique. Ainsi, il est exact que la pollution de l'air provoque des cancers, même si ceux-là ne sont pas forcément aussi nombreux que ceux causés par le tabac, et il est bien vrai que certaines personnes fument toute leur vie sans jamais en tomber malade. Mieux encore, l'idée selon laquelle un fumeur peut se soustraire aux effets nocifs du tabac s'il sait s'arrêter à temps est un message clé des campagnes d'information qui essaient de promouvoir l'arrêt.

D'ailleurs, ces croyances ne sont pas l'apanage des plus jeunes fumeurs que l'on pourrait suspecter de manquer d'expérience ou d'entretenir un sentiment d'invulnérabilité propre à l'adolescence : au contraire, elles sont plus fréquentes chez les fumeurs âgés qui pourraient donc s'avérer particulièrement difficiles à convaincre. Ce résultat observé ici rejoint ceux d'une récente étude réalisée à la fois en Australie, au Canada, aux États-Unis et en Grande-Bretagne [24].

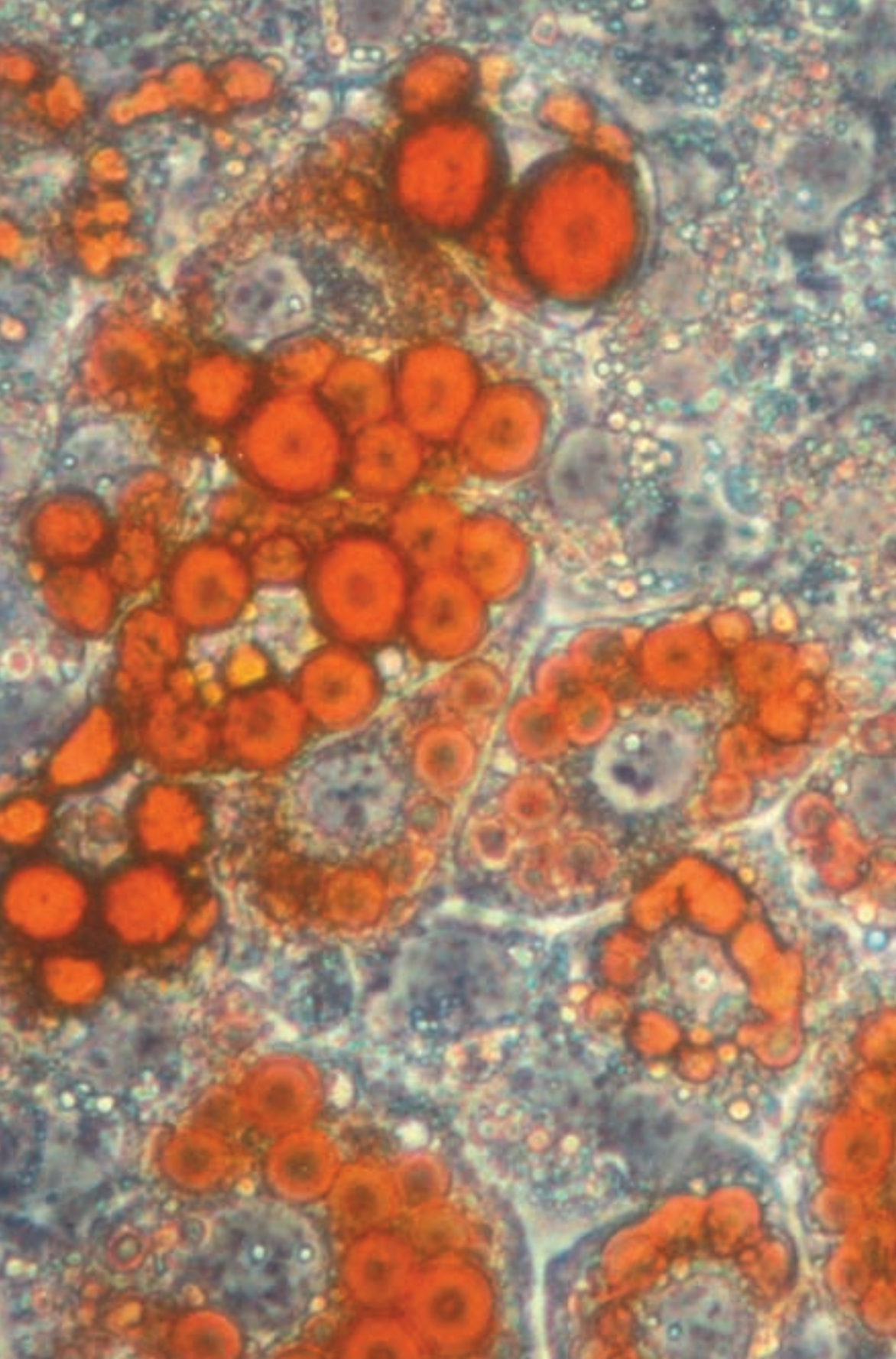
### Conclusion

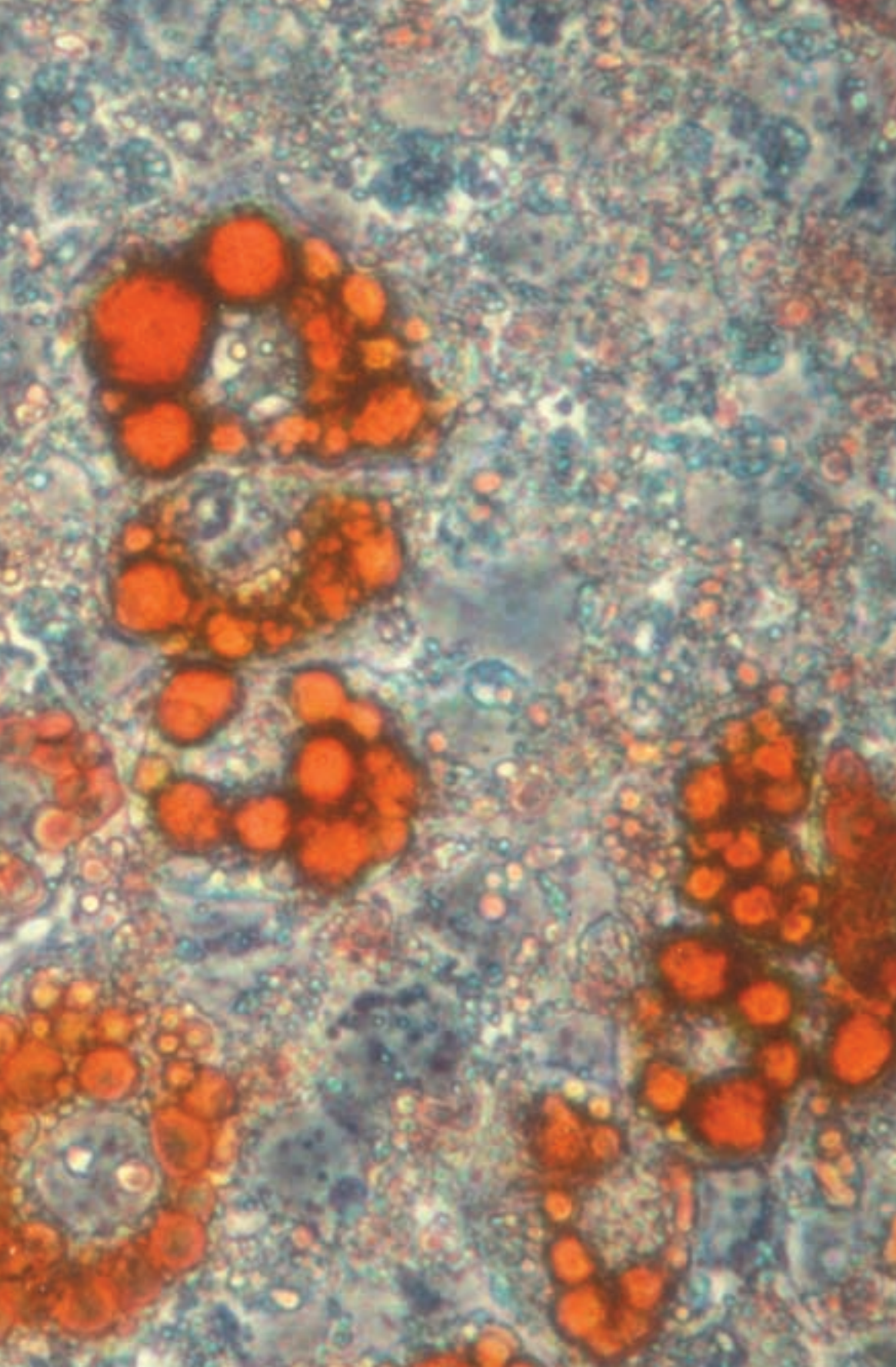
Si le tabagisme a reculé en France, sans doute principalement grâce aux fortes hausses du prix des cigarettes, de nombreux efforts restent à faire dans le domaine des actions préventives. En particulier, nos résultats soulignent l'intérêt qu'il pourrait y avoir à inciter les médecins à engager plus souvent une discussion sur le tabac avec leurs patients fumeurs.

Par ailleurs, le discours préventif sur la dangerosité du tabagisme semble être bien ancré dans la population, mais cet ancrage pourrait s'avérer assez superficiel. Fumeurs et non-fumeurs se disent généralement « bien informés » (ce qui pourrait d'ailleurs les rendre hermétiques aux campagnes...), mais du point de vue des données validées en santé publique, ils ont des connaissances souvent erronées, par exemple concernant la croyance en un seuil de dangerosité pour le tabac. En outre, ces croyances sont souvent fondées sur l'observation de leur propre comportement, ce qui les rend sans doute plus difficiles à remettre en cause. Par ailleurs, il apparaît que les fumeurs disposent de tout un arsenal argumentatif pour nier ou relativiser ce risque pour eux-mêmes, tout en l'acceptant pour les fumeurs en général. De futures campagnes d'information pourraient cibler certaines de ces croyances qui permettent aux fumeurs de tenir le risque à distance, par exemple celles relatives aux seuils de consommation et de durée du tabagisme associés à un risque de cancer. Toutefois, ce déni du risque ne reflète pas simplement un manque d'information, il s'apparente aussi à une capacité cognitive développée et entretenue par les fumeurs ; aussi, de telles actions de prévention ne devront-elles pas sous-estimer l'aptitude des fumeurs à maintenir ou adapter leur déni du risque tabagique.

## Bibliographie

- [1] Hill C, Laplanche A.  
**Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques.**  
*BEH* 2003 ; (22-23) : 98-100.
- [2] Kopp P, Fenoglio P.  
**Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France.**  
Paris : OFDT, 2000.
- [3] Anguis M., Dubeaux D.  
**Les fumeurs face aux récentes hausses du prix du tabac.**  
*Insee première* 1997 ; (551).
- [4] OFDT.  
**Drogues et dépendances, données essentielles.**  
Paris : La Découverte, 2005.
- [5] Ben Lakhdar C.  
**Comparaison des évolutions des ventes de cigarettes en France dans les zones frontalières et non frontalières.**  
*Tendances* 2005 ; (44).  
En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxcblb.pdf>  
[Dernière visite le 28/08/06]
- [6] Guilbert P., Gautier A., Beck F., *et al.*  
**Tabagisme : estimation de la prévalence déclarée, Baromètre santé, France, 2004-2005.**  
*BEH* 2005 ; (21-22) : 97-8.  
En ligne : [http://www.invs.sante.fr/beh/2005/21\\_22/beh\\_21\\_22\\_2005.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2005/21_22/beh_21_22_2005.pdf)  
[Dernière visite le 28/08/06]
- [7] Oddoux K., Peretti-Watel P., Baudier F.  
**Tabac.**  
In : **Baromètre santé 2000. Résultats (vol. 2).**  
Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 2001 : 77-118.
- [8] Peretti-Watel P.  
**Demain j'arrête... Portraits statistiques des fumeurs dissonants.**  
*Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2003 ; 51(2) : 215-26.
- [9] Sutton S.R.  
**How accurate are smokers' perceptions of risk?**  
*Health, Risk & Society* 1999 ; 1(2) : 223-30.
- [10] Weinstein N.D., Marcus S.E., Moser R.P.  
**Smokers'unrealistic optimism about their risk.**  
*Tobacco Control* 2005 ; 14(1) : 55-9.
- [11] Oakes W., Chapman S., Borland R., Balmford J., Trotter L.  
**"Bulletproof skeptics in life's jungle": which self-exempting beliefs about smoking most predict lack of progression towards quitting?**  
*Preventive Medicine* 2004 ; 39(4) : 776-82.
- [12] Peretti-Watel P.  
**Pricing policy and some other predictors of smoking behaviours: an analysis of French retrospective data.**  
*International Journal of Drug Policy* 2005 ; 16(1) : 19-26.
- [13] Kozlowski L.T., Pillitteri J.L.  
**Beliefs about "Light" and "Ultra Light" cigarettes and efforts to change those beliefs: an overview of early efforts and published research.**  
*Tobacco Control* 2001 ; 10 Suppl 1 : 12-6.
- [14] Harris J.E., Thun M.J., Mondul A.M., Calle E.E.  
**Cigarette tar yields in relation to mortality from lung cancer in the cancer prevention study II prospective cohort, 1982-8.**  
*British Medical Journal* 2004 ; 328(7431) : 72.  
En ligne : <http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint/328/7431/72>  
[Dernière visite le 28/08/06]
- [15] Sander W.  
**Schooling and Smoking.**  
*Economics of Education Review* 1995 ; 14(1) : 23-3.
- [16] Osler M., Prescott, E.  
**Psychosocial, behavioural, and health determinants of successful smoking cessation: a longitudinal study of Danish adults.**  
*Tobacco Control* 1998 ; 7(3) : 262-7.
- [17] Slovic P.  
**The perception of risk.**  
Londres : Earthscan, 2000.
- [18] Dijkstra A., De Vries H.  
**Clusters of precontemplating smokers defined by the perception of the pros, cons, and self-efficacy.**  
*Addictive Behaviors* 2000 ; 25(3) : 373-85.
- [19] De Vries H., Dijkstra M., Kuhlman P.  
**Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioral intentions.**  
*Health Education Research* 1988 ; 3(3) : 273-82.
- [20] Viscusi W.K.  
**Do smokers underestimate risks?**  
*Journal of Political Economy* 1990 ; 98(6) : 1253-69.
- [21] Borland R.  
**What do people's estimates of smoking related risk mean?**  
*Psychology & Health* 1997 ; (12) : 513-21.
- [22] Chapman S., Wong W.L., Smith W.  
**Self-exempting beliefs about smoking and health: Differences between smokers and ex-smokers.**  
*American Journal of Public Health* 1993 ; 83(2) : 215-19.
- [23] Grémy I., Halfen S., Sasco A., Slama K.  
**Les connaissances, attitudes et perceptions des Franciliens à l'égard du tabac.**  
Paris : Orsif, 2002.  
En ligne : <http://www.orsif-idf.org/etudes/pdf/rapporttabac.pdf>  
[Dernière visite le 28/08/06]
- [24] Yong H.H., Borland R., Siahpush M.  
**Quitting-related beliefs, intentions, and motivations of older smokers in four countries: findings from the international tobacco control policy evaluation survey.**  
*Addictive Behaviors* 2005 ; 30(4) : 777-88.







# L'essentiel

## Les consommations déclarées d'alcool sont en baisse

En 2005, 20,1 % des hommes et 9,6 % des femmes déclarent boire du vin quotidiennement ; 32,7 % des hommes et 6,5 % des femmes déclarent boire de la bière au moins une fois par semaine ; 25,4 % des hommes et 8,0 % des femmes déclarent boire des alcools forts au moins une fois par semaine. Ces consommations sont plus fréquentes parmi les plus âgés pour le vin, et parmi les plus jeunes pour la bière. Entre 2000 et 2005, toutes ces consommations déclarées sont à la baisse, en particulier parmi les hommes et pour les catégories d'âge intermédiaires (entre 25 et 55 ans, avec des variations selon l'alcool considéré). Cette baisse est conforme aux résultats obtenus dans le Baromètre santé 2005.

## Au moins trois verres par jour : une pratique d'hommes mûrs

Sur l'ensemble de l'échantillon, seuls 4,2 % des personnes interrogées déclarent boire quotidiennement au moins trois ou quatre verres d'alcool (7,5 % des hommes, 1,1 % des femmes). Cette « consommation à risque » correspond près de neuf fois sur dix à des buveurs de vin, généralement des hommes âgés de 45 à 75 ans. Ces individus ont un profil socioprofessionnel hétérogène (cadres supérieurs du secteur privé, ouvriers qualifiés, etc.).

## Huit personnes sur dix jugent l'alcool cancérigène au-delà de trois verres par jour

Au total, 86,4 % des enquêtés se disent bien informés sur les effets de

l'alcool sur la santé, et 81,4 % considèrent que boire plus de trois verres d'alcool par jour favorise certainement ou probablement l'apparition d'un cancer. Cette perception du risque décline avec l'âge, elle est moins fréquente parmi les ouvriers et les agriculteurs, parmi les moins diplômés et parmi les plus gros consommateurs d'alcool.

## Toutefois, la tendance est à minimiser les risques

Pour 56,1 % des enquêtés, boire de l'alcool peut provoquer le cancer seulement si l'on boit beaucoup et pendant longtemps. En outre, 48,8 % soulignent que certaines personnes peuvent boire beaucoup d'alcool toute leur vie sans jamais en tomber malade. Au total, 76,5 % des enquêtés se disent d'accord avec au moins l'une de ces deux opinions, qui permettent de minimiser les risques associés à l'usage d'alcool, et 28,4 % se disent d'accord avec les deux.

## Les Français relativisent les risques pour la santé

Deux autres opinions proposées aux enquêtés éclairent leur propension à relativiser les risques pour la santé associés à l'usage d'alcool : 68,6 % d'entre eux jugent que boire des sodas ou manger des hamburgers est aussi mauvais pour la santé que de boire de l'alcool ; 54,1 % estiment qu'aujourd'hui, la pollution provoque plus de cancers que l'alcool.

## Les problèmes posés par l'alcool seraient criminogènes plutôt que cancérigènes

Si l'alcool peut avoir des effets néfas-

tes à long terme sur la santé des consommateurs, il est aussi associé à des conséquences plus immédiates en cas d'ivresse, en particulier les violences interpersonnelles et les accidents de la route. Pour 24,2 % des personnes interrogées, boire de l'alcool est mauvais pour la santé seulement lorsque l'on est ivre ; tandis que 85,3 % d'entre eux jugent que le principal risque avec l'alcool, ce sont les accidents de la route et la violence.

## Les Français différencient les divers types d'alcool

Pour 59,0 % des enquêtés, boire un peu de vin est meilleur pour la santé que ne pas en boire du tout. En outre, 51,5 % d'entre eux estiment que ce sont surtout les alcools forts qui sont mauvais pour la santé.

## Des opinions associées à une moindre perception du risque et à des usages plus fréquents

Qu'elles renvoient à la minimisation ou à la relativisation des effets de l'alcool sur la santé, à l'accent mis sur les effets « criminogènes » de l'alcool ou à la différenciation entre types d'alcools, toutes ces opinions, qui ne sont pas nécessairement « fausses », sont corrélées. En général, elles sont aussi associées à une moindre perception des effets cancérigènes de l'usage d'alcool et elles sont plus fréquemment défendues par les consommateurs quotidiens.

# Alcool et cancer

## Comportements, opinions, perceptions des risques

PATRICK PERETTI-WATEL

### INTRODUCTION

Traditionnellement, les Français sont de grands consommateurs de boissons alcoolisées. En litres d'alcool pur consommés par habitant chaque année, la France se situe en effet au quatrième rang mondial, derrière le Luxembourg, l'Irlande et le Portugal. Toutefois cette consommation par habitant a chuté d'un tiers au cours des trente dernières années, avec aussi une modification notable des comportements : les Français boivent beaucoup moins de vin qu'avant, la consommation de bière recule aussi mais dans une moindre mesure, tandis que la consommation d'alcools forts (les spiritueux) reste stable.

#### Les Français boivent beaucoup d'alcool...

Selon le Baromètre santé 2005, seuls 8,4 % des personnes âgées de 12 à 75 ans n'ont jamais consommé de boisson alcoolisée,

cette proportion ayant tout de même doublé depuis 2000 [1, 2].

Les usages d'alcool varient beaucoup selon l'âge et le sexe : les hommes boivent beaucoup plus que les femmes, la bière est la boisson alcoolisée la plus masculine, tandis que l'écart entre les deux sexes s'avère moindre pour les alcools forts ; les jeunes consomment plutôt le week-end (de la bière, des alcools forts), tandis que les générations plus âgées rapportent fréquemment un usage régulier voire quotidien (en général du vin).

Toujours d'après le Baromètre santé 2005, entre 12 et 75 ans, 21,4 % des hommes et 7,5 % des femmes ont connu au moins un épisode d'ivresse alcoolique au cours des douze derniers mois. En outre, toujours entre 12 et 75 ans, 13,8 % des hommes et 5,0 % des femmes seraient, ou auraient été, potentiellement alcoolodépendants.

## ...et ils en paient le prix

L'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable en France, derrière le tabac. On estime généralement que chaque année, en France, l'alcool est en cause dans près de 45 000 décès. La moitié de ces décès fait suite à des pathologies directement attribuables à l'alcool : les cancers des voies aérodigestives dans un cas sur deux, mais aussi les cirrhoses hépatiques et l'alcoolodépendance. L'autre moitié de ces décès correspond à des morts violentes (principalement lors d'accidents de la route) et à des maladies mortelles pour lesquelles l'usage d'alcool est un facteur de risque parmi d'autres.

En outre, l'alcool est aussi incriminé dans les suicides, les accidents du travail, les violences interpersonnelles et de nombreux autres délits. La dangerosité de l'alcool s'exprime différemment de celle du tabac, puisqu'il ajoute à une nocivité pour l'organisme à long terme des troubles immédiats du comportement, troubles qui peuvent avoir des conséquences mortelles pour le consommateur, mais aussi pour son entourage ou pour d'autres personnes dont il croiserait la route.

## Les difficultés spécifiques de la prévention

Pour l'alcool, la prévention est rendue compliquée par plusieurs facteurs. D'abord, l'alcool, et le vin en particulier, est enraciné dans notre culture et associé à des valeurs positives (plaisir, convivialité, etc.). Pour les générations les plus anciennes, le vin est d'ailleurs sans doute un aliment, au même titre que le pain. Ensuite, un certain nombre d'études scientifiques concluent qu'un usage modéré est bon pour la santé et protège de certaines pathologies, ce qui peut donner l'impression au public que le discours de la santé publique est contradictoire.

Dès lors, on ne peut pas lutter contre l'usage d'alcool comme on lutte contre le tabagisme, en prônant l'arrêt et l'abstinence : il s'agit plutôt de promouvoir un usage modéré, en proscrivant les mésusages ou les abus, termes qui peuvent s'avérer délicats à définir, puis à promouvoir. En l'occurrence, il semble qu'au-delà d'une consommation quotidienne de deux verres en moyenne pour les femmes et trois verres en moyenne pour les hommes, les risques augmentent pour les cancers, les maladies cardio-vasculaires, la cirrhose du foie, les maladies du système nerveux et les troubles psychiques [3].

Enfin, paradoxalement, la plus grande dangerosité de l'alcool pourrait compliquer le message préventif. En effet, pendant longtemps les actions de prévention ont ciblé les conséquences immédiates de l'usage d'alcool, celles liées à l'ébriété, notamment dans les campagnes d'information de la sécurité routière. Or, si pour le public le principal danger associé au tabac est très probablement le cancer, en revanche, il est possible que, pour l'alcool, les principaux dangers associés soient l'ivresse (perçue comme provoquant des violences et des accidents de la route) et la dépendance, et non les maladies comme le cancer. C'est pourquoi l'un des slogans de la campagne de prévention lancée en 2003 était « *L'alcool, pas besoin d'être ivre pour en mourir* », relayé en 2004 par « *Votre corps se souvient de tout* » et « *Votre corps enregistre chaque verre bu* », afin de mettre l'accent sur les effets cumulatifs à long terme.

Il s'agira ici d'abord de mesurer les consommations d'alcool en 2005 et leurs évolutions depuis 2000 pour les différents types d'alcools, en distinguant les personnes interrogées selon leur âge et leur sexe. On s'intéressera ensuite aux perceptions du risque de cancer associé à une consommation d'alcool supérieure aux seuils relayés par l'INPES dans ses campagnes d'information de 2004 (boire plus de trois verres d'alcool

par jour : pour simplifier, la question posée n'a pas distingué les seuils de dangerosité définis pour les femmes et les hommes).

Enfin, nous examinerons plusieurs opinions générales relatives à l'alcool et à ses effets sur les comportements et la santé.

## RÉSULTATS

### Usages déclarés de vin, de bière et d'alcools forts : un net recul entre 2000 et 2005

Du point de vue de la taille de l'échantillon comme de l'architecture générale du questionnaire, l'enquête exploitée ici diffère du Baromètre santé 2000. Toutefois, les questions posées sur la consommation d'alcool sont presque identiques et permettent des comparaisons pour les 16-75 ans, tranche d'âge commune aux deux enquêtes.

En 2005, 93,1 % des personnes âgées de 16 à 75 ans déclarent avoir déjà bu de l'alcool au cours de la vie (y compris du champagne, du cidre, etc.), contre 97,4 % en 2000. Cette augmentation de l'abstinence est confirmée par les données du Baromètre santé 2005 [2].

En 2005 comme en 2000, la consommation quotidienne de vin (déclarer en avoir bu

tous les jours au cours des douze derniers mois) demeure, parmi l'ensemble de la population<sup>1</sup>, une pratique plus masculine, très marginale avant l'âge de 40 ans, mais qui concerne au-delà de 60 ans une majorité d'hommes et un tiers des femmes [figure 1]. Toutefois cette consommation quotidienne semble avoir reculé en cinq ans, surtout chez les hommes, et en particulier pour la tranche d'âge des 35-64 ans (avec près de vingt points d'écart entre les deux enquêtes sur cette tranche d'âge).

Pour la bière et les alcools forts (vodka, pastis, whisky ou whisky cola, planteur, punch, etc.), les usages quotidiens sont trop rares pour pouvoir être étudiés spécifiquement. Pour ces deux types d'alcool, les figures 2 et 3 présentent donc les évolutions respectives des prévalences de l'usage

1. Intégrant les personnes n'ayant jamais consommé d'alcool.

FIGURE 1

#### Usage quotidien de vin, selon l'âge et le sexe, comparaison 2000-2005

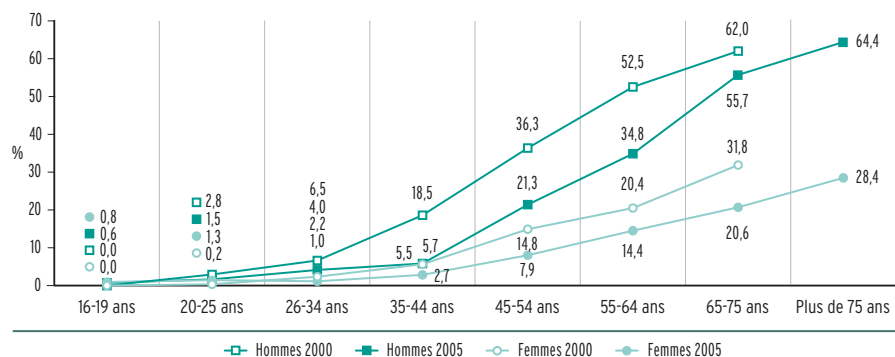


FIGURE 2

## Usage hebdomadaire de bière, selon l'âge et le sexe, comparaison 2000-2005

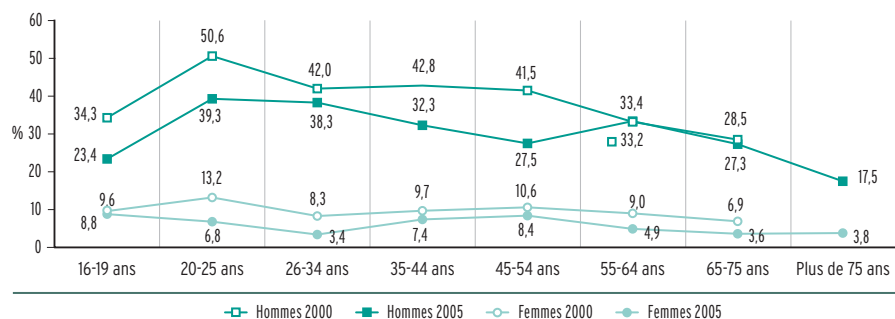
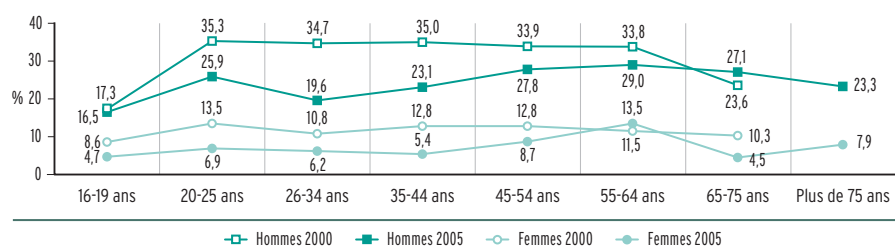


FIGURE 3

## Usage hebdomadaire d'alcools forts, selon l'âge et le sexe, comparaison 2000-2005



hebdomadaire (déclarer en avoir bu au moins une fois par semaine au cours des douze derniers mois) parmi l'ensemble de l'échantillon.

Pour les hommes, l'usage hebdomadaire de bière culmine entre 20 et 25 ans : dans cette tranche d'âge, il concerne quatre hommes sur dix en 2005, contre cinq sur dix en 2000. Cet usage diminue ensuite avec l'âge, pour passer sous la barre des 30 % après 60 ans. Pour les femmes, la consommation hebdomadaire de bière s'avère nettement moins fréquente, et varie aussi moins avec l'âge, en restant inférieure à 10 % de 16 à 75 ans. Pour les deux sexes, on observe une baisse de la prévalence entre 2000 et 2005, à tous

les âges ou presque, baisse peu prononcée pour les femmes mais plus nette pour les hommes, surtout pour ceux âgés de moins de 55 ans.

Pour les alcools forts, en 2000, la prévalence de l'usage hebdomadaire plafonnait à 35 % entre 20 et 64 ans chez les hommes, tandis qu'elle oscillait entre 10 et 15 % chez les femmes quel que soit leur âge. En 2005, relativement à 2000, la prévalence de la consommation hebdomadaire d'alcools forts s'avère presque toujours inférieure chez les femmes, d'environ cinq points, tandis que chez les hommes le recul de cette prévalence est surtout marqué entre 20 et 54 ans, avec un pic de consommation entre 20 et 25 ans.

## Au moins trois verres par jour : un usage davantage déclaré par les hommes mûrs

Sur l'ensemble des personnes déclarant avoir déjà bu des boissons alcoolisées, 25,2 % déclarent boire au moins trois ou quatre verres lors d'une journée au cours de laquelle elles consomment de l'alcool. Cette consommation est plus masculine ; elle concerne près d'un consommateur sur deux entre 16 et 34 ans, et un tiers entre 35 et 64 ans [figure 4].

Si l'on tient compte simultanément de la fréquence de la consommation d'alcool et des quantités ingérées à chaque occasion, il apparaît que seuls 4,2 % des personnes interrogées dans l'échantillon déclarent boire quotidiennement au moins trois ou quatre verres d'alcool (7,5 % des hommes et 1,1 % des femmes) [tableau I]. Sachant que les seuils limites fixés dans les recommandations de l'OMS et relayées dans les campagnes d'information de l'INPES sont de trois verres pour les hommes et de deux verres pour les femmes, on peut donc parler ici de consommation « à risque », en gardant toutefois à l'esprit que ce libellé compare un usage déclaré à une norme préventive

TABLEAU I

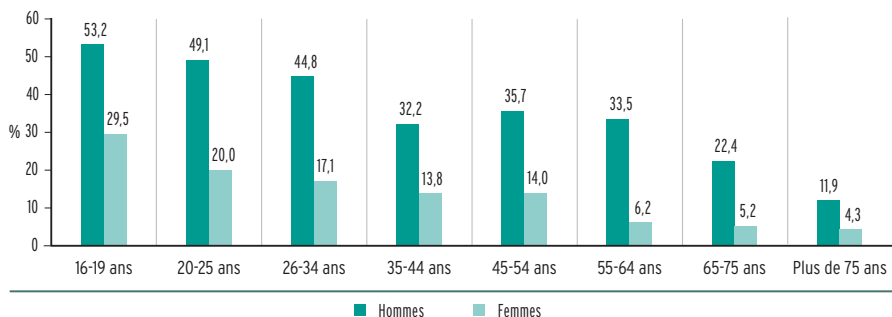
Profil sociodémographique et consommation quotidienne d'au moins trois verres d'alcool (en pourcentage)

Sexe	
Hommes (n=1 559)	7,5
Femmes (n=2 261)	1,1***
Âge	
16-19 ans (n=299)	1,0
20-25 ans (n=330)	1,5
26-34 ans (n=656)	1,8
35-44 ans (n=782)	1,6
45-54 ans (n=572)	6,7
55-64 ans (n=555)	8,0
65-75 ans (n=411)	8,7
Plus de 75 ans (n=215)	4,9***
Diplôme	
Aucun diplôme, CEP, BEPC (n=1 107)	4,9
BEP/CAP (n=875)	4,1
Baccalauréat (n=644)	3,0
1 <sup>er</sup> -2 <sup>e</sup> cycle universitaire (n=823)	3,5
3 <sup>e</sup> cycle universitaire (n=335)	6,1
Catégorie socioprofessionnelle	
Agriculteurs exploitants (n=127)	9,8
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise (n=203)	5,4
Cadres, prof. intell. supérieures (n=560)	6,3
Professions intermédiaires (n=779)	4,0
Employés (n=1 046)	2,5
Ouvriers (n=600)	5,7
Inactifs (n=502)	1,4

\*\*\* : p<0,001 (après modélisation pour contrôler les effets de structure).

FIGURE 4

Prendre au moins trois ou quatre verres les jours où l'on boit, selon le sexe et l'âge



définie à un moment donné : il ne dit rien ni du risque personnel réel auquel s'expose un individu particulier selon son mode de vie, son histoire et ses dispositions propres, ni des motivations ou des convictions qu'entretiennent les individus à l'égard de leur usage d'alcool. Parmi ces 4,2 % d'enquêtés, plus de huit sur dix (83,4 %) déclarent une consommation quotidienne de vin (contre une sur cinq de la bière et une sur huit des alcools forts).

Cette « consommation à risque » résulte du cumul de deux comportements plus masculins, mais qui connaissent des évolutions distinctes selon l'âge : d'une part, l'usage quotidien de vin reste très minoritaire avant 40 ans ; d'autre part, le fait de prendre au moins trois ou quatre verres les jours où l'on boit de l'alcool devient très rare après 75 ans. Il en résulte que cette consommation étiquetée « à risque » est plus fréquente parmi les hommes de 45 à 75 ans.

L'effectif correspondant à cette « consommation à risque » est trop faible pour pouvoir être étudié de façon très détaillée, mais les facteurs associés observés suggèrent qu'elle renvoie à une population très hétérogène, au moins d'un point de vue socioprofessionnel. Il semble notamment que cette population se compose pour moitié de cadres supérieurs du secteur privé aujourd'hui à la retraite et d'ouvriers qualifiés eux aussi souvent à la retraite.

### Un consensus sur l'effet cancérigène au-delà de trois verres par jour, oui mais...

Au total, 30,4 % des personnes interrogées se jugent très bien informées sur les effets de l'alcool sur la santé, 56,0 % se sentent « *plutôt bien* » informées, 9,7 % « *plutôt mal* » informées, 3,6 % « *très mal* » informées. Autrement dit, près de neuf personnes sur dix (86,4 %) se disent bien informées sur ces effets. Ce sentiment d'être

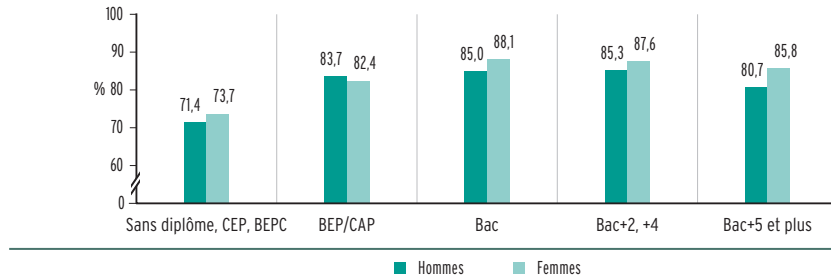
bien informé ne varie ni selon le sexe, ni selon le niveau de diplôme. En revanche, il est un peu moins fréquent aux âges intermédiaires, plus précisément entre 26 et 44 ans, et atteint son maximum pour les plus jeunes (90,5 % parmi les 16-19 ans). Du point de vue de la catégorie socioprofessionnelle, ce sentiment s'avère également un peu plus fréquent parmi les agriculteurs.

S'agissant cette fois du risque de cancer associé à l'alcool, 38,2 % des personnes interrogées pensent que boire plus de trois verres d'alcool par jour peut certainement favoriser l'apparition d'un cancer, 43,2 % jugent que cet effet est probable, tandis que respectivement 12,0 % et 5,5 % estiment que cet usage d'alcool ne peut « *probablement pas* » ou « *certainement pas* » favoriser l'apparition d'un cancer. Globalement, la plupart (81,4 %) considèrent donc que boire plus de trois verres d'alcool par jour expose à un risque de cancer. Cette perception du risque varie avec le niveau de diplôme, mais pas de façon linéaire : ainsi, les moins diplômés jugent moins fréquemment que boire plus de trois verres d'alcool par jour expose à un risque de cancer, mais, en revanche, les plus diplômés ne sont pas les plus enclins à partager cette opinion [figure 5].

Cette perception du risque varie aussi quelque peu avec l'âge : elle est maximale entre 20 et 25 ans (89,3 %), puis descend sous les 80 % après 54 ans (73,3 % pour les 65 ans et plus). Cette perception est moins fréquente parmi les ouvriers (77,9 %) et les agriculteurs (65,4 %). Cette opinion sur l'effet cancérigène de l'usage d'alcool varie enfin selon la consommation déclarée par les personnes interrogées. En particulier, parmi celles qui déclarent boire quotidiennement au moins trois ou quatre verres d'alcool, 65,0 % considèrent que cette « consommation à risque » expose à un risque de cancer : cette proportion est significativement plus faible que dans le reste de l'échantillon, mais elle reste tout de même très élevée.

FIGURE 5

Proportion jugeant que boire plus de trois verres d'alcool par jour favorise le cancer, selon le diplôme et le sexe



### ...les trois quarts minimisent les risques associés à l'usage d'alcool

Les enquêtés devaient aussi se prononcer sur plusieurs assertions relatives à l'alcool. Deux d'entre elles peuvent permettre de minimiser le risque de cancer associé à l'alcool, en jugeant soit que celui-ci ne concerne que ceux qui boivent beaucoup et pendant longtemps, soit qu'il ne nous concerne pas tous puisque certaines personnes peuvent boire beaucoup toute leur vie sans en tomber malade :

■ « *Boire de l'alcool peut provoquer le cancer seulement si l'on boit beaucoup, et pendant longtemps* » : 30,0 % des enquêtés se disent « *tout à fait* » d'accord avec cette assertion, 26,1 % « *plutôt* » d'accord, 18,4 % ne sont « *plutôt pas* » d'accord, 22,1 % « *pas du tout* » d'accord ; enfin, 3,4 % ne se prononcent pas. Au total, cette assertion recueille donc une petite majorité d'accord : 56,1 %.

■ « *Certaines personnes peuvent boire beaucoup d'alcool toute leur vie sans jamais en tomber malade* » : 25,8 % des personnes interrogées se déclarent « *tout à fait* » d'accord, 23,0 % « *plutôt* » d'accord, tandis que 22,7 % ne se disent « *plutôt pas* » d'accord et 27,3 % « *pas du tout* » d'accord, 1,2 % ne se prononçant pas. Sur l'ensemble de l'échantillon, cette

assertion est donc soutenue par près d'une personne sur deux (48,8 %).

Ces deux opinions sont également corrélées : les personnes qui adhèrent à l'une ont tendance à adhérer aussi à l'autre. Au total, 76,5 % des enquêtés se disent d'accord avec au moins l'une de ces deux opinions et 28,4 % partagent les deux, sachant que ces opinions reviennent à minimiser les risques pour la santé associés par le discours préventif à l'usage d'alcool, en considérant que boire beaucoup d'alcool et pendant longtemps est une condition nécessaire mais non suffisante à l'apparition d'un cancer.

Précisons que ces deux opinions ne sont pas fausses : la première est suffisamment floue pour ne pas pouvoir être réfutée (qu'est-ce que boire « *beaucoup* » et « *pendant longtemps* » ?), et la seconde pourra toujours être attestée par des cas exemplaires, même si du point de vue préventif ils constituent l'exception. Il ne s'agit donc pas de savoir si ces opinions sont justes ou fausses, mais de souligner qu'elles peuvent permettre aux individus de minimiser le risque mis en exergue dans les campagnes de prévention, en se rassurant sur la relative innocuité de leurs propres pratiques.

L'idée selon laquelle boire ne provoquerait le cancer que si l'on boit « *beaucoup* » et « *pendant longtemps* » est plus fréquente parmi les hommes, les plus jeunes (16-19 ans)



et les plus âgés (avec un maximum entre 65 et 75 ans), ainsi que parmi les moins diplômés [tableau II].

Mais cette opinion s'avère également plus fréquente parmi ceux qui se sentent bien

informés sur les effets de l'alcool sur la santé, comme parmi ceux qui estiment que trois verres d'alcool par jour favorisent l'apparition d'un cancer. Du point de vue de la consommation déclarée, ce sont les consommateurs

**TABLEAU II**

**Facteurs associés à la minimisation des effets de l'alcool sur la santé (en pourcentage)**

	<i>« Boire de l'alcool peut provoquer le cancer seulement si on boit beaucoup, et pendant longtemps »</i>	<i>« Certaines personnes peuvent boire beaucoup d'alcool toute leur vie sans jamais en tomber malade »</i>
<b>Sexe</b>		
Hommes (n=1559)	58,4	49,8
Femmes (n=2261)	53,8**	47,7
<b>Âge</b>		
16-19 ans (n=299)	61,2	50,4
20-25 ans (n=330)	47,6	47,4
26-34 ans (n=656)	48,0	49,2
35-44 ans (n=782)	55,6	45,9
45-54 ans (n=572)	52,0	47,2
55-64 ans (n=555)	62,0	49,2
65-75 ans (n=411)	69,9	54,2
Plus de 75 ans (n=215)	62,6***	50,2
<b>Diplôme</b>		
Aucun diplôme, CEP, BEPC (n=1107)	62,7	52,0
BEP/CAP (n=875)	57,6	51,3
Baccalauréat (n=644)	53,6	49,2
1 <sup>er</sup> -2 <sup>e</sup> cycle universitaire (n=823)	48,6	44,7
3 <sup>e</sup> cycle universitaire (n=335)	53,3**	43,2*
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>		
Agriculteurs exploitants (n=127)	62,4	63,8
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise (n=203)	58,6	57,4
Cadres, prof. intellectuelles supérieures (n=560)	56,0	44,5
Professions intermédiaires (n=779)	52,5	48,2
Employés (n=1046)	56,6	47,6
Ouvriers (n=600)	58,0	47,9
Inactifs (n=502)	55,9	50,8
<b>Effets de l'alcool sur la santé</b>		
Se sent bien informé (n=3303)	56,9	48,5
Ne se sent pas bien informé (n=517)	50,9**	50,6
<b>« Boire trois verres chaque jour... »</b>		
...favorise l'apparition d'un cancer » (n=3104)	57,2	47,1
...ne favorise pas l'apparition d'un cancer » (n=716)	50,9***	56,1**
<b>Consommation d'alcool</b>		
Ne boit pas quotidiennement (n=3286)	54,3	47,6
Boit tous les jours, moins de trois verres (n=394)	67,8	50,7
Boit tous les jours, au moins trois-quatre verres (n=140)	60,4*	66,5***

\* : p<0,05; \*\* : p<0,01; \*\*\* : p<0,001 (après modélisation pour contrôler les effets de structure).

quotidiens de moins de trois verres par jour qui sont les plus enclins à juger que boire de l'alcool ne provoque le cancer que si l'on boit « beaucoup », et « pendant longtemps ».

L'opinion selon laquelle « certaines personnes boivent beaucoup toute leur vie sans jamais en tomber malade » est plus souvent exprimée par les moins diplômés, par les enquêtés qui n'associent pas un risque de cancer à la consommation de plus de trois verres d'alcool par jour, ainsi que par ceux qui déclarent pour eux-mêmes une « consommation à risque » (c'est-à-dire ceux consommant quotidiennement au moins trois verres).

### ...la plupart des personnes interrogées relativisent les risques pour la santé

Deux autres opinions proposées dans l'enquête étaient susceptibles de nourrir une relativisation du risque pour la santé associé à l'usage d'alcool, en le comparant à d'autres auxquels de nombreuses personnes sont exposées au quotidien :

■ « Boire des sodas ou manger des hamburgers est aussi mauvais pour la santé que de boire de l'alcool » : 41,0 % des enquêtés sont « tout à fait » d'accord avec cette opinion, 27,6 % « plutôt » d'accord, 17,5 % ne sont « plutôt pas » d'accord, 11,8 % « pas du tout » d'accord, tandis que 2,1 % refusent de se prononcer. Cette affirmation est donc approuvée par 68,6 % des enquêtés, soit plus de deux personnes sur trois.

■ « Aujourd'hui, la pollution provoque plus de cancers que l'alcool » : 22,7 % des enquêtés répondent « tout à fait » d'accord, 31,4 % se disent « plutôt » d'accord, 24,1 % « plutôt pas » d'accord, 13,6 % « pas du tout » d'accord ; enfin, 8,2 % ne se prononcent pas. Globalement, cette proposition est donc défendue par plus d'une personne sur deux (54,1 %).

Ces deux opinions sont significativement associées. Au sein de l'échantillon, 82,3 %

des personnes soutiennent au moins l'une de ces opinions, et 40,4 % soutiennent les deux simultanément. Ici encore, il s'agit d'opinions suffisamment floues pour ne pas être nécessairement « fausses », même d'un point de vue d'expert, de sorte qu'elles peuvent aider les individus à relativiser le discours préventif en considérant que, tout compte fait, le risque qu'ils courent en buvant de l'alcool est inférieur ou égal à d'autres menaces quotidiennes.

Seul l'âge est associé de façon significative à l'opinion selon laquelle boire des sodas ou manger des hamburgers est aussi mauvais pour la santé que de boire de l'alcool, les 35-75 ans adhérant davantage à cette idée [tableau III]. La propension à comparer les cancers dus à l'alcool à ceux provoqués par la pollution augmente avec l'âge, diminue avec le diplôme (de 62,5 % pour les moins diplômés à 38,2 % pour les plus diplômés), et elle est plus marquée parmi les agriculteurs et les ouvriers. Cette propension ne varie pas selon le sentiment d'être plus ou moins bien informé des effets de l'alcool sur la santé, elle est plus prononcée parmi ceux qui ne pensent pas que trois verres quotidiens favorisent la survenue d'un cancer, comme parmi ceux qui boivent de l'alcool quotidiennement mais moins de trois verres.

### ...les problèmes de l'alcool sont perçus comme criminogènes plutôt que cancérogènes

Si l'alcool peut avoir des effets néfastes à long terme sur la santé des consommateurs, il se trouve aussi associé à des conséquences plus immédiates en cas d'ivresse, en particulier les violences interpersonnelles et les accidents de la route. Le questionnaire comportait deux assertions visant à examiner dans quelle mesure les enquêtés avaient tendance à mettre en retrait le problème sanitaire posé par l'alcool, en

TABLEAU III

## Facteurs associés à la relativisation des effets de l'alcool sur la santé (en pourcentage)

	« Boire des sodas ou manger des hamburgers est aussi mauvais pour la santé que de boire de l'alcool »	« Aujourd'hui, la pollution provoque plus de cancers que l'alcool »
<b>Sexe</b>		
Hommes (n=1559)	67,1	55,4
Femmes (n=2 261)	70,1	53,0
<b>Âge</b>		
16-19 ans (n=299)	60,0	46,7
20-25 ans (n=330)	58,9	43,0
26-34 ans (n=656)	66,4	46,4
35-44 ans (n=782)	70,2	52,3
45-54 ans (n=572)	73,9	58,4
55-64 ans (n=555)	75,7	58,3
65-75 ans (n=411)	74,0	66,4
Plus de 75 ans (n=215)	60,6***	64,5***
<b>Diplôme</b>		
Aucun diplôme, CEP, BEPC (n=1107)	67,3	62,5
BEP/CAP (n=875)	70,2	59,4
Baccalauréat (n=644)	69,7	50,6
1 <sup>er</sup> -2 <sup>e</sup> cycle universitaire (n=823)	69,3	47,0
3 <sup>e</sup> cycle universitaire (n=335)	66,0	38,2**
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>		
Agriculteurs exploitants (n=127)	66,4	62,9
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise (n=203)	74,7	53,1
Cadres, prof. intellectuelles supérieures (n=560)	68,5	43,4
Professions intermédiaires (n=779)	71,8	52,0
Employés (n=1 046)	70,6	57,5
Ouvriers (n=600)	65,8	64,5
Inactifs (n=502)	61,5	48,8**
<b>Effets de l'alcool sur la santé</b>		
Se sent bien informé (n=3 303)	69,1	53,9
Ne se sent pas bien informé (n=517)	65,9	55,9
<b>« Boire trois verres chaque jour... »</b>		
...favorise l'apparition d'un cancer » (n=3 104)	69,0	53,1
...ne favorise pas l'apparition d'un cancer » (n=716)	67,1	58,8
<b>Consommation d'alcool</b>		
Ne boit pas quotidiennement (n=3 286)	68,0	52,6
Boit tous les jours, moins de trois verres (n=394)	71,1	65,1
Boit tous les jours, au moins trois-quatre verres (n=140)	76,1	56,4

\*\* : p<0,01; \*\*\* : p<0,001 (après modélisation pour contrôler les effets de structure).

mettant en exergue l'ivresse, les violences et les accidents de la route, plutôt que les effets sur la santé à long terme :

■ « Boire de l'alcool est mauvais pour la santé seulement lorsque l'on est ivre » : 15,6 % des

enquêtés se disent « tout à fait » d'accord avec cette affirmation, 8,6 % « plutôt » d'accord, 16,7 % ne sont « plutôt pas » d'accord, 58,0 % « pas du tout » d'accord et, enfin, 1,1 % ne se prononce pas. Cette asser-

tion recueille donc un quart des suffrages (24,2 %).

■ « *Le principal risque avec l'alcool, ce sont les accidents de la route et la violence* » : 58,5 % des personnes interrogées se déclarent « *tout à fait* » d'accord, 26,8 % « *plutôt* » d'accord, tandis que 8,1 % se disent « *plutôt pas* » d'accord et 6,0 % « *pas du tout* » d'accord, 0,6 % ne se prononçant pas. Globalement, cette assertion est soutenue par 85,3 % des enquêtés.

Comme précédemment, ces deux opinions s'avèrent statistiquement liées. La première est évidemment très discutable et pourrait sans doute être considérée comme une « fausse croyance », tandis que la seconde apparaît tout à fait fondée, surtout si les individus sont davantage sensibles aux risques que l'alcool fait courir à autrui et non au seul consommateur.

Considérer que l'alcool n'est mauvais pour la santé qu'en cas d'ivresse est une opinion plus répandue au-delà de 54 ans (avec chez les plus de 75 ans près d'un individu sur deux qui se déclare d'accord) [tableau IV]. Cette opinion s'avère aussi quatre fois plus fréquente d'un extrême à l'autre de l'échelle des diplômés (de 39,8 % parmi les moins diplômés à 10,6 % parmi les plus diplômés) ; elle est plus souvent exprimée par les agriculteurs, les artisans, commerçants et chefs d'entreprise. En outre, les individus qui adhèrent à cette opinion se sentent aussi souvent que les autres bien informés sur les effets de l'alcool sur la santé, mais ils jugent plus rarement que boire trois verres d'alcool par jour favorise l'apparition d'un cancer.

Quant à considérer que les accidents de la route et la violence sont les principaux risques associés à l'alcool, cette opinion majoritaire est un peu plus fréquente parmi les femmes, plus importante aux deux extrêmes des âges de la vie (pour les 16-19 ans mais surtout pour les plus de 75 ans) et parmi les moins diplômés et les artisans, commerçants et chefs d'entreprise. Cette opinion est aussi

un peu plus souvent exprimée par ceux qui se jugent bien informés des effets de l'alcool sur la santé et par ceux qui estiment que boire trois verres d'alcool par jour n'expose pas à un risque de cancer. En revanche, les enquêtés qui déclarent une telle « consommation à risque » pour eux-mêmes sont moins enclins à adhérer à cette opinion.

### ...les enquêtés différencient les effets sur la santé des divers types d'alcools

Les opinions présentées jusqu'ici traitaient de l'alcool en général, or les différents types de boissons alcoolisées ne sont pas associés aux mêmes représentations sociales. Deux affirmations proposées aux enquêtés permettent d'illustrer cette différenciation des alcools et de leurs effets sur la santé :

■ « *Boire un peu de vin est meilleur pour la santé que ne pas en boire du tout* » : 28,0 % des enquêtés se disent « *tout à fait* » d'accord avec cette assertion, 31,0 % sont « *plutôt* » d'accord, 18,7 % « *plutôt pas* » d'accord, 20,1 % « *pas du tout* » d'accord et 2,2 % ne se prononcent pas ; 59,0 % des enquêtés approuvent donc cette affirmation.

■ « *Ce sont surtout les alcools forts qui sont mauvais pour la santé* » : 32,2 % des enquêtés répondent « *tout à fait* » d'accord, 19,3 % « *plutôt* » d'accord, 19,3 % « *plutôt pas* » d'accord, 27,5 % « *pas du tout* » d'accord et 1,6 % ne se prononce pas. Globalement, cette proposition est donc défendue par une personne sur deux (51,5 %).

Ces deux opinions sont corrélées positivement. Au total, 75,1 % des personnes interrogées adhèrent à l'une ou l'autre de ces opinions, et 35,5 % se disent d'accord avec les deux simultanément. Encore une fois, il n'est pas question ici de considérer qu'il s'agit d'opinions « fausses » : une abondante littérature scientifique, dont les médias se font l'écho, met en avant les bénéfices pour la santé d'une consommation modérée de

TABLEAU IV

**Facteurs associés aux opinions qui déplacent le problème de l'alcool vers l'ivresse, les violences et les accidents de la route (en pourcentage)**

	« Boire de l'alcool est mauvais pour la santé seulement lorsque l'on est ivre »	« Le principal risque avec l'alcool, ce sont les accidents de la route et la violence »
<b>Sexe</b>		
Hommes (n=1559)	23,4	83,5
Femmes (n=2261)	25,0	87,0*
<b>Âge</b>		
16-19 ans (n=299)	22,7	89,3
20-25 ans (n=330)	12,6	80,9
26-34 ans (n=656)	15,4	79,2
35-44 ans (n=782)	18,9	82,7
45-54 ans (n=572)	22,6	84,0
55-64 ans (n=555)	30,9	90,1
65-75 ans (n=411)	38,6	92,1
Plus de 75 ans (n=215)	47,3***	94,2***
<b>Diplôme</b>		
Aucun diplôme, CEP, BEPC (n=1107)	39,8	91,1
BEP/CAP (n=875)	26,1	89,5
Baccalauréat (n=644)	18,1	81,9
1 <sup>er</sup> -2 <sup>e</sup> cycle universitaire (n=823)	12,4	79,0
3 <sup>e</sup> cycle universitaire (n=335)	10,6***	76,9***
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>		
Agriculteurs exploitants (n=127)	42,3	84,0
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise (n=203)	36,2	94,2
Cadres, prof. intellectuelles supérieures (n=560)	15,4	77,8
Professions intermédiaires (n=779)	16,5	84,0
Employés (n=1046)	26,5	88,4
Ouvriers (n=600)	31,5	88,5
Inactifs (=502)	23,1**	82,8***
<b>Effets de l'alcool sur la santé</b>		
Se sent bien informé (n=3303)	24,5	85,8
Ne se sent pas bien informé (n=517)	22,3	82,0*
<b>« Boire trois verres chaque jour... »</b>		
...favorise l'apparition d'un cancer » (n=3104)	22,1	84,7
...ne favorise pas l'apparition d'un cancer » (n=716)	33,6***	88,0
<b>Consommation d'alcool</b>		
Ne boit pas quotidiennement (n=3286)	22,6	85,5
Boit tous les jours, moins de trois verres (n=394)	35,9	87,6
Boit tous les jours, au moins trois-quatre verres (n=140)	24,8	75,2***

\* : p<0,05; \*\* : p<0,01; \*\*\* : p<0,001 (après modélisation pour contrôler les effets de structure).

vin, et les alcools forts ont sans doute une moins bonne réputation que le vin (et la bière dans une moindre mesure).

Considérer que boire un peu de vin est meilleur pour la santé que ne pas en boire

du tout est une croyance plus masculine qui, dans notre échantillon, s'avère minoritaire avant 45 ans puis ensuite largement majoritaire (et partagée par 82,3 % des plus de 75 ans), également plus fréquente parmi

les agriculteurs, les artisans, commerçants et chefs d'entreprise [tableau V]. Cette croyance est aussi plus souvent partagée par ceux qui jugent que boire plus de trois verres d'alcool par jour ne favorise pas l'apparition d'un cancer. Enfin, plus les personnes interrogées consomment de l'alcool, plus elles sont enclines à souligner les bienfaits du vin pour la santé : c'est particulièrement vrai pour les usagers quotidiens de vin (88,0 %), mais aussi pour les consommateurs hebdomadaires de bière.

Les plus enclins à penser que ce sont surtout les alcools forts qui affectent la santé sont les enquêtés les plus âgés (c'est le cas de 78,0 % des plus de 75 ans), les moins diplômés (64,0 % parmi ceux qui n'ont aucun diplôme, un CEP ou un BEP) et les agriculteurs (67,5 %). Cette opinion ne varie pas selon le niveau d'information perçu sur les effets de l'alcool sur la santé, ni selon la perception du risque de cancer ou selon la consommation d'alcool.

TABLEAU V

#### Facteurs associés aux opinions qui différencient les effets sur la santé des différents types d'alcool (en pourcentage)

	« Boire un peu de vin est meilleur pour la santé que ne pas en boire du tout »	« Ce sont surtout les alcools forts qui sont mauvais pour la santé »
<b>Sexe</b>		
Hommes (n=1559)	63,5	52,3
Femmes (=2261)	54,8**	50,8
<b>Âge</b>		
16-19 ans (n=299)	46,1	43,4
20-25 ans (n=330)	46,8	39,5
26-34 ans (n=656)	48,1	39,9
35-44 ans (n=782)	49,5	41,4
45-54 ans (n=572)	65,0	52,1
55-64 ans (n=555)	69,5	62,7
65-75 ans (n=411)	76,1	73,1
Plus de 75 ans (n=215)	82,3***	78,0***
<b>Diplôme</b>		
Aucun diplôme, CEP, BEPC (n=1107)	66,0	64,0
BEP/CAP (n=875)	59,7	55,3
Baccalauréat (n=644)	55,3	46,8
1 <sup>er</sup> -2 <sup>e</sup> cycle universitaire (n=823)	52,8	37,8
3 <sup>e</sup> cycle universitaire (n=335)	56,9	43,0***
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>		
Agriculteurs exploitants (n=127)	82,0	67,5
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise (n=203)	69,0	62,4
Cadres, prof. intellectuelles supérieures (n=560)	58,4	45,2
Professions intermédiaires (n=779)	57,0	45,4
Employés (n=1046)	59,9	53,8
Ouvriers (n=600)	62,6	61,1
Inactifs (n=502)	46,9*	43,2**
<b>Effets de l'alcool sur la santé</b>		
Se sent bien informé (n=3303)	59,8	51,8
Ne se sent pas bien informé (n=517)	54,5	49,8

## « Boire trois verres chaque jour...

...favorise l'apparition d'un cancer » (n=3104)	56,9	50,5
...ne favorise pas l'apparition d'un cancer » (n=716)	68,2*	56,1
<b>Consommation d'alcool</b>		
Ne boit pas quotidiennement (n=3 286)	54,3	48,8
Boit tous les jours, moins de trois verres (n=394)	86,1	67,6
Boit tous les jours, au moins trois-quatre verres (n=140)	83,3	63,6
<b>Consommation de vin</b>		
Tous les jours (n=479)	88,0	67,5
Moins souvent (n=3 341)	54,4***	49,0
<b>Consommation de bière</b>		
Au moins une fois par semaine (n=649)	67,7	49,3
Moins souvent (n=3171)	57,1**	52,0
<b>Consommation d'alcools forts</b>		
Au moins une fois par semaine (n=566)	69,7	55,5
Moins souvent (n=3 254)	57,1	50,8

\* : p<0,05; \*\* : p<0,01; \*\*\* : p<0,001 (après modélisation pour contrôler les effets de structure).

## DISCUSSION

### Une baisse de la consommation déclarée à interpréter avec prudence

Le recul général de la consommation d'alcool observé entre 2000 et 2005 s'inscrit dans le contexte d'une baisse tendancielle des usages d'alcool depuis plusieurs décennies [1, 2, 4-6].

Ce recul est en partie la conséquence des efforts préventifs déployés ces dernières années, mais il renvoie aussi à des transformations profondes et de long terme du rapport à l'alcool, et en particulier au vin, perçu de moins en moins souvent comme un aliment. On notera d'ailleurs que le recul des usages hebdomadaires est moins net pour les jeunes (en particulier pour les 16-25 ans dans le cas des alcools forts), qui sont pourtant les cibles privilégiées des campagnes de prévention. Sur ce point, il ne faut pas oublier que les jeunes font aussi l'objet d'un marketing intensif, avec la commercialisation de nouveaux produits (bières de plus en plus fortes, alcools forts aromatisés, premix, etc.).

Par ailleurs, certains usages pourraient s'avérer sous-déclarés, en particulier la consommation quotidienne de plus de trois verres d'alcool, soit parce que les enquêtés peinent à reconnaître un usage de plus en plus stigmatisé, soit parce que cette consommation est plus difficile à évaluer, par exemple parce qu'elle accompagne les repas.

Enfin, il est possible que le recul de la consommation d'alcool ne soit pas uniforme sur tout le territoire français, étant donné que de précédentes enquêtes ont mis en évidence des disparités régionales importantes, à l'adolescence comme à l'âge adulte [7, 8]. Toutefois, la taille de l'échantillon étudié ici ne permettait pas d'explorer cette dimension géographique.

### Cycle de vie et génération

Comme dans toute enquête transversale, nos résultats ne permettent pas de dissocier les effets de l'âge ou plutôt de la position dans le cycle de vie, et les effets de la généra-

tion (à moins de disposer d'effectifs suffisamment importants pour comparer par exemple les enquêtés âgés de 20 ans interrogés en 2000 à ceux qui ont le même âge en 2005 — pour l'effet génération —, ainsi qu'à ceux qui ont 25 ans en 2005 — pour l'effet âge). Par exemple, on sait qu'à l'adolescence commence une alcoolisation proprement juvénile, qui se poursuit durant la vie estudiantine, et qui est caractérisée par la recherche de l'ivresse : hier comme aujourd'hui, avec certes quelques inflexions notables, ce mode de consommation est propre à une étape du cycle de vie [9, 10]. Au contraire, si dans notre enquête les plus âgés consomment plus souvent du vin quotidiennement, c'est sans doute moins un effet du cycle de vie qu'un effet de génération : ces personnes sont nées et ont grandi à une époque durant laquelle le vin faisait partie de l'alimentation quotidienne, et ils ont conservé des habitudes de consommation qui ne sont sans doute plus celles des nouvelles générations.

De même, pour certaines opinions, nos résultats montrent des similitudes parfois surprenantes entre les plus jeunes et les plus âgés : perception plus faible des risques de cancer associés à la consommation d'alcool, tendance à penser que l'alcool ne provoque le cancer que si l'on boit beaucoup et pendant longtemps, ou que l'alcool n'est mauvais pour la santé qu'en cas d'ivresse. On peut imaginer que les plus âgés « résistent » d'autant plus facilement au message préventif qu'ils appartiennent à une génération éduquée dans un certain rapport à l'alcool, tandis que les plus jeunes sont moins sensibles au message préventif parce qu'ils ont un mode de vie et des préoccupations spécifiques qui les rendent peu sensibles aux effets néfastes de l'alcool sur la santé à long terme, et plus sensibles à d'autres effets (par exemple, une mauvaise haleine ou un risque de surpoids [11]).

## Le déni du risque alcoolique

Les personnes interrogées estiment pour la plupart que boire plus de trois verres d'alcool par jour favorise l'apparition d'un cancer. Toutefois, notre enquête montre aussi que les enquêtés sont nombreux à adhérer à des opinions qui ne sont pas forcément « fausses », mais qui peuvent toutes, à un degré ou à un autre, nourrir un déni du risque associé à l'alcool, en le minimisant, en le relativisant, en mettant l'accent sur les effets criminogènes de l'alcool, ou encore en différenciant les types d'alcools selon leurs effets, par exemple en valorisant le vin et en dépréciant les alcools forts.

Cette interprétation en termes de déni du risque est renforcée par le fait que ces opinions sont liées. En effet, si l'on construit la matrice des corrélations entre les différents indicateurs qui mesurent ces huit opinions (de 1 pour « pas du tout » d'accord à 4 pour « tout à fait » d'accord), on s'aperçoit que toutes ces opinions sont corrélées positivement deux à deux : autrement dit, une personne qui partage l'une de ces opinions a plus de chances d'adhérer également aux autres. Au total, huit enquêtés sur dix partagent au moins trois de ces opinions, la moitié en partage au moins cinq, et un tiers des personnes interrogées se dit simultanément d'accord avec au moins six de ces assertions.

Par ailleurs, ces opinions émanent de personnes qui ne se sentent pas moins bien informées que les autres sur les effets de l'alcool sur la santé et, de façon générale, elles sont associées à une moindre perception du risque de cancer associé à l'alcool ; enfin, elles sont plus fréquentes parmi les consommateurs quotidiens d'alcool.

## Déni du risque et campagnes médiatiques

Certaines de ces opinions, même minoritaires, prennent clairement le contre-



piéd des messages préventifs diffusés ces dernières années : cantonner le risque alcoolique à l'ivresse (alors que l'un des slogans des campagnes de prévention menées en 2004 était : « *L'alcool, pas besoin d'être ivre pour en mourir* »), ou incriminer les seuls alcools forts (tandis que les campagnes de prévention tentent de promouvoir l'idée d'une équivalence entre les différents types d'alcools, en particulier du point de vue des quantités consommées à l'unité : « *Il y a la même quantité d'alcool dans un demi de bière, une coupe de champagne, un ballon de vin, un verre de pastis...* »).

Toutefois, paradoxalement, d'autres opinions étudiées ici sont susceptibles d'être nourries par les campagnes de prévention elles-mêmes ou par d'autres interventions médiatiques qui visent à promouvoir la santé publique. C'est tout spécialement le cas des opinions qui relativisent le risque ou le déplacent sur le versant criminogène : les actions visant à améliorer la nutrition des Français, à lutter contre la « malbouffe » mettent l'accent sur les effets néfastes pour la santé d'une mauvaise alimentation, trop grasse et trop sucrée, souvent symbolisée par le couple hamburger/soda et s'opposant à une cuisine traditionnelle où le vin trouve naturellement sa place ; la question des cancers liés à la pollution connaît une médiatisation croissante, parfois appuyée par la communauté scientifique, comme l'illustre l'Appel de Paris lancé en 2004 à l'issue du colloque « cancer, environnement et société », organisé par l'Artac et de nombreuses ONG<sup>1</sup>. Enfin, de nombreuses campagnes de prévention ciblent les effets néfastes de l'ivresse alcoolique, dans le domaine de la sécurité routière mais pas uniquement : affiches « *Tu t'es vu quand t'as bu ?* » ou encore « *L'abus d'alcool rend violent et agressif* ».

Enfin, il faut également mentionner la médiatisation des effets bénéfiques du vin sur la santé, médiatisation assurée par

les producteurs vinicoles et les organisations qui défendent leurs intérêts, mais aussi relayée par les milieux médicaux. Par exemple, sur le site « Vin & Santé »<sup>2</sup>, figurent des références à des études indiquant qu'une consommation quotidienne modérée de vin pourrait prévenir certains cancers et notamment le cancer de l'estomac, ou encore des déclarations de médecins qui estiment que « *deux à trois verres de vin par jour réduisent de plus de 30 % la mortalité toutes causes de maladie confondues* », sans oublier une citation de Louis Pasteur lui-même : « *le vin est la plus saine et la plus hygiénique des boissons* ». Ces déclarations trouvent un certain écho dans l'opinion puisque, lors d'une enquête réalisée en 2000, 44 % des Français interrogés jugeaient qu'une consommation modérée de vin protège de certaines maladies, en particulier les maladies cardio-vasculaires [12]. Précisons encore une fois que ces opinions ne sont pas « fausses » même si, en l'occurrence, dans cette enquête, les Français avaient une définition de la « consommation modérée » supérieure aux seuils retenus dans les campagnes de prévention (3,7 verres par jour selon les hommes, 2,9 verres par jour selon les femmes, contre respectivement 3 verres et 2 verres dans les campagnes). Même s'ils sont scientifiquement avérés, communiquer sur ces effets bénéfiques de la consommation de vin pourrait contribuer à nourrir un déni du risque alcoolique.

## Conclusion

L'usage d'alcool semble reculer aujourd'hui, tout à la fois grâce à des mutations du mode de vie et de l'alimentation, grâce aux campagnes de prévention et en dépit des efforts des alcooliers pour rendre leurs

1. <http://www.artac.info/>.

2. <http://www.vinetsante.com/>.

produits plus attractifs, en particulier parmi les plus jeunes.

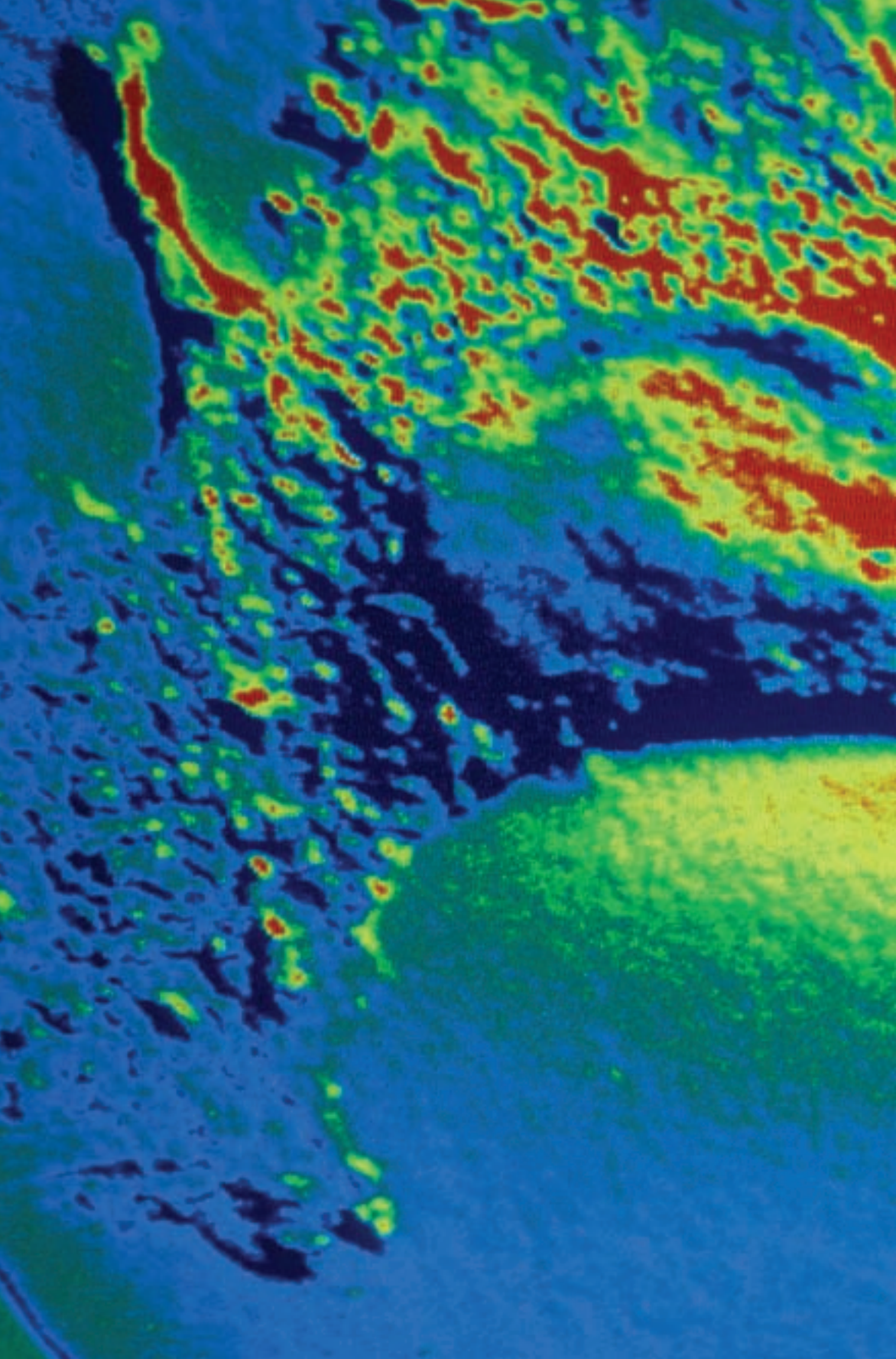
Si les enquêtés estiment pour la plupart que l'alcool peut avoir des effets cancérigènes, ils sont aussi très nombreux à partager des opinions qui sont susceptibles de nourrir un déni du risque alcoolique, sachant que ces opinions sont sans doute d'autant plus convaincantes qu'elles ne sont pas « fausses » et sont défendues dans les médias, par le corps médical, voire indirectement par les campagnes de prévention elles-mêmes.

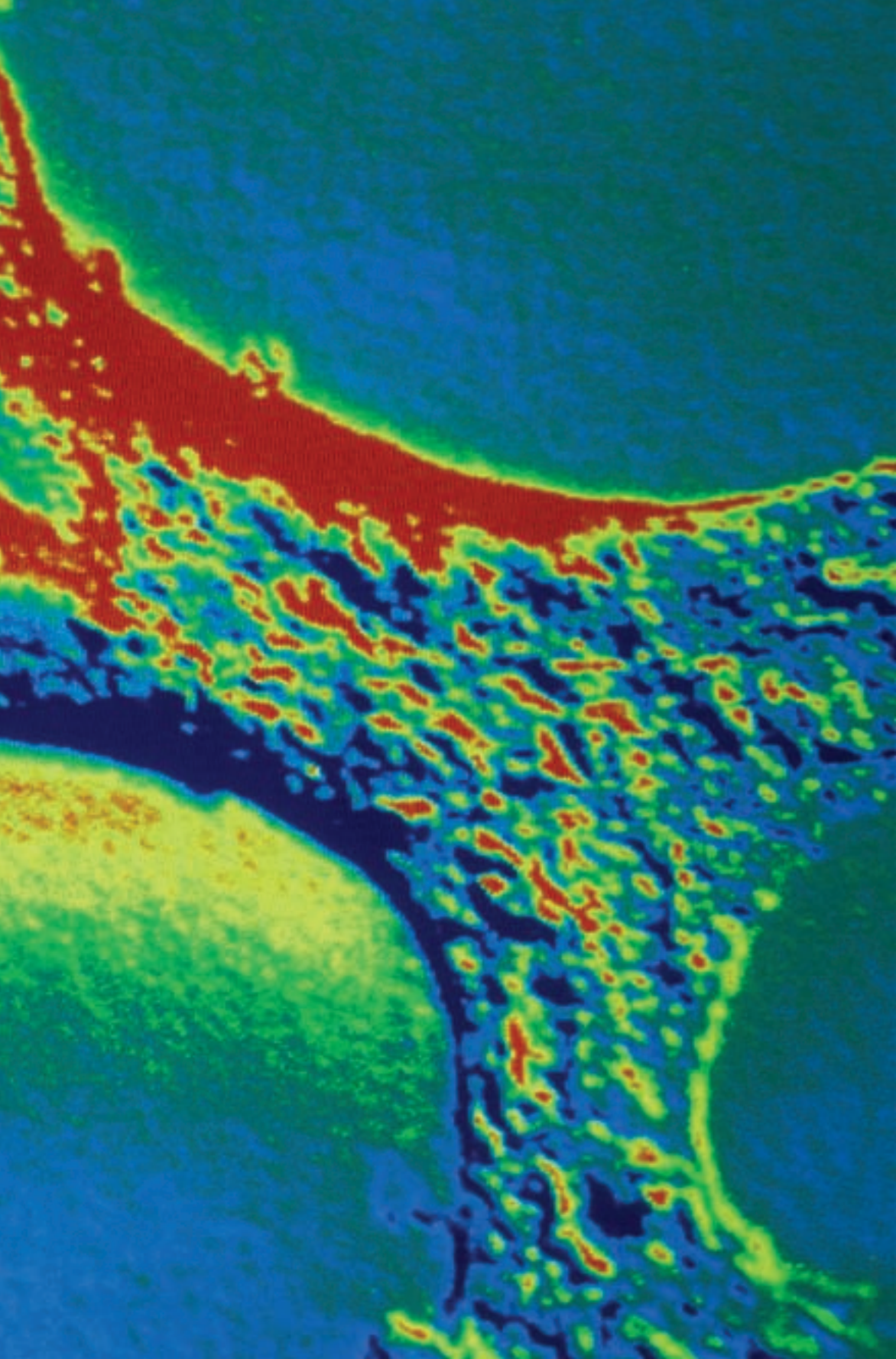
Ce résultat conduit à mettre l'accent sur la nécessité de s'interroger sur les principes de

l'éducation pour la santé, dans un contexte marqué par la multiplication des risques et des facteurs de risque à prévenir et à prendre en charge. Par exemple, lorsque l'on informe simultanément le public sur plusieurs facteurs associés à une même pathologie (comme l'alcool et la pollution pour le cancer), ou sur plusieurs risques associés à une même conduite (violence, accidents, cancer pour l'alcool), il faut se garder de susciter des effets d'éviction ou de contamination entre messages, qui contribueraient à brouiller ou à décrédibiliser le message préventif.

## Bibliographie

- [1] Legleye S., Ménard C., Baudier F., Le Nezet O.  
**Alcool.**  
In : *Baromètre santé 2000. Résultats (vol. 2)*.  
Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 2001 : 123-59.
- [2] Legleye S., Rosilio T., Nahon S.  
**Alcoolisation, un phénomène complexe.**  
In : *Baromètre santé 2005. Premiers résultats*.  
Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2006 : 39-47.
- [3] **Alcool, effets sur la santé. Expertise collective.**  
Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2001.  
En ligne : <http://ist.inserm.fr/basisrapports/alcool.html>  
[Dernière visite le 28/08/06]
- [4] Baudier F., Dressen C., Alias F. (sous la dir.).  
**Baromètre santé 92.**  
Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 1994.
- [5] Baudier F., Dressen C., Grizeau D., Janvrin M.-P.,  
Warszawski J.  
**Baromètre santé 93/94.**  
Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 1995.
- [6] Baudier F., Arènes J. (sous la dir.).  
**Baromètre santé adulte 95/96.**  
Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 1997.
- [7] Legleye S.  
**Géographie des consommations d'alcool en France.**  
*Revue d'épidémiologie et de santé publique* 2002 ; 50(6) : 547-99.
- [8] Beck F., Legleye S., Spilka S.  
**Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français. Exploitation régionale de l'enquête Escapad 2002/2003.**  
Saint-Denis : OFDT, 2005.  
En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxtbl6.pdf>  
[Dernière visite le 28/08/06]
- [9] Parker H., Alridge J., Measham F.  
**Illegal Leisure: the normalization of adolescent recreational drug use.**  
Londres : Routledge, 1998.
- [10] Beck F., Legleye S., Guilbert P., Peretti-Watel P.  
**Les usages de produits psychoactifs des étudiants.**  
*Psychotropes, revue internationale des toxicomanies* 2005 ; 11(3-4) : 31-51.
- [11] Benthin A., Slovic P., Moran P., Severson H., Mertz C.K.,  
Gerrard M.  
**Adolescent health-threatening and health-enhancing behaviours: a study of word association and imagery.**  
*Journal of Adolescent Health* 1995 ; 17(3) : 143-52.
- [12] Enquête Onivins Inra 2000.  
**La consommation modérée de vin et ses effets sur les maladies : les Français ont-ils un avis sur la question ?**  
*Onivins Infos* 2001 ; (84).





# L'essentiel

## Quatre Français sur dix savent qu'il faut se méfier du soleil entre 12 et 16 heures

Près de neuf personnes interrogées sur dix jugent que la tranche 13-14 heures est dangereuse, huit sur dix désignent les heures adjacentes (12-13 heures, 14-15 heures) et six sur dix estiment que l'exposition au soleil est dangereuse entre 15 et 16 heures. Au total, seuls 45,8 % citent simultanément les quatre heures de cette plage horaire. Les hommes, les moins de 25 ans et les moins diplômés citent moins souvent ces quatre heures.

## Les dangers de l'exposition au soleil en mai et juin sont peu connus

Au total, 87,6 % des enquêtés pensent que les rayonnements solaires sont particulièrement forts en juillet, 80,3 % en août, mais seulement 39,5 % en juin et 5,5 % en mai. Les hommes et les âges intermédiaires sont mieux informés à ce sujet. En outre, la proportion de personnes qui citent le mois de mai ou le mois de juin augmente de manière continue avec le niveau de diplôme.

## Plus des deux tiers des Français examinent leur peau à la recherche d'anomalies

Parmi les personnes interrogées, 68,5 % déclarent examiner leur peau à la recherche d'anomalies, régulièrement ou de temps en temps, 19,8 % disent ne jamais pratiquer cet examen et ne pas savoir que celui-ci peut permettre de dépister un cancer et,

enfin, 11,7 % ne pratiquent jamais cet examen tout en déclarant connaître son utilité en termes de dépistage.

## Le recours systématique à un moyen de protection est toujours minoritaire

Pour se protéger lors d'une journée d'été ensoleillée, 41,6 % des enquêtés déclarent porter systématiquement des lunettes de soleil; 31,2 % disent éviter systématiquement de s'exposer durant les heures les plus ensoleillées; 21,2 % restent systématiquement à l'ombre d'un parasol; 22,9 % portent systématiquement un chapeau ou une casquette; enfin, seuls 13,5 % déclarent mettre systématiquement de la crème solaire toutes les heures.

## Le bronzage artificiel et les crèmes solaires, faux amis de la protection solaire

Une personne sur quatre (25,2 %) estime que faire des UV (du bronzage artificiel) avant les vacances protège des coups de soleil; tandis que près de la moitié des enquêtés (47,9 %) juge qu'une crème solaire permet de s'exposer au soleil plus longtemps. La croyance aux vertus protectrices du bronzage artificiel est plus fréquente aux âges intermédiaires, parmi les professions intermédiaires et parmi les employés. L'idée qu'une crème solaire permettrait de s'exposer plus longtemps est plus souvent partagée par les hommes, par les plus jeunes et surtout par les plus âgés, ainsi que par les moins diplômés.

## Les croyances erronées relatives aux coups de soleil persistent

Au total, 79,5 % des enquêtés savent que le soleil peut provoquer un vieillissement prématuré de la peau. Mais ils sont aussi 34,7 % à croire que les coups de soleil de l'enfance bien soignés sont sans conséquence à l'âge adulte, et 25,0 % à penser que les coups de soleil préparent la peau en la rendant moins vulnérable au soleil. Les femmes, les 35-54 ans, les plus diplômés, les cadres supérieurs et les professions intermédiaires sont les plus enclins à juger que le soleil fait vieillir prématurément la peau, et aussi les moins enclins à sous-estimer les conséquences des coups de soleil de l'enfance ou à prêter des vertus protectrices aux coups de soleil.

## Toutefois, le risque cancérigène associé au soleil est connu par tous ou presque

Le risque cancérigène associé à une exposition non protégée au soleil est reconnu par 96,2 % des personnes interrogées. Ce risque est plus souvent jugé certain par les femmes et les âges intermédiaires. En outre, les personnes qui jugent que les coups de soleil de l'enfance bien soignés sont sans conséquence, ou que les coups de soleil rendent moins vulnérable au soleil, sont moins enclines à estimer qu'une exposition non protégée au soleil peut certainement favoriser l'apparition d'un cancer.

# Soleil et cancer

## Comportements, opinions, perceptions des risques

PATRICK PERETTI-WATEL

### INTRODUCTION

#### Le soleil fait un nombre croissant de victimes

Une exposition excessive aux rayons ultraviolets du soleil peut provoquer des coups de soleil, des réactions allergiques ou des problèmes de vue (atteintes graves de la rétine), mais, à plus long terme, elle peut aussi se trouver à l'origine d'un vieillissement accéléré de la peau et du cristallin (cataracte), et entraîner l'apparition de cancers cutanés tels que les mélanomes (lesquels ressemblent à des grains de beauté anormaux et peuvent être localisés sur n'importe quelle partie du corps).

Les cancers de la peau les plus graves ont doublé en dix ans. Le mélanome est l'une des tumeurs dont l'incidence a le plus augmenté en France durant ces dernières années. En 2000, on comptait ainsi plus de 7 000 nouveaux cas de mélanomes, et près de 1 400 décès consécutifs à ce cancer [1].

Relativement aux autres pays européens, la France présente des taux d'incidence du mélanome intermédiaires, entre les taux très élevés rencontrés dans les pays scandinaves et les taux plus faibles enregistrés en Europe du Sud : ces variations traduisent l'importance du phototype dans la survenue de ce cancer, qui touche davantage les peaux claires. Par ailleurs, il faut noter l'incidence des autres cancers de la peau, moins graves en termes de mortalité, mais qui sont tout de même responsables de séquelles fonctionnelles ou esthétiques importantes : plus de 50 000 nouveaux cas en 2000.

#### Sens commun et usages sociaux, des obstacles potentiels à la prévention

La prévention des cancers liés à une surexposition au soleil pose sans doute des difficultés spécifiques. En effet, le soleil est associé à

une charge symbolique très positive, de sorte qu'il est difficile de brouiller cette image pour souligner les effets néfastes d'un excès de soleil. Celui-ci est depuis toujours synonyme de vie, d'énergie, de joie, d'espoir, de beauté (on dit «beau comme un soleil», ou encore «tu es mon rayon de soleil»...). De même, on dit souvent des gens un peu palots qu'ils ont l'air en mauvaise santé et, inversement, avoir un teint hâlé c'est «avoir bonne mine». Il faut d'ailleurs reconnaître que le soleil apporte des bienfaits avérés (pour la synthèse de la vitamine D, par exemple, mais aussi pour l'humeur : il existe un syndrome de dépression par privation solaire).

De nombreuses enquêtes attestent de cette valorisation de l'exposition au soleil et du bronzage. Ainsi, une enquête française montre que les mères exposent fréquemment leurs enfants au soleil parce qu'elles pensent que «c'est bon pour la santé», que les enfants aiment être au soleil et qu'ils sont plus beaux un peu bronzés [2]. Dans la même enquête, les adolescents justifient leur exposition au soleil par leur volonté de bronzer et ce, pour des considérations esthétiques. D'autres travaux montrent qu'à l'adolescence, les filles se sentent plus belles si elles sont plus bronzées, tandis qu'un teint hâlé rend les garçons plus sûrs d'eux, cette valorisation du bronzage étant partagée par les adultes [3, 4]. Par ailleurs, en population adulte, en 1993, un Anglais sur cinq jugeait que les adultes qui ont la peau claire devaient bronzer pour améliorer leur apparence physique [5].

En outre, ces surexpositions au soleil sont plus susceptibles de survenir au moment des vacances estivales, en particulier sur les plages : le soleil symbolise aussi les vacances, le *farniente*, bref un état d'esprit caractérisé par un certain relâchement et la mise au placard des soucis du quotidien. Un tel contexte est sans doute très peu propice aux inquiétudes préventives, surtout si les moyens envisagés contrarient les

codes vestimentaires de rigueur : il est, par exemple, difficilement concevable pour les adolescents maltais, de porter un tee-shirt à la plage pour se protéger du soleil [3].

### Campagnes de prévention et « fausses croyances »

Les comportements à risque pour les cancers cutanés — surexposition au soleil, mais aussi aux rayons ultraviolets artificiels, et plus spécifiquement coups de soleil durant l'enfance — sont connus depuis longtemps, et des campagnes d'information ont déjà été menées en France, notamment en 1996. Cette campagne impulsée au niveau européen faisait suite à une enquête réalisée en 1994, qui montrait que si 93 % des Français estimaient connaître les dangers du soleil, ils étaient aussi nombreux à entretenir à ce sujet des croyances erronées (par exemple, 45 % des enquêtés pensaient que l'on attrape moins facilement un coup de soleil si l'on joue sur la plage au lieu de rester allongé sur le sable) [6].

Une enquête réalisée dix ans plus tard, en 2004, montre quant à elle que si le niveau de connaissance global est assez satisfaisant, un certain nombre de croyances erronées persistent au sein de la population française : près d'une personne sur deux pense que les coups de soleil de l'enfance sont sans gravité s'ils sont bien soignés, près d'une sur quatre estime que ces coups de soleil préparent la peau en la rendant moins vulnérable, une personne sur quatre également pense que le bronzage artificiel prépare la peau et la protège, sachant qu'en outre les Français n'ont pas une connaissance parfaite des périodes durant lesquelles les rayons solaires sont les plus nocifs [7].

C'est dans ce contexte qu'a été lancée une nouvelle campagne en 2004. Celle-ci met l'accent sur la plus grande vulnérabilité des nourrissons et des enfants, elle recommande d'éviter les heures les plus dangereuses, de

porter un chapeau ou une casquette, ainsi que des lunettes de soleil adaptées, mais aussi de garder si possible un tee-shirt ou une chemise. Le dépliant préventif réalisé à cette occasion bat également en brèche quelques « fausses croyances » relatives au bronzage artificiel, aux autobronzants, aux mois les plus dangereux, ou encore à la confusion entre coup de soleil et sensation de chaleur.

Dans le présent chapitre, on détaillera d'abord les connaissances des Français sur les heures et les mois dangereux pour l'exposition au soleil, puis leurs pratiques préventives (moyens de protection utilisés contre le soleil et dépistage par examen de sa propre peau), leurs croyances relatives au soleil et aux coups de soleil, ainsi que leur perception des effets cancérogènes d'une exposition non protégée.

## RÉSULTATS

### Heures dangereuses : quatre Français sur dix indiquent la bonne plage horaire

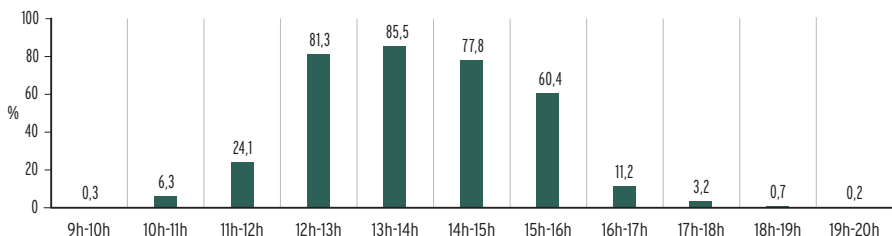
Une première question portait sur les heures dangereuses en été, en France, durant lesquelles il vaut mieux ne pas s'exposer au soleil (les personnes interrogées pouvaient citer autant d'heures qu'elles le souhaitent). Près de neuf personnes sur dix jugent que la tranche 13-14 heures est dangereuse, et huit sur dix désignent les heures adjacentes (12-13 heures, 14-15 heures) [figure 1]. L'exposition au soleil entre 15 et 16 heures est jugée dangereuse par 60,4 % des personnes interrogées ; 24,1 % citent également la fin de matinée (11-12 heures), et 11,2 % la fin d'après-midi (16-17 heures).

Les campagnes préventives menées ces dernières années par l'INPES précisent qu'il est préférable d'éviter de s'exposer au soleil aux heures où celui-ci est le plus fort, en l'occurrence entre 12 et 16 heures. Cette tranche correspond effectivement aux heures les plus souvent citées comme dangereuses par les enquêtés. Toutefois, seuls 45,8 % d'entre eux citent simultanément les quatre heures de cette plage horaire.

Le **tableau 1** permet d'examiner les caractéristiques sociodémographiques associées à cette « bonne réponse ». Les femmes estiment plus souvent que les hommes que l'exposition au soleil est dangereuse entre 12 et 16 heures (53,1 % vs 38,1 % pour les hommes). Les plus jeunes sont les moins informés sur cette question, en particulier

FIGURE 1

#### Heures désignées comme dangereuses pour l'exposition au soleil, en été en France





entre 16 et 19 ans (avec seulement 26,9 % de bonnes réponses), tandis qu'à partir de 26 ans, la proportion de personnes désignant la bonne tranche horaire ne varie plus guère selon l'âge. Les moins diplômés sont aussi

moins enclins à penser que l'exposition au soleil est dangereuse entre 12 et 16 heures. Enfin, cette connaissance est un peu plus fréquente dans les régions du sud (Sud-Ouest, Méditerranée, Rhône-Alpes).

TABLEAU I

**Personnes estimant que s'exposer au soleil en été en France est dangereux entre 12 et 16 heures, selon le profil sociodémographique (en pourcentage)**

<b>Sexe</b>	
Hommes (n=1559)	38,1
Femmes (n=2261)	53,1***
<b>Âge</b>	
16-19 ans (n=299)	26,9
20-25 ans (n=330)	39,6
26-34 ans (n=656)	47,1
35-44 ans (n=782)	50,1
45-54 ans (n=572)	45,4
55-64 ans (n=555)	50,2
65-75 ans (n=411)	44,4
Plus de 75 ans (n=215)	54,7***
<b>Diplôme</b>	
Aucun diplôme, CEP, BEPC (n=1107)	40,2
BEP/CAP (n=875)	40,3
Baccalauréat (n=6 441)	50,0
1 <sup>er</sup> -2 <sup>e</sup> cycle universitaire (n=823)	54,4
3 <sup>e</sup> cycle universitaire (n=335)	50,5***
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>	
Agriculteurs exploitants (n=127)	43,8
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise (n=203)	39,2
Cadres, prof. intellectuelles supérieures (n=560)	52,5
Professions intermédiaires (n=779)	50,2
Employés (n=1046)	51,1
Ouvriers (n=600)	35,6
Inactifs (n=502)	37,5
<b>Région de résidence</b>	
Ile-de-France (n=569)	40,4
Bassin parisien ouest (n=385)	43,1
Bassin parisien est (n=313)	48,0
Nord (n=264)	46,8
Ouest (n=581)	45,6
Est (n=370)	40,0
Sud-Ouest (n=481)	49,1
Rhône-Alpes (n=426)	51,7
Méditerranée (n=423)	49,7*

\* : p<0,05; \*\*\* : p<0,001 (après modélisation pour contrôler les effets de structure).

## L'intensité du rayonnement solaire est sous-estimée en mai et juin

Les personnes interrogées devaient ensuite indiquer quels étaient, selon elles, les mois de l'année où le rayonnement solaire est le plus fort.

Au total, 87,6 % citent le mois de juillet, 80,3 % citent le mois d'août, 39,5 % mentionnent le mois de juin, avec ensuite des proportions inférieures à 10 % pour tous les autres mois de l'année [figure 2]. À ce sujet, les informations préventives diffusées par l'INPES indiquent qu'en France métropolitaine, du fait de la position de la terre par rapport au soleil, les rayons solaires sont particulièrement forts de début mai à fin août. Les Français sous-estiment donc largement les dangers de l'exposition au soleil en juin et plus encore en mai (seuls 5,5 % des enquêtés citent ce mois), sans doute en partie parce qu'ils s'exposent moins à cette période et parce qu'ils associent le danger de l'exposition aux mois d'été qui sont traditionnellement les plus ensoleillés et les plus chauds. Or, contrairement aux idées reçues, l'intensité des rayons ultraviolets n'est pas liée à la sensation de chaleur et les rayons solaires peuvent s'avérer dangereux même par temps couvert ou lorsqu'il y a du vent. Notons que, en général, les individus qui citent des mois plus « inattendus » comme

décembre ou février ont tendance à citer presque tous les mois.

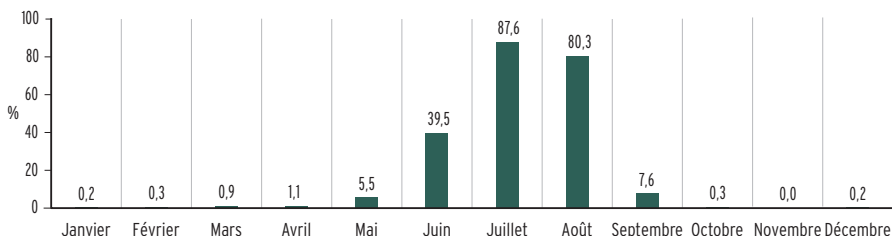
Pour distinguer dans l'analyse les individus « mieux » informés, il est possible de distinguer ceux qui ont cité le mois de mai ou le mois de juin, soit globalement 39,8 % des enquêtés. Ces individus mieux informés sont plus nombreux parmi les hommes (43,2 % vs 36,5 % parmi les femmes), parmi les catégories d'âge intermédiaires (45,4 % entre 26 et 54 ans, vs 30,7 % parmi les 16-19 ans, et seulement 21,5 % après 75 ans). En outre, la proportion de personnes qui citent le mois de mai ou le mois de juin augmente de manière continue avec le niveau de diplôme : 30,7 % pour celles qui n'ont aucun diplôme, le CEP ou le BEPC, 36,4 % parmi les titulaires d'un BEP ou d'un CAP, 41,6 % pour les bacheliers, 48,9 % pour celles qui ont suivi un premier ou un second cycle universitaire, et enfin 53,1 % parmi les diplômés d'un troisième cycle universitaire.

## Plus des deux tiers des Français examinent leur peau à la recherche d'anomalies

La population était également interrogée sur sa propension à examiner elle-même sa peau à la recherche d'éventuelles anomalies (par exemple, un grain de beauté qui apparaît ou qui change de forme). Au total, 27,2 % des personnes déclarent se livrer

FIGURE 2

Mois de l'année pour lesquels le rayonnement solaire est considéré le plus fort



à un tel examen régulièrement, 41,3 % disent le faire de temps en temps, et 31,5 % jamais. Cet examen est pratiqué régulièrement par 34,0 % des femmes (vs 20,0 % des hommes), il est plus fréquent pour les tranches d'âge intermédiaires [figure 3], les cadres supérieurs et les professions intermédiaires, comme pour les plus diplômés.

Les enquêteurs demandaient ensuite aux personnes qui avaient déclaré ne jamais procéder à un tel examen si elles savaient qu'il est possible de faire un premier dépistage en examinant soi-même sa peau pour détecter éventuellement un cancer. Cette «prévention passive» est importante, car pour les cancers de la peau comme pour beaucoup d'autres cancers une détection précoce de la tumeur accroît considérablement les chances de survie du patient. Parmi les personnes qui ne procèdent jamais à cet examen, 62,5 % ont déclaré qu'elles ne savaient pas qu'un tel dépistage était possible, ce qui représente un individu sur cinq sur l'ensemble de l'échantillon.

À partir de ces deux questions, on peut donc distinguer trois types : les personnes qui examinent leur peau à la recherche d'anomalies régulièrement ou de temps en temps (68,5 % de l'échantillon), celles qui ne pratiquent jamais cet examen et qui ne savent pas que celui-ci peut permettre de dépister un cancer (19,8 %), enfin celles qui ne pratiquent jamais cet examen tout en déclarant

connaître son utilité en termes de dépistage (11,7 %).

### Le recours aux moyens de protection est rarement systématique...

Pour se protéger lors d'une journée d'été ensoleillée, le moyen de protection que les personnes interrogées déclarent le plus souvent utiliser est le port de lunettes de soleil : 41,6 % disent les porter «systématiquement» dans ces conditions et 28,3 % rapportent le faire «souvent» [figure 4]. Le deuxième moyen de protection le plus fréquemment utilisé serait l'évitement des heures les plus ensoleillées : 31,2 % des personnes interrogées déclarent procéder de la sorte «systématiquement» et 38,3 % «souvent». Viennent ensuite le choix de rester à l'ombre d'un parasol ou de porter un chapeau ou une casquette, moyens utilisés «systématiquement» par respectivement 21,2 % et 22,9 % des enquêtés. Enfin, seuls 13,5 % déclarent mettre systématiquement de la crème solaire toutes les heures lors d'une journée ensoleillée d'été.

Évidemment le port de lunettes de soleil ne protège que les yeux. Les femmes déclarent plus souvent utiliser ce moyen de protection, de même que les personnes âgées de plus de 25 ans (avec un pic à 45-54 ans : à cet âge, une personne sur deux déclare mettre des

FIGURE 3

#### Examiner régulièrement sa peau à la recherche d'anomalies, selon l'âge

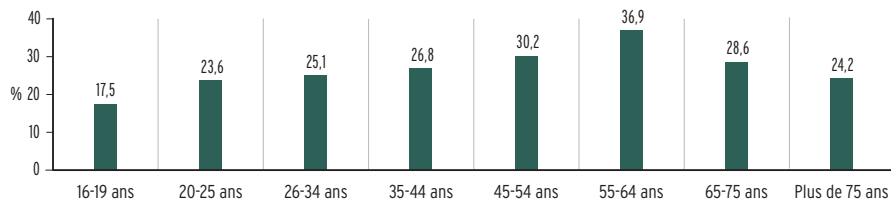
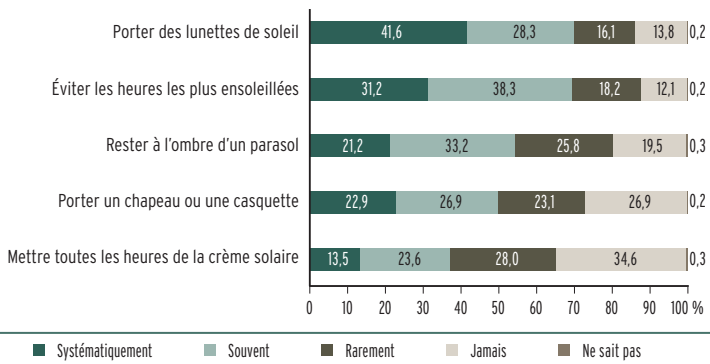


FIGURE 4

## Méthodes utilisées pour se protéger lors d'une journée ensoleillée en été



lunettes de soleil «*systématiquement*»), les cadres supérieurs et les professions intermédiaires (surtout comparés aux agriculteurs), les personnes ayant le bac ou un diplôme de l'enseignement supérieur, ainsi que celles résidant dans la zone méditerranéenne.

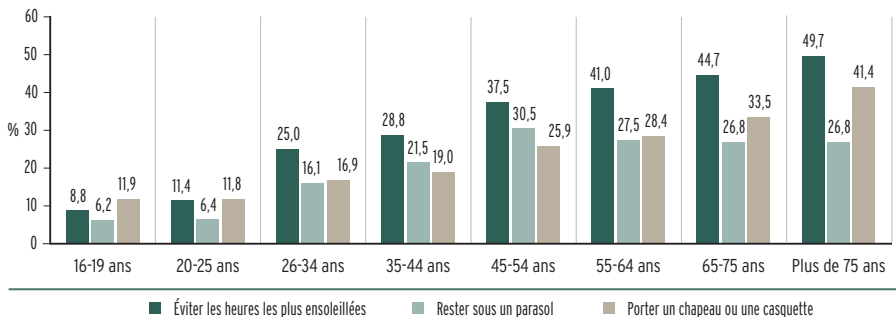
Quant à l'évitement des heures les plus ensoleillées, ce moyen est très efficace, à condition bien sûr que l'on connaisse les heures à éviter. Ce moyen de protection est plus souvent mentionné par les femmes, et il augmente régulièrement avec l'âge : entre 16 et 19 ans, seuls 8,8 % des personnes y

recourent systématiquement, contre près de la moitié à partir de 65 ans [figure 5]. L'évitement des heures les plus ensoleillées est aussi plus souvent mentionné par les personnes résidant aux abords de la Méditerranée.

S'abriter à l'ombre d'un parasol permet de se protéger du soleil, mais comme le rappellent les campagnes de prévention de l'INPES, si le parasol diminue l'intensité du rayonnement, il ne protège pas intégralement des rayons du soleil. Cette pratique est plus fréquemment déclarée par les femmes

FIGURE 5

## Utilisation systématique de divers moyens de protection contre le soleil, selon l'âge



mais aussi par les personnes les moins diplômées ; en revanche, elle reste très rare chez les 16-25 ans (un individu sur vingt déclare rester sous un parasol systématiquement) **[figure 5]** et chez les agriculteurs.

Le port d'un chapeau ou d'une casquette s'avère un moyen de protection plus masculin : il est utilisé «*systématiquement*» ou «*souvent*» par 56,9 % des hommes et 43,3 % des femmes. Le recours à ce moyen de protection s'accroît également à mesure que l'âge augmente **[figure 5]** ; par ailleurs, il est plus fréquent parmi les agriculteurs et dans le Sud-Ouest.

Enfin, mettre de la crème solaire toutes les heures, moyen de protection également promu par l'INPES, est une pratique minoritaire mais nettement plus féminine (utilisée systématiquement ou souvent par 48,5 % des femmes vs 25,0 % des hommes), plus fréquente entre 26 et 44 ans et parmi les plus diplômés.

### ...et parfois erroné

Le questionnaire comportait également deux questions permettant de mesurer l'adhésion des personnes interrogées à deux opinions « fausses », relatives à des moyens de protection inefficaces ou dangereux :

■ « *Faire des UV (un bronzage artificiel à l'aide de lampes à ultraviolets) avant les vacances permet de se protéger des coups de soleil* » : au contraire, non seulement cela ne protège pas des coups de soleil, mais cela revient en quelque sorte à prendre un coup de soleil avant même de s'y être exposé. En effet, l'Organisation mondiale de la santé déconseille l'usage des cabines et des lampes à bronzer parce que ces procédés augmentent la dose d'ultraviolets reçue par la peau.

■ « *Une crème solaire permet de s'exposer au soleil plus longtemps* » : les crèmes solaires protègent contre les ultraviolets, mais elles ont un effet pervers, car les personnes qui

utilisent ces crèmes se croient souvent très bien protégées et ont tendance à s'exposer plus longtemps au soleil. Or les produits solaires sont utiles mais doivent être associés à d'autres moyens de protection, y compris la limitation de la durée de l'exposition.

Dans notre échantillon, une personne sur quatre (25,2 % exactement) se dit «*tout à fait*» ou «*plutôt*» d'accord avec l'opinion selon laquelle faire des UV avant les vacances protégerait des coups de soleil **[figure 6]** ; tandis que près de la moitié des enquêtés (47,9 %) jugent qu'une crème solaire permet de s'exposer au soleil plus longtemps.

La croyance aux vertus protectrices du bronzage artificiel est également répartie parmi les femmes et les hommes, et elle ne dépend pas non plus du niveau scolaire. En revanche, elle s'avère plus fréquente aux âges intermédiaires, parmi les professions intermédiaires et parmi les employés. Quant à l'opinion selon laquelle une crème solaire permet de s'exposer au soleil plus longtemps, elle est plus fréquemment partagée par les hommes (53,9 % vs 42,2 % pour les femmes), par les plus jeunes et surtout par les plus âgés **[figure 7]**, ainsi que parmi les personnes les moins diplômées.

### Soleil, vieillissement et endurcissement de la peau

Le questionnaire permet encore d'évaluer les connaissances relatives au soleil et aux coups de soleil, à partir de trois questions qui reprennent des thèmes développés notamment lors de la campagne d'information lancée en 2004 :

■ « *Le soleil fait vieillir prématurément la peau* » : il s'agit d'un message clé des campagnes d'information. Au total, 79,5 % des personnes interrogées sont «*tout à fait*» d'accord avec cette assertion et 14,9 % se disent «*plutôt*» d'accord, soit un score d'accord qui atteint 94,4 % **[figure 8]**.

FIGURE 6

Opinions sur deux « mauvais » moyens de protection contre le soleil

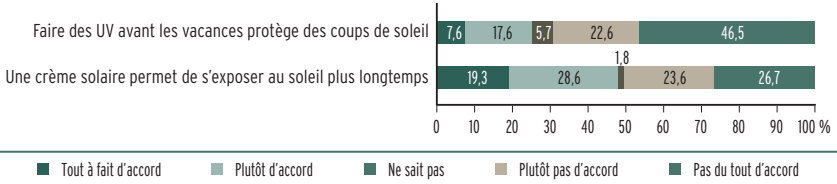


FIGURE 7

Penser qu'un bronzage artificiel avant les vacances protège des coups de soleil, ou qu'une crème solaire permet de s'exposer plus longtemps, selon l'âge

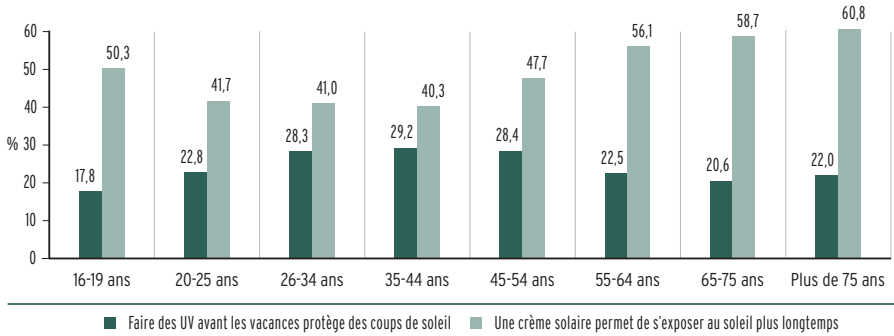
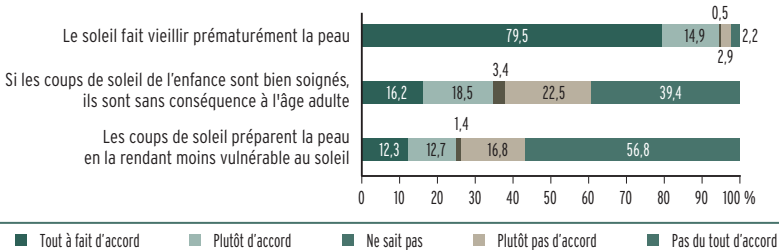


FIGURE 8

Opinions sur le soleil et les coups de soleil



■ « Si les coups de soleil de l'enfance sont bien soignés, ils sont sans conséquence à l'âge adulte » : au contraire, les messages préventifs insistent sur le fait que l'exposition au

soleil dans l'enfance augmente le risque de cancer grave de la peau à l'âge adulte. Globalement, 16,2 % des personnes interrogées se déclarent « tout à fait » d'accord, et

18,5 % « *plutôt* » d'accord, soit un pourcentage d'accord de 34,7 %.

■ « *Les coups de soleil préparent la peau en la rendant moins vulnérable au soleil* » : cette opinion va également à l'encontre du discours préventif qui met l'accent sur le fait que les coups de soleil augmentent le risque de voir apparaître ultérieurement un cancer de la peau. Sur l'ensemble de l'échantillon, 12,3 % des enquêtés se disent « *tout à fait* » d'accord avec cette assertion et 12,7 % « *plutôt* » d'accord, soit une personne inter-

rogée sur quatre qui pense que les coups de soleil rendraient la peau moins vulnérable.

Le **tableau II** permet de détailler les profils sociodémographiques associés à ces opinions. Globalement, les femmes sont mieux informées que les hommes, puisqu'elles sont plus nombreuses à savoir que le soleil fait vieillir prématurément la peau, et moins nombreuses à sous-estimer les conséquences des coups de soleil de l'enfance, ou à penser que les coups de soleil rendent la peau moins vulnérable.

**TABLEAU II**

**Accord exprimé avec des opinions sur le soleil et les coups de soleil selon le profil sociodémographique (en pourcentage)**

	« <i>Le soleil fait vieillir prématurément la peau</i> »	« <i>Les coups de soleil de l'enfance bien soignés sont sans conséquence à l'âge adulte</i> »	« <i>Les coups de soleil préparent la peau en la rendant moins vulnérable au soleil</i> »
<b>Sexe</b>			
Hommes (n=1559)	92,4	38,7	29,6
Femmes (n=2261)	96,2***	30,9***	20,7***
<b>Âge</b>			
16-19 ans (n=299)	85,7	51,0	42,5
20-25 ans (n=330)	90,4	36,2	29,2
26-34 ans (n=656)	95,3	28,3	18,3
35-44 ans (n=782)	97,3	24,3	17,4
45-54 ans (n=572)	97,4	31,0	19,1
55-64 ans (n=555)	96,9	34,7	25,2
65-75 ans (n=411)	92,4	43,4	34,6
Plus de 75 ans (n=215)	90,5***	53,6***	37,7***
<b>Diplôme</b>			
Aucun diplôme, CEP, BEPC (n=1107)	92,4	46,3	38,6
BEP/CAP (n=875)	92,9	38,9	28,2
Baccalauréat (n=644)	95,8	32,0	20,4
1 <sup>er</sup> -2 <sup>e</sup> cycle universitaire (n=823)	96,0	22,3	12,1
3 <sup>e</sup> cycle universitaire (n=335)	98,7**	19,4***	12,9***
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>			
Agriculteurs exploitants n=127)	85,6	47,8	33,6
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise (n=203)	95,3	42,2	30,8
Cadres, prof. intellectuelles supérieures (n=560)	95,9	21,3	13,3
Professions intermédiaires (n=779)	97,3	28,2	15,3
Employés (n=1046)	96,5	33,0	25,3
Ouvriers (n=600)	92,0	46,2	38,1
Inactifs (n=502)	89,0***	42,7**	32,2***

\*\* : p<0,01; \*\*\* : p<0,001 (après modélisation pour contrôler les effets de structure).

Concernant l'âge, le niveau scolaire et la profession, les résultats s'avèrent également cohérents d'une opinion à l'autre : les 35-54 ans, les plus diplômés, les cadres supérieurs et les professions intermédiaires s'avèrent les plus nombreux à estimer que le soleil fait vieillir prématurément la peau, et ils sont aussi les moins enclins à penser que les coups de soleil de l'enfance bien soignés sont sans conséquences, ou que les coups de soleil préparent la peau et la rendent plus résistante.

### Exposition au soleil non protégée et cancer : un lien certain pour deux personnes sur trois

S'exposer au soleil sans protéger sa peau peut-il favoriser l'apparition d'un cancer ? « *Certainement* » répondent 65,3 % des enquêtés, tandis que 30,9 % répondent « *probablement* », soit au total 96,2 % des personnes interrogées qui reconnaissent

l'effet cancérigène d'une exposition non protégée au soleil.

Les femmes sont plus enclines à juger que l'exposition au soleil sans protection favorise certainement l'apparition d'un cancer (68,7 % vs 61,8 % pour les hommes) [tableau III]. En revanche, cette opinion n'est pas significativement associée à l'âge, au niveau de diplôme des personnes interrogées, pas plus qu'à leur catégorie socioprofessionnelle.

La perception des effets cancérigènes d'une exposition au soleil non protégée s'avère également associée aux croyances relatives aux coups de soleil : les personnes qui jugent que les coups de soleil de l'enfance bien soignés sont sans conséquence à l'âge adulte, de même que celles qui pensent que les coups de soleil préparent la peau en la rendant moins vulnérable au soleil, sont moins nombreuses à estimer qu'une exposition non protégée peut certainement favoriser l'apparition d'un cancer.

TABLEAU III

Considérer que l'exposition au soleil sans protection favorise certainement l'apparition d'un cancer, selon le profil sociodémographique et les opinions sur les coups de soleil (en pourcentage)

Sexe	
Hommes (n=1559)	61,8
Femmes (n=2 261)	68,7***
Âge	
16-19 ans (n=299)	60,0
20-25 ans (n=330)	66,1
26-34 ans (n=656)	66,6
35-44 ans (n=782)	68,7
45-54 ans (n=572)	65,8
55-64 ans (n=555)	67,2
65-75 ans (n=411)	62,7
Plus de 75 ans (n=215)	57,7
Diplôme	
Aucun diplôme, CEP, BEPC (n=1107)	64,2
BEP/CAP (n=875)	66,0
Baccalauréat (n=644)	66,5
1 <sup>er</sup> -2 <sup>e</sup> cycle universitaire (n=823)	67,8
3 <sup>e</sup> cycle universitaire (n=335)	60,7



Catégorie socioprofessionnelle	
Agriculteurs exploitants (n=127)	62,0
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise (n=203)	61,5
Cadres, prof. intellectuelles supérieures (n=560)	62,7
Professions intermédiaires (n=779)	67,0
Employés (n=1046)	67,9
Ouvriers (n=600)	65,5
Inactifs (n=502)	63,3
« Les coups de soleil de l'enfance bien soignés sont sans conséquence à l'âge adulte »	
D'accord (n=1296)	59,8
Pas d'accord (n=2524)	68,3***
« Les coups de soleil préparent la peau en la rendant moins vulnérable au soleil »	
D'accord (n=920)	61,1
Pas d'accord (n=2900)	66,8

\*\*\* : p<0,001.

## DISCUSSION

### Les opinions et les conduites relatives au risque solaire auraient peu évolué entre 2004 et 2005

La comparaison des résultats de cette enquête avec ceux obtenus en janvier 2004, donc juste avant le lancement de la grande campagne de prévention « Bien profiter des rayons du soleil », permet de dessiner quelques évolutions ou, plus souvent, des absences d'évolution [7]. La connaissance de la dangerosité de l'exposition au soleil en mai-juin ne semble pas avoir progressé entre 2004 et 2005. En revanche, les personnes interrogées en 2005 sont plus nombreuses qu'en 2004 à savoir qu'il est dangereux de s'exposer au soleil entre 15 et 16 heures. S'agissant des idées reçues relatives aux coups de soleil, en 2005 comme en 2004 environ un Français sur quatre estime que le bronzage artificiel prépare la peau et la protège donc des coups de soleil, tandis que l'opinion selon laquelle les coups de soleil de l'enfance sont sans conséquence s'ils sont bien soignés recule (environ dix points de moins entre 2004 et 2005). Quant à l'utilisation de divers moyens de protec-

tion lors d'une journée ensoleillée d'été, elle ne semble pas plus importante en 2005 qu'en 2004, et ce quel que soit le moyen considéré. Notons que si certaines idées reçues ont la vie dure, c'est peut-être parce qu'elles puisent parfois leur cohérence dans un répertoire de métaphores médicales qui s'avèrent parfois justes (mais pas toujours) comme, par exemple, l'idée que les coups de soleil passés « vaccineraient » notre peau contre les coups de soleil futurs.

Par ailleurs, il est probable que lorsqu'une personne choisit de s'exposer ou non au soleil, les effets potentiels à long terme sur sa santé pèsent relativement peu dans sa décision. Il en va de même des moyens de protection éventuels : le choix de mettre ou de ne pas mettre un chapeau, une casquette, des lunettes de soleil ou un vêtement peut dépendre en premier lieu de considérations esthétiques immédiates.

### Les usages sociaux du soleil : le cas du genre

Cette dernière remarque permet aussi de mieux comprendre pourquoi les facteurs sociodémographiques associés aux connais-

sances et aux comportements ne donnent pas forcément à voir des profils cohérents. En effet, aux facteurs traditionnels souvent associés aux connaissances, aux attitudes et aux comportements (les plus diplômés sont mieux informés, de même que les classes d'âge intermédiaires, qui cumulent activité professionnelle et responsabilité familiale), s'ajoutent ici des effets qui font intervenir les modes de vie, les goûts vestimentaires, les conceptions et les pratiques corporelles...

Par exemple, dans notre enquête, les femmes ont généralement de meilleures connaissances que les hommes (concernant notamment les heures dangereuses, le vieillissement prématuré de la peau, les conséquences des coups de soleil, etc.), elles examinent plus fréquemment leur peau à la recherche d'une éventuelle anomalie, elles mettent plus souvent des lunettes de soleil ou de la crème solaire. En revanche, elles se protègent moins souvent en portant un chapeau ou une casquette, et elles sont aussi enclines à croire aux vertus protectrices du bronzage artificiel.

D'autres études ont obtenu des résultats similaires : les femmes sont globalement mieux informées ; elles ont plus souvent entendu parler du mélanome, principalement dans les journaux et les magazines [8] ; elles ont de meilleures connaissances que les hommes sur les dangers de soleil [9] et sont aussi plus souvent inquiétées par le fait que le soleil favorise l'apparition de rides [3] ; mais pourtant elles valorisent davantage le bronzage que les hommes, à l'adolescence comme à l'âge adulte [10, 11]. En outre, elles utilisent plus souvent une crème solaire mais plus rarement un chapeau ou une casquette, et font trois fois plus souvent que les hommes des séances de bronzage artificiel [12]. Enfin, les femmes sont plus attentives à d'éventuelles anomalies sur leur peau [13]. Ainsi, le mélanome touche plus souvent les femmes que les hommes, mais

tue pourtant plus d'hommes que de femmes, et l'une des explications proposées pour expliquer cela serait justement que celles-ci sont plus vigilantes et détectent plus rapidement sur leur corps des liaisons cutanées ou des grains de beauté suspects [1].

D'un point de vue préventif, il y a là de nombreuses contradictions. Mais celles-ci disparaissent dès que l'on prend en compte la logique des acteurs, en acceptant qu'elle ne soit pas forcément celle des acteurs de la prévention. Nos sociétés sont régies par des codes sociaux qui conditionnent les relations de genre, et définissent certains comportements et attitudes comme plus féminins, et d'autres comme plus masculins : ainsi les femmes sont-elles davantage incitées à rester attentives à leur apparence physique, et en particulier à leur peau, et sont donc plus enclines à utiliser des produits qui l'embellissent ou l'entretiennent, aussi bien des crèmes solaires que des ultraviolets artificiels pour obtenir un teint hâlé, comme à examiner leur peau fréquemment elles-mêmes.

De même, les motivations et les conditions de l'exposition au soleil peuvent s'avérer sexuellement différenciées : il arrive ainsi plus souvent aux hommes d'être exposés au soleil à l'occasion d'une activité manuelle, comme le jardinage ou le bricolage [5], activités pour lesquelles le port de lunettes de soleil n'est pas forcément commode.

### **Un sujet de préoccupation : les croyances et les comportements des plus jeunes**

Nos résultats montrent aussi que les plus jeunes semblent particulièrement exposés au « risque solaire ». En effet, les plus jeunes, et en particulier les 16-19 ans, s'avèrent les moins bien informés sur les heures durant lesquelles l'exposition au soleil est dangereuse, mais aussi les moins enclins à se

protéger en utilisant des lunettes de soleil, un chapeau ou une casquette, ou en évitant les heures les plus ensoleillées.

En outre, ces enquêtés les plus jeunes partagent avec les plus âgés un moindre usage des crèmes solaires, une moins bonne connaissance des mois les plus dangereux et des effets nocifs du soleil (vieillesse prématuré de la peau et risque de cancer), ainsi que des idées erronées relatives aux coups de soleil ou aux effets des crèmes solaires.

D'autres études montrent que les adolescents et les jeunes adultes valorisent davantage le bronzage que leurs aînés [4, 11], et qu'ils s'exposent plus longuement que les autres pour bronzer, en particulier durant les vacances estivales [8, 14]. Les adolescents utiliseraient plus souvent une crème solaire non pas pour protéger leur peau, mais pour bronzer plus rapidement ou s'exposer plus longtemps; et lorsqu'ils limitent leur temps d'exposition, ce n'est pas seulement par peur des conséquences néfastes pour la peau, mais aussi pour rompre la monotonie du bain de soleil ou simplement par manque de temps [2, 3].

Ici encore, pour comprendre les comportements des plus jeunes à l'égard de l'exposition au soleil, il serait nécessaire de mieux prendre en compte les conceptions du corps et les usages sociaux du soleil et de la plage (notamment en termes de sociabilité) qui sont spécifiques à cet âge de la vie.

## Conclusion

Pour l'exposition au soleil, comme pour l'alcool et le tabac, la perception du risque cancérigène est partagée par une très large majorité des personnes interrogées, mais ce consensus apparent dissimule bien souvent des idées reçues solidement ancrées dans la population, idées qui sont contraires au message préventif et peuvent soutenir des comportements d'exposition au soleil dangereux pour la santé à long terme.

Nos résultats suggèrent aussi que les connaissances, les croyances, les attitudes et les comportements à l'égard de l'exposition au soleil ne deviennent intelligibles que si l'on prend en compte leur dimension sociale, et en particulier le fait que les conceptions du corps et les usages sociaux du soleil et de la plage sont sexuellement différenciés et se modifient avec l'âge et la génération.

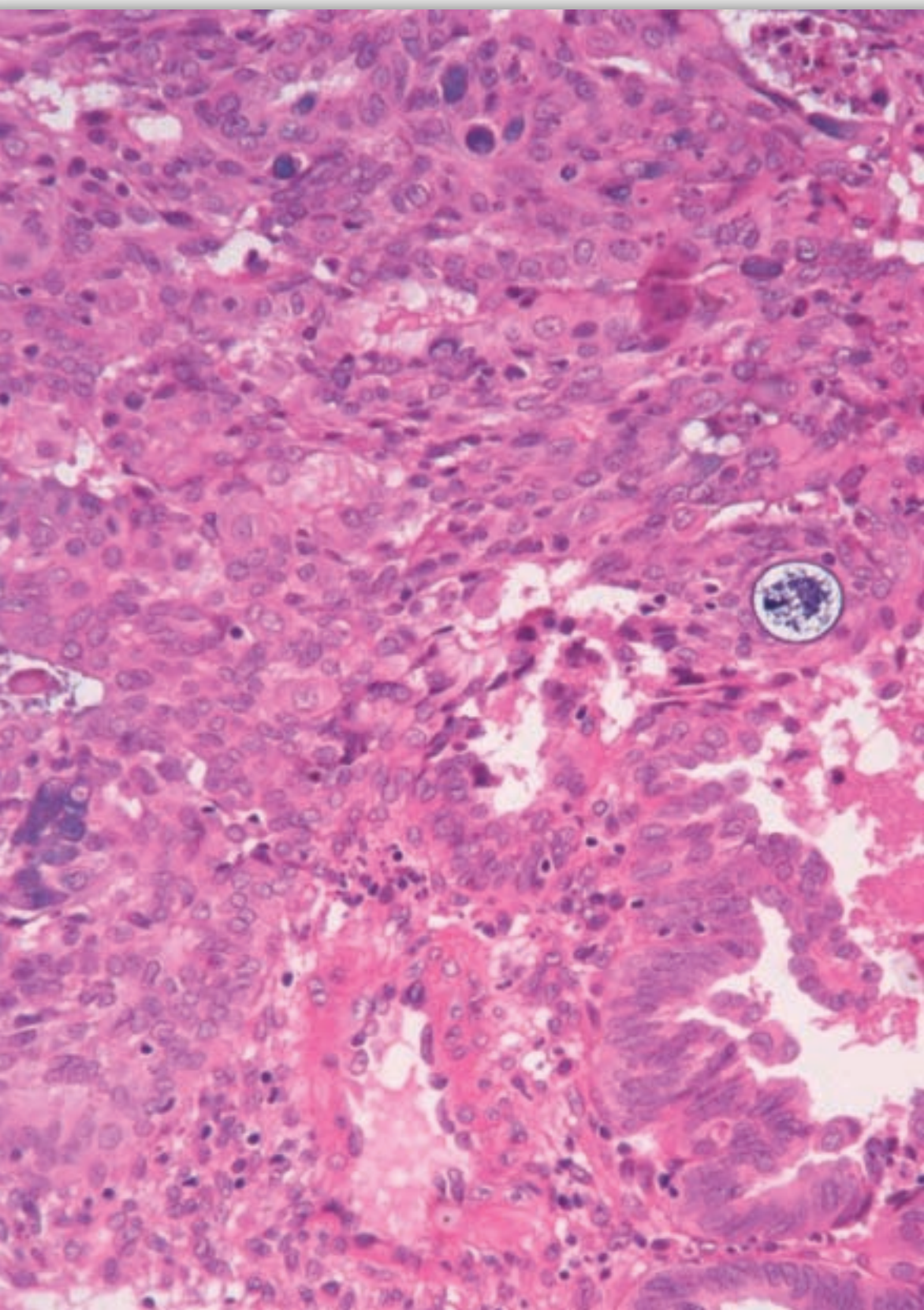
Ces usages sociaux du soleil et ces conceptions du corps constituent sans doute bien souvent de redoutables obstacles pour la prévention. À ce titre, ils pourraient devenir eux-mêmes la cible d'actions préventives. Toutefois, il est également possible que leur prise en compte puisse à l'avenir en faire des leviers de la prévention, par exemple en ciblant les personnes visées selon leur sexe et leur âge, pour promouvoir parmi elles des moyens de protection adaptés à leurs préférences vestimentaires comme aux activités auxquelles elles s'adonnent sous le soleil.

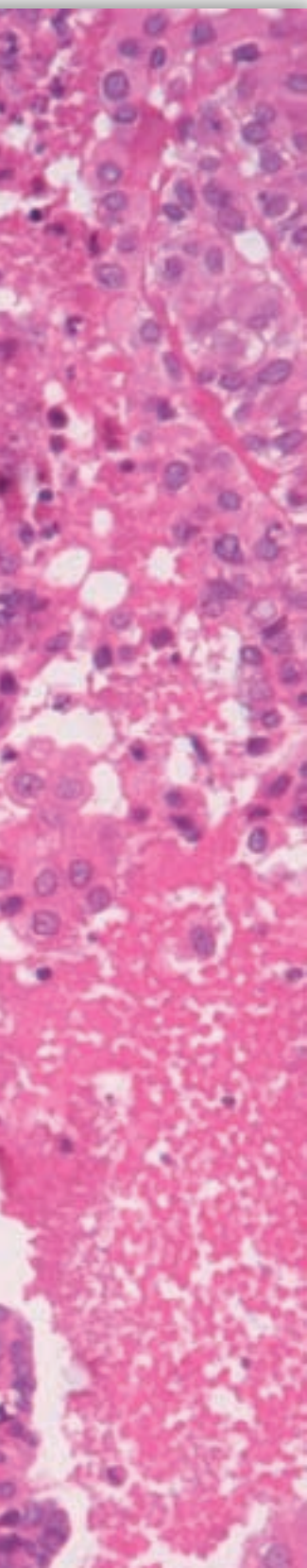
## Bibliographie

- [1] Chérié-Challine L., Halna J.M., Remontet L.  
**Situation épidémiologique du mélanome cutané et impact en termes de prévention.**  
*BEH* 2004; (2) : 5-8.  
En ligne : [http://www.invs.sante.fr/BEH/2004/02/beh\\_02\\_2004.pdf](http://www.invs.sante.fr/BEH/2004/02/beh_02_2004.pdf)  
[Dernière visite le 28/08/06]

- [2] Grob J.J., Guglielmina C., Gouvernet J., Zarour H., Noé C., Bonerandi J.J.  
**Study of sunbathing habits in children and adolescents: application to the prevention of melanoma.**  
*Dermatology* 1993; 186(2) : 94-8.
- [3] Aquilina S., Gauci A.A., Ellul M., Scerri L.  
**Sun awareness in Maltese secondary school students.**  
*Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2004; 18(6) : 670-5.

- [4] Branstrom R., Ullen H., Brandberg Y.  
**Attitudes, subjective norms and perception of behavioural control as predictors of sun-related behaviour in Swedish adults.**  
*Preventive Medicine* 2004; 39(5) : 992-9.
- [5] Melia J., Bulman A.  
**Sunburn and tanning in a British population.**  
*Journal of Public Health Medicine* 1995; 17(2) : 223-9.
- [6] Ménard C.  
**Mélanome : sous le soleil exactement.**  
*La Santé de l'homme* 1996; n° 323 : 15-20.
- [7] Fournier C., Bottéro J.  
**Les Français sous-estiment les risques d'exposition au soleil.**  
*La Santé de l'homme* 2004; n° 371 : 6-7.
- [8] Bourke J.F., Healsmith M.F., Graham-Brown R.A.  
**Melanoma awareness and sun exposure in Leicester.**  
*British Journal of Dermatology* 1995; 132(2) : 251-6.
- [9] Miles A., Waller J., Hiom S., Swanston D.  
**SunSmart? Skin cancer knowledge and preventive behaviour in a British population representative sample.**  
*Health Education Research* 2005; 20(5) : 579-85.
- [10] Wichstrom L.  
**Predictors of Norwegian adolescents'sunbathing and use of sunscreen.**  
*Health Psychology* 1994; 13(5) : 412-20.
- [11] Owen T., Fitzpatrick D., Dolan O., Gavin A.  
**Knowledge, attitudes and behaviour in the sun: the barriers to behavioural change in Northern Ireland.**  
*Ulster Medical Journal* 2004; 73(2) : 96-104.
- [12] Devos S.A., Baeyens K., Van Hecke L.  
**Sunscreen use and skin protection behavior on the Belgian beach.**  
*International Journal of Dermatology* 2003; 42(5) : 352-6.
- [13] de Nooijer J., Lechner L., de Vries H.  
**Early detection of cancer: knowledge and behavior among Dutch adults.**  
*Cancer Detection and Prevention* 2002; 26(5) : 362-9.
- [14] Jackson A., Wilkinson C., Pill R.  
**Moles and melanomas-who's at risk, who knows, and who cares? A strategy to inform those at high risk.**  
*British Journal of General Practice* 1999; 49(440) : 199-203.  
En ligne : <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1313372&blobtype=pdf>  
[Dernière visite le 28/08/06]





## LES PRATIQUES DE DÉPISTAGE EN FRANCE

ROSEMARY ANCELLE-PARK

La nécessité de mettre en place un dépistage organisé des cancers est inscrite dans le Code de la santé publique pour le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du col de l'utérus. Ces trois localisations font l'objet de recommandations au niveau européen et répondent aux critères de l'Organisation mondiale de la santé de Wilson et Jungner sur le principe et les pratiques du dépistage des maladies. En France, en 2005, coexistent un dépistage organisé du cancer du sein généralisé sur tout le territoire, un dépistage organisé du cancer colorectal localisé dans vingt-trois départements, et un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus selon des modalités non uniformes dans quatre départements. Par ailleurs, le dépistage individuel du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus et du cancer de la prostate est largement répandu notamment parce qu'il est remboursé par l'Assurance Maladie. Le Baromètre cancer permet d'avoir une photographie des pratiques de dépistage pour en suivre les évolutions. Les résultats présentés dans les pages suivantes concernent quatre localisations : le sein, l'utérus, le côlon et la prostate.

# L'essentiel

La quasi-totalité (96 %) des femmes de 50 à 74 ans interrogées sur la pratique de la mammographie déclarent en avoir effectué au moins une au cours de leur vie. Près de trois quarts (72 %) déclarent en avoir effectué une au cours des deux dernières années. Quelle que soit la

tranche d'âge considérée, la pratique déclarée de la mammographie est supérieure en 2005 à celle de 2000. Les deux facteurs incitatifs principaux de cette mammographie sont le médecin d'une part (40 %), puis le courrier d'invitation au dépistage organisé du cancer du sein

(39 %). Dans trois quarts des cas, cette mammographie s'inscrit dans le cadre d'un « suivi régulier ». En analyse multivariée, ce sont essentiellement les variables d'accès aux soins et de pratique d'autres dépistages qui apparaissent liées à la réalisation de cet acte.

# Dépistage du cancer du sein

NICOLAS DUPORT

JULIETTE BLOCH

## CONTEXTE

### ÉPIDÉMIOLOGIE

Par sa fréquence, le cancer du sein se situe au premier rang de tous les cancers en France. Avec une incidence estimée de 42 000 cas en 2000 en France, il représente 35,7 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancers chez la femme. Il s'agit d'un cancer rare avant 30 ans, dont l'incidence croît avec l'âge pour atteindre un pic entre 60 et 69 ans.

Le taux d'incidence standardisé sur la population européenne en 2000 était de 120,4 pour 100 000 femmes, ce qui situe la France parmi les pays européens ayant un taux élevé [1]. Cette incidence n'a cessé d'augmenter au cours des vingt dernières années, avec un taux annuel moyen d'évolution de + 2,42 %. Entre 1980 et 2000, le nombre de nouveaux cas annuels de cancers du sein a ainsi pratiquement doublé.

Parallèlement, le cancer du sein est au premier rang des cancers mortels chez la

femme avec 11 637 décès en 2000 et un taux de mortalité standardisé sur la population européenne de 28,3 pour 100 000 femmes. Ces chiffres situent la France parmi les pays européens ayant un taux de mortalité bas [1]. Entre 1980 et 2000, la mortalité par cancer du sein est restée relativement stable, avec un taux annuel moyen d'évolution de + 0,42 %.

Une des hypothèses de cette concomitance d'une incidence du cancer du sein croissante et d'une mortalité stable pourrait être le développement du dépistage par mammographie qui permet de détecter ces cancers plus précocement et, de ce fait, de mieux les soigner [1]. Les raisons de l'augmentation très importante de l'incidence dans les pays développés ne sont pas totalement élucidées. Intervendraient le vieillissement de la population, l'augmentation de la prévalence de facteurs de risque dans la population, et le dépistage lui-même, révélant certains cancers à potentiel évolutif lent.



Les facteurs de risque du cancer du sein peuvent être intrinsèques comme les gènes de prédisposition au cancer du sein *BRCA1* [2] et *BRCA2* [3] (*BR*east *C*ancer en anglais), une puberté précoce, une première grossesse tardive [4], une ménopause tardive; ou extrinsèques, et donc accessibles à la prévention, comme la surcharge pondérale, la consommation d'alcool [5], la prise d'un traitement hormonal de substitution pour la ménopause ou l'exposition à des radiations ionisantes [6].

## DÉPISTAGE

Un programme pilote de dépistage organisé du cancer du sein par mammographie a été initié, pour les femmes de 50 à 69 ans, dans dix départements entre 1989 et 1991. Ce dispositif a ensuite été étendu à vingt-deux autres départements entre 1994 et 2000. En 2004, le programme a été généralisé à l'ensemble du territoire sur la base d'un nouveau cahier des charges ciblant les femmes de 50 à 74 ans et proposant gratuitement une mammographie à deux clichés par sein tous les deux ans, suivie d'un examen clinique des seins. Une lecture immédiate

de la mammographie est désormais préconisée dans la mesure où elle permet la réalisation d'examen complémentaires en cas d'images douteuses et l'envoi à un deuxième lecteur des mammographies sans anomalie.

La gratuité de la mammographie est assurée sur présentation d'un bon de prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie, distribué par les structures de gestion départementales.

En 2004, l'évaluation du programme, réalisée par l'Institut de veille sanitaire (InVS), a montré le dépistage de 10 640 cancers du sein. Le taux de cancers était de 6,7 pour 1 000 femmes dépistées. Les seconds lecteurs ont permis de dépister 717 cancers (6,7 % des cancers). Dans les départements concernés, le taux de participation de la population ciblée au programme de dépistage organisé du cancer du sein était de 40 % en 2004 et 45 % en 2005.

Parallèlement à ce programme de dépistage organisé coexiste le dépistage dit individuel, non pris en charge à 100 %, dont les mammographies ne sont pas relues par un deuxième lecteur et les résultats non évalués.

## RÉSULTATS

Sur les 4 046 personnes<sup>1</sup> que compte le Baromètre cancer 2005, 1 119 étaient des femmes de 40 à 74 ans ayant répondu à la question sur la pratique de la mammographie et n'étant pas suivies pour un cancer, parmi lesquelles 738 femmes de 50 à 74 ans, tranche d'âge cible du dépistage organisé actuel.

Parmi les femmes âgées de 40 à 74 ans, 90 % ont déclaré avoir pratiqué au moins une mammographie au cours de leur vie et 65 % au cours des deux dernières années. Les femmes de 40 à 49 ans étaient 53 % à déclarer avoir pratiqué une mammographie

au cours de cette période [figure 1], alors que le dépistage n'est pas recommandé à cet âge.

Parmi les femmes de 50 à 74 ans, cibles du dépistage organisé actuel, 96 % ont déclaré avoir pratiqué au moins une mammographie au cours de leur vie. Ce chiffre ne varie pratiquement pas avec l'âge. Près des trois quarts d'entre elles (72 %) ont pratiqué une mammographie au cours des deux dernières

1. Les effectifs présentés sont ceux de l'échantillon. En revanche, les pourcentages et les résultats de régression logistique sont redressés.

années. Ce chiffre est supérieur à 70 % entre 50 et 69 ans et chute à 58 % dans la tranche d'âge des 70-74 ans **[figure 1]**.

Quelle que soit la tranche d'âge considérée, la pratique déclarée de la mammographie est supérieure en 2005 à celle de 2000 **[figure 2]**.

Pour les femmes de 50 à 74 ans, plusieurs caractéristiques, que nous avons regroupées en quatre thèmes, sont liées à la pratique de la mammographie dans les deux ans **[tableau 1]**.

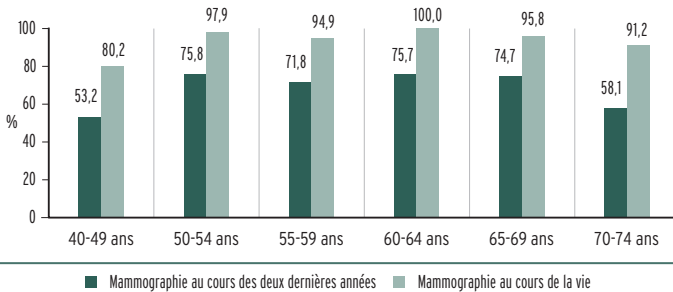
Il est à noter que les résultats présentés ne fournissent pas des liens de causalité entre une variable et le fait d'avoir effectué une mammographie dans les deux ans,

mais permettent de connaître les catégories sociales et comportementales dans lesquelles cette pratique est plus fréquente.

Les caractéristiques explorées en analyse univariée qui ne sont pas liées à la réalisation d'une mammographie dans les deux dernières années (non présentées) sont les suivantes : résider dans une commune rurale, avoir consulté un médecin généraliste au cours des douze derniers mois, avoir la CMU, fumer, consommer de l'alcool, avoir une alimentation riche en fruits et légumes, avoir une activité physique quotidienne, avoir déjà réalisé un auto-examen de la peau à la recherche d'anomalies, avoir des conduites de prévention des brûlures solaires, penser

**FIGURE 1**

**Déclaration de la pratique de la mammographie au cours de la vie et dans les deux dernières années, selon l'âge**



**FIGURE 2**

**Évolution 2000-2005 de la proportion de femmes déclarant avoir effectué une mammographie dans les deux ans, selon l'âge**

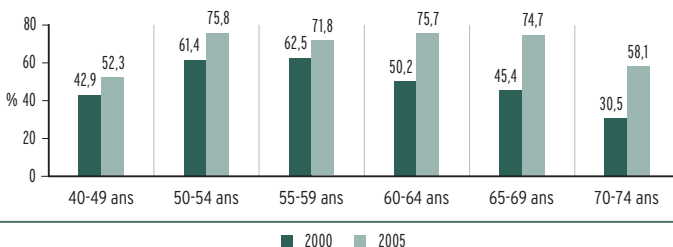


TABLEAU I

**Caractéristiques des femmes âgées de 50 à 74 ans ayant réalisé une mammographie dans les deux ans (n=738) : analyses univariées et multivariées**

	Réalisation d'une mammographie dans les deux ans	OR ajusté <sup>1</sup>	IC à 95 %
<b>Profil sociodémographique</b>			
<b>Âge</b>			
50-54 ans (n=168)	75,8 %	NS	
55-59 ans (n=204)	71,8 %		
60-64 ans (n=128)	75,7 %		
65-69 ans (n=114)	74,7 %		
70-74 ans (n=124)	58,1 %*		
<b>Vie en couple</b>			
Oui (n=434)	74,2 %	NS	
Non (n=304)	65,5 %*		
<b>Diplôme le plus élevé</b>			
Inférieur au bac (n=494)	68,5 %	NS	
Bac ou niveau bac (n=78)	71,9 %		
Supérieur au bac (n=163)	79,8 %*		
<b>Revenus mensuels nets du ménage par unité de consommation</b>			
Moins de 900 € (n=201)	61,8 %	NS	
De 900 à moins de 1500 € (n=212)	75,0 %		
Au moins 1500 € (n=177)	76,3 %***		
<b>Recours et accès aux soins</b>			
<b>Mutuelle de santé complémentaire</b>			
Oui (n=702)	72,6 %	NS	
Non (n=35)	48,4 %**		
<b>Consultation avec un gynécologue</b>			
Non (n=242)	52,7 %	1	-
Oui (n=495)	80,5 %***	1,9**	1,2-3,1
<b>Statut ménopausique</b>			
Non ménopausée (n=67)	70,4 %	0,7	0,4-1,4
Ménopausée sans traitement substitutif (n=542)	67,7 %	1	-
Ménopausée sous traitement substitutif (n=125)	88,1 %***	2,5**	1,3-4,8
<b>Conduites de prévention et de dépistage</b>			
<b>Dépistage du cancer du col utérin</b>			
Frottis de plus de trois ans ou pas de frottis (n=248)	51,7 %	1	-
Frottis de moins de trois ans (n=473)	80,8 %***	2,7***	1,7-4,2
<b>Dépistage du cancer colorectal (Hémocult®)</b>			
Non (n=512)	68,7 %	1	-
Oui (n=226)	78,9 %**	1,6*	1,0-2,4
<b>Relations à la santé et au cancer</b>			
<b>Santé perçue</b>			
Bonne, très bonne ou excellente (n=593)	73,6 %	NS	
Médiocre ou mauvaise (n=143)	63,4 %*		

\* : p&lt;0,05; \*\* : p&lt;0,01; \*\*\* : p&lt;0,001.

1. Ajusté sur les variables du tableau. NS : non significatif en analyse multivariée.

être à risque accru de cancer du sein, avoir peur du cancer ou avoir un proche atteint de cancer.

Dans le modèle final d'analyse multivariée [tableau I], les seules caractéristiques restant significativement liées à la pratique de la mammographie dans les deux ans sont le fait d'avoir consulté un gynécologue dans les vingt-quatre derniers mois, d'être ménopausée sous traitement hormonal substitutif (nécessitant alors un suivi par mammographie), d'avoir effectué un frottis cervico-utérin dans les trois ans ou d'avoir déjà effectué un test HémoCult® (test de dépistage du cancer colorectal).

Parmi les femmes ayant pratiqué une mammographie dans les deux dernières années, elles sont 32 % à trouver cet examen dangereux pour la santé (vs 35 % chez celles

n'ayant pas pratiqué de mammographie dans les deux dernières années), 19 % à le trouver douloureux (vs 18 %), et 18 % à le trouver gênant à passer (vs 25 %). Ces variables de perception de la mammographie ne sont pas statistiquement liées au recours à cet examen [tableau II].

Parmi les 520 femmes de 50 à 74 ans ayant déclaré avoir effectué une mammographie récente, la grande majorité l'a effectuée après réception d'un courrier d'invitation (39 %) ou suite à la demande de son médecin (40 %). Près de trois quarts d'entre elles (73 %) l'ont effectuée dans le cadre d'un suivi régulier [tableau III]. Les femmes ayant réalisé leur mammographie suite à un courrier d'invitation consultaient significativement moins souvent un gynécologue que les autres (59 % vs 32 %).

**TABLEAU II**

**Comparaison de l'absence de réalisation d'une mammographie selon la perception qu'ont les femmes de cet examen (en pourcentage)**

	Absence de réalisation d'une mammographie dans les deux ans <sup>1</sup>
<b>Examen douloureux</b>	
Tout à fait (n=55)	22,2
Plutôt (n=81)	30,9
Plutôt pas (n=133)	24,5
Pas du tout d'accord (n=466)	29,2
Ne sait pas (n=3)	-
<b>Examen gênant à passer</b>	
Tout à fait (n=76)	33,0
Plutôt (n=73)	37,6
Plutôt pas (n=157)	27,7
Pas du tout d'accord (n=429)	26,2
Ne sait pas (n=3)	-
<b>Examen sans danger pour la santé</b>	
Tout à fait (n=400)	27,9
Plutôt (n=75)	23,0
Plutôt pas (n=125)	30,7
Pas du tout d'accord (n=117)	31,1
Ne sait pas (n=21)	26,2

1. Aucune des variables du tableau n'est liée à la pratique de la mammographie.

Note de lecture : parmi les personnes « *tout à fait* » d'accord pour dire que l'examen est douloureux, 22,2 % n'ont pas réalisé de mammographie dans les deux ans.

La raison principale pour laquelle elles n'ont pas effectué une mammographie récente a été demandée aux 35 femmes qui n'ont jamais effectué cet examen et aux 183 l'ayant effectué il y a plus de deux ans

**[tableau III].** Les deux principales raisons invoquées — que les femmes aient déjà effectué une mammographie ou non — sont le fait de n'avoir aucun symptôme (27 %) ou de n'avoir pas pris le temps (21 %).

**TABLEAU III**

**Exploration des raisons de recours et de non-recours à la mammographie**

	Effectif	Pourcentage <sup>1</sup>
<b>Femmes ayant réalisé une mammographie dans les deux ans (n=520)</b>		
<b>Incitation principale à réaliser la mammographie</b>		
Vous avez reçu un courrier vous invitant à faire cet examen gratuitement	203	38,6
Vous l'avez demandé à votre médecin	55	10,8
Votre médecin vous avait dit qu'il fallait le faire	204	40,0
De votre propre initiative, sans passer par le médecin	34	6,6
Pour une autre raison	24	4,1
Je ne sais pas	0	0,0
<b>Raison principale pour laquelle la mammographie a été effectuée</b>		
Une personne de votre famille a eu un cancer du sein	33	6,4
Une amie ou une collègue a eu un cancer du sein	1	0,1
Vous avez ressenti des symptômes	28	5,0
C'est dans le cadre d'un suivi régulier	379	73,4
Vous avez été sensibilisée par une campagne d'information, une émission ou la lecture d'un article	57	11,2
Pour une autre raison	20	3,5
Je ne sais pas	2	0,3
<b>Femmes n'ayant pas réalisé une mammographie dans les deux ans (n=218)</b>		
<b>Raison principale pour laquelle la mammographie n'a jamais été effectuée au cours de la vie (n=35)</b>		
Vous n'avez aucun symptôme	9	26,7
À votre âge cela ne vous concerne pas	5	16,1
Vous n'avez pas pris le temps	11	35,5
C'est trop cher	0	0,0
Vous pensez que ça ne sert à rien	6	15,2
Pour une autre raison	4	6,5
Je ne sais pas	0	0,0
<b>Raison principale pour laquelle la dernière mammographie a été effectuée il y a plus de deux ans (n=183)</b>		
Vous n'avez aucun symptôme	49	27,6
À votre âge cela ne vous concerne pas	12	6,7
Vous n'avez pas pris le temps	34	18,3
C'est trop cher	2	0,5
Vous pensez que ça ne sert à rien	6	2,3
Pour une autre raison	77	42,7
Je ne sais pas	3	1,8

1. Pourcentage pondéré et redressé.

## DISCUSSION

En 2005, les recommandations sur le dépistage du cancer du sein par mammographie tous les deux ans ciblent les femmes de 50 à 74 ans. Au moment du Baromètre santé 2000, les recommandations ciblaient les femmes de 50 à 69 ans tous les trois ans. Or ces femmes qui avaient 69 ans en 2000 ont eu 74 ans en 2005. L'analyse du Baromètre cancer de 2005 a donc permis de voir si, en cinq ans, les pratiques chez les femmes des tranches d'âge les plus élevées (70-74 ans) ont évolué par rapport aux femmes qui avaient 65-69 ans en 2000.

Parmi les femmes de 50 à 74 ans, 96,0 % ont déclaré avoir réalisé une mammographie au cours de leur vie, ce qui est plus élevé que le résultat de 87,5 % du Baromètre santé 2000 sur les femmes de la même tranche d'âge. Cette proportion est de 93,6 % dans le Baromètre santé 2005. S'il est connu que les enquêtes déclaratives comme les Baromètres santé surestiment la pratique des tests de dépistage du cancer [7, 8], il semblerait que les enquêtes plus spécifiques comme le Baromètre cancer accentuent cette surestimation. En ce qui concerne le taux de réalisation d'une mammographie au cours des deux dernières années chez les femmes de 50 à 74 ans, il est de 71,6 % dans le Baromètre cancer 2005 et de 65,4 % dans le Baromètre santé 2005, contre 52,2 % dans le Baromètre santé 2000. Cette progression est sensible dans toutes les tranches d'âge, et les femmes de 70-74 ans, récemment invitées par le dépistage organisé, ont un taux de pratique élevé : 58,1 % et 56,4 % respectivement pour le Baromètre cancer 2005 et le Baromètre santé 2005. Cette

tranche générationnelle, âgée de 65-69 ans en 2000, déclarait auparavant dans le Baromètre santé 2000 un taux de 45,4 % [figure 2].

Il est difficile dans cette enquête de distinguer les mammographies de dépistage des mammographies à visée diagnostique ou de suivi d'anomalies. Les femmes étaient toutefois questionnées sur la raison principale qui avait motivé cet examen. Seules 5 % d'entre elles ont déclaré que la mammographie réalisée dans les deux ans avait été demandée à la suite de symptômes de type douleurs ou grosseurs.

De même, il est difficile de distinguer les mammographies qui s'inscrivent dans le dépistage organisé de celles qui relèvent d'une démarche personnelle. Parmi les femmes de 50 à 74 ans, 27,5 % ont déclaré avoir pratiqué leur mammographie suite à un courrier les invitant à faire cet examen gratuitement (*i.e.* une mammographie de dépistage organisé). Ce résultat est inférieur au taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein de 2005 au niveau national (45 %). Toutefois, l'analyse de cette enquête a montré deux principaux résultats :

- trois marqueurs de suivi gynécologique sont liés à la réalisation d'un dépistage du cancer du sein tous les deux ans : la consultation chez un gynécologue, le traitement hormonal substitutif de la ménopause et la réalisation d'un frottis cervico-utérin dans les trois ans ;
- une stabilité de la pratique entre 50 et 69 ans, mais une baisse après 70 ans.

---

## Bibliographie

- [1] Trétarre B.  
**Sein.**  
In : Remontet L., Buemi A., Velten M., Jouglà E., Estève J. (eds). **Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000.**  
Paris : Actis, 2003 : 99-105.
- [2] Miki Y., Swensen J., Shattuck-Eidens D., *et al.*  
**A strong candidate for the breast and ovarian cancer susceptibility gene BRCA1.**  
*Science* 1994; 266(5182) : 66-71.
- [3] Wooster R., Bignell G., Lancaster J., *et al.*  
**Identification of the breast cancer susceptibility gene BRCA2.**  
*Nature* 1995; 378(6559) : 789-92.
- [4] Colditz G.A., Willett W.C., Hunter D.J., *et al.*  
**Family history, age, and risk of breast cancer. Prospective data from the Nurses'Health Study.**  
*JAMA* 1993; 270(3) : 338-43.
- [5] Longnecker M.P., Newcomb P.A., Mittendorf R., *et al.*  
**Risk of breast cancer in relation to lifetime alcohol consumption.**  
*J. Natl Cancer Inst.* 1995; 87(12) : 923-9.
- [6] Miller A.B., Howe G.R., Sherman G.J., *et al.*  
**Mortality from breast cancer after irradiation during fluoroscopic examinations in patients being treated for tuberculosis.**  
*N. Engl. J. Med.* 1989; 321(19) : 1285-9.
- [7] Bowman J.A., Redman S., Dickinson J.A., Gibberd R., Sanson-Fisher R.W.  
**The accuracy of Pap smear utilization self-report: a methodological consideration in cervical screening research.**  
*Health Serv. Res.* 1991; 26 (1) : 97-107.
- [8] Degnan D., Harris R., Ranney J., Quade D., Earp J.A., Gonzalez J.  
**Measuring the use of mammography: two methods compared.**  
*Am. J. Public Health* 1992; 82 (10) : 1386-8.
-

# L'essentiel

Une très grande majorité de femmes de 20 à 65 ans interrogées sur la pratique du frottis cervico-utérin déclare en avoir effectué au moins un au cours de leur vie. Près de 80 % déclarent l'avoir effectué au cours des trois dernières années. Ces frottis sont effectués près de neuf fois

sur dix chez un gynécologue. Neuf fois sur dix également, ce frottis s'inscrit dans le cadre d'un « suivi régulier ». En analyse multivariée, ce sont essentiellement les facteurs sociodémographiques comme l'âge, la vie en couple, l'activité professionnelle et les facteurs de recours

et d'accès aux soins que constituent une mutuelle santé complémentaire ou un suivi chez un gynécologue qui apparaissent liés à la réalisation d'un frottis cervico-utérin dans les trois dernières années.



# Dépistage du cancer du col de l'utérus

NICOLAS DUPORT  
JULIETTE BLOCH

## CONTEXTE

### ÉPIDÉMIOLOGIE

En France, en 2000, le cancer du col de l'utérus se situait au huitième rang de l'ensemble des nouveaux cas de cancers chez la femme (3 387 nouveaux cas estimés). La répartition par âge de l'incidence du cancer invasif du col utérin montrait une fréquence croissante à partir de l'âge de 20 ans, avec un pic chez les femmes de 40 ans (20 cas pour 100 000 femmes), suivi d'une diminution jusqu'à 50 ans, puis d'une stabilisation jusqu'aux âges les plus élevés (17 cas pour 100 000 femmes). En termes de mortalité, le cancer du col de l'utérus était, en 2000, au quinzième rang des décès par cancer chez la femme (1 004 décès estimés) [1].

L'incidence du cancer du col de l'utérus n'a cessé de diminuer entre 1980 et 2000, avec un taux annuel moyen d'évolution de 2,88 %. Dans le même temps, la mortalité a diminué de 4,44 % par an. Actuellement

l'incidence du cancer du col de l'utérus est stable [1, 2].

L'association causale entre l'infection persistante par un papillomavirus humain (HPV) de type oncogène et l'apparition d'un cancer du col de l'utérus a été entérinée par l'*International Agency for Research on Cancer* (Iarc) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [3]. Il existe quarante types de papillomavirus humains infectant la sphère génitale, qui peuvent être classés soit en HPV à faible risque, soit en HPV à haut risque responsables de l'apparition de dysplasies et de cancers invasifs. C'est le cas en particulier des types 16 et 18, classés comme agents carcinogènes avérés [3], responsables à eux seuls de plus de 70 % des cancers du col de l'utérus en France.

D'autres facteurs sont incriminés dans le développement du cancer du col de l'utérus et sont liés à l'activité sexuelle : âge précoce des premiers rapports sexuels, nombre élevé de partenaires sexuels, multiparité

(avoir mis au monde plusieurs enfants), contraception orale, IST (en particulier à *Chlamydia trachomatis* ou à *Herpes simplex virus* de type 2). Le tabagisme semble également impliqué [3, 4].

## DÉPISTAGE

En France, le dépistage des lésions cancéreuses et précancéreuses du col utérin repose sur un examen cytologique : le frottis cervico-utérin (FCU). Il est actuellement recommandé chez les femmes de 25 à 65 ans (20 à 65 ans dans les Dom), à un rythme triennal après deux frottis consécutifs négatifs à un an d'intervalle [5-7].

Le dépistage individuel spontané est largement répandu. En 2000, le nombre de

frottis réalisés (hors activité hospitalière) était de 5 400 000. Rapportée à trois ans, cette activité représente près de 16 millions de frottis (hors activité hospitalière) pour une population cible de près de 17 millions de femmes.

Un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus existe en France dans quatre départements. Le Bas-Rhin, l'Isère et la Martinique l'ont mis en place au début des années 1990; le Haut-Rhin l'a débuté en 2001. Ces programmes sont des initiatives locales et n'ont pas été construits à partir d'un cahier des charges commun [8-13]. Il existait un programme de dépistage du cancer du col de l'utérus dans le Doubs mis en place au début des années 1990 et arrêté depuis 2004.

## RÉSULTATS

Sur les 4 046 personnes<sup>1</sup> que compte le Baromètre cancer 2005, 2 057 étaient des femmes de 20 ans ou plus, ayant répondu à la question sur la pratique du frottis cervico-utérin et n'étant pas suivies pour un cancer; parmi elles, 1 688 femmes avaient de 20 à 65 ans, tranche d'âge ciblée par ce dépistage, et 369 plus de 65 ans.

Parmi les 2 057 femmes âgées de 20 ans ou plus, 92,4 % ont déclaré avoir pratiqué au moins un frottis cervico-utérin au cours de leur vie et 70,8 % au cours des trois dernières années, ces taux étant respectivement de 94,2 % et 79,7 % dans la tranche d'âge 20-65 ans. Les pourcentages les plus bas sont observés avant 25 ans et après 55 ans [figure 1].

Globalement, la pratique du frottis cervico-utérin est inférieure à celle observée en 2000. Cette baisse s'observe essentiellement chez les femmes de moins de 40 ans [figure 2].

Il est à noter que les résultats présentés ci-dessous ne donnent pas des liens de causalité entre une variable et le fait d'effectuer

un frottis cervico-utérin au cours des trois dernières années, mais permettent de mieux connaître les catégories sociales et comportementales associées à la réalisation de ce test de dépistage.

Pour les femmes de 20 à 65 ans, plusieurs caractéristiques, regroupées en quatre thèmes, sont liées à la pratique du frottis cervico-utérin dans les trois ans [tableau 1].

Les caractéristiques explorées en analyse univariée, qui ne sont pas liées à la réalisation d'un frottis dans les trois dernières années (non présentées), sont : résider ou non dans une commune rurale, avoir consulté un médecin généraliste au cours des douze derniers mois, avoir la CMU, fumer, consommer de l'alcool, consommer quotidiennement des fruits et légumes, avoir une activité physique quotidienne, avoir déjà réalisé un auto-examen de la peau

1. Les effectifs présentés sont ceux de l'échantillon. En revanche, les pourcentages et les résultats de régression logistique sont redressés.

FIGURE 1

**Déclaration de pratique du frottis cervico-utérin dans les trois dernières années, selon l'âge**

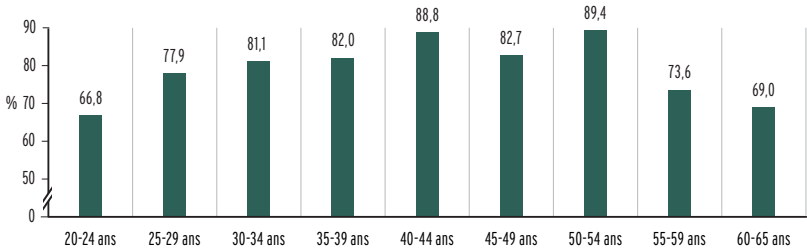


FIGURE 2

**Évolution 2000-2005 de la proportion de femmes déclarant avoir effectué un frottis cervico-utérin dans les trois ans, selon la tranche d'âge**

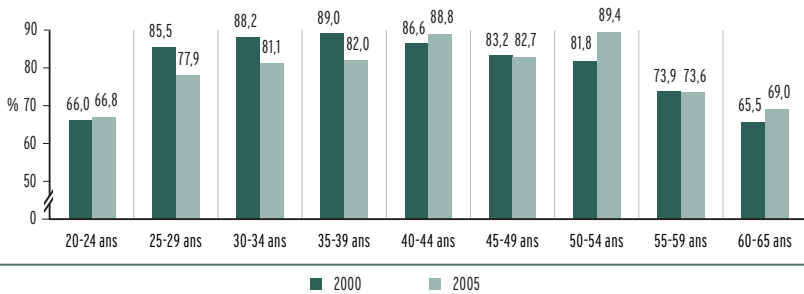


TABLEAU I

**Caractéristiques des femmes âgées de 20 à 65 ans ayant réalisé un frottis cervico-utérin dans les trois ans (n=1688) : analyses univariées et multivariées**

	Réalisation d'un frottis dans les trois ans	OR ajusté <sup>1</sup>	IC à 95 %
<b>Profil sociodémographique</b>			
<b>Âge</b>			
20-24 ans (n=136)	66,8 %	1	—
25-29 ans (n=157)	77,9 %		
30-34 ans (n=244)	81,1 %		
35-39 ans (n=263)	82,0 %	1,6**	1,2–2,3
40-44 ans (n=224)	88,8 %		
45-49 ans (n=154)	82,7 %		
50-54 ans (n=165)	89,4 %	1,3	0,9–1,8
55-59 ans (n=201)	73,6 %		
60-65 ans (n=144)	69,0 %***		

<b>Vie en couple</b>			
Non (n=280)	37,7 %	1	–
Oui (n=1403)	88,2 %***	2,3***	1,8–3,1
<b>Diplôme le plus élevé</b>			
Inférieur au bac (n=704)	76,8 %	1	–
Bac ou niveau bac (n=335)	81,4 %	1,6*	1,1–2,3
Supérieur au bac (n=646)	82,9 %*	1,6**	1,2–2,2
<b>Activité professionnelle</b>			
Autres (n=593)	73,1 %	1	–
Active occupée (n=1095)	83,8 %***	1,5**	1,1–2,2
<b>Revenus mensuels nets du ménage par unité de consommation</b>			
Moins de 900 € (n=461)	73,5 %	NS	
De 900 à moins de 1500 € (n=573)	83,8 %		
Au moins 1500 € (n=445)	85,8 %***		
<b>Recours et accès aux soins</b>			
<b>Mutuelle complémentaire</b>			
Non (n=90)	56,1 %	1	–
Oui (n=1597)	81,5 %***	2,5**	1,5–4,2
<b>Consultation chez un gynécologue</b>			
Non (n=280)	37,7 %	Non testé	
Oui (n=1403)	88,2 %***		
<b>Statut ménopausique</b>			
Non ménopausée (n=1205)	81,8 %	NS	
Ménopausée sans traitement substitutif (n=372)	73,7 %		
Ménopausée sous traitement substitutif (n=107)	80,9 %**		
<b>Conduites de prévention et de dépistage</b>			
<b>Dépistage du cancer du sein</b>			
Mammographie de moins de deux ans (n=576)	88,5 %	NS	
Mammographie de plus de deux ans ou pas de frottis (n=311)	71,0 %***		
<b>Relations à la santé et au cancer</b>			
<b>Antécédents de cancer chez un proche</b>			
Oui (n=1116)	82,0 %	NS	
Non (n=571)	76,6 %*		
<b>Santé perçue</b>			
Bonne, très bonne ou excellente (n=1526)	81,2 %	NS	
Médiocre ou mauvaise (n=162)	69,0 %***		

\* : p<0,05; \*\* : p<0,01; \*\*\* : p<0,001.

1. Ajusté sur les variables du tableau. NS : non significatif en analyse multivariée.

à la recherche d'anomalies, utiliser une ou plusieurs méthodes de protection solaire lors d'une journée ensoleillée, penser être à risque accru de cancer du col de l'utérus, avoir peur du cancer ou avoir un proche atteint de cancer.

L'analyse multivariée a pris en compte toutes les variables significatives en analyse univariée [tableau I], à l'exception de la variable « consultation chez un gynéco-

logue », étant donné que le frottis est massivement réalisé chez le gynécologue ; 88 % des femmes consultant un gynécologue ont réalisé un frottis en trois ans.

Dans le modèle final d'analyse multivariée [tableau I], les seules caractéristiques significativement liées à la pratique du frottis dans les trois ans sont le fait d'être âgée de 35 à 49 ans, de vivre en couple, d'avoir un niveau d'études supérieur ou égal au bacca-

lauréat, d'avoir une activité professionnelle ou de bénéficier d'une mutuelle de santé complémentaire.

Parmi les femmes ayant pratiqué un frottis cervico-utérin dans les trois ans, elles sont 40 % à trouver cet examen «*plutôt*» ou «*tout à fait*» gênant à passer, 16 % à le trouver «*plutôt*» ou «*tout à fait*» dangereux pour la santé, et 12 % à le trouver «*plutôt*» ou «*tout à fait*» douloureux. Parmi celles n'ayant pas pratiqué de frottis en trois ans, elles sont 61 % à trouver cet examen «*plutôt*» ou «*tout à fait*» gênant à passer, 28 % à le trouver «*plutôt*» ou «*tout à fait*» douloureux et 19 % à le trouver «*plutôt*» ou «*tout à fait*» dangereux pour la santé. Ces variables de perception du frottis cervico-utérin sont liées à la pratique de cet examen [tableau II].

Parmi les femmes de 20 à 65 ans ayant déclaré avoir effectué un frottis récemment, la grande majorité d'entre elles l'ont effectué chez le gynécologue (88 %) et dans le cadre d'un suivi régulier (87 %) [tableau III].

La raison principale pour laquelle elles n'ont pas effectué de frottis cervico-utérin a été demandée aux 98 femmes qui n'en ont jamais fait et aux 244 qui l'ont fait il y a plus de trois ans [tableau III]. Les deux principales raisons invoquées, que les femmes aient déjà effectué un frottis ou non, sont le fait de n'avoir pas pris le temps (27 %) ou de n'avoir aucun symptôme (17 %). Deux autres raisons sont invoquées : le fait de penser ne pas être concernées par le frottis à leur âge (18 %) chez les femmes qui n'ont jamais effectué de frottis, alors qu'il s'agit majoritairement de femmes âgées de 20 à 34 ans, ou de ne plus aller chez le gynécologue (16 %) chez les femmes qui n'ont pas effectué de frottis dans les trois ans.

Parmi les femmes suivies par un gynécologue et qui déclarent ne pas avoir effectué un frottis en trois ans, les principales raisons sont une absence de symptômes (27 %), le fait de ne pas avoir pris le temps (17 %) ou parce que le médecin habituel ne le fait pas (10 %).

**TABLEAU II**

**Comparaison de l'absence de réalisation d'un frottis cervico-utérin dans les trois ans, selon la perception qu'ont les femmes de 20 à 65 ans de cet examen**

	Absence de réalisation d'un frottis dans les trois ans
<b>Examen douloureux</b>	
Tout à fait (n=86)	36,4 %
Plutôt (n=180)	33,7 %
Plutôt pas (n=373)	17,9 %
Pas du tout d'accord (n=1032)	15,3 %***
<b>Examen gênant à passer</b>	
Tout à fait (n=376)	30,5 %
Plutôt (n=366)	23,6 %
Plutôt pas (n=308)	17,8 %
Pas du tout d'accord (n=633)	11,8 %***
<b>Examen sans danger pour la santé</b>	
Tout à fait (n=1265)	17,8 %
Plutôt (n=124)	30,1 %
Plutôt pas (n=91)	22,6 %
Pas du tout d'accord (n=185)	22,2 %***

\*\*\* : p<0,001.

TABLEAU III

**Exploration des raisons de réalisation et de non-réalisation du frottis cervico-utérin chez les femmes de 20 à 65 ans**

	Effectif	Pourcentage <sup>1</sup>
<b>Femmes ayant réalisé un frottis dans les trois ans (n=1 346 dont 198 VM<sup>2</sup>)</b>		
<b>Lieu de réalisation du frottis</b>		
Chez votre gynécologue	1 006	87,8
Chez votre généraliste	96	8,4
Dans un laboratoire d'analyses médicales	24	2,1
Dans un centre de planning familial	2	0,1
Dans un centre d'examen de santé	3	0,3
Dans un hôpital	16	1,2
Dans un autre endroit	1	-
<b>Raison principale pour laquelle le frottis a été effectué</b>		
Une personne de votre famille a eu un cancer du col utérin	11	9,3
Une amie ou une collègue a eu un cancer du col utérin	2	1,6
Vous avez ressenti des symptômes	33	2,9
C'est dans le cadre d'un suivi régulier	984	86,8
À l'occasion d'une visite de contraception	79	6,3
Vous avez été sensibilisée par une campagne d'information, une émission ou la lecture d'un article	8	0,5
Pour une autre raison	31	2,4
<b>Femmes n'ayant pas réalisé un frottis dans les trois ans (n=342)</b>		
<b>Raison principale pour laquelle le frottis n'a jamais été effectué au cours de la vie (n=98)</b>		
Vous n'avez aucun symptôme	21	21,6
À votre âge cela ne vous concerne pas	16	17,8
Vous n'avez pas pris le temps	24	23,1
C'est trop cher	1	1,5
Vous n'allez plus chez le gynécologue	9	8,5
Votre médecin habituel ne les fait pas	6	5,9
Vous pensez que ça ne sert à rien	2	1,1
Pour une autre raison/NSP	19	17,5
<b>Raison principale pour laquelle le dernier frottis a été effectué il y a plus de trois ans (n=244)</b>		
Vous n'avez aucun symptôme	37	15,2
À votre âge cela ne vous concerne pas	11	4,0
Vous n'avez pas pris le temps	69	30,2
C'est trop cher	3	1,4
Vous n'allez plus chez le gynécologue	41	15,9
Votre médecin habituel ne les fait pas	17	6,9
Vous pensez que ça ne sert à rien	8	2,5
Pour une autre raison	58	23,3

1. Pourcentage pondéré et redressé.

2. VM=valeurs manquantes créées par la question qui ne s'adressait qu'aux femmes ayant réalisé un frottis dans les deux dernières années plutôt que dans les trois dernières années.

## DISCUSSION

En 2005, 94,2 % des femmes de 20 à 65 ans ont déclaré avoir réalisé un frottis cervico-utérin au cours de leur vie, ce qui montre que cet acte est largement connu par les femmes. La proportion de celles ayant eu un frottis cervico-utérin dans les trois ans, selon les recommandations de l'Anaes, était de 71,6 %, alors qu'elle était de 80,1 % en 2000. Cette baisse porte seulement sur la tranche d'âge de 25 à 39 ans en 2005 par rapport à ce qui était déclaré dans le Baromètre santé 2000. Le Baromètre santé 2005 a également objectivé cette baisse.

En revanche, le plus faible taux de pratique du frottis observé après 55 ans est retrouvé avec des pourcentages très proches de ceux observés cinq ans plus tôt dans le Baromètre santé 2000. Cette chute, également observée dans la littérature internationale, est parallèle en France à une chute des consultations gynécologiques après la ménopause.

Il semblerait que la pratique du frottis cervico-utérin soit surestimée dans des études déclaratives comme les baromètres. En effet, en 2000, les données provenant de l'Échantillon permanent des assurés sociaux (Epas) de l'Assurance Maladie montraient que seulement 60 % des femmes avaient eu un remboursement pour un frottis en trois ans [14] contre 80 % qui déclaraient,

dans le Baromètre santé 2000, avoir réalisé un frottis dans les trois ans.

Cette analyse a montré que, quel que soit l'âge, le fait d'avoir eu au moins une consultation chez un gynécologue dans les deux ans est lié fortement à la réalisation d'un frottis cervico-utérin dans les trois ans. Cependant, parmi les femmes suivies par un gynécologue et n'ayant pas réalisé un frottis, beaucoup semblent ignorer que le frottis est un examen réalisé en routine par le gynécologue en l'absence de symptômes.

Quel que soit l'âge, vivre en couple est lié à la réalisation d'un frottis cervico-utérin dans les trois ans. La vie en couple étant associée à l'activité sexuelle et à la contraception, cette variable est un indicateur indirect d'incitation à la consultation gynécologique (par le gynécologue, le médecin généraliste, le planning familial, etc.).

L'élément déterminant de la pratique du frottis est le contact avec le gynécologue. En dehors de cet élément majeur, certains facteurs sociodémographiques sont liés à la pratique du frottis, comme le niveau d'études, l'activité professionnelle ou le fait de posséder une mutuelle de santé complémentaire. Les campagnes d'information pourraient ainsi renforcer la communication sur le frottis, notamment envers les femmes ménopausées ainsi qu'en l'absence de tout symptôme.

## Bibliographie

- [1] Remontet L., Buemi A., Velten M., Jougla E., Estève J. *Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000*. Paris : Actis, 2003.
- [2] Weidman C., Schaffer P., Hedelin G., et al. *L'incidence du cancer du col de l'utérus régresse régulièrement en France*. *BEH* 1998 ; 5 : 183-5.
- [3] Iarc. *Iarc handbooks of cancer prevention: cervix cancer screening*. Lyon : Iarc Press, 2005.
- [4] Muñoz N., Bosch F.X., Shah K.V., Meheus A. *The epidemiology of human papillomavirus and cervical cancer*. Lyon : Iarc, 1992.

- [5] Anaes.  
**Recommandations pour la pratique clinique : conduite à tenir devant un frottis anormal du col de l'utérus.**  
Paris : Anaes :1998.
- [6] Anaes.  
**Recommandations pour la pratique clinique : conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal. Actualisation 2002.**  
Saint-Denis : Anaes, 2002.
- [7] Anaes.  
**Évaluation de l'intérêt de la recherche des papillomavirus humains (HPV) dans le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.**  
Saint-Denis : Anaes, 2004.
- [8] Fender M., Schott J., Baldauf J.J., *et al.*  
**EVE, une campagne régionale de dépistage du cancer du col de l'utérus. Organisation, résultats à sept ans et perspectives.**  
*Presse Med.* 2003 ; 32 : 1545-51.
- [9] Schaffer P., Sancho-Garnier H., Fender M., *et al.*  
**Cervical cancer screening in France.**  
*Eur. J. Cancer* 2000 ; 36 : 2215-20.
- [10] Gautier C.P., Monnet E., Meslans Y.  
**Campagne de dépistage des cancers du col de l'utérus dans le Doubs : bilan des trois premières années du programme pilote.**  
*Santé Publique* 2000 ; 12 Spec : 37-43.
- [11] Garnier A., Exbrayat C., Marron J., Seigneurin D., Winckel P., Bolla M.  
**Programme de dépistage simultané du cancer du sein, du col utérin, et côlon-rectum destiné aux femmes de 50 à 69 ans en Isère.**  
*Santé Publique* 2000 ; 12 Spec : 59-69.
- [12] Briollais L., Feyler A., Ossono M., *et al.*  
**Dispositifs d'évaluation d'une campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus : réflexions à partir de l'expérience martiniquaise.**  
*Santé Publique* 2000 ; 12 Spec : 21-35.
- [13] Baudier F., Schapman S., Giordanella J.P.  
**Les recommandations des sites expérimentaux pour la mise en œuvre du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.**  
*Santé Publique* 2000 ; 12 Spec : 71-88.
- [14] Rousseau A., Bohet P., Merliere J., Treppoz H., Heules-Bernin B., Ancelle-Park R.  
**Évaluation du dépistage organisé et du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus : utilité des données de l'Assurance Maladie.**  
*BEH* 2002 ; 19 : 81-3.



# L'essentiel

En 2005, une personne sur trois âgée de 50 à 74 ans a déjà effectué un test de dépistage de sang occulte dans les selles (TDSOS) au cours de sa vie. La pratique de ce test au cours de la vie est deux fois plus fréquente dans les départements où le programme organisé est mis en place. Les caractéristiques des personnes qui font le

test ne sont pas les mêmes dans les départements avec et sans dépistage organisé. Douze personnes sur cent ont réalisé une coloscopie seule au cours de leur vie et la pratique ne diffère pas selon l'existence ou non d'un programme de dépistage organisé du cancer colorectal. La coloscopie s'avère plus fréquente chez les

personnes qui se pensent à risque de cancer, pour lesquelles elle est effectivement recommandée. Un nombre élevé de consultations auprès du médecin généraliste et le fait d'avoir une mutuelle de santé complémentaire sont également liés à la pratique de la coloscopie d'emblée.

# Le dépistage du cancer colorectal

HÉLÈNE GOULARD  
JULIETTE BLOCH

## CONTEXTE

### ÉPIDÉMIOLOGIE

Avec 36 000 nouveaux cas de cancer colorectal diagnostiqués en France en 2000, soit une incidence de 40 pour 100 000 chez l'homme et de 27 pour 100 000 chez la femme, le cancer colorectal se situe, par sa fréquence, au troisième rang des cancers chez l'homme et au deuxième chez la femme. L'incidence de ce cancer est similaire pour l'homme et la femme jusqu'à 65 ans, puis devient plus fréquente chez l'homme. En 2000, la mortalité était de 18 pour 100 000 chez l'homme et 12 pour 100 000 chez la femme, soit 16 000 décès [1]. C'est en France que la survie relative à un an après un cancer colorectal est la plus élevée de tous les pays européens [2]. Entre 60 et 80 % des cancers du côlon se développent sur des tumeurs bénignes précancéreuses : les polypes ou adénomes. Le risque de cancer du côlon est plus élevé lorsqu'un cancer a déjà été diagnostiqué dans la famille

proche (parents, fratrie, enfants), surtout si ce cancer est apparu jeune [3]. La responsabilité de l'environnement et notamment de l'alimentation dans le développement d'un cancer colorectal est bien établie. Quant au rôle d'un facteur génétique, il est évoqué pour 1 à 5 % de ces cancers [3].

### DÉPISTAGE

Les essais randomisés réalisés en population générale ont montré une diminution de 15 à 20 % de la mortalité par cancer colorectal par la pratique du test de dépistage de sang occulte dans les selles (TDSOS) réalisé tous les deux ans de 50 à 74 ans [4-7]. Ce test s'adresse aux personnes à risque faible. À l'heure actuelle, en France, le programme pilote de dépistage organisé mis en place dans vingt-trois départements propose un test de détection de sang occulte dans les selles (Hémocult®) tous les deux ans

aux personnes âgées de 50 à 74 ans, selon les recommandations de la conférence de consensus de 1998, renouvelées en 2005 [3, 8]. En cas de test positif, une coloscopie est proposée. Les personnes ayant une pathologie digestive, des antécédents personnels d'adénomes colorectaux ou un parent atteint d'un cancer colorectal avant 65 ans ou au moins deux parents du 1<sup>er</sup> degré atteints se trouvent à risque plus élevé de cancer

colorectal [8]. Elles doivent se voir proposer la réalisation d'une coloscopie d'emblée. La généralisation du programme de dépistage organisé à l'ensemble de la France en 2007 a été décidée par le ministre de la Santé en 2005. Il est à noter que la réalisation d'une coloscopie, si elle est normale et quelle qu'en soit la raison (saignements, douleurs, etc.), dispense de la réalisation du dépistage du cancer colorectal pendant cinq à dix ans.

## RÉSULTATS

L'analyse a été réalisée chez les personnes de 50 à 74 ans, classes d'âge où le dépistage organisé est recommandé. Les personnes ont répondu aux questions suivantes : « Avez-vous déjà bénéficié d'un dépistage du cancer du côlon et du rectum (ou cancer de l'intestin) par recherche de sang dans les selles (test Hémocult®) ? » et « Avez-vous déjà bénéficié d'un dépistage du cancer du côlon et du rectum par coloscopie ? ». Pratiquement une personne sur deux (45 %) a réalisé, au moins une fois dans sa vie, un TDSOS ou une coloscopie, ou les deux [figure 1].

Le pourcentage de personnes qui ont eu un test, une coloscopie ou les deux examens augmente avec l'âge [figure 2]. Le pourcentage de personnes ayant pratiqué un TDSOS est le plus élevé parmi les 60 à 64 ans

FIGURE 1

### Pratique du TDSOS et de la coloscopie au cours de la vie chez les personnes de 50 à 74 ans

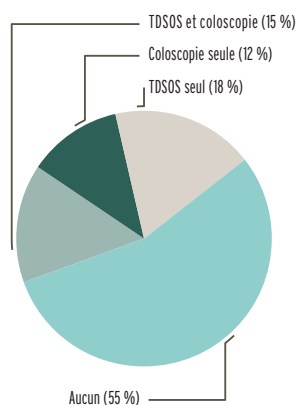
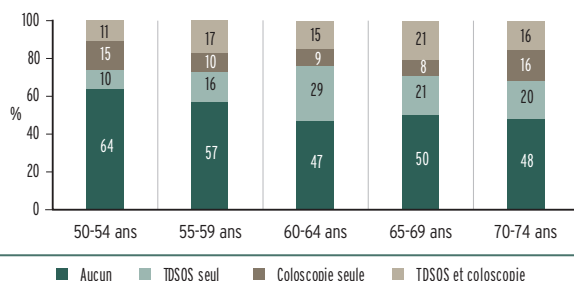


FIGURE 2

### Pratique du TDSOS et de la coloscopie au cours de la vie, selon l'âge



(44 %). Après 65 ans, ce pourcentage diminue progressivement et atteint 36 % chez les 70-74 ans.

Un plus grand nombre d'examen (TDSOS, coloscopie ou les deux) sont pratiqués dans les départements où un dépistage organisé du cancer colorectal existe (57 % vs 40 %) [figure 3]. Dans les départements où il existe un dépistage organisé, 46 % des personnes ont eu un TDSOS ou une coloscopie au cours

de leur vie, alors qu'elles sont 27 % dans les autres départements sans programme pilote. Dans les départements avec un dépistage organisé, 28 % des personnes ont réalisé le test TDSOS seul, alors qu'elles sont 13 % dans les départements sans programme.

Les facteurs qui sont liés à la pratique du test sont : l'âge supérieur à 55 ans, le fait de vivre en couple, le fait de se faire vacciner contre la grippe [tableau 1]. Penser être à

FIGURE 3

Pratique du TDSOS selon les départements avec ou sans dépistage organisé

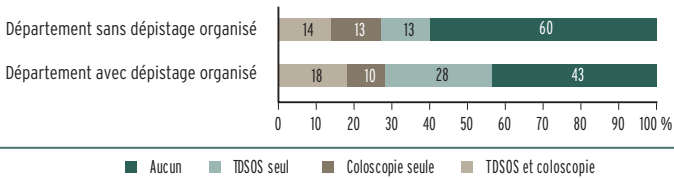


TABLEAU 1

Caractéristiques des personnes de 50-74 ans ayant eu un test TDSOS dans les départements avec dépistage organisé (n=358)

	Recours dans la vie au TDSOS (n=1 224)	OR ajusté <sup>1</sup>	IC à 95 %
<b>Âge</b>			
50-54 ans (n=82)	34 %	1,0	
55-64 ans (n=163)	50 %	1,9*	1,0-3,5
65 ans et plus (n=113)	53 %*	2,0*	1,0-4,2
<b>Revenus par unité de consommation</b>			
Moins de 1000 € (n=83)	48 %	1,0	
Plus de 1000 € (n=211)	50 %	1,1	0,6-1,9
Refus, NSP (n=64)	33 %	0,5	0,2-1,1
<b>Vie en couple</b>			
Non (n=117)	37 %	1,0	
Oui (n=241)	49 %*	2,0*	1,2-3,4
<b>Se fait vacciner contre la grippe</b>			
Non (n=235)	41 %	1,0	
Oui (n=123)	58 %**	1,8*	1,1-3,1
<b>Risque perçu de cancer colorectal</b>			
Moyenne ou inférieur ou NSP (n=191)	53 %**	1,0	
Supérieur à la moyenne (n=167)	36 %	0,5*	0,3-0,9

\* : p<0,05; \*\* : p<0,01.

1. Ajusté sur les variables du tableau - les variables à 10 % de significativité ont été testées dans le modèle.

risque supérieur à la moyenne diminue la pratique du TDSOS. D'autres caractéristiques comme le niveau d'études, le fait d'être un homme ou une femme n'influencent pas la pratique du TDSOS dans les départements pilotes.

L'analyse multivariée montre que le fait d'être un homme, d'avoir plus de 55 ans ainsi qu'un revenu plus élevé, d'être vacciné contre la grippe et d'avoir consulté son médecin généraliste au moins une fois dans l'année sont liés à la pratique du test [tableau II].

Parmi les 33 % de personnes de 50 à 74 ans ayant réalisé le test au moins une

fois, 44 % ont été sollicitées dans le cadre d'une campagne, 31 % l'ont fait parce que le médecin l'a proposé, 10 % en ont fait la demande auprès de leur médecin [figure 4].

Trente personnes sur cent ont été amenées à faire le test parce qu'elles ont été sensibilisées par une campagne d'information, une émission ou la lecture d'un article, 29 % parce qu'elles font l'objet d'un suivi médical régulier, 19 % parce qu'elles ont ressenti des symptômes et 12 % ne précisent pas la raison. Enfin, 10 % ont fait le test parce qu'elles ont un parent, un proche, ou ami

TABLEAU II

### Caractéristiques des personnes de 50-74 ans ayant eu un TDSOS dans les départements sans dépistage organisé (n=866)

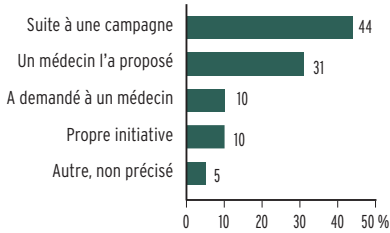
	Recours dans la vie au TDSOS (n=1 224)	OR ajusté <sup>1</sup>	IC à 95 %
<b>Âge</b>			
50-54 ans (n=216)	15 %	1,0	
55-64 ans (n=392)	32 %	2,6***	1,6-4,3
65 ans et plus (n=258)	33 %***	2,4**	1,4-4,3
<b>Sexe</b>			
Femmes (n=526)	23 %	1,0	
Hommes (n=340)	31 %**	1,6**	1,1-2,3
<b>Niveau d'études</b>			
Aucun diplôme (n=91)	20 %	1,0	
Inférieur au bac (n=469)	25 %	1,5	0,8-2,8
Bac et plus (n=292)	32 %*	1,8	0,9-3,6
<b>Revenu par unité de consommation</b>			
Moins de 1000 € (n=221)	20 %	1,0	
Plus de 1000 € (n=495)	32 %*	1,8*	1,1-2,9
Refus, NSP (n=150)	21 %	1,0	0,6-1,9
<b>Nombre de consultations par an</b>			
0 (n=119)	15 %	1,0	
1 (n=153)	27 %	2,1*	1,1-4,1
2 et plus (n=594)	29 %*	2,1*	1,1-3,8
<b>Se fait vacciner contre la grippe</b>			
Non (n=567)	22 %	1,0	
Oui (n=299)	37 %**	1,8**	1,2-2,7
<b>Antécédent de cancer proche</b>			
Non (n=753)	25 %	1,0	
Oui (n=113)	37 %*	1,6	0,9-2,6

\* : p<0,05; \*\* : p<0,01; \*\*\* : p<0,001.

1. Ajusté sur les variables du tableau - les variables à 10 % de significativité ont été testées dans le modèle.

FIGURE 4

## Cadre de la pratique du TDSOS



ou collègue atteint d'un cancer colorectal [figure 5].

Aucun lien n'est mis en évidence entre la pratique d'une coloscopie et le fait de résider dans un département avec dépistage organisé, d'être un homme ou une femme, de vivre en couple ou non, d'avoir des niveaux de revenus ou de diplôme différents. En revanche, la pratique d'une coloscopie d'emblée est liée au fait d'avoir une mutuelle de santé complémentaire, d'avoir consulté plus d'une fois son médecin, au fait de se percevoir à risque de cancer plus élevé que pour la moyenne de la population [tableau III].

FIGURE 5

## Raisons déclarées de réalisation du premier test

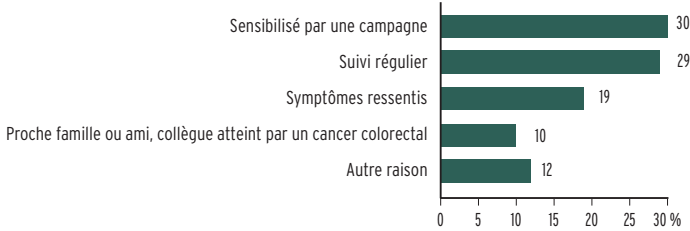


TABLEAU III

## Profil des personnes ayant eu une coloscopie d'emblée chez les 50-74 ans (n=817)

	Recours dans la vie à la coloscopie	OR ajusté <sup>1</sup>	IC à 95 %
<b>Âge</b>			
50-54 ans (n=237)	19 %		
55-59 ans (n=220)	16 %	-	-
60-64 ans (n=129)	16 %		
65-69 ans (n=110)	14 %		
70-74 ans (n=121)	25 %		
<b>Mutuelle de santé complémentaire</b>			
Non (n=53)	5 %	1,0	
Oui (n=764)	19 %**	3,5*	1,2-10,2
<b>Nombre de consultations par an</b>			
0 (n=131)	11 %	1,0	
1 (n=138)	22 %	2,3*	1,0-5,4
2 et plus (n=545)	20 %**	3,4*	1,5-7,3

Parent ou grand-parent atteint d'un cancer colorectal			
Non (n=730)	16 %	1,0	
Oui (n=87)	37 %***	2,4**	1,3-4,6
Proche atteint (tout cancer)			
Non (n=336)	14 %	1,0	
Oui (n=481)	21 %*	1,3	0,8-2,0
Risque perçu de cancer colorectal			
NSP (n=257)	15 %	1,0	
Inférieur à la moyenne (n=229)	16 %	1,2	0,7-2,0
Moyenne (n=275)	19 %*	1,3	0,8-2,1
Supérieur à la moyenne (n=56) ou inférieur ou NSP	36 %**	2,3**	1,1-4,9

\* : p<0,05; \*\* : p<0,01; \*\*\* : p<0,001.

1. Ajusté sur les variables du tableau - les variables à 10 % de significativité ont été testées dans le modèle.

## DISCUSSION

En 2005, 45 % des personnes de 50 à 74 ans ont été dépistées pour un cancer colorectal en pratiquant un TDSOS, une coloscopie ou les deux examens. Une personne sur trois a effectué au moins un TDSOS au cours de la vie. L'existence du programme organisé a un effet sur la pratique du TDSOS, qui est deux fois plus fréquente dans les départements pilotes pour ce dépistage. Les caractéristiques des personnes qui font le test ne sont pas les mêmes selon les départements avec et sans dépistage organisé. Contrairement à ce que l'on observe dans les départements avec dépistage organisé, dans les autres départements, la pratique diffère selon le sexe, le revenu et l'adhésion à une mutuelle de santé complémentaire. Les résultats de l'analyse sont en accord avec la littérature : le fait d'être marié ou de vivre en couple et d'être de niveau de revenu socio-économique élevé est souvent lié à la pratique du test [9]. Les taux de participation sont plus faibles chez les personnes de plus de 70 ans [10, 11]. Les résultats n'ont pas mis en évidence une moindre pratique en milieu rural [11, 12].

Le lien entre pratique du test et vaccination contre la grippe s'explique peut-être

par le contact médical que la vaccination entraîne. Cette étude souligne le rôle fondamental du médecin. En France, après 65 ans, les personnes peuvent disposer du vaccin contre la grippe gratuitement et c'est une occasion de voir leur médecin.

Il est à noter que, parmi les tests de recherche de sang occulte dans les selles réalisés, certains ont pu l'être par d'autres méthodes que l'Hémocult®, en particulier par recherche de sang dans les selles au laboratoire. Par ailleurs, l'absence de questions sur les dates des examens ne permet pas de lier le test et la coloscopie déclarés. Douze personnes sur cent ont réalisé une coloscopie au cours de leur vie et la pratique ne diffère pas selon l'existence ou non d'un programme de dépistage organisé du cancer colorectal. La coloscopie est plus fréquente chez les personnes qui se sentent à risque de cancer, pour lesquelles elle est effectivement recommandée [13]. Parmi les coloscopies réalisées, un certain nombre a été prescrit suite à un TDSOS positif, à l'occasion de saignements inexpliqués, ou d'autres troubles, ou de symptômes intestinaux.

## Bibliographie

- [1] Remontet L., Esteve J., Bouvier A.M., *et al.*  
**Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000.**  
*Rev. Épidemiol. Santé Publique* 2003; 51(1 Pt 1) : 3-30.
- [2] Sant M., Aareleid T., Berrino F., *et al.*  
**Eurocare-3: survival of cancer patients diagnosed 1990-94 – results and commentary.**  
*Ann. Oncol.* 2003; 14 Suppl 5 : v61-118.
- [3] Dorval E.  
**Dépistage du cancer colorectal : état des lieux et perspectives.**  
Paris : Springer 2006 : 220-5.
- [4] Towler B., Irwig L., Glasziou P., Kewenter J., Weller D., Silagy C.  
**A systematic review of the effects of screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, hemoccult.**  
*BMJ* 1998; 317(7158) : 559-65.  
En ligne : <http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint/317/7158/559>  
[Dernière visite le 13/09/06]
- [5] Kronborg O., Jorgensen O.D., Fenger C., Rasmussen M.  
**Randomized study of biennial screening with a faecal occult blood test: results after nine screening rounds.**  
*Scand. J. Gastroenterol.* 2004; 39(9) : 846-51.
- [6] Hardcastle J.D., Chamberlain J.O., Robison M.H., *et al.*  
**Randomised controlled trial of faecal-occult-blood screening for colorectal cancer.**  
*Lancet* 1996; 348(9040) : 1472-7.
- [7] Faivre J., Dancourt V., Lejeune C., *et al.*  
**Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study.**  
*Gastroenterology* 2004; 126(7) : 1674-80.
- [8] Consensus conference.  
**Prevention Screening and Management of the Colonic Cancers.**  
Paris, France, January 29-30, 1998, Proceedings] *Gastroenterol. Clin. Biol.* 1998; 22(3 Suppl) : S1-295.
- [9] Tazi M.A., Faivre J., Dassonville F., Lamour J., Milan C., Durand G.  
**Participation in faecal occult blood screening for colorectal cancer in a well defined French population: results of five screening rounds from 1988 to 1996.**  
*J. Med. Screen.* 1997; 4(3) : 147-51.
- [10] Faivre J., Arveux P., Milan C., Durand G., Lamour J., Bedenne L.  
**Participation in mass screening for colorectal cancer: results of screening and rescreening from the Burgundy study.**  
*Eur. J. Cancer Prev.* 1991; 1(1) : 49-55.
- [11] Herbert C., Launoy G., Thezee Y., *et al.*  
**Participants' characteristics in a French colorectal cancer mass screening campaign.**  
*Prev. Med.* 1995; 24(5) : 498-502.
- [12] Launoy G., Herbert C., Vallee J.P., *et al.*  
**Mass screening for colorectal cancer in France, Experience in 165,000 people in the department of Calvados.**  
*Gastroenterol. Clin. Biol.* 1996; 20(3) : 228-36.
- [13] Desoubeaux N., Herbert C., Launoy G., *et al.*  
**Mass screening of colorectal cancer by general practitioners in France: what is the real target population?**  
*Gastroenterol. Clin. Biol.* 1997; 21(10) : 760-3.



# L'essentiel

En France, en 2005, près d'un homme sur deux âgé de plus de 50 ans (45 %) déclare avoir eu un dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) au cours de sa vie, alors même que ce dosage n'est pas officiellement recommandé par les agences d'évaluation en santé. La pratique augmente régulièrement avec l'âge, pour atteindre pratiquement 60 %

des hommes de 70 à 75 ans. Parmi les hommes âgés de 50 ans ou plus, la pratique du dosage du PSA est plus importante lorsque l'homme vit en couple. S'il n'existe pas de différences significatives quant au niveau d'études et au revenu, en revanche ce dépistage est plus fréquent en milieu urbain ou péri-urbain qu'en milieu rural, lorsque la personne a

consulté son médecin plus souvent dans l'année ou a un proche de sa famille atteint d'un cancer. Dans trois cas sur dix, le dosage est réalisé suite à la demande du patient, principalement des hommes de moins de 65 ans. Parmi les hommes âgés de plus de 75 ans, la demande vient essentiellement du médecin.

# Le dépistage du cancer de la prostate

HÉLÈNE GOULARD  
JULIETTE BLOCH

## CONTEXTE

### ÉPIDÉMIOLOGIE

En France, en 2000, on estimait à 40 000 le nombre de nouveaux cas de cancer de la prostate par an [1]. En Europe, ce sont la Finlande et la Suède qui ont les incidences les plus élevées alors que l'Espagne et le Danemark ont les taux les plus bas, la France se situant au cinquième rang [2-4]. L'incidence augmente avec l'âge et atteint un maximum après 80 ans [1]. Une part de l'augmentation de l'incidence, observée actuellement dans certains pays européens, est due à l'évolution des techniques diagnostiques et notamment à l'antigène spécifique de la prostate PSA. L'âge médian au diagnostic est de 74 ans. Le cancer de la prostate est en général un cancer à évolution lente, dont la survie à cinq ans est de l'ordre de 75 % [1, 3, 5]. Avec 10 000 décès par an, le cancer de la prostate est, en France, la deuxième cause de mortalité par cancer chez l'homme,

après le cancer du poumon. Dans une étude regroupant vingt-quatre pays, une réduction de mortalité par cancer de la prostate a été observée, depuis 1988, dans douze pays développés dont la France [2]. La réduction de mortalité observée est attribuée, d'une part, à l'évolution des techniques thérapeutiques et, d'autre part, au diagnostic plus précoce [5]. Cependant, il n'est pas démontré formellement que la pratique systématique du dosage du PSA soit à l'origine d'une réduction de la mortalité.

L'âge est le principal facteur de risque de cancer de la prostate. Les hommes ayant des parents du premier degré (père ou frère) victimes d'un cancer de la prostate ont plus de risques d'être eux-mêmes atteints [6]. Un régime alimentaire contenant trop de matières grasses pourrait favoriser la survenue de ce cancer [3], mais l'alcool ne semble pas, pour sa part, avoir d'influence [7]. Enfin, la vasectomie, la prise d'hormones androgènes, la

sédentarité et l'obésité sont mis en cause dans la survenue de cette maladie, mais leur rôle reste controversé [6].

## DÉPISTAGE

Le dosage du PSA est à la fois un examen de dépistage et un outil de surveillance dans les pathologies de la prostate. Des sociétés savantes telles que l'*American Cancer Society* et l'Association française d'urologie recommandent que les hommes en bonne santé âgés de 50 à 75 ans, ainsi que les personnes de plus de 45 ans avec un risque familial, aient, chaque année, un dosage du PSA et un toucher

rectal. En revanche, les agences d'évaluation de santé telle que l'Agence nationale d'accréditation en santé (Anaes, Haute Autorité de santé depuis 2004) et l'*International Network of Agencies for Health Technology Assessment*, qui regroupe quinze agences, dont l'Anaes, ne préconisent pas de dépistage systématique. Cependant, la pratique du dépistage individuel par dosage du PSA s'est largement développée. Dans son rapport publié en 2004, l'Anaes suggère d'informer les patients de la possibilité de ce dépistage, notamment les personnes à risque, en expliquant clairement les possibilités thérapeutiques et leurs effets secondaires [8].

## RÉSULTATS

### Pratique du dosage du PSA au cours de la vie

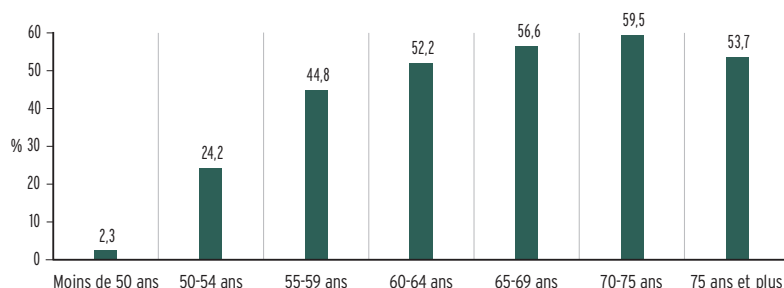
Au sein de l'échantillon, les hommes ont répondu à la question suivante : « *Avez-vous déjà fait un test de dépistage du cancer de la prostate (test PSA) ?* » Un peu plus d'un homme sur six (18,2 %) a répondu affirmativement à cette question. Ce pourcentage est de 2,3 % avant 50 ans et de 45,3 % après 50 ans. La pratique augmente régulièrement avec l'âge, pour atteindre 60 % parmi

les hommes de 70 à 75 ans. La fréquence diminue légèrement après 75 ans [figure 1].

Les facteurs liés à la pratique du dosage du PSA sont l'âge, le fait de vivre en couple, de résider en milieu urbain ou péri-urbain et d'avoir un proche de la famille atteint d'un cancer. En revanche, le dosage du PSA n'est pas plus fréquent lorsque la personne a consulté son médecin plus d'une fois dans l'année que si elle ne l'a pas du tout consulté. L'ensemble des variables — relatives à la santé perçue, la consommation d'alcool, aux comportements

FIGURE 1

#### Dosage du PSA, selon l'âge



de santé positifs tels que la vaccination contre la grippe ou la pratique d'un sport, le suivi médical ou encore les variables socio-économiques —, pour lesquelles un lien pouvait être imaginé avec le dosage du PSA, ne sont pas liées à la pratique du dosage de PSA parmi les hommes âgés d'au moins 50 ans. Il n'y a pas non plus de relation significative avec le niveau d'études ou le revenu [tableau 1].

### Circonstances et raisons du dosage du PSA

Les hommes de plus de 50 ans ayant réalisé au moins une fois dans leur vie un dosage de PSA ont été questionnés sur les circonstances de réalisation du dosage. Près des deux tiers (63 %) ont répondu que le dosage avait été fait à la demande du médecin, 30 % à leur propre initiative et 7 % dans un cadre

non précisé. Avant 65 ans, les patients ont plus souvent fait eux-mêmes la demande. À l'inverse, chez les personnes âgées d'au moins 70 ans, plus des trois quarts des dosages ont été réalisés à l'initiative du médecin, et 78 % parmi les hommes de 75 ans et plus [figure 2].

Les raisons principales de la réalisation du dosage évoquées par les hommes de plus de 50 ans sont avant tout « le suivi médical régulier » (49 %), puis le ressenti de symptômes (23 %). Quatorze personnes sur cent déclarent que la raison principale du dosage est le fait d'avoir été sensibilisé par une campagne ou par le fait d'avoir un membre de sa famille, ou ami, ou collègue atteint d'un cancer. D'autres raisons non précisées sont exprimées par 14 % des hommes. Les raisons invoquées varient selon que le dosage du PSA est réalisé à la demande du patient ou du médecin [figure 3].

TABLEAU 1

#### Caractéristiques des hommes ayant eu un dosage du PSA au cours de leur vie chez les personnes de 50 ans et plus (n=559)

	Recours au dosage du PSA au cours de la vie	OR ajusté <sup>1</sup>	IC à 95 %
<b>Âge</b>			
50-54 ans (n=130)	24 %	1,0	
55-59 ans (n=127)	45 %**	2,5**	1,4-4,7
60-69 ans (n=164)	54 %***	3,6***	2,0-6,4
70 ans et plus (n=138)	56 %***	4,1***	2,2-7,6
<b>Milieu de résidence</b>			
Non urbain (n=188)	36 %	1,0	
Pôle urbain (n=371)	49 %**	1,7*	1,1-2,6
<b>Vie en couple</b>			
Non (n=134)	36 %	1,0	
Oui (n=425)	47 %*	1,9*	1,1-2,9
<b>Famille atteinte par un cancer (toutes localisations)</b>			
Non (n=234)	40 %	1,0	
Oui (n=325)	50 %*	1,6*	1,1-2,4
<b>Nombre annuel de consultations</b>			
0 par an (n=89)	29 %	1,0	
1 par an (n=94)	43 %**	1,4	0,6-2,8
2 et plus (n=376)	50 %**	1,8	0,9-3,2

\* : p<0,05; \*\* : p<0,01; \*\*\* : p<0,001.

1. Ajusté sur les variables du tableau - les variables à 10 % de significativité ont été testées dans le modèle.

FIGURE 2

## Circonstances du dosage du PSA, selon l'âge et le type de demande

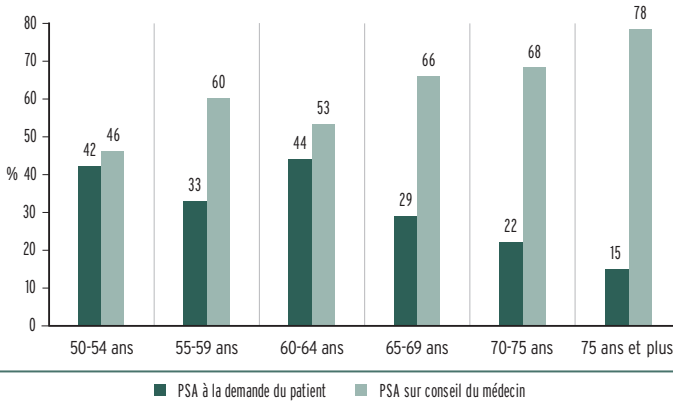
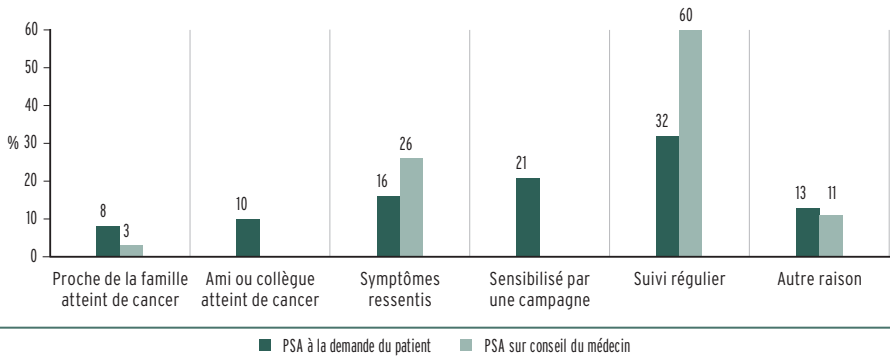


FIGURE 3

## Raisons invoquées du dosage du PSA, selon le type de demande



## DISCUSSION

Les données du Baromètre cancer 2005 montrent que près d'un homme sur deux de plus de 50 ans a déjà fait, au moins une fois dans sa vie, un dosage du PSA. Entre 70 et 75 ans, 60 % des hommes ont déjà eu un dosage du PSA. Dans une étude américaine, en 2000, *National Health Interview Survey* (NHIS), 57 % des hommes de 50 ans et plus déclaraient avoir un dosage du PSA dans leur

vie. Cette pratique était plus importante chez les hommes de 60-79 ans, ceux qui avaient un meilleur accès aux soins et qui avaient, par ailleurs, des attitudes préventives [9]. En France, dans deux tiers des cas, le dosage est pratiqué sur le conseil d'un médecin, et dans un tiers des cas, à la demande du patient. Les hommes qui ont un dosage du PSA sont plus âgés, vivent plus souvent en

couple, en milieu urbain et sont plus souvent touchés dans leur entourage par le cancer. La polémique sur l'intérêt pour le patient du dépistage du cancer de la prostate est toujours d'actualité. À l'heure actuelle, le bénéfice en terme de réduction de mortalité d'un dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage du PSA sérique total n'est pas démontré. Les études qui ont examiné la relation entre dépistage et mortalité par cancer de la prostate ne permettent pas de conclure à une différence significative en faveur du dépistage [4]. Deux grandes études multicentriques sont en cours : l'une

aux États-Unis (PLCO) et l'autre en Europe (ERSPC), à laquelle la France participe [10, 11]. Les résultats définitifs sont attendus pour 2008 et devraient apporter des éléments de réponse sur l'efficacité du dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA. Toutefois, malgré l'absence d'arguments en faveur de son efficacité, le dosage du PSA est largement pratiqué, le plus souvent, d'après nos résultats, à l'initiative des médecins. Les discordances entre les recommandations des sociétés savantes et des agences gouvernementales d'évaluation favorisent ce phénomène.

## Bibliographie

- [1] Remontet L., Esteve J., Bouvier A.M., *et al.*  
**Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000.**  
*Rev. Épidemiol. Santé Publique* 2003 ; 51(1 Pt 1) : 3-30.
- [2] Baade P.D., Coory M.D., Aitken J.F.  
**International trends in prostate-cancer mortality: the decrease is continuing and spreading.**  
*Cancer Causes Control* 2004 ; 15(3) : 237-41.
- [3] Sant M., Aareleid T., Berrino F., *et al.*  
**Eurocare-3: survival of cancer patients diagnosed 1990-94—results and commentary.**  
*Ann. Oncol.* 2003 ; 14 Suppl 5 : v61-118.
- [4] Parkin D.M.  
**Cancer incidence in five continents. Vol VIII.**  
*Iarc* 2002 ; 13(2) : 209-14.
- [5] Chirpaz E., Colonna M., Menegoz F., *et al.*  
**Incidence and mortality trends for prostate cancer in 5 French areas from 1982 to 1996.**  
*Int. J. Cancer* 2002 ; 97(3) : 372-6.
- [6] Fournier G., Valeri A., Mangin P., Cussenot O.  
**Prostate cancer. Epidemiology. Risk factors. Pathology.**  
*Ann. Urol. (Paris)* 2004 ; 38(5) : 187-206.
- [7] Schoonen W.M., Salinas C.A., Kiemeneij L.A., Stanford J.L.  
**Alcohol consumption and risk of prostate cancer in middle-aged men.**  
*Int. J. Cancer* 2005 ; 113(1) : 133-40.
- [8] Anaes.  
**Éléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate.**  
Septembre 2004. Document disponible uniquement en ligne : [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr), rubrique Publications, Les thèmes d'études, Cancérologie.
- [9] Ross L.E., Coates R.J., Breen N., Uhler R.J., Potosky A.L., Blackman D.  
**Prostate-specific antigen test use reported in the 2000 National Health Interview Survey.**  
*Prev. Med.* 2004 ; 38 (6) : 732-44.
- [10] Hayes R.B., Reding D., Kopp W., *et al.*  
**Etiologic and early marker studies in the prostate, lung, colorectal and ovarian (PLCO) cancer screening trial 30.**  
*Control. Clin. Trials* 2000 ; 21 (6 Suppl.) : 349-55.
- [11] Schroder F.H.  
**Detection of prostate cancer: the impact of the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC).**  
*Can. J. Urol.* 2005 ; 12 Suppl 1 : 2-6.

# La pratique du dépistage en France : une situation singulière

JULIETTE BLOCH

Les données du Baromètre cancer 2005 confirment la situation particulière de la France au regard du dépistage des cancers.

Si, avec un taux national de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour la première fois au-dessus de 40 % dans la tranche d'âge 50-74 ans, la France est loin du taux de 70 % recommandé en Europe, cette enquête conforte les données de l'Assurance Maladie. En effet, le taux de 70 % est presque atteint dans la tranche d'âge 50-74 ans lorsque l'on considère aussi bien le dépistage organisé que le dépistage individuel. Ce dernier reste encore très fréquent, bien que ne bénéficiant pas des critères de qualité du dépistage organisé (formation des radiologues, double lecture, évaluation). La moitié des femmes de la tranche d'âge 40-49 ans, pour laquelle les bénéfices du dépistage ne sont pas bien établis, réalise des mammographies. Ni le niveau de diplôme, ni celui du revenu, ni l'habitat rural ne sont des freins à la pratique d'une mammo-

graphie qui semble accessible à toutes. Si l'on identifie, dans cette enquête, le dépistage organisé comme la réalisation de la mammographie suite à une invitation par courrier, on constate que, parmi les femmes qui ont réalisé une mammographie dans les deux ans, celles qui participaient au dépistage organisé étaient moins suivies par un gynécologue que les autres. L'enjeu pour la France se situe donc moins dans l'attraction vers le dépistage organisé des femmes qui ne font pas de mammographies que de celles qui ont des mammographies de dépistage individuel. Pour cela, il faut convaincre la communauté des gynécologues et des médecins généralistes de l'intérêt du dépistage organisé : le contact avec ces professionnels est le facteur déterminant de la réalisation d'une mammographie de dépistage.

La situation du dépistage du cancer du col est plus favorable dans notre pays que celle du cancer du sein : le taux de couverture déclaré avoisine les 80 % en 2005. Toutefois,

des taux beaucoup plus bas sont observés après 55 ans, alors que le risque persiste à cet âge. Le contact avec le gynécologue est là aussi primordial dans ce dépistage puisque le frottis cervico-utérin est réalisé en majorité par ce praticien. On voit qu'après la ménopause (lorsqu'il n'y a plus de problème de contraception), chez les femmes moins favorisées financièrement, les moins diplômées qui ne vont pas ou plus chez le gynécologue, le taux de couverture baisse. La France pourrait dès lors se doter d'un programme de dépistage organisé du cancer du col qui permette à toutes les femmes de bénéficier, sans avance de frais, d'un frottis cervico-utérin : cela supposera d'améliorer l'offre de frottis pour les femmes non suivies par un gynécologue, en impliquant davantage les médecins généralistes dans ce dépistage.

Le dépistage organisé du cancer colorectal par le test de recherche de sang occulte (Hémocult®) dans les selles est actuellement en phase de développement dans notre pays. À côté de cette stratégie actuellement réservée à vingt-trois départements, coexiste une pratique assez répandue de la coloscopie, réalisée en principe sur symptômes, qu'il s'agisse de saignements ou d'autres troubles digestifs. Les personnes ayant eu une coloscopie, quelle qu'en soit la cause, se trouvent « couvertes » et par là-même exclues du dépistage du cancer colorectal pour une durée de cinq à dix ans. Les chiffres observés dans cette enquête reflètent cette situation française, puisque 45 % des personnes de la tranche d'âge cible du dépistage de ce cancer ont eu une coloscopie et/ou une recherche de sang dans les selles une fois dans leur vie. Ce taux ne peut être assimilé à un taux de couverture de dépistage puisqu'il ne s'agit que d'une réalisation dans la vie et non d'une réalisation dans les deux années écoulées pour le test, ou dans les dix années écoulées pour la coloscopie. Un certain nombre de résultats sont cohérents :

le taux de tests est plus élevé dans les départements où le programme organisé existe que dans les autres départements, les personnes qui pensent présenter un risque supérieur à la moyenne ont eu moins souvent un test qui n'est pas adapté à leur situation (une coloscopie d'emblée doit leur être proposée). D'autres résultats sont d'interprétation plus délicate. Dans les départements où il n'y a pas de programme organisé, il est difficile de saisir ce que recouvre le fait d'avoir pratiqué un test de recherche de sang dans les selles : s'agit-il d'une recherche de sang au laboratoire ou d'un test Hémocult® acheté en pharmacie et lu par le médecin à son cabinet, ce qui n'est pas une pratique recommandée ? Même si les résultats sont fragilisés pour ces raisons, il est intéressant de constater que l'impact des revenus et du nombre de consultations chez le médecin sur la réalisation d'un test s'estompe dans les départements où il y a un dépistage organisé par rapport à ceux où il n'y en a pas. La généralisation du programme à tout le territoire, prévue à la fin 2007, devrait rendre plus interprétables les résultats d'enquêtes futures.

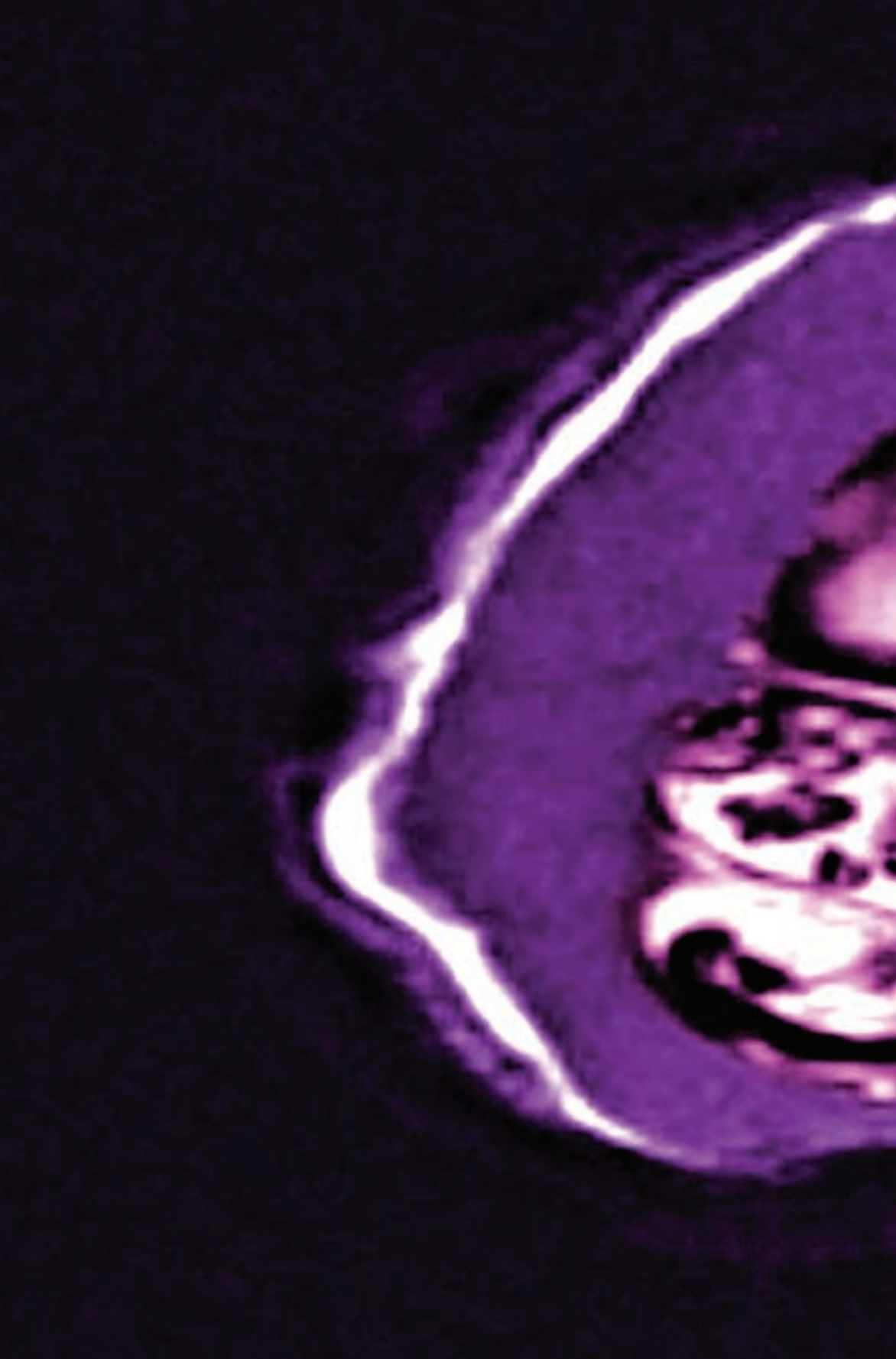
Le dernier dépistage, celui du cancer de la prostate, est le plus controversé et illustre tous les paradoxes de notre système de santé. La pratique du dosage du PSA pour les hommes à partir de 50 ans et de manière systématique n'est pas recommandée par l'Agence d'évaluation en santé (Anaes, puis Haute Autorité de santé), ni par l'agence nord-américaine. En revanche, des sociétés savantes d'urologues et de cancérologues la recommandent. Les résultats de cette enquête montrent que, même en l'absence de preuves scientifiquement fondées — que seuls des essais d'intervention en population générale pourraient donner —, la pratique de ce dosage de l'antigène prostatique est largement répandue en France dès 50 ans. Le contact avec son médecin est un facteur favorisant la prescription, mais les

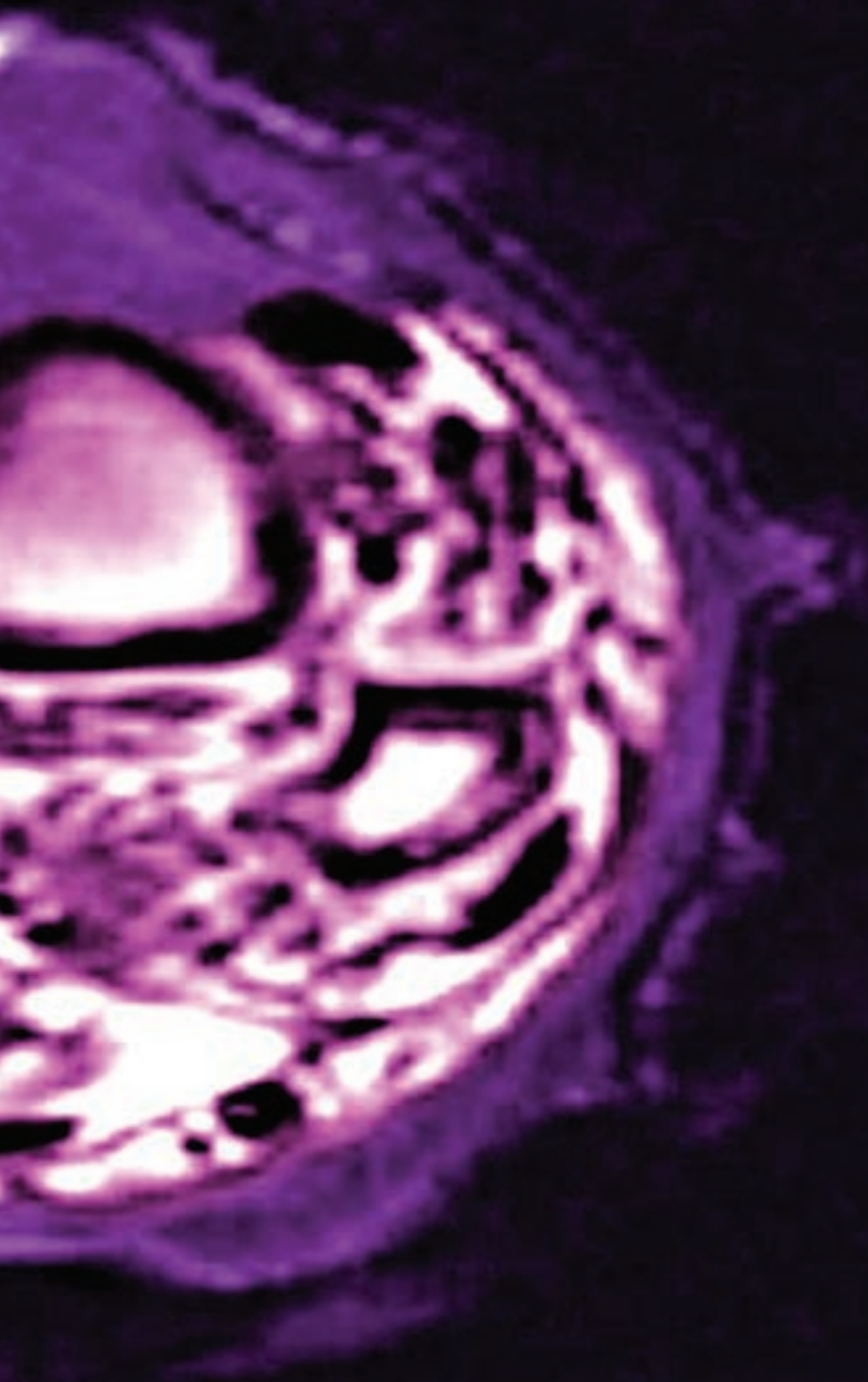


hommes sont eux-mêmes demandeurs de ce test dans un tiers des cas, en particulier avant 65 ans. Étant donné les conséquences indésirables fréquentes des traitements radicaux du cancer de la prostate sur la continence urinaire et l'érection, il est fondamental que l'information des personnes qui se prêtent au dépistage soit conforme aux recommandations de la Haute Autorité de santé et mentionne clairement les bénéfices attendus et les risques encourus.

Une des caractéristiques communes à l'analyse de la pratique de ces quatre dépis-

tages réside dans leur appartenance, dans l'esprit même de la population, à la sphère du soin plus qu'à celle de la prévention, en particulier du fait de la nécessité d'un contact médical. Le dépistage des cancers s'intègre dans le suivi médical et n'est pas plus fréquent chez les personnes qui ont des comportements recommandés pour la santé (ne pas fumer, bien manger, bouger, etc.) que chez les autres. Il est d'autant plus fondamental de s'assurer que les médecins concernés par les différents dépistages adhèrent à la démarche proposée par les pouvoirs publics.





# L'essentiel

## Opinions sur les malades

Une grande majorité des personnes interrogées (89,2 %) déclare être d'accord avec le fait que les malades du cancer doivent parler le plus possible avec leur entourage. Un peu plus de la moitié (55,8 %) estime que, lorsque l'on a un cancer, on n'est plus capable de travailler, et moins d'une personne sur deux (43,2 %) juge qu'on est souvent mis à l'écart.

## Opinions sur les médecins et les soins

La majorité des personnes interrogées (58,1 %) est d'accord pour dire que « *Souvent, les médecins se concentrent sur le cancer mais oublie le malade* » ; une proportion similaire considère que « *Souvent, les médecins ne disent pas tout au malade sur son cancer* » (60,1 %) et

que « *En général, les malades du cancer subissent les traitements prescrits par les médecins sans pouvoir donner leur avis* » (61,7 %).

La grande majorité des répondants déclare être d'accord avec la proposition « *Aujourd'hui, la douleur des malades du cancer est mieux prise en charge* » (87,0 %), ainsi qu'avec l'affirmation « *Aujourd'hui, on sait guérir de nombreux cancers* » (86,2 %). Pour près d'une personne sur deux (45,8 %), le fait d'avoir de l'argent favorise la qualité des soins, et pour 61,4 % des personnes interrogées, la guérison dépend beaucoup du médecin consulté.

## La prise en charge des personnes ou de leur proche

Parmi les personnes soignées au cours de leur vie pour un cancer

– 5,6 % de l'échantillon, soit 226 personnes –, le sentiment d'avoir bénéficié des meilleurs soins pour le traitement de leur maladie (95,0 %), d'avoir trouvé les relations avec l'équipe soignante satisfaisantes (94,5 %), ainsi que d'avoir disposé de suffisamment d'informations sur la maladie (81,2 %) est plus prononcé que parmi les membres de l'entourage de malades, invités à donner leur opinion sur la façon dont leur proche soigné pour cancer a vécu sa maladie (respectivement 74,6 %, 76,5 % et 59,4 %), et ce, même si la personne proche est guérie ou en rémission (respectivement 89,8 %, 85,9 % et 76,4 %).

# Les représentations de la maladie et des soins

NORBERT AMSELLEM  
ARNAUD GAUTIER

## INTRODUCTION

Un éventuel changement du regard porté par la population sur la maladie cancéreuse paraît nécessairement, quoique non exclusivement, lié aux progrès réalisés ces dernières décennies, notamment dans le domaine des traitements, et lié aussi à la visibilité ou à la perception de tels progrès par l'opinion. Non exclusivement, car on a pu montrer que le processus d'élaboration de cette représentation était sous-tendu par un mouvement social de lutte contre ce « fléau » moderne, mais aussi par des données démographiques, institutionnelles, politiques... [1]. L'un des intérêts de cette enquête de l'INPES, axée sur le cancer, est précisément de pouvoir mettre en regard certains éléments de la représentation sociale du cancer, la perception des attitudes des médecins et des conditions

des soins et la perception par les malades ou leurs proches de la prise en charge médicale.

L'amélioration de la qualité des soins est l'un des principaux volets du Plan national de mobilisation contre le cancer lancé en 2003 [2], au même titre que l'accompagnement social des patients. Il n'est évidemment pas dans le propos de ce chapitre de procéder à une évaluation de la mise en œuvre de ce plan, dont certains fruits ne pourront d'ailleurs être recueillis que dans la durée (prévention, recherche, formation, etc.). Un certain nombre de ses objectifs et de ses réalisations rejoignent néanmoins les attentes et besoins mis en évidence dans cette enquête et méritent d'être évoqués à côté de certains des résultats présentés ici.

## RÉSULTATS

### Opinion sur les malades

Trois questions ont été posées aux personnes non soignées dans leur vie pour un cancer, concernant leurs représentations des malades du cancer : « *Quand on a un cancer, mieux vaut en parler le plus possible avec ses proches* », « *Quand on a un cancer, on est souvent mis à l'écart* » et « *Quand on a un cancer, on n'est plus capable de travailler comme avant* ».

Une forte majorité des personnes interrogées (89,2 %) déclare être d'accord avec le fait que les malades gagnent à parler le plus possible avec leur entourage de leur cancer ou des problèmes qui lui sont liés : 62,0 % sont « *tout à fait* » d'accord et 27,2 % « *plutôt* » d'accord [figure 1]. Les personnes âgées de plus de 75 ans sont en proportion significativement moins nombreuses à

être d'accord avec cette affirmation (82,0 % vs 89,7 % pour les 16-75 ans). De la même manière, les personnes « seules » (déclarant ne vivre avec aucune autre personne) partagent moins souvent cette opinion (83,3 % vs 90,0 % parmi les répondants comptant au moins deux personnes dans le foyer). Le fait de vivre seul et l'âge de la personne restent discriminants après contrôle de certains effets de structure<sup>1</sup>.

Un peu plus de la moitié des personnes interrogées (55,8 %) sont d'accord pour dire que « *Quand on a un cancer, on n'est plus capable de travailler comme avant* » [figure 1]. Des différences se font jour selon l'âge (48,6 % sont en accord avec la propo-

1. L'ensemble des résultats présentés dans ce chapitre reste significatif après analyses multivariées (les variables prises en compte dans les différents modèles sont celles s'avérant significatives en analyses univariées).

### PROXIMITÉ DU CANCER

Parmi les personnes interrogées dans cette enquête, 5,6 % (n=226) ont déclaré être ou avoir été soignées dans leur vie pour un cancer. Parmi l'ensemble des autres personnes interrogées (n=3 820), 38 % déclarent n'avoir aucun proche soigné actuellement ou par le

passé pour un cancer, 31 % disent avoir un seul proche dans ce cas et 31 % au moins deux personnes proches. La proportion de personnes soignées pour cancer ou en contact proche avec des malades augmente assez logiquement avec l'âge [figure ci-dessous].

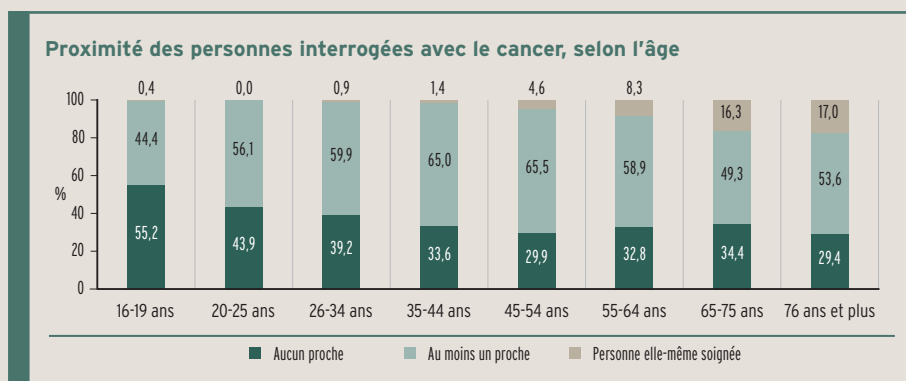
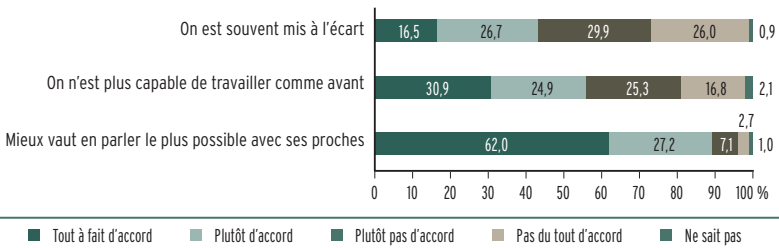


FIGURE 1

« Êtes-vous d'accord avec les propositions : Quand on a un cancer... »



sition parmi les 16-25 ans, 55,4 % parmi les 26-64 ans et 63,9 % parmi les 65 ans et plus), selon le lieu de résidence (proportion moindre dans les pôles urbains : 53,5 % vs 59,2 % dans les communes péri-urbaines ou à dominante rurale), ou encore selon les revenus : les personnes dont les revenus par unité de consommation ne dépassent pas 900 euros sont 58,2 % à être de cet avis, contre 49,7 % parmi ceux disposant de plus de 1 500 euros mensuels. Par ailleurs, les personnes citant spontanément le cancer comme étant la maladie la plus grave sont 57,8 % à affirmer qu'on n'est plus capable de travailler quand on a cancer, contre 52 % parmi les personnes ne le citant pas comme la première maladie la plus grave.

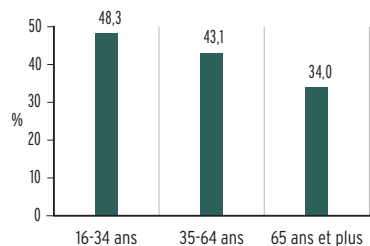
Moins d'une personne sur deux (43,2 %) est d'accord pour dire que « On est souvent mis à l'écart lorsque l'on a un cancer » : une personne sur six l'est « tout à fait » et une sur quatre « plutôt » [figure 1]. La proportion de personnes de cet avis diminue significativement avec l'âge [figure 2], mais aussi selon le fait d'avoir (ou d'avoir eu) dans son entourage proche des personnes atteintes par la maladie : les personnes dont aucun des proches n'est ou n'a été soigné pour un cancer sont près de la moitié (48 %) à être d'accord pour dire qu'on est souvent mis à l'écart quand on a un cancer. Cette proportion est de 42,7 % parmi les personnes dont un des proches est ou a été atteint et de

37,9 % parmi les personnes citant au moins deux personnes proches soignées dans leur vie pour un cancer.

Le fait d'être en accord avec la proposition « Quand on a cancer, mieux vaut en parler le plus possible » n'est lié ni à l'opinion sur l'assertion « On n'est plus capable de travailler comme avant », ni à l'opinion sur la proposition « On est souvent mis à l'écart ». En revanche, les personnes déclarant que « On est souvent mis à l'écart quand on a cancer » affirment plus souvent que les autres que « On n'est plus capable de travailler comme avant » (57,8 % vs 54,3 %) et ce, quel que soit l'âge ou le nombre de personnes soignées pour cancer dans son entourage.

FIGURE 2

Proportion de personnes en accord avec la proposition « Quand on a cancer, on est souvent mis à l'écart », selon l'âge



## Opinions générales sur la prise en charge des cancers

### Opinions sur la relation thérapeutique

Trois questions concernant les relations entre les médecins et les personnes atteintes d'un cancer ont été posées aux personnes qui elles-mêmes sont ou ont été soignées pour un cancer, ainsi qu'aux personnes ayant eu dans leur entourage familial une personne soignée pour cette maladie. Plus de la moitié des personnes interrogées (58,1 %) sont d'accord pour dire que « *Souvent, les médecins se concentrent sur le cancer mais oublie le malade* » [figure 3]. Aucune différence n'est observée selon que la personne ait ou non été soignée pour un cancer au cours de sa vie. En revanche, cette opinion varie en fonction du lieu de résidence de la personne interrogée : ainsi, les personnes demeurant dans une commune à dominante rurale sont 52,6 % à être d'accord, alors qu'elles sont 54,2 % dans les communes péri-urbaines et 61,3 % dans les pôles urbains. Les personnes se déclarant mal informées sur le cancer ont tendance à considérer que les médecins se concentrent sur le cancer et oublie le malade (63,5 % vs 56,7 %).

Une proportion similaire (60,1 %) considère que « *Souvent, les médecins ne disent pas*

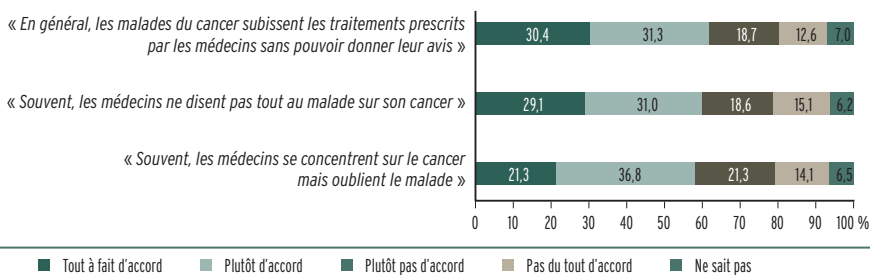
*tout au malade sur son cancer* » [figure 3]. Les personnes soignées pour un cancer au cours de leur vie sont en proportion moins nombreuses à le penser (45,6 % vs 61,7 %) ainsi que celles qui n'ont jamais été soignées pour un cancer, celles disposant d'un diplôme inférieur au bac (57,8 % vs 65,8 %) et se déclarant bien informées (59,7 % vs 66,2 %).

Un peu plus de trois personnes sur cinq (61,7 %) estiment que « *En général, les malades du cancer subissent les traitements prescrits par les médecins sans pouvoir donner leur avis* » [figure 3]. Sur cette proposition, les personnes soignées ne se différencient pas des autres répondants. La proportion de femmes se déclarant d'accord avec celle-ci est significativement inférieure à celle des hommes (59,7 % vs 64,1 %). Il en va de même de celles des plus jeunes de l'échantillon (16-19 ans) et des plus âgés (c'est-à-dire au delà de 65 ans) [figure 4].

Les trois questions s'avèrent très corrélées : les personnes estimant que « *Souvent, les médecins oublie le malade* » déclarent par ailleurs davantage que « *Les médecins ne disent pas tout au malade sur son cancer* » (71,1 % vs 44,9 %) ou que « *Les malades du cancer subissent les traitements sans pouvoir donner leur avis* » (70,2 % vs 49,9 %).

FIGURE 3

### Opinions sur les médecins





### Opinions par rapport à la qualité des soins

Une grande majorité de répondants<sup>2</sup> (87,0 %) déclare être d'accord avec l'idée qu'aujourd'hui la douleur des malades du cancer est mieux prise en charge; parmi eux, la proportion des personnes « *tout à fait* » d'accord est équivalente à celle des personnes « *plutôt* » d'accord [figure 5].

La proportion de personnes « *tout à fait* » d'accord pour dire que « *la douleur est mieux prise en charge* » augmente significativement avec l'âge jusqu'à 75 ans [figure 6], mais diminue avec le niveau de diplôme : elles sont près d'une sur deux (49,4 %) parmi celles ayant un diplôme inférieur au baccalauréat, contre 37,4 % parmi celles ayant un

diplôme au moins équivalent au bac. Cette proportion est significativement moins élevée en région parisienne, puisque 34,9 % se disent « *tout à fait* » d'accord *versus* 45,2 %, de même que parmi les personnes célibataires (33,3 % *vs* 48,4 % des personnes mariées et 52,5 % des personnes veuves ou séparées). À l'inverse, les personnes déclarant être bien informées sur le cancer sont plus nombreuses à penser « *tout à fait* » qu'aujourd'hui on prend mieux en charge la douleur (47,7 % *vs* 33,9 %), et elles sont aussi plus nombreuses parmi celles considérant que le cancer est la première maladie

2. Personnes non soignées actuellement ou par le passé pour un cancer.

FIGURE 4

Proportion de personnes en accord avec la proposition « *Les malades du cancer subissent les traitements prescrits par les médecins sans pouvoir donner leur avis* », selon l'âge

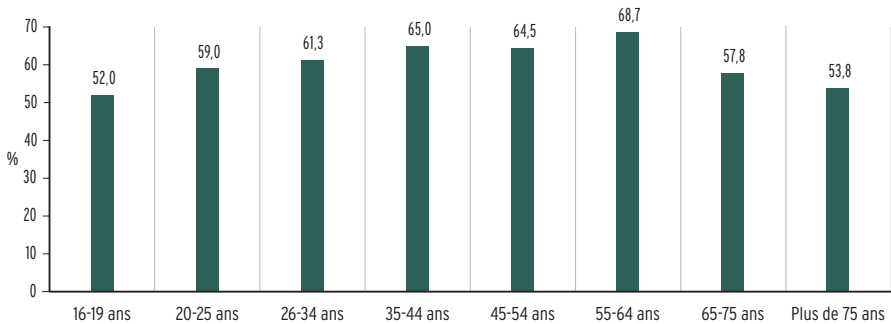


FIGURE 5

### Opinions sur la qualité des soins

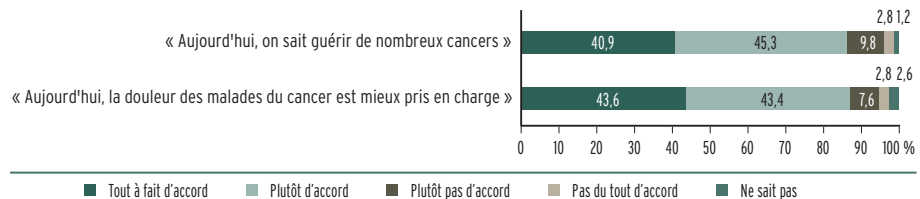
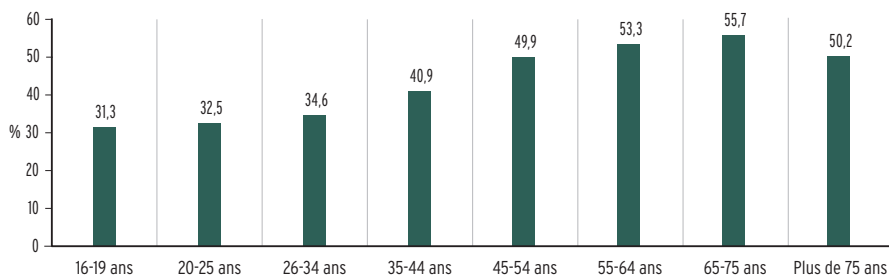


FIGURE 6

Proportion de personnes en accord avec la proposition  
«Aujourd'hui, la douleur est mieux prise en charge», selon l'âge



la plus grave (49,3 % vs 39,6 %). Sur cette question, il n'existe globalement pas de différence entre les personnes soignées pour un cancer et les autres : 86,0 % des personnes soignées sont d'accord, même si elles déclarent plus que les personnes non soignées être «*tout à fait*» d'accord (52,9 % vs 43,6 %).

Les personnes interrogées ont répondu de manière similaire à la proposition «*Aujourd'hui, on sait guérir de nombreux cancers*» puisqu'elles sont 86,2 % à l'approuver [figure 5]. On retrouve un accord plus fréquent parmi les plus âgés (46,6 % le sont tout à fait pour les 65 ans et plus, vs 31,5 % parmi les 16-25 ans), les moins diplômés (48,0 % parmi les personnes n'ayant aucun diplôme vs 34,0 % parmi les diplômés de l'enseignement supérieur) et les non-célibataires (44,6 % vs 34,0 % parmi les personnes célibataires). Les personnes bien informées sur le cancer, ainsi que celles citant le cancer comme première maladie la plus grave, se déclarent plus souvent que les autres «*tout à fait*» d'accord avec la proposition «*Aujourd'hui, on sait guérir de nombreux cancers*» : respectivement 43,5 % et 46,3 % versus 34,8 % et 37,1 %.

Les deux questions se révèlent fortement corrélées : 62,1 % des personnes «*tout à*

*fait*» d'accord pour dire que la douleur est mieux prise en charge sont aussi «*tout à fait*» d'accord avec le fait que l'on sait guérir aujourd'hui de nombreux cancers (vs 24,5 % parmi les autres personnes).

### Opinions sur les inégalités de soins

Pour près d'une personne sur deux<sup>3</sup> (45,8 %), le fait d'avoir de l'argent favorise la qualité des soins ; en effet, 22,0 % se déclarent «*tout à fait d'accord*» avec l'opinion «*Aujourd'hui, on est mieux soigné si on a plus d'argent*» et 23,8 % sont «*plutôt*» d'accord [figure 7]. Les hommes le sont davantage que les femmes (50,5 % vs 41,4 %), ainsi que les plus jeunes (55,9 % des 16-25 ans vs 43,7 % parmi les plus de 26 ans), les personnes les plus diplômées (47,9 % des bacheliers vs 44,0 % des non-bacheliers), les personnes déclarant les revenus les plus bas (49,2 % pour ceux disposant mensuellement de moins de 900 euros par unité de consommation vs 42,7 % pour ceux déclarant 1 500 euros par UC). Les personnes déclarant être mal informées sur le cancer sont 51,0 % à penser qu'on est mieux soigné quand on a plus d'argent (vs 43,6 %), tandis

3. Personnes non soignées actuellement ou par le passé pour un cancer.

que celles déclarant qu'au moins un de leurs proches est ou a été soigné pour un cancer sont 49,5 % (vs 43,5 %).

La proportion de personnes en accord avec la proposition « *Aujourd'hui, les chances de guérir d'un cancer dépendent beaucoup du médecin que l'on consulte* » atteint 61,4 % [figure 7]. L'âge est un des principaux facteurs discriminants : les personnes les plus âgées sont celles qui approuvent le plus souvent cette opinion [figure 8]. À l'inverse de l'opinion « *On est mieux soigné si on a plus d'argent* », les personnes ayant ou ayant eu parmi leur entourage une personne soignée pour un cancer sont en proportion significativement moins nombreuses à estimer

que « *Aujourd'hui, les chances de guérir d'un cancer dépendent beaucoup du médecin que l'on consulte* » (58,1 % vs 63,5 % parmi les personnes interrogées n'ayant aucun proche soigné pour cette maladie).

Près des deux tiers des personnes interrogées dans cette enquête (63,4 %) pensent qu'aujourd'hui on est aussi bien soigné pour un cancer dans un établissement public que dans une clinique privée. Une personne sur six (16,3 %) estime qu'on est mieux soigné dans un hôpital public, alors qu'une proportion similaire pense le contraire [figure 9]. Les hommes déclarent significativement plus que les soins sont meilleurs en clinique (16,3 % vs 11,9 % chez les femmes) de

FIGURE 7

Opinions sur les sources de variation de la qualité des soins

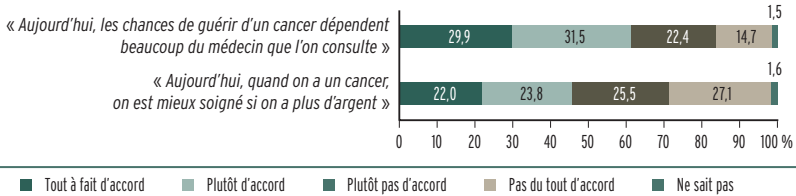


FIGURE 8

Proportion de personnes en accord avec la proposition « *Les chances de guérir d'un cancer dépendent beaucoup du médecin que l'on consulte* », selon l'âge

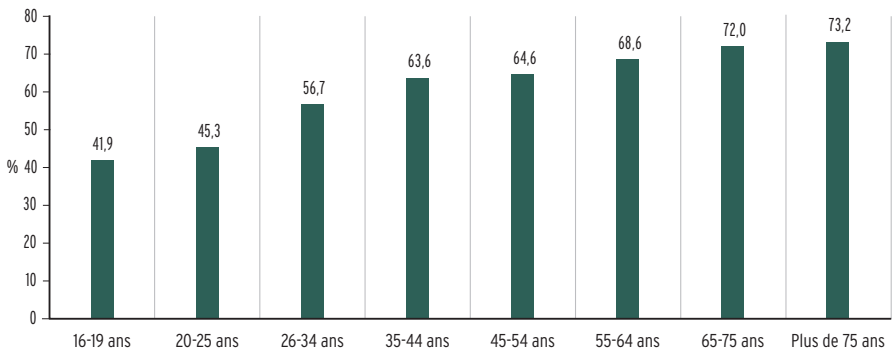
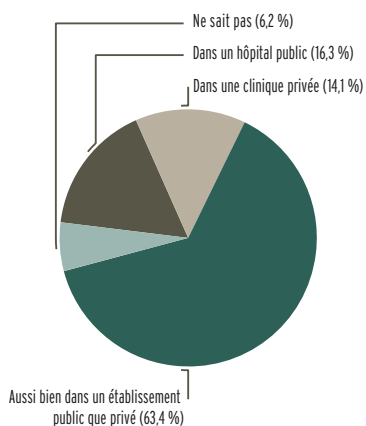


FIGURE 9

## Type d'établissement où l'on est le mieux soigné



même que les personnes les moins diplômées (19,7 % parmi les personnes n'ayant aucun diplôme vs 10,0 % parmi celles ayant un diplôme de l'enseignement supérieur) ou encore celles ayant les revenus les plus bas (18,6 % pour les personnes déclarant des revenus inférieurs à 900 euros vs 9,5 % pour les revenus supérieurs à 1 500 euros par UC). Cette opinion est partagée plus particulièrement par les personnes n'ayant pas de

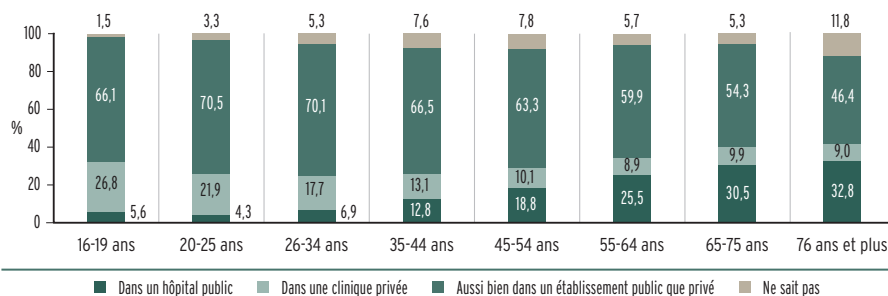
proches déjà soignés pour un cancer (17,1 % vs 12,2 %).

Pour cette opinion, l'âge des personnes interrogées est un déterminant important : les plus âgées déclarent plus souvent que les autres que l'hôpital public est le lieu où l'on dispense les meilleurs soins, alors que les plus jeunes répondent plus fréquemment que leurs aînés qu'on est mieux soigné pour un cancer dans une clinique privée ou qu'on est aussi bien soigné dans les deux types d'établissements [figure 10].

Les trois questions traitées dans cette partie sont statistiquement très liées : les personnes qui se disent d'accord avec le fait que l'on est mieux soigné quand on a plus d'argent répondent plus fréquemment que la guérison dépend du médecin que l'on consulte (70,8 % vs 53,5 %), ainsi qu'avec l'idée qu'on est mieux soigné dans une clinique (21,2 % vs 8,0 %). Cependant les personnes d'accord pour dire que la guérison dépend du médecin consulté, si elles sont plus nombreuses à dire qu'on est mieux soigné dans une clinique (15,6 % vs 11,6 %), sont aussi plus nombreuses à déclarer que les meilleurs soins sont dispensés à l'hôpital (18,0 % vs 13,6 %) : elles sont ainsi moins nombreuses à considérer qu'on est aussi bien soigné dans un établissement public que privé (59,6 % vs 69,4 %).

FIGURE 10

## Type d'établissement où l'on est le mieux soigné, selon l'âge



### Opinions des malades et/ou de leurs proches sur la prise en charge

Les personnes en contact avec le cancer (soignées elles-mêmes ou ayant un membre de leur entourage soigné) ont été interrogées sur la prise en charge de la maladie à travers leur propre expérience ou celle de leur proche.

#### Ressenti des malades

La très grande majorité (95,0 %) des personnes soignées ou ayant été soignées pour cancer<sup>4</sup> déclare avoir le sentiment d'avoir eu accès aux meilleurs soins disponibles pour le traitement de leur maladie. Pour environ les deux tiers d'entre elles (67,7 %), les relations avec l'équipe soignante ont été très satisfaisantes lors de la prise en charge de la maladie et pour plus du quart (26,8 %), plutôt satisfaisantes. Le sentiment d'avoir disposé de suffisamment d'information sur la maladie est très largement partagé, puisqu'il concerne plus de quatre personnes sur cinq (81,2 %). Les hommes sont proportionnellement plus nombreux à déclarer avoir été suffisamment informés (91,1 % vs 75,3 % pour les femmes).

#### Ressenti des proches

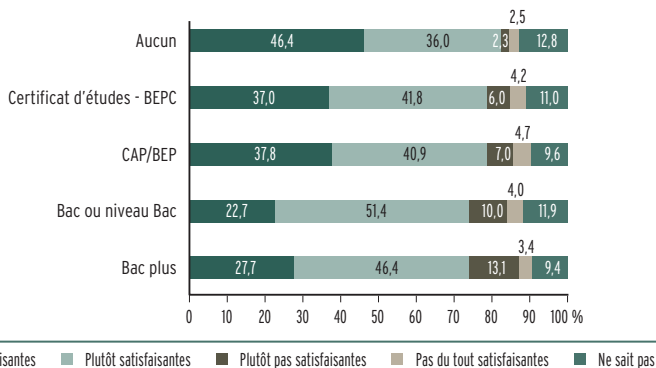
Les personnes n'ayant jamais été soignées pour un cancer sont près de trois sur cinq (59,4 %) à déclarer que la dernière personne de leur entourage proche atteinte a disposé de suffisamment d'information sur la maladie. Trois sur quatre ont le sentiment que cette personne a bénéficié des meilleurs soins disponibles (74,6 %) ou que les relations humaines avec l'équipe soignante étaient satisfaisantes (76,5 %). Concernant ces relations patients/soignants, un tiers (32,5 %) les juge « très » satisfaisantes. Cette déclaration augmente avec l'âge (22,3 % des 16-25 ans, 32,0 % des 26-64 ans et 41,8 % de 65 ans et plus), mais diminue avec le niveau scolaire [figure 11]. Le lien entre diplôme et déclaration de relations très satisfaisantes peut être constaté quel que soit l'âge de la personne interrogée.

Le sentiment d'être soi-même bien informé sur le cancer en général modifie

4. Si l'enquête est représentative de la population générale, elle ne l'est pas des personnes soignées pour un cancer; ces personnes ont *a priori* un profil particulier puisque ce sont celles interrogées à leur domicile et qui sont donc principalement en rémission ou guéries; elles ont ou ont eu probablement les cancers les plus bénins, et/ou ont reçu des traitements efficaces pour soigner leur cancer.

FIGURE 11

#### Opinions sur les relations humaines avec l'équipe soignante parmi les personnes non soignées



l'opinion quant à la prise en charge médicale des proches : en effet, plus des trois quarts (78,3 %) des personnes bien ou très bien informées sur le cancer déclarent que leur proche a eu accès aux meilleurs soins, contre 65,7 % des personnes mal ou très mal informées. Plus d'un tiers déclare que les relations avec l'équipe médicale ont été très satisfaisantes (35,4 % vs 25,9 %) et près des deux tiers que leur dernier proche atteint a disposé de suffisamment d'information sur sa maladie (64,2 % vs 48,4 %).

Il est possible de rapprocher l'opinion des personnes soignées pour un cancer et celle des personnes ayant un proche soigné. Ainsi, si l'on prend en compte les personnes n'ayant qu'un seul proche soigné (seul cas où l'on possède d'une manière certaine l'information sur les opinions de la prise en charge du proche ainsi que sur son état de santé actuel), il est possible de comparer la réponse des « soignés » (guéris ou encore sous traitement) à celle de l'entourage pour lequel le proche est guéri (ou en rémission) ou est encore en traitement. Les personnes elles-mêmes soignées ont une opinion beaucoup plus favorable que celles qui

répondent pour leurs proches et ce, quelle que soit la nature de l'opinion : accès aux meilleurs soins, relations humaines, information disponible [tableau I]. Il est intéressant, par ailleurs, de constater que plus l'état de santé des proches est négatif, moins les opinions concernant la prise en charge de cette personne sont positives : ainsi, 89,8 % des personnes dont le proche est guéri ou en rémission pensent qu'il a eu accès aux meilleurs soins (contre 66,6 % parmi les personnes dont le proche est décédé des suites de son cancer) et plus des trois quarts (76,4 %) affirment que leur proche a disposé de suffisamment d'information sur la maladie (contre respectivement 50,0 %). Cette régression des opinions favorables selon l'état de santé du proche peut également être constatée quant à la qualité des relations avec l'équipe soignante.

### D'un point de vue global...

Les différentes opinions concernant la perception des malades du cancer et leur prise en charge peuvent être étudiées simultanément et, grâce à une classification, trois

**TABLEAU I**

**Opinions de proches sur les malades selon l'état de la personne proche soignée (en pourcentage)**

	A le sentiment d'avoir eu accès aux meilleurs soins	Les relations humaines avec l'équipe soignante ont été très satisfaisantes	A disposé de suffisamment d'information sur la maladie
Personne soignée pour un cancer (n=226)	95,0	94,5	81,2
Personne ayant eu un seul proche soigné pour cancer (n=1 028)	72,9	74,8	57,6
Personne dont le proche est guéri, en rémission ou encore en traitement (n=338)	85,2	85,7	73,4
Personne dont le proche est guéri ou en rémission (n=218)	89,8	85,9	76,4
Personne dont le proche est encore en traitement (n=120)	76,8	85,4	67,8
Personne dont le proche est décédé des suites de son cancer (n=655)	66,6	69,0	50,0

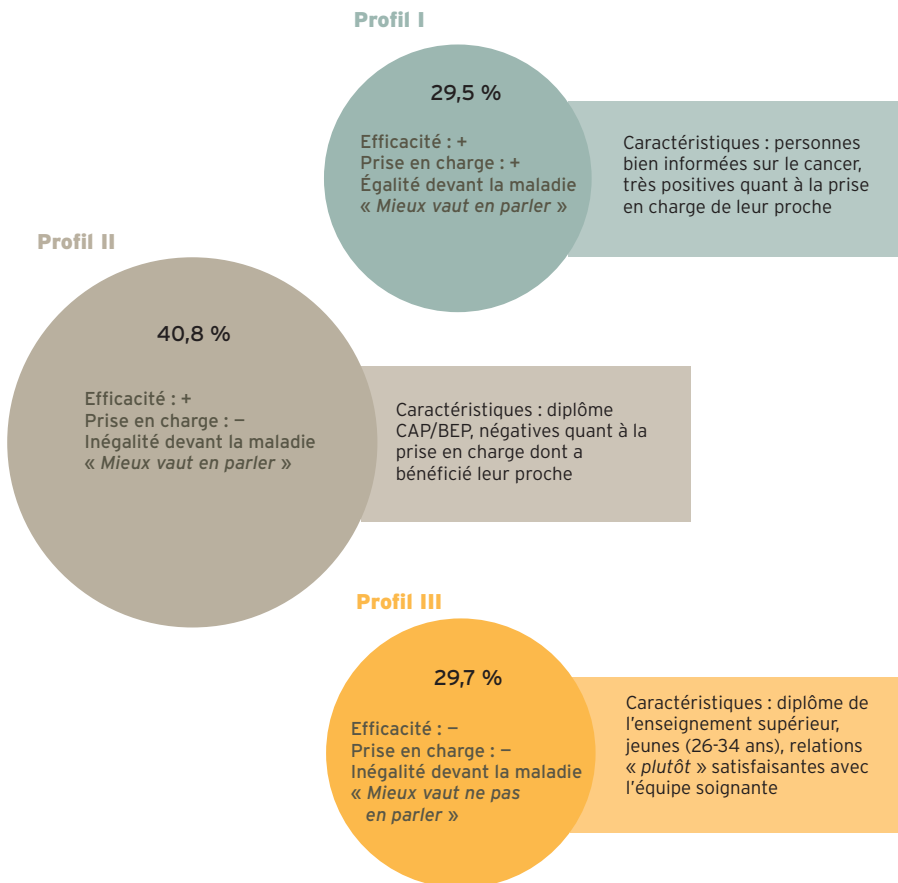
profils différents peuvent être dégagés parmi les personnes ayant eu dans leur entourage au moins une personne soignée dans sa vie pour un cancer [figure 12].

Le premier profil, rassemblant 29,5 % des personnes concernées par ces questions, distingue les personnes dont l'opinion sur les soins et la prise en charge est très positive : elles ont avant tout une opinion très favorable des médecins (86,4 % estiment

que les médecins disent tout au malade et les deux tiers estiment qu'ils ne négligent pas les malades ou que ces derniers ne subissent pas les traitements sans pouvoir donner leur avis). Dans ce groupe, l'opinion sur l'efficacité des soins est élevée (on sait guérir de nombreux cancers, la douleur est mieux prise en charge) et la perception d'une relative « égalité » devant la maladie est sensible (on n'est pas mieux soigné si

FIGURE 12

Les trois profils d'opinion sur les soins et la prise en charge parmi les personnes ayant eu un proche soigné pour un cancer



on a plus d'argent, la guérison ne dépend pas du médecin ou du type d'établissement). Pour ces personnes, il est tout à fait important de « *parler le plus possible avec ses proches* », même si la représentation de la maladie n'est pas stigmatisante (quand on a un cancer, on n'est pas mis à l'écart et on est encore capable de travailler). Ces personnes déclarent être bien informées sur le cancer et ont surtout une expérience vécue à travers leur(s) proche(s) malade(s) très positive. Elles déclarent significativement plus souvent que les autres que les relations avec l'équipe soignante étaient très satisfaisantes, que leur dernier proche atteint a bénéficié des meilleurs soins et qu'il était suffisamment informé.

Le deuxième profil (40,8 %) isole les personnes qui pensent que la qualité et l'efficacité des soins sont très satisfaisantes (comme dans le premier groupe), mais qui, *a contrario*, ont une opinion négative de la prise en charge des médecins : elles estiment que les médecins ne disent pas tout au malade de sa maladie (91,6 %), qu'ils se concentrent sur la maladie mais oublient le malade (79,5 %) et que le malade subit les traitements sans pouvoir donner son avis (85,5 %). Les chances de guérison sont différentes selon le médecin que l'on consulte (72,7 %) et sont meilleures si on a plus d'argent (51,5 %). Les individus de ce groupe sont par ailleurs tout à fait d'accord pour dire qu'il « *vaut mieux en parler le plus*

*possible avec ses proches* » (97 %), comme pour affirmer que lorsque l'on a un cancer, on est souvent mis à l'écart (51,4 %). Ce groupe, constitué d'une part plus importante de personnes ayant comme plus haut diplôme un CAP/BEP, se caractérise par une expérience relativement négative de la prise en charge de leur proche : d'après elles, ce dernier n'a pas eu accès aux meilleurs soins ni à suffisamment d'information sur sa maladie.

Le dernier profil (29,7 %) regroupe les personnes les plus critiques, tant sur la qualité que sur l'efficacité des soins et de la prise en charge. Pour elles, on ne sait pas guérir de nombreux cancers (78,4 %), la douleur n'est pas mieux prise en charge (74,0 %) ; 83,2 % d'entre elles sont en accord avec la proposition « *les médecins ne disent pas tout au malade* » et près des trois quarts avec « *les médecins se concentrent sur la maladie, mais oublient le malade* », ainsi que « *les malades du cancer subissent les traitements prescrits...* ». Seul 1 % de ce groupe déclare être « *tout à fait* » d'accord pour dire que « *lorsque l'on a un cancer, il vaut mieux en parler le plus possible* ». Ces personnes sont plutôt diplômées (Bac et diplôme de l'enseignement supérieur), plutôt jeunes (26-34 ans) et, curieusement, n'ont pas recueilli de mauvais retour d'expérience de leur proche : 51,1 % déclarent que les relations avec l'équipe soignante étaient plutôt satisfaisantes.



## DISCUSSION

### Les représentations de la maladie

Si, dans l'opinion, le cancer demeure largement au premier rang des maladies les plus graves et s'il continue d'être perçu comme un « fléau » des temps modernes [1], certains éléments attachés à cette représentation sociale paraissent néanmoins aujourd'hui en cours d'évolution.

Ainsi, d'abord, du statut normatif de la parole des malades sur leur maladie et, singulièrement, de la parole de proximité. Parler de sa maladie dans son entourage n'est plus tabou autant que cela pouvait l'être il y a quelques décennies<sup>5</sup>, mais devient au contraire souhaitable.

Par ailleurs, un peu plus d'une personne sur deux estime que le cancer induit une limitation de la capacité de travail des malades. On sait que le maintien ou la reprise d'une activité professionnelle est un facteur essentiel de la réhabilitation sociale des malades, de leur retour à une vie « normale », mais aussi d'une amélioration de leur bien-être psychique, d'une reprise de confiance. Il convient toutefois, pour apprécier le degré auquel la maladie affecte la capacité de travail des patients, de prendre en compte le stade d'évolution de la maladie ainsi que la localisation tumorale et, surtout, la durée écoulée depuis le diagnostic, ou plutôt, depuis la fin des traitements. Diverses études [4] ont en effet montré que la probabilité de reprendre une activité professionnelle croît avec cette durée. Après plusieurs mois d'arrêt de travail, le taux de reprise de l'activité peut ainsi dépasser 80 % [5, 6]. Enfin, la variation de cette opinion en raison inverse du niveau de revenus est peut-être médiatisée par la nature du travail exercé. Plusieurs études ont en ce sens relevé que, parmi les difficultés de poursuite ou de reprise du travail rencontrées par les malades atteints de cancer, les facteurs liés au travail lui-même comportent

les tâches manuelles et la charge de travail physique [7], type d'emplois dont le niveau de rémunération est le plus souvent inférieur à celui des professions intellectuelles supérieures. Signalons ici que la mesure 55 du Plan cancer a précisément pour objectif de favoriser l'insertion professionnelle, le maintien dans l'emploi et le retour à l'emploi des patients atteints de cancer.

La perception d'une stigmatisation, voire d'une relégation sociale attachée au cancer n'est pas majoritaire dans l'opinion, bien qu'elle soit encore sensiblement présente (pour quatre personnes sur dix) et témoigne d'un relatif isolement des malades<sup>6</sup>. Cette perception s'amenuise toutefois à mesure que croît, avec l'âge, l'exposition au risque de survenue d'un cancer et aussi, on le sait par ailleurs, l'information reçue sur le cancer. La perception d'une mise à l'écart des malades du cancer diminue également, chez les personnes interrogées, avec le nombre de proches atteints par la maladie, non seulement du fait même de cette proximité relationnelle, mais sans doute aussi par la connaissance qu'elle autorise de la situation réelle des malades quant à leur intégration sociale. À cet égard, le renforcement de l'accès des patients au prêt et aux assurances, qui fait l'objet de la mesure 54 du Plan cancer, est un des éléments qui devraient contribuer à l'amélioration de l'intégration sociale des malades.

Si le cancer continue sans doute de cristalliser les angoisses des sociétés modernes et de présenter les traits d'un fléau — ne serait-ce que par les progrès continus de son incidence —, néanmoins son associa-

5. On pouvait ainsi encore écrire en 1984, à propos du cancer : « Il est rare aussi que les malades s'expriment sur leur mal » [3], dans toutes les acceptions du verbe « s'exprimer ».

6. Cependant, « la solitude dont parlent les malades, lorsqu'ils se rencontrent, n'est pas nécessairement le signe d'un abandon généralisé » [8].

tion avec la mort est peut-être en train de se distendre sous l'effet des progrès thérapeutiques accomplis ces dernières décennies. Toujours redouté, ne lui seraient plus pour autant systématiquement attachées les idées de malédiction, de fatalité.

Ainsi, d'une part, une très forte majorité des personnes interrogées (près de neuf sur dix), et plus encore les plus âgées d'entre elles, estiment qu'on sait guérir de nombreux cancers aujourd'hui, à l'encontre du caractère incurable qui était souvent, il y a peu encore, attribué à cette maladie. Et cette opinion est corrélée à celle qui voit dans le cancer la première des trois maladies les plus graves, ainsi qu'à l'information dont on dispose sur le cancer. Il faut rappeler que l'idée de curabilité du cancer est bien plus anciennement présente dans le monde médical et scientifique, suscitée dès avant la Première Guerre mondiale notamment par les premiers succès de la radiothérapie. Par comparaison, une enquête par sondage d'opinion montrait, en 1998, que près de la moitié des personnes interrogées (47 %) considéraient le cancer comme incurable [9]. Rappelons, à titre indicatif, que le rapport de la mortalité observée par cancer sur son incidence estimée, toutes localisations confondues, est pour les deux sexes de 53,9 %, ce qui suggère que près d'un cancer sur deux est actuellement guéri<sup>7</sup> (ratio meilleur chez les femmes : 49,2 %, que chez les hommes : 57,3 %). Ce rapport était de 73,5 % en 1980 et de 64,3 % en 1990. Il varie en outre sensiblement selon la localisation tumorale [11].

D'autre part, si quatre enquêtés sur dix voient dans le cancer « une maladie comme les autres », cette opinion progresse avec l'âge, plus de la moitié d'entre eux étant de cet avis à partir de 55 ans. En d'autres termes, la représentation sociale de la maladie tendrait à se banaliser avec l'âge, donc aussi à mesure que croît son risque de survenue.

Enfin, 70 % des enquêtés se disent bien informés sur le cancer (trois sur cinq avant

45 ans et quatre sur cinq au-delà de cet âge), ce qui peut contribuer sinon à sa banalisation du moins à une certaine démythification de cette maladie [12], puisque ceux qui se disent bien informés sur le cancer sont plus nombreux à considérer qu'il s'agit d'une maladie comme les autres (44,3 % vs 33,1 % de ceux qui se disent mal informés).

## La perception générale de la prise en charge

Dans l'ensemble, la perception de la prise en charge médicale du cancer apparaît assez critique. Relativement à l'attitude des médecins tout d'abord. La représentation dominante de l'oncologie médicale, pour trois personnes sur cinq, est celle d'une pratique qui s'intéresse plus à la maladie qu'au malade, où la dimension technoscientifique, objectivante, prime sur l'aspect humain de la clinique, selon un schéma déjà ancien de critique de la médecine. Sans doute la perception d'une telle « dérive » de la médecine est-elle liée à la sophistication technique de l'arsenal de moyens diagnostiques et thérapeutiques mis en œuvre pour lutter contre la maladie, qui fait de la cancérologie une médecine de pointe, à la coopération de plusieurs spécialités (chirurgie, radiologie, biologie, etc.) et aux relations étroites que cette discipline entretient avec la recherche, tant clinique que fondamentale. Précisément, il convient alors de rappeler ici, avec Georges Canguilhem, que « la médecine d'aujourd'hui s'est fondée, avec l'efficacité qu'il faut lui reconnaître, sur la dissociation progressive de la maladie et du malade, apprenant à caractériser le malade par la maladie plutôt qu'à identifier une maladie d'après le faisceau de symptômes spontanés ».

7. Le suivi d'un échantillon de 4 166 patients en Ile-de-France, dont le cancer a été diagnostiqué en 1994 (cohorte Petri), a montré que, tous cancers confondus, la survie relative à cinq ans était de 65 % pour les femmes et de 51 % pour les hommes [10].

ment présentés par le malade» [13]. Telle est aussi la leçon de Michel Foucault [14], qui a montré comment, en se constituant comme science, la clinique a détaché la maladie de l'individu malade. Toutefois, la perception en question ici et ce qu'elle donne à entendre comme attente, voire comme demande<sup>8</sup>, est à prendre en compte. Elle fait du reste partie des préoccupations qui ont présidé à l'élaboration du Plan cancer [15] : « être plus attentif aux personnes malades et à leurs attentes » est bien l'une des orientations prioritaires du chapitre « Soins » de ce plan, dont la mesure 42 vise à développer les soins de support, en particulier la prise en compte de la douleur (structures spécifiques de consultation antidouleur) et le soutien psychologique et social, et à promouvoir la formation des soignants et des médecins cliniciens à la dimension psychologique de l'accompagnement du patient. Il convient également de mentionner la proposition systématique au patient d'un « Programme personnalisé de soins » (mesure 31), à l'issue de la réunion de concertation pluridisciplinaire autour de son dossier.

Trois enquêtés sur cinq encore pensent que le médecin ne délivre pas la totalité de l'information sur sa maladie au patient. On ne peut être certain, à partir d'une telle réponse, que « tout dire » au malade sur sa maladie, en particulier quand le pronostic est des plus sombres, soit souhaitable pour quiconque. Moins de la moitié des malades interrogés ici partagent cette opinion. Et, d'après une question antérieure, il est à noter que quatre malades sur cinq et trois proches de malade(s) sur cinq estiment que les patients disposent de suffisamment d'information sur la maladie au cours de leur prise en charge.

Une proportion du même ordre (62 %) voit les malades du cancer confrontés à une décision unilatérale du médecin concernant les traitements à suivre. Là aussi, ce résultat ne signifie pas pour autant que la participa-

tion à la décision thérapeutique ou vouloir donner son avis sur le choix des traitements est un souhait partagé dans la même proportion par les patients. Une revue de la littérature sur ce sujet [16] montre que les résultats des enquêtes sur la disposition des patients atteints de cancer à la décision partagée en matière de traitements ne sont pas univoques : 70 à 80 % des patients préfèrent participer à cette décision selon certaines études [17], tandis que, selon d'autres, de l'ordre de 60 % des patients préfèrent laisser le médecin prendre la décision des traitements [18]. Une enquête française menée en 2001 auprès de 1870 patientes dans quatre-vingt-cinq centres de soins révèle ainsi que 63 % d'entre elles se sont vu offrir la possibilité de choisir entre différentes options de traitements, mais 18 % d'entre elles seulement ont effectivement participé à la décision thérapeutique [19]. En tout état de cause, l'une des orientations du volet « Soins » du Plan cancer témoigne de la prise en compte de cet éventuel souhait des patients, comme du précédent : « donner l'accès à l'information pour que les patients qui le souhaitent puissent être acteurs de leur combat contre la maladie ». Il est probable, par ailleurs, que cette opinion soit en partie le reflet de la contrainte normative prégnante qui pèse aujourd'hui sur les conduites individuelles et leur enjoint une « autonomie » à laquelle tous n'ont pourtant pas d'analogues moyens d'accès. Idéologie diffuse dans l'ensemble des secteurs de la vie sociale [20, 21] et dont une occurrence remarquable se fait jour dans le champ de la santé depuis quelques années, avec la promotion par les pouvoirs publics eux-mêmes d'une figure « active » ou plutôt « actrice », responsable, du malade dans le processus de soins ou encore de l'usager dans le système de soins. L'hypothèse a même été soutenue, de façon

8. Convergente avec d'autres formes d'expression, des malades eux-mêmes cette fois, tels les États généraux des malades du cancer.

convaincante, d'une contribution spécifique et insigne de la cancérologie et de la lutte contre le cancer (en particulier à travers ses stratégies de dépistage précoce) à la «médicalisation active» de la population, à la construction d'un *homo medicus*, «collaborateur» indispensable de la médecine de pointe, «patient-sentinelle» et figure néanmoins hautement ambiguë, traversée de contradictions [1].

La perception générale des soins se décline ensuite sur le versant de la prise en charge. L'amélioration de la prise en charge de la douleur des malades du cancer, symptôme ou effet secondaire des traitements souvent évoqué comme des plus gênants pour les malades (avec la fatigue), est manifeste pour une large majorité des enquêtés (neuf sur dix). Même s'il est difficile de préciser la période de comparaison que suppose l'adverbe «aujourd'hui» dans la formulation de la question, on peut observer que cette perception d'une amélioration s'accroît avec l'âge, notamment de 45 à 75 ans, ce qui implique la possibilité de plusieurs décennies de recul chez ces répondants. Il est aussi remarquable que cette perception soit particulièrement forte chez les personnes qui se disent par ailleurs bien informées sur le cancer et chez celles pour lesquelles il est cité comme la première maladie la plus grave. Toutefois, des progrès importants restent à accomplir dans ce domaine, car de nombreuses études françaises et internationales ont montré que le soulagement de la douleur, en particulier cancéreuse, restait très insuffisant, d'abord parce qu'elle demeure très difficile à apprécier par les soignants (d'autant que les patients tentent parfois de la dissimuler), ensuite parce que les uns comme les autres ont encore des préventions à l'égard de l'usage d'antalgiques forts (surtout pour les opiacés). Les États généraux de la douleur, organisés en 2004 par six régions, ont été l'occasion d'une

enquête dans cent soixante-dix établissements de santé de ces régions, d'où il ressort notamment que 40 % des patients douloureux ne sont pas considérés comme tels par les soignants et que seulement 27 % des soignants déclarent procéder à une évaluation de la douleur des malades une fois par jour<sup>9</sup>. Le développement de la prise en charge de la douleur est expressément visé par la mesure 42 du Plan cancer. On peut ainsi mentionner la création de vingt-neuf nouvelles structures (consultations, unités, centres) de prise en charge pluridisciplinaire de la douleur en 2004 et 2005, en cohérence avec le plan quadriennal de lutte contre la douleur (2002-2005), reconduit pour la période 2006-2010. Il semble que certaines catégories sociales soient plus exigeantes en matière de prise en compte de la douleur en cancérologie : les individus plus diplômés, les habitants de la région parisienne, les célibataires.

Le sentiment d'inégalités sociales dans la prise en charge médicale du cancer persiste, puisque près d'un enquêté sur deux (47 %) estime qu'on est mieux soigné quand on a plus d'argent. Ce sentiment est plus aigu chez ceux qui ont les plus faibles niveaux de revenus, c'est-à-dire chez ceux qui ont le plus à pâtir de ces inégalités. On pourrait être tenté, de prime abord, de relativiser en partie cette opinion en s'appuyant sur le fait qu'elle est plus marquée chez les enquêtés se disant mal informés sur le cancer. Toutefois, cette opinion est aussi davantage marquée chez les proches de malades du cancer, donc chez des personnes qui ont pu avoir une connaissance plus concrète que d'autres, même si elle reste indirecte, du système de prise en charge des cancers. On sait par ailleurs qu'il existe de nettes différenciations sociales en matière de recours

9. La dynamique du Plan cancer. Actions et résultats. Rapport annuel 2004-2005, Mission interministérielle de lutte contre le cancer, p. 38.

aux soins, en particulier que les recours aux médecins spécialistes sont moins fréquents dans les ménages à faible niveau de revenus ou d'éducation [22]. Concernant plus particulièrement le cancer, il existe encore peu d'études françaises sur la relation entre statut socio-économique et mortalité, incidence et survie. Néanmoins les études étrangères montrent, dans leur ensemble, que la mortalité par cancers (toutes localisations confondues) est toujours plus élevée et la survie le plus souvent plus faible dans les groupes ayant un bas statut socio-économique [23, 24]. Pour la France, on a observé que le pronostic d'un cancer colorectal est plus mauvais pour les agriculteurs, les ouvriers et employés et les personnes sans profession; de même, la mortalité par cancer des voies aérodigestives supérieures est plus importante chez les hommes de bas statut socio-économique.

Plus de six personnes sur dix rapportent une part des chances de guérison d'un cancer aux compétences personnelles du médecin — ou du type de spécialiste? — consulté, et cette opinion s'accroît avec l'âge. Il n'est pas certain que le sens de cette réponse soit clair et univoque, car les répondants ont pu avoir quelque difficulté à décoder à quoi cette proposition pouvait s'opposer (structures de soins, types de traitement, protocoles de soins, médecin adressé, technicité ou impersonnalité de la relation de soins, etc.). Il est possible que s'exprime à travers cette réponse une confiance générale envers les compétences du médecin ou, normativement, une demande de relation plus humanisée ou plus personnalisée avec lui, ou encore un attachement à l'idée et à l'exercice de la médecine comme art (plutôt que comme science appliquée). Cette équivoque pourrait d'ailleurs être confirmée par la moindre proportion de proches de malades du cancer — proches donc aussi de la réalité de la prise en charge — à partager cette opinion. Signalons que la diffusion et le

respect de référentiels de bonnes pratiques cliniques, essentiels en oncologie, sont explicitement prévus par la mesure 35 du Plan cancer.

La qualité de la prise en charge des malades du cancer est jugée majoritairement équivalente dans les hôpitaux publics et les cliniques privées. Les groupes défavorisés (faibles niveaux de revenus ou d'éducation) font partie de la minorité qui estime meilleurs les soins dispensés en clinique privée, auxquels ils ont aussi le moins de chances d'accéder. Mais l'expérience d'un proche soigné pour un cancer rend l'adhésion à cette opinion moins fréquente. On sait par ailleurs que la part prise par les différents types d'établissements de soins (centre de lutte contre le cancer, centre hospitalier régional, clinique privée, etc.), par exemple dans le recours aux traitements chirurgicaux, est différenciée selon le siège des tumeurs<sup>10</sup> [25].

### L'expérience des malades et/ou de proches relative à la prise en charge

Il faut d'abord souligner que, outre les 5,6 % d'enquêtés ayant actuellement ou ayant eu un cancer, 62 % des autres répondants sont ou ont été concernés par cette maladie, à travers l'atteinte d'un ou de plusieurs proches. Le cancer touche donc, à travers la sphère des relations de proximité, les deux tiers de la population. Les jugements exprimés par les réponses traitées ici se rapportent à une expérience de la maladie vécue plus ou moins directement par les personnes interrogées. Il ne s'agit donc pas, le plus souvent, d'une opinion générale,

10. Les données du PMSI permettent ainsi d'observer que le recours aux centres de lutte contre le cancer (CLCC) est plus fréquent pour la plupart des cancers féminins, tandis que l'ensemble des établissements du secteur public traite davantage les cancers de la sphère ORL et ceux du secteur privé les cancers de la prostate ou des testicules.

mais d'un jugement relatif à un cas vécu, en tant que malade ou proche d'un malade.

La perception de leur prise en charge médicale par les personnes ayant été soignées pour un cancer s'avère très positive (pour huit à neuf sur dix d'entre elles), tant pour l'accès aux meilleurs soins disponibles que pour le caractère satisfaisant des relations avec l'équipe soignante et pour l'information reçue sur la maladie. La qualité de cette prise en charge est aussi l'un des objectifs majeurs du chapitre « Soins » du Plan cancer : « *Répondre aux attentes formulées par les patients et leurs proches par un accompagnement thérapeutique favorisant mieux la relation humaine et l'information du malade* », objectif décliné notamment par les mesures 39 et 40, qui visent à rendre le système de prise en charge du cancer transparent et compréhensible pour les patients et leurs proches, avec le développement de points ou kiosques d'information sur le cancer, aussi bien à l'hôpital que hors de ses murs, avec la création d'un numéro vert Cancer info service, avec l'amélioration des conditions d'annonce du diagnostic (dispositif d'annonce et contenu de l'annonce). Outre l'augmentation du parc d'appareils de diagnostic et de suivi des cancers (imagerie par résonance magnétique nucléaire, scanner, tomographie par émission de positons) et la rénovation du parc d'appareils de radiothérapie, que programment les mesures 44 et 45 du Plan cancer et dont la réalisation est en cours, il s'agit aussi d'assurer aux patients un accompagnement global de la personne, au-delà des protocoles techniques, avec l'accroissement des consultations psycho-oncologiques de soutien et, plus largement, des soins de support, relatifs aux problèmes de nutrition, d'alopecie<sup>11</sup>, de douleur (mesure 42).

Plus surprenant au premier abord est le jugement des proches de malades sur cette prise en charge, qui sont moins nombreux à répondre positivement, en particulier pour

l'information disponible sur la maladie et la satisfaction à l'égard des relations avec l'équipe soignante. On sait par ailleurs que la perception de la qualité de vie des malades atteints de cancer par les membres de leur entourage proche (conjoint et enfants) est souvent altérée et surestime les effets négatifs des traitements [26]. Sans doute une part de l'essence des relations du malade avec l'équipe soignante échappe-t-elle à la connaissance des proches, *a fortiori* dans la mesure où ces relations sont très personnalisées. De plus, il est possible qu'à travers cette appréciation moins bonne chez les proches de la prise en charge des malades s'exprime une part de leur inquiétude vis-à-vis de la personne malade, de leur impuissance aussi, voire d'une forme de culpabilité. C'est ce que tendent à suggérer, d'une part, la corrélation du sentiment des proches d'être bien informés sur le cancer avec une meilleure opinion quant à la prise en charge des malades et, d'autre part, la relation observée entre l'état de santé des malades et la perception de la prise en charge par leurs proches. Dans tous les cas, ces résultats indiquent l'existence d'attentes spécifiques de la part des proches de malades — en termes d'information sur la maladie et sur les conditions de la prise en charge —, attentes que ne parviennent pas jusqu'à présent à combler les efforts accomplis en direction des malades eux-mêmes. Enfin, l'interprétation de ces opinions des proches de malades, comparativement à celles des malades eux-mêmes, doit tenir compte de l'actualisation possible chez ces derniers d'une capacité spécifique d'adaptation ou encore d'« ajustement » face à la maladie, susceptible de faire de celle-ci une « forme de vie » ou de consister en une autre « allure » de la vie, dans les termes de Canguilhem.

Une analyse statistique multivariée (analyse factorielle des correspondances

11. Chute des cheveux.

multiples) permet d'établir une classification des proches de malades en fonction de leur perception de la maladie, de la prise en charge, de l'attitude des médecins et de la qualité de l'expérience vécue par leur(s) proche(s) soigné(s) pour un cancer (variables actives). Des caractéristiques sociodémographiques de ces proches sont ajoutées comme variables illustratives, afin de préciser la description des classes discriminées. Les trois profils de proches dégagés de cette analyse se différencient nettement. Globalement, moins d'un proche sur trois se dit satisfait de la prise en charge médicale de cette maladie, à la fois en général et relativement à l'expérience de la personne soignée pour un cancer, ce qui confirme la nécessité d'une meilleure prise en compte des attentes des proches. Notons qu'il s'agit

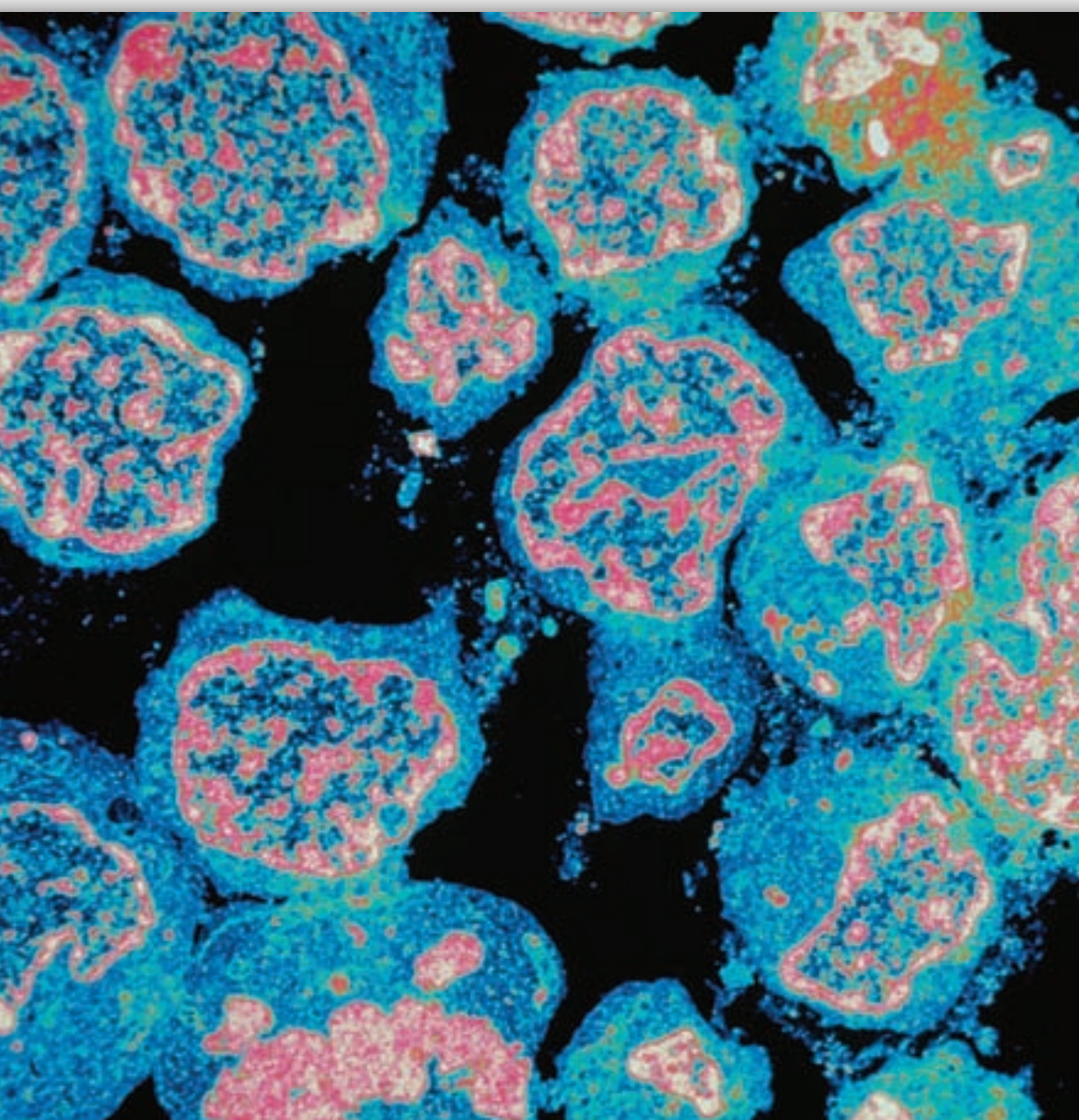
de personnes se disant par ailleurs bien informées sur le cancer. Les autres proches de malades se subdivisent en deux sous-groupes : pour le premier (quatre proches sur dix), dont le niveau d'éducation est plutôt faible, une expérience indirecte non satisfaisante de la prise en charge de leur proche se conjugue à une opinion critique vis-à-vis des médecins, des inégalités de prise en charge et de la maladie elle-même (perçue comme stigmatisante) ; mais ces personnes restent optimistes sur l'efficacité des soins pour le cancer en général. Le second sous-groupe (30 % des proches), de niveau d'éducation plutôt élevé et plus jeune, est le plus critique, tant vis-à-vis de la prise en charge que de l'attitude des médecins, même si l'expérience vécue par le proche malade a pu être satisfaisante.

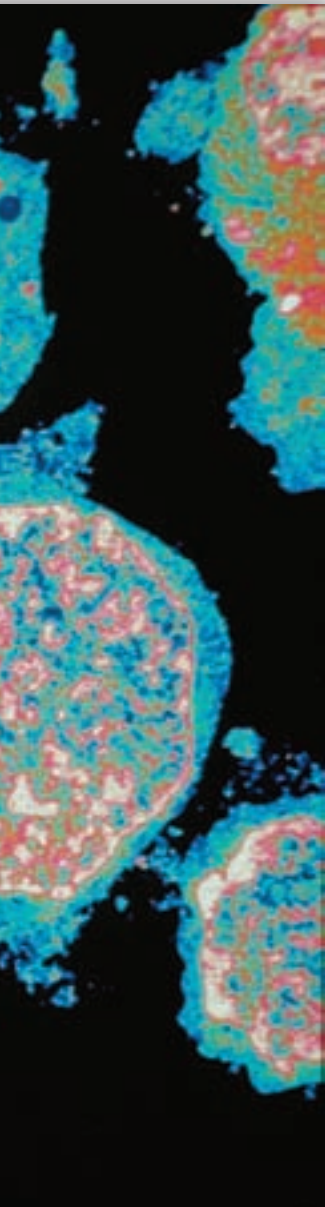
## Bibliographie

- [1] Pinell P.  
**Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France, 1890-1940.**  
Paris : Métailié, 1992.
- [2] Institut national du cancer.  
**Présentation du plan cancer.**  
Boulogne : Inca, 2006.  
En ligne : [http://www.e-cancer.fr/Les-Actions/Plan-cancer/op\\_1-it\\_112-la\\_1-ve\\_1.html](http://www.e-cancer.fr/Les-Actions/Plan-cancer/op_1-it_112-la_1-ve_1.html)  
[Dernière visite le 28/08/06]
- [3] Herzlich C., Pierret J.  
**Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison.**  
Paris : Payot, 1984 : p. 87.
- [4] Razavi D., Delvaux N. (sous la dir.).  
**Psycho-oncologie. Le cancer, le malade et sa famille.**  
Paris : Masson, 1998.
- [5] Fanello S., Sarazin P., Le Coent M.-A., et al.  
**Les modalités de la réinsertion socio-professionnelle après un cancer du sein. Une enquête épidémiologique et rétrospective à propos de 160 patientes traitées dans un centre anti-cancéreux du Maine-et-Loire.**  
*Archives des maladies professionnelles* 1993 ; 54(5) : 397-402.
- [6] McKenna R.J., Black B., Hugues R., et al.  
**Workgroup 2: Insurance and Employability.**  
*Cancer* 1993 ; 71(7) : 2414-8.
- [7] Spelten E.R., Sprangers M., Verbeek J.  
**Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review.**  
*Psycho-oncology* 2002 ; 11(2) : 124-31.
- [8] Bataille P.  
**Un cancer et la vie. Les malades face à la maladie.**  
Paris : Balland, 2003 : p. 177.
- [9] Enquête Ipsos du 23 mars 1998 pour la Ligue nationale contre le cancer sur l'image sociale du cancer.  
In : Ménoret M. **Les temps du cancer.**  
Paris : CNRS, 1999, coll. CNRS Sociologie : p. 11.
- [10] Chinaud F., Slota L., Souques M., et al.  
**Survie à cinq ans des patients ayant eu un diagnostic de cancer en 1994 en Ile-de-France.**  
*Revue d'épidémiologie et de santé publique* 2005 ; 53(5) : 477-90.
- [11] Remontet L., Buemi A., Velten M., Jouglu E., Esteve J.  
**Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000.**  
Saint-Maurice : InVS, 2002.  
En ligne : [http://www.invs.sante.fr/publications/2003/rapport\\_cancer\\_2003/](http://www.invs.sante.fr/publications/2003/rapport_cancer_2003/)  
[Dernière visite le 28/08/06]
- [12] Steudler F.  
**La fin d'un mythe.**  
In : Pujol H., Schraub S., Serin D. (sous la dir.). **Les enjeux de la prise en charge des malades du cancer.**  
Paris : Flammarion, Parcours de femmes, 1997.

- [13] Canguilhem G.  
**Les maladies.**  
In : Jacob A. (sous la dir.). *Encyclopédie philosophique universelle, vol. 1 : L'univers philosophique.*  
Paris : Puf, 1989, repris in : Canguilhem G. *Écrits sur la médecine.*  
Paris : Le Seuil, 2002 : p. 35.
- [14] Foucault M.  
**Naissance de la clinique.**  
Paris : Puf, 1963.
- [15] Bloch J. (coord.), Dumont C.  
**Rapport de la commission d'orientation sur le cancer.**  
Paris : ministère de la Santé, 2003 : 324 p.  
En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cancer/index.htm>  
[Dernière visite le 28/08/06]
- [16] Ferdjaoui N.-M., Carrère M.-O.  
**La relation médecin-patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale : les enseignements de la littérature internationale.**  
*Revue française des affaires sociales* 2000 ; (2) : 73-88.
- [17] Blanchard C.G., Labecque M.S., Ruckdeschel J.C., Blanchard E.B.  
**Information and decision-making preferences of hospitalized adult cancer patients.**  
*Social Science and Medicine* 1988 ; 27(11) : 1139-45.
- [18] Sutherland H.J., Llewellyn-Thomas H.A., Lockwood G.A., *et al.*  
**Cancer patients: their desire for information and participation in treatment decisions.**  
*Journal of the Royal Society of Medicine* 1989 ; 82 : 260-3.  
En ligne : <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1292127&blobtype=pdf>  
[Dernière visite le 28/08/06]
- [19] Serin D., Dilhuydy J.M., Romestaing P., *et al.*  
**Parcours de femmes 2001. Enquête française sur la prise en charge globale de la maladie, auprès de 1870 patientes atteintes de cancers mammaires ou gynécologiques et de leurs soignants.**  
*Oncologie* 2004 ; 6(7) : 494-504.
- [20] Ehrenberg A.  
**Le culte de la performance.**  
Paris : Calmann-Lévy, 1991.
- [21] Ehrenberg A.  
**La fatigue d'être soi. Dépression et société.**  
Paris : Odile Jacob, 1998.
- [22] Lanoé J.-L., Makdessi-Raynaud Y.  
**L'état de santé en France en 2003. Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé.**  
*Études et Résultats* 2005 : (436).  
En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er436/er436.pdf>  
[Dernière visite le 28/08/06]
- [23] Herbert C., Launoy G.  
**Les cancers.**  
In : Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (sous la dir.). **Les inégalités sociales de santé.**  
Paris : La Découverte/Inserm, 2000 : 239-50.
- [24] Jouglà E., Rican S., Péquignot F., Le Toulliec A.  
**La mortalité.**  
In : Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (sous la dir.). **Les inégalités sociales de santé.**  
Paris : La Découverte/Inserm, 2000 : 147-62.
- [25] Chérié-Challine L., Mouquet M.-C., Marescaux C.  
**Incidence et traitement chirurgical des cancers.**  
*Études et Résultats* 2002 ; (199).  
En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er199.pdf>  
[Dernière visite le 28/08/06]
- [26] Novartis.  
**Résultats de l'étude Face/Novartis.**  
In : **Dossier de presse. Étude Face/Novartis.** 2004 : 5-18.  
En ligne : [http://www.proximologie.com/a\\_professionnels/a02\\_recherches\\_etudes/a02\\_01\\_etudes/docs/DP\\_FACE.pdf](http://www.proximologie.com/a_professionnels/a02_recherches_etudes/a02_01_etudes/docs/DP_FACE.pdf)







## ANNEXES

# Questionnaire de l'enquête

Le questionnaire Baromètre cancer 2005 est présenté dans son intégralité.

◆ *Condition de la question*

---

**QNN. Question**

★ Directives de l'enquêteur.

◆ *Remarque.*

1 Choix 1

2 Choix 2

...

*n* Choix *n*

■ Thème 1

■ Thème 2

■ ...

Introduction	184
Signalétique (1)	184
Opinions (1)	184
État de santé et consommation de soins	185
« Proximité » du cancer et opinions sur la prise en charge	185
Perception de santé	186
Activité physique et nutrition	187
Alcool	187
Exposition au soleil	188
Tabac	189
Information sur la santé	191
Opinions (2)	191
Dépistage	192
Plan cancer	195
Programme cancer colorectal	195
Opinions (3)	196
Signalétique (2)	196

## Introduction

**Jour de l'interview**

**Mois de l'interview**

**Année de l'interview**

**Heure début**

**Minute début**

**Seconde début**

**Heure fin**

**Minute fin**

**Seconde fin**

**Département de résidence du répondant**

**Code postal de la commune du domicile principal du répondant**

**Taille de l'agglomération de résidence du répondant**

**Type de liste téléphonique**

Bonjour, je suis - X - de la société Atoo, je travaille pour le compte de l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé). C'est une institution qui dépend du ministère de la Santé et a en charge les actions nationales de prévention et d'information. Nous menons une étude nationale réalisée auprès de 4 000 personnes âgées de 16 ans et plus. Vos réponses nous aideront à mieux connaître les comportements de l'ensemble des personnes résidant en France en matière de santé et, ainsi, d'orienter la prévention et l'information. Auriez-vous quelques minutes à m'accorder ?

**Nombre de personnes vivant habituellement dans le foyer**

**Nombre de personnes âgées de 16 ans ou plus vivant habituellement dans le foyer**

Pour notre étude nous souhaiterions interroger dans votre foyer la personne âgée de 16 ans et plus qui fêtera son anniversaire en premier à partir d'aujourd'hui, même si cette personne n'est pas chez vous aujourd'hui. Pourriez-vous me donner son prénom ? Serait-il possible de lui parler ?

Étant donné que nous allons aborder des sujets vous concernant personnellement, vous est-il possible de vous isoler lors de cet entretien ? Pour commencer, je vais vous poser quelques questions générales.

## Signalétique (1)

---

**Q1. Sexe de l'interviewé**

- 1 Homme
- 2 Femme

---

**Q2. Quel est votre âge ?**

---

**Q3. Quels sont vos mois et année de naissance ?**

★ Enquêteur : saisir l'année en quatre chiffres. Si refuse catégoriquement de dire le mois coder 99

- 1 mois
  - 2 année
- ◆ *Test de cohérence avec Q2*

---

**Q4. Vivez-vous :**

- 1 Seul(e)
  - 2 En couple (avec ou sans enfant)
  - 3 Seul(e) avec un (ou des) enfant(s)
  - 4 Avec vos parents
  - 5 Avec d'autres personnes
  - 6 Autre situation (préciser)
  - 7 Ne veut pas dire
- ◆ *Test de cohérence*

## Opinions (1)

---

**Q5. Selon vous, quelles sont les trois maladies que vous jugez les plus graves ?**

★ Enquêteur : relancer en indiquant « et encore » jusqu'à l'obtention de trois réponses

- 1 Cancer
- 2 Diabète
- 3 Hépatite B
- 4 Hépatite C
- 5 Maladie d'Alzheimer
- 6 Maladies cardiaques/Infarctus
- 7 Maladies cardio-vasculaires
- 8 Maladie de Parkinson
- 9 Mucoviscidose
- 10 Paludisme
- 11 Sclérose en plaques
- 12 Sida
- 13 Tuberculose
- 14 Autres maladies (préciser)
- 15 NSP

---

**Q6. Je vais maintenant vous soumettre quelques opinions très générales et vous me direz si vous pensez qu'elles**

**s'appliquent tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout à vous-même.**

- 1 Tout à fait
  - 2 Plutôt
  - 3 Plutôt pas
  - 4 Pas du tout à vous-même
  - 5 NSP
- J'aime faire des projets à long terme
  - Je préfère vivre au jour le jour, en prenant la vie comme elle vient
  - Dans la vie, pour réussir, il faut sans cesse préparer son avenir
  - Pour être heureux mieux vaut savourer l'instant présent sans trop penser à demain

## État de santé et consommation de soins

**Q7. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :**

- 1 Excellente
- 2 Très bonne
- 3 Bonne
- 4 Médiocre
- 5 Mauvaise
- 6 NSP

**Q8. Depuis au moins six mois, en raison d'un problème de santé, êtes-vous limité dans vos activités de tous les jours ?**

- 1 Oui, très limité
- 2 Oui, limité
- 3 Non, pas du tout limité
- 4 NSP

**Q9. Au cours des douze derniers mois, combien de fois avez-vous consulté, pour vous-même, un médecin généraliste ?**

◆ *Si femme*

**Q10. Au cours des deux dernières années, combien de fois avez-vous consulté, pour vous-même, un gynécologue ?**

◆ *Si femme de 40 ans ou plus*

**Q11. Êtes-vous ménopausée ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Si femme non ménopausée*

**Q12. Prenez-vous la pilule ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Si femme ménopausée*

**Q13. Prenez-vous un traitement hormonal substitutif ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

**Q14. Avez-vous déjà eu recours à la médecine alternative comme l'homéopathie, l'acupuncture, l'ostéopathie, etc. ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

**Q15. L'hiver dernier, vous êtes-vous fait vacciner contre la grippe ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

## « Proximité » du cancer et opinions sur la prise en charge

**Q16. Avez-vous déjà été soigné ou êtes-vous actuellement soigné pour un cancer ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Si n'est pas ou n'a pas été soigné pour un cancer*

**Q17. Avez-vous ou avez-vous eu, parmi vos proches, une personne atteinte d'un cancer ?**

★ *Enquêteur : si plusieurs personnes, commencer par la plus proche*

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Si a un proche atteint d'un cancer*

**Q18. Quel est votre lien avec cette personne ?**

★ *Enquêteur : si plusieurs personnes, commencer par la plus proche - Ne pas citer*

- 1 Famille
- 2 Ami(e)
- 3 Collègue
- 4 Autre (préciser)
- 5 Ne veut pas dire

**Q19. Aujourd'hui, cette personne est-elle :**

★ *Enquêteur : pas de relance sur « NSP »*

- 1 Guérie ou en rémission

- 2 Encore en traitement  
3 Décédée des suites de son cancer  
4 Décédée pour d'autres raisons  
5 (NSP/Ne veut pas dire)
- 
- Q20. Y a-t-il ou y a-t-il eu une autre personne atteinte d'un cancer parmi vos proches ?**
- 1 Oui  
2 Non  
3 (NSP/Ne veut pas dire)
- ◆ Si oui, poser Q18, Q19 et Q20  
◆ Si est ou a été soigné pour un cancer
- 
- Q21. Avez-vous le sentiment d'avoir eu accès aux meilleurs soins disponibles pour traiter cette maladie ?**
- 1 Oui  
2 Non  
3 (NSP/Ne veut pas dire)
- ◆ Si est ou a été soigné pour un cancer
- 
- Q22. Les relations humaines avec l'équipe soignante ont-elles été satisfaisantes lors de la prise en charge de la maladie ?**
- 1 Très  
2 Plutôt  
3 Plutôt pas  
4 Pas du tout satisfaisantes  
5 NSP
- ◆ Si est ou a été soigné pour un cancer
- 
- Q23. À ce moment-là, avez-vous disposé de suffisamment d'informations sur la maladie ?**
- 1 Oui  
2 Non  
3 (NSP/Ne veut pas dire)
- ◆ Si a un proche de la famille atteint d'un cancer
- 
- Q24. Concernant la dernière personne atteinte d'un cancer avec qui vous avez été en contact, avez-vous le sentiment qu'elle a eu accès aux meilleurs soins disponibles pour traiter cette maladie ?**
- 1 Oui  
2 Non  
3 NSP
- ◆ Si a un proche de la famille atteint d'un cancer
- 
- Q25. Pensez-vous que cette personne a eu des relations satisfaisantes avec l'équipe soignante lors de la prise en charge de la maladie ?**
- 1 Très  
2 Plutôt  
3 Plutôt pas  
4 Pas du tout satisfaisantes  
5 NSP
- 
- ◆ Si a un proche de la famille atteint d'un cancer
- 
- Q26. Pensez-vous que cette personne a eu suffisamment d'informations sur la maladie ?**
- 1 Oui  
2 Non  
3 NSP
- ◆ Si a ou a été soigné pour un cancer OU a un proche de la famille atteint d'un cancer
- 
- Q27. Je vais maintenant vous poser des questions sur la prise en charge médicale des personnes atteintes d'un cancer. Pour chacune d'entre elles, dites-moi si vous êtes tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord.**
- 1 Tout à fait  
2 Plutôt  
3 Plutôt pas  
4 Pas du tout d'accord  
5 NSP
- Souvent les médecins se concentrent sur le cancer mais oublient le malade
  - Souvent les médecins ne disent pas tout au malade sur son cancer
  - En général, les malades du cancer subissent les traitements prescrits par les médecins sans pouvoir donner leur avis
  - Aujourd'hui, la douleur des malades du cancer est mieux prise en charge
- ◆ Pour l'ensemble des questions suivantes, seules les personnes n'étant ou n'ayant pas été soignées pour cancer sont concernées.
- 
- ## Perception de santé
- 
- Q28. Supposons que vous ayez un signe physique qui vous fasse craindre d'avoir un cancer, que feriez-vous :**
- 1 Vous en parlez d'abord à un médecin  
2 Vous en parlez d'abord à un pharmacien ou à un autre professionnel de santé  
3 Vous vous soignez d'abord vous-même  
4 Vous préférez d'abord attendre pour voir si le symptôme disparaît de lui-même  
5 Autre (préciser)  
6 NSP
- ◆ Si répond 3 ou 4 à la question précédente
- 
- Q29. Et dans ce cas, est-ce que vous en parleriez à un proche (conjoint, autre membre de la famille, ami) ?**
- 1 Oui  
2 Non  
3 NSP

◆ Si homme de moins de 77 ans ou femme de moins de 84 ans

**Q30. Sachant que l'espérance de vie moyenne d'un homme est de 77 ans (pour les hommes) OU d'une femme est de 84 ans (pour les femmes), quelle est la proposition qui vous correspond le mieux ?**

- 1 Il y a de très grandes chances que vous atteigniez cet âge
- 2 Il y a de grandes chances que vous atteigniez cet âge
- 3 Il y a peu de chance que vous atteigniez cet âge
- 4 Il n'y a aucune chance que vous atteigniez cet âge
- 5 NSP

◆ Si moins de 70 ans

**Q31. Comment pensez-vous que sera votre état de santé à 70 ans ?**

- 1 Très satisfaisant
- 2 Plutôt satisfaisant
- 3 Plutôt pas satisfaisant
- 4 Pas du tout satisfaisant
- 5 NSP

**Q32. Sachant que pour... un homme le risque moyen de développer un cancer au cours de sa vie est de 47 % (près d'un homme sur deux) (pour les hommes) une femme le risque moyen de développer un cancer au cours de sa vie est de 37 % (soit plus d'une femme sur trois) (pour les femmes)**

◆ Pour la moitié de l'échantillon

**Quel est, selon vous, le risque que vous développiez un cancer au cours de votre vie ? Donnez un nombre compris entre 0 et 100 (pourcentage).**

◆ Pour l'autre moitié de l'échantillon

**Diriez-vous que le risque que vous développiez un cancer au cours de votre vie est :**

- 1 Très supérieur à la moyenne
- 2 Plutôt supérieur à la moyenne
- 3 Égal à la moyenne
- 4 Plutôt inférieur à la moyenne
- 5 Très inférieur à la moyenne
- 6 NSP

## Activité physique et nutrition

**Q33. Au cours des sept derniers jours, avez-vous mangé au moins cinq fruits ou légumes par jour :**

- 1 Tous les jours ou presque
- 2 Au moins un jour sur deux
- 3 Moins souvent
- 4 Jamais au cours des sept derniers jours
- 5 NSP

**Q34. Au cours des sept derniers jours, avez-vous fait du sport, de l'exercice physique ou l'équivalent de trente minutes de marche rapide par jour :**

- 1 Tous les jours ou presque
- 2 Au moins un jour sur deux
- 3 Moins souvent
- 4 Jamais au cours des sept derniers jours
- 5 NSP

◆ Si n'a pas pratiqué du sport ou de l'exercice physique au cours des sept derniers jours

**Q35. Quelles sont les raisons pour lesquelles vous n'avez pas pratiqué l'une de ces activités ?**

★ Enquêteur : ne pas citer – plusieurs réponses possibles

- 1 N'aime pas cela
- 2 Contrainte de santé (dont les blessures sportives)
- 3 Contrainte professionnelle
- 4 Contrainte liée à l'âge
- 5 Manque de temps
- 6 Autre (préciser)
- 7 NSP/Ne veut pas dire

## Alcool

**Q36. Avez-vous déjà bu au moins une fois des boissons alcoolisées, c'est-à-dire de la bière, du vin ou tout autre type d'alcool ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Si n'a pas bu de boissons alcoolisées

**Q37. Et avez-vous déjà bu une boisson alcoolisée comme du cidre, du panaché ou des bières légères ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Si a bu des boissons alcoolisées ou peu alcoolisées comme du cidre, du panaché ou des bières légères dans la vie*

**Q38. Au cours des douze derniers mois, avez-vous bu...**

★ Enquêteur : nombre de fois = nombre de jours

- 1 Tous les jours
  - 2 Quatre fois par semaine ou plus
  - 3 Deux ou trois fois par semaine
  - 4 Une fois par semaine
  - 5 Deux à quatre fois par mois
  - 6 Une fois par mois ou moins souvent
  - 7 Jamais
  - 8 NSP
- du vin (blanc, rosé, rouge)
  - de la bière
  - des alcools forts

◆ *Si a bu de l'alcool au cours des douze derniers mois*

**Q39. Au cours d'une journée où vous buvez de l'alcool, combien de verres d'alcool buvez-vous, que ce soit de la bière, du vin ou tout autre type alcool :**

- 1 1 ou 2 verres
- 2 3 ou 4 verres
- 3 5 ou 6 verres
- 4 7 à 9 verres
- 5 10 verres et plus
- 6 NSP

◆ *Si a bu des boissons alcoolisées ou peu alcoolisées comme du cidre, du panaché ou des bières légères dans la vie*

**Q40. À quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres d'alcool ou plus en une même occasion :**

- 1 Jamais
- 2 Moins d'une fois par mois
- 3 Une fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Tous les jours ou presque
- 6 NSP

**Q41. Je vais maintenant vous soumettre plusieurs opinions et vous me direz si vous êtes tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord.**

- 1 Tout à fait
  - 2 Plutôt
  - 3 Plutôt pas
  - 4 Pas du tout d'accord
  - 5 NSP
- Boire des sodas ou manger des hamburgers est aussi mauvais pour la santé que de boire de l'alcool

- Aujourd'hui, la pollution provoque plus de cancers que l'alcool
  - Boire de l'alcool peut provoquer le cancer seulement si on boit beaucoup, et pendant longtemps
  - Certaines personnes peuvent boire beaucoup d'alcool toute leur vie sans jamais en tomber malade
  - Boire de l'alcool est mauvais pour la santé seulement quand on est ivre
  - Boire un peu de vin est meilleur pour la santé que ne pas en boire du tout
  - Ce sont surtout les alcools forts qui sont mauvais pour la santé
  - Le principal risque avec l'alcool, ce sont les accidents de la route et la violence
  - Les gens sont responsables de leurs problèmes de santé dus à l'alcool
- ◆ *Ordre aléatoire*

## Exposition au soleil

**Q42. À votre avis, en été en France, quelles sont les heures dangereuses durant lesquelles il vaut mieux ne pas s'exposer au soleil ?**

★ Enquêteur : ne pas citer – plusieurs réponses possibles

- 1 De 9 h à 10 h
- 2 De 10 h à 11 h
- 3 De 11 h à 12 h
- 4 De 12 h à 13 h
- 5 De 13 h à 14 h
- 6 De 14 h à 15 h
- 7 De 15 h à 16 h
- 8 De 16 h à 17 h
- 9 De 17 h à 18 h
- 10 De 18 h à 19 h
- 11 De 19 h à 20 h
- 12 Aucune
- 13 NSP

**Q43. Selon vous, en France, quels sont les mois de l'année où le soleil est le plus fort ?**

★ Enquêteur : ne pas citer – plusieurs réponses possibles

- 1 Janvier
- 2 Février
- 3 Mars
- 4 Avril
- 5 Mai
- 6 Juin
- 7 Juillet
- 8 Août



- 9 Septembre  
10 Octobre  
11 Novembre  
12 Décembre  
13 Aucun  
14 NSP
- 
- Q44. Lors d'une journée ensoleillée en été, dites-moi si vous utilisez les méthodes suivantes pour vous protéger du soleil...**
- 1 Systématiquement
  - 2 Souvent
  - 3 Rarement
  - 4 Jamais
  - 5 NSP
- Éviter les heures les plus ensoleillées
  - Rester à l'ombre d'un parasol
  - Mettre toutes les heures de la crème solaire
  - Porter des lunettes de soleil
  - Porter un chapeau ou une casquette
- 
- Q45. Vous arrive-t-il d'examiner votre peau à la recherche d'éventuelles anomalies, par exemple un grain de beauté qui apparaît ou qui change de forme ?**
- 1 Régulièrement
  - 2 De temps en temps (ou rarement)
  - 3 Jamais
  - 4 NSP
- ◆ *Si n'examine jamais sa peau ou ne se prononce pas*
- 
- Q46. Savez-vous qu'il est possible de faire soi-même un premier dépistage du cancer de la peau en s'examinant soi-même ?**
- 1 Oui
  - 2 Non
  - 3 NSP
- 
- Q47. Pour chacune des propositions suivantes, dites-moi si vous êtes tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord.**
- 1 Tout à fait
  - 2 Plutôt
  - 3 Plutôt pas
  - 4 Pas du tout d'accord
  - 5 NSP
- Les coups de soleil préparent la peau en la rendant moins vulnérable au soleil
  - Si les coups de soleil de l'enfance sont bien soignés, ils sont sans conséquence à l'âge adulte
  - Le soleil fait vieillir prématurément la peau
  - Une crème solaire permet de s'exposer au soleil plus longtemps
  - Faire des UV (un bronzage artificiel à l'aide de lampes à ultraviolets) avant les vacances permet de se protéger des coups de soleil

## Tabac

- 
- Q48. Est-ce que vous fumez des cigarettes ou du tabac à rouler, ne serait-ce que de temps en temps ?**
- 1 Oui
  - 2 Non
  - 3 NSP
- ◆ *Si non fumeur ou NSP*
- 
- Q49. Au cours de votre vie, avez-vous déjà essayé de fumer des cigarettes ou du tabac à rouler ?**
- 1 Oui
  - 2 Non
  - 3 NSP
- ◆ *Si a déjà essayé de fumer*
- 
- Q50. Avez-vous fumé :**
- ★ Enquêteur : occasionnellement = quelle que soit la durée
- 1 Juste une fois pour essayer
  - 2 Occasionnellement (ou quotidiennement MAIS pendant MOINS de six mois)
  - 3 Quotidiennement pendant AU MOINS six mois
  - 4 (Ne se souvient pas)
- 
- Q51. Craignez-vous, personnellement, d'avoir un jour un cancer dû au tabac ?**
- 1 Oui
  - 2 Non
  - 3 NSP
- ◆ *Si ne fume pas et craint personnellement d'avoir un jour un cancer*
- 
- Q52. Pourquoi ?**
- ★ Enquêteur : ne pas citer - plusieurs réponses possibles
- 1 Parce qu'ancien fumeur
  - 2 À cause du tabagisme passif (exposé à la fumée des autres)
  - 3 Autre (préciser)
  - 4 NSP
- ◆ *Si fume et ne craint pas d'avoir un jour un cancer*
- 
- Q53. Pourquoi ?**
- ★ Enquêteur : ne pas citer - plusieurs réponses possibles
- 1 Parce que fume peu
  - 2 Parce que fait du sport
  - 3 Parce que n'avale pas la fumée
  - 4 Parce que fume des cigarettes légères
  - 5 Autre (préciser)
  - 6 NSP

- ◆ *Si fume*
- Q54. Fumez-vous des cigarettes légères ?**
- 1 Oui
  - 2 Non
  - 3 NSP
- ◆ *Si fume*
- Q55. Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne ?**
- ★ Enquêteur : coder d'abord la fréquence puis saisir le nombre de cigarettes
- 1 Par jour
  - 2 Par semaine
  - 3 Par mois
  - 4 Par an
  - 5 NSP
- ◆ *Si fume*
- Q56. Au cours des douze derniers mois, avez-vous abordé la question du tabac avec un médecin lors d'une consultation ?**
- 1 Oui, à VOTRE initiative
  - 2 Oui, à SON initiative
  - 3 Non
  - 4 NSP
- ◆ *Si fume*
- Q57. Pensez-vous être capable d'arrêter de fumer à tout moment, si vous le décidiez ?**
- 1 Oui, certainement
  - 2 Oui, probablement
  - 3 Non, probablement pas
  - 4 Non, certainement pas
  - 5 NSP
- ◆ *Si fume*
- Q58. Avez-vous le projet d'arrêter un jour de fumer ?**
- 1 Oui
  - 2 Non, vous n'y avez pas pensé
  - 3 Non, vous pensez que vous fumerez toute votre vie
  - 4 NSP
- ◆ *Si fumeur régulier*
- Q59. À quel âge avez-vous commencé à fumer régulièrement ?**
- 98 Jamais
  - 99 NSP
- ◆ *Test cohérence avec âge*
- ◆ *Si fumeur régulier et NSP, âge début du tabagisme régulier*
- Q60. Était-ce plutôt :**
- 1 Avant 15 ans
  - 2 Entre 15 et 20 ans
  - 3 Entre 21 et 30 ans
  - 4 Après 30 ans
  - 5 NSP

- Q61. Voici des opinions que l'on peut entendre à propos du tabac. Pour chacune d'elles, dites-moi si vous êtes tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord.**
- 1 Tout à fait
  - 2 Plutôt
  - 3 Plutôt pas
  - 4 Pas du tout d'accord
  - 5 NSP
- Respirer l'air des villes est aussi mauvais pour la santé que de fumer des cigarettes
  - Fumer ne peut provoquer le cancer que si on fume beaucoup, et pendant longtemps
  - Certaines personnes peuvent fumer toute leur vie sans jamais en tomber malade
  - Un fumeur peut éviter de tomber malade à cause de la cigarette s'il sait s'arrêter à temps
  - Même si on ne fume pas soi-même, être exposé à la fumée des autres peut provoquer un cancer
  - Après 50 ans, ça ne sert plus à rien d'arrêter de fumer
  - Un ancien fumeur peut avoir un cancer dû à son tabagisme même longtemps après avoir arrêté de fumer
  - Les fumeurs sont responsables des problèmes de santé qui leur arrivent
- ◆ *Ordre aléatoire*
- ◆ *Si fumeur de cigarettes ou tabac à rouler*
- Q62. Selon vous, à partir de combien de cigarettes par jour un fumeur risque-t-il d'avoir un cancer dû à la cigarette ?**
- ★ Enquêteur : si l'interviewé répond « ça dépend du type de cigarette, de l'âge de la personne, de son activité physique, etc. », indiquer qu'il faut répondre « en général » pour un « individu moyen » – Si moins d'une cigarette par jour, coder 0.
- 998 Jamais
  - 999 NSP
- ◆ *Si fumeur de cigarettes ou tabac à rouler et si n'a pas répondu jamais ou NSP à la question précédente*
- Q63. Et, toujours selon vous, au bout de combien d'années une personne qui fume x (cf. Q62) cigarettes par jour a-t-elle un risque élevé d'avoir un cancer ?**
- ★ Enquêteur : si moins d'un an, coder 0
- 98 Jamais
  - 99 NSP

## Information sur la santé

**Q64. Je vais maintenant vous parler de l'information en matière de santé. Avez-vous le sentiment d'être très bien, plutôt bien, plutôt mal ou très mal informé sur les grands thèmes suivants ?**

- 1 Très bien
  - 2 Plutôt bien
  - 3 Plutôt mal
  - 4 Très mal informé(e)
  - 5 NSP
- Sur les effets de l'alcool sur la santé
  - Sur les effets du tabac sur la santé
  - Sur le cancer
  - Sur les effets de l'alimentation sur la santé
  - Sur les risques liés à l'exposition au soleil
- ◆ *Ordre aléatoire*

**Q65. Quelle est votre principale source d'information sur le cancer :**

- 1 La télévision, la radio, les journaux
  - 2 Les magazines de santé
  - 3 Internet
  - 4 Votre entourage
  - 5 Un professionnel de santé (pharmacien, médecin généraliste, spécialiste, etc.)
  - 6 Autre (préciser)
  - 7 (Ne s'informe pas)
  - 8 NSP
- ◆ *Ordre aléatoire*

**Q66. Selon vous, un cancer du poumon peut se révéler par quels signes ?**

★ Enquêteur : ne pas citer – plusieurs réponses possibles

- 1 Problèmes respiratoires
- 2 Toux
- 3 Mal à la gorge
- 4 Gêne dans la gorge
- 5 Mal à la poitrine
- 6 Douleurs dans la poitrine
- 7 Cracher du sang
- 8 Gêne respiratoire
- 9 (Autre : préciser)
- 10 NSP

**Q67. Vous-même, si vous aviez un cancer, où préféreriez-vous aller pour vous faire soigner ?**

- 1 Dans un hôpital (ou clinique) où on ne soigne que le cancer
- 2 Dans un hôpital (ou clinique) où on soigne aussi d'autres maladies
- 3 Vous n'avez pas de préférence
- 4 NSP

## Opinions (2)

**Q68. Nous allons maintenant parler des causes possibles du cancer et des personnes qui en sont atteintes. Je vais maintenant vous citer des comportements et vous me direz, pour chacun d'eux, si vous pensez qu'ils peuvent favoriser l'apparition d'un cancer.**

★ Enquêteur : répéter la question « Pensez-vous que cela puisse favoriser l'apparition d'un cancer ? » tous les quatre items.

- 1 Certainement
  - 2 Probablement
  - 3 Probablement pas
  - 4 Certainement pas
  - 5 NSP
- Fumer des cigarettes
  - Boire plus de trois verres d'alcool par jour
  - Manger peu de fruits et légumes
  - S'exposer au soleil sans protéger sa peau
  - Manger des aliments traités avec des produits chimiques (colorants, conservateurs, pesticides, etc.)
  - Respirer un air pollué (gaz d'échappement, fumées d'usine, incinérateur d'ordures ménagères, etc.)
  - Vivre à côté d'une centrale nucléaire
  - Vivre à côté d'une antenne relais pour téléphones portables
  - Subir le stress de la vie moderne
  - Avoir été fragilisé par des expériences douloureuses comme le deuil, une séparation, le chômage
  - Ne pas arriver à exprimer ses émotions
  - Être devenu aigri à cause de déceptions affectives ou professionnelles (avoir été déçu par la vie, par les autres)
- ◆ *Ordre aléatoire*

**Q69. Je vais maintenant vous proposer des opinions sur le cancer en général et sur les personnes qui en sont atteintes. Dites-moi, pour chacune d'entre elles, si vous êtes tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord.**

- 1 Tout à fait
  - 2 Plutôt
  - 3 Plutôt pas
  - 4 Pas du tout d'accord
  - 5 NSP
- Certains cancers sont contagieux
  - Le cancer, c'est souvent héréditaire
  - Personne n'est à l'abri d'un cancer
  - Quand on a un cancer, mieux vaut en parler le plus possible avec ses proches
  - Quand on a un cancer, on est souvent mis à l'écart

- Quand on a un cancer, on n'est plus capable de travailler comme avant
- Le cancer est une maladie comme les autres
  - ◆ *Ordre aléatoire*

## Dépistage

◆ *Si femme*

### Q70. Savez-vous ce qu'est une mammographie ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Si femme*

### Q71. Savez-vous ce qu'est un frottis du col de l'utérus ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

### Q72. Savez-vous ce qu'est un test Hémocult® ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

### Q73. Je vais maintenant vous proposer des opinions que l'on entend parfois. Pour chacune d'entre elles, dites-moi si vous êtes tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord.

- 1 Tout à fait
- 2 Plutôt
- 3 Plutôt pas
- 4 Pas du tout d'accord
- 5 NSP

◆ *Si femme et sait ce qu'est une mammographie*

- Une mammographie, c'est douloureux
- Une mammographie, c'est un examen gênant à passer
- Une mammographie, c'est sans danger pour la santé

◆ *Si femme et sait ce qu'est un frottis*

- Un frottis du col de l'utérus, c'est douloureux
- Un frottis du col de l'utérus, c'est un examen gênant à passer
- Un frottis du col de l'utérus, c'est sans danger pour la santé

◆ *Si femme de 40 ans ou plus et sait ce qu'est une mammographie*

### Q74. Avez-vous déjà passé une mammographie ?

- 1 Oui, plusieurs fois
- 2 Oui, une seule fois

- 3 Non
- 4 NSP

◆ *Si a passé une mammographie*

### Q75. (La dernière fois), c'était il y a combien de temps ?

- 1 Date de l'examen ou temps écoulé depuis l'examen
- 2 (NSP, mais la personne interrogée dit suivre les recommandations de son médecin ou être à jour dans ses examens)
- 3 NSP

◆ *Si NSP question précédente*

### Q76. Était-ce il y a :

- 1 Moins de deux ans
- 2 Entre deux et trois ans
- 3 Entre trois et cinq ans
- 4 Plus de cinq ans
- 5 NSP

◆ *Si a passé une mammographie au cours des deux dernières années*

### Q77. Avez-vous passé cet examen :

- 1 Parce que vous avez reçu un courrier vous invitant à faire cet examen gratuitement
- 2 Parce que vous l'avez demandé à votre médecin
- 3 Parce que votre médecin vous avait dit qu'il fallait le faire
- 4 De votre propre initiative, sans passer par un médecin
- 5 Pour une autre raison
- 6 NSP

◆ *Si a demandé à son médecin ou son médecin lui a dit qu'il fallait le faire*

### Q78. Ce médecin, c'était :

- 1 Un généraliste
- 2 Un gynécologue
- 3 Autre
- 4 (NSP/Ne veut pas dire)

◆ *Si a passé une mammographie au cours des deux dernières années*

### Q79. Pour quelle raison principale avez-vous passé cet examen :

- 1 Parce qu'une personne de votre famille a eu un cancer du sein
- 2 Parce qu'une amie ou une collègue a eu un cancer du sein
- 3 Parce que vous avez ressenti des symptômes (douleurs, grosseurs, etc.)
- 4 Parce que c'est dans le cadre d'un suivi régulier
- 5 Parce que vous avez été sensibilisée par une campagne d'information, une émission ou la lecture d'un article
- 6 Pour une autre raison
- 7 (NSP/Ne veut pas dire)

- ◆ *Si n'a jamais passé de mammographie*
- Q80. Vous n'avez jamais passé cet examen :**
- 1 Parce que vous n'avez aucun symptôme
  - 2 Parce qu'à votre âge cela ne vous concerne pas
  - 3 Parce que vous n'en avez pas pris le temps
  - 4 Parce que c'est trop cher
  - 5 Parce que vous pensez que ça ne sert à rien
  - 6 Pour une autre raison
  - 7 (NSP/Ne veut pas dire)
- ◆ *Ordre aléatoire*
- ◆ *Si a passé une mammographie il y a deux ans ou plus*
- Q81. Vous n'avez pas passé cet examen depuis longtemps...**
- 1 Parce que vous n'avez aucun symptôme
  - 2 Parce qu'à votre âge cela ne vous concerne pas
  - 3 Parce que vous n'en avez pas pris le temps
  - 4 Parce que c'est trop cher
  - 5 Parce que ça ne sert à rien
  - 6 Pour une autre raison
  - 7 (NSP/Ne veut pas dire)
- ◆ *Ordre aléatoire*
- ◆ *Si a passé une mammographie il y a deux ans ou plus*
- Q82. Qu'est-ce qui pourrait vous inciter à vous faire faire une mammographie ?**
- ★ Enquêteur : noter en clair
- ◆ *Si femme de 18 ans ou plus et sait ce qu'est un frottis*
- Q83. Avez-vous déjà fait un frottis du col de l'utérus (frottis vaginal) ?**
- 1 Oui, plusieurs fois
  - 2 Oui, une seule fois
  - 3 Non
  - 4 NSP
- ◆ *Si a déjà fait un frottis*
- Q84. (La dernière fois), c'était il y a combien de temps ?**
- 1 Date de l'examen ou temps écoulé depuis l'examen
  - 2 (NSP, mais la personne dit suivre les recommandations de son médecin ou être à jour dans ses examens)
  - 3 NSP
- ◆ *Si NSP à la question précédente*
- ◆ *Si a passé un frottis au cours des deux dernières années*
- Q86. Nous allons parler de votre dernier frottis. Avez-vous passé cet examen :**
- 1 Chez votre gynécologue
  - 2 Chez votre généraliste
  - 3 Dans un laboratoire d'analyses médicales
  - 4 Dans un centre de planning familial
  - 5 Dans un centre d'examen de santé
  - 6 À l'hôpital
  - 7 (Autre)
  - 8 NSP
- ◆ *Si a passé un frottis au cours des deux dernières années*
- Q87. Avez-vous passé cet examen :**
- 1 Parce que vous l'avez demandé à votre médecin
  - 2 Parce que votre médecin vous avait dit qu'il fallait le faire
  - 3 Autre raison
  - 4 NSP/Ne veut pas dire
- ◆ *Si a demandé à son médecin ou son médecin lui a dit qu'il fallait le faire*
- Q88. Ce médecin, c'était un généraliste ou un gynécologue ?**
- 1 Un généraliste
  - 2 Un gynécologue
  - 3 Autre
  - 4 NSP/Ne veut pas dire
- ◆ *Si a passé un frottis au cours des deux dernières années*
- Q89. Pour quelle raison principale avez-vous passé cet examen :**
- 1 Parce qu'une personne de votre famille a eu un cancer de l'utérus
  - 2 Parce qu'une amie ou une collègue a eu un cancer de l'utérus
  - 3 Parce que vous avez ressenti des symptômes (douleurs, saignements, etc.)
  - 4 Parce que c'est dans le cadre d'un suivi régulier
  - 5 À l'occasion d'une visite de contraception
  - 6 Parce que vous avez été sensibilisée par une campagne d'information, une émission ou la lecture d'un article
  - 7 Autre raison
  - 8 NSP/Ne veut pas dire
- ◆ *Si n'a jamais fait de frottis*
- Q90. Vous n'avez jamais passé cet examen :**
- 1 Parce que vous n'avez aucun symptôme
  - 2 Parce qu'à votre âge cela ne vous concerne pas
  - 3 Parce que vous n'en avez pas pris le temps
  - 4 Parce que c'est trop cher
  - 5 Parce que vous n'allez plus chez le gynécologue
  - 6 Parce que votre médecin habituel ne les fait pas

- 7 Parce que vous pensez que ça ne sert à rien  
8 Autre raison  
9 NSP/Ne veut pas dire  
◆ *Ordre aléatoire*
- 
- ◆ *Si a passé un frottis il y a deux ans ou plus*
- Q91. Vous n'avez pas passé cet examen depuis longtemps :**
- 1 Parce que vous n'avez aucun symptôme  
2 Parce qu'à votre âge cela ne vous concerne pas  
3 Parce que vous n'en avez pas pris le temps  
4 Parce que c'est trop cher  
5 Parce que vous n'allez plus chez le gynécologue  
6 Parce que votre médecin habituel ne le fait pas  
7 Parce que vous pensez que ça ne sert à rien  
8 Autre raison  
9 NSP/Ne veut pas dire  
◆ *Ordre aléatoire*
- 
- ◆ *Si a passé un frottis il y a deux ans ou plus*
- Q92. Qu'est-ce qui pourrait vous inciter à vous faire faire un frottis du col de l'utérus ?**  
★ Enquêteur : noter en clair
- 
- Q93. Avez-vous déjà bénéficié d'un dépistage du cancer du côlon et du rectum (ou cancer de l'intestin) par recherche de sang dans les selles (test Hémocult®) ?**
- 1 Oui  
2 Non  
3 NSP
- 
- ◆ *Si a bénéficié d'un dépistage du cancer du côlon et du rectum par Hémocult®*
- Q94. La première fois, avez-vous passé cet examen :**
- 1 De votre propre initiative (sans passer par un médecin)  
2 Parce que vous l'avez demandé à votre médecin  
3 Parce que votre médecin vous avait dit qu'il fallait le faire  
4 Parce que vous avez été sollicité dans le cadre d'une campagne de dépistage gratuit  
5 Autre  
6 NSP
- 
- ◆ *Si a bénéficié d'un dépistage du cancer du côlon et du rectum par Hémocult®*
- Q95. Pour quelle raison principale avez-vous passé cet examen ?**
- 1 Parce qu'une personne de votre famille a eu un cancer colorectal  
2 Parce qu'un(e) ami(e) ou un(e) collègue a eu un cancer colorectal  
3 Parce que vous avez ressenti des symptômes  
4 Parce que c'est dans le cadre d'un suivi régulier
- 5 Parce que vous avez été sensibilisé(e) par une campagne d'information, une émission ou la lecture d'un article  
6 Autre raison  
7 NSP
- 
- Q96. Avez-vous déjà bénéficié d'un dépistage du cancer du côlon et du rectum par coloscopie ?**
- 1 Oui  
2 Non  
3 NSP
- 
- ◆ *Si a bénéficié d'un dépistage du cancer du côlon et du rectum par coloscopie*
- Q97. La première fois, avez-vous passé cet examen :**
- 1 Parce que vous l'avez demandé à votre médecin  
2 Parce que votre médecin vous avait dit qu'il fallait le faire  
3 Autre  
4 NSP/Ne veut pas dire
- 
- ◆ *Si a bénéficié d'un dépistage du cancer du côlon et du rectum par coloscopie*
- Q98. Pour quelle raison principale avez-vous passé cet examen :**
- 1 Parce qu'une personne de votre famille a eu un cancer colorectal  
2 Parce qu'un(e) ami(e) ou un(e) collègue a eu un cancer colorectal  
3 Parce que vous avez ressenti des symptômes  
4 Suite à un test de dépistage de sang dans les selles (Hémocult®, etc.)  
5 Parce que vous avez été sensibilisé par une campagne d'information, une émission ou la lecture d'un article  
6 Autre raison  
7 NSP/Ne veut pas dire
- 
- ◆ *Si homme*
- Q99. Avez-vous déjà fait un test de dépistage du cancer de la prostate (test PSA) ?**
- 1 Oui  
2 Non  
3 NSP
- 
- ◆ *Si a fait un test PSA*
- Q100. La première fois, avez-vous passé cet examen...**
- 1 Parce que vous l'avez demandé à votre médecin  
2 Parce que votre médecin vous avait dit qu'il fallait le faire  
3 Autre  
4 NSP/Ne veut pas dire

◆ Si a fait un un test PSA

**Q101. Pour quelle raison principale avez-vous passé cet examen :**

- 1 Parce qu'une personne de votre famille a eu un cancer de la prostate
- 2 Parce qu'un ami ou un collègue a eu un cancer de la prostate
- 3 Parce que vous avez ressenti des symptômes
- 4 Parce que c'est dans le cadre d'un suivi régulier
- 5 Parce que vous avez été sensibilisé par une campagne d'information, une émission ou la lecture d'un article
- 6 Autre raison
- 7 NSP/Ne veut pas dire

## Plan cancer

**Q102. Avez-vous déjà entendu parler du « Plan cancer » ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ Si a entendu parler du Plan cancer

**Q103. Avez-vous le sentiment que le Plan cancer va améliorer les choses ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

## Programme cancer colorectal

Je vais maintenant vous parler du cancer colorectal. C'est le cancer le plus fréquent. Il survient en moyenne à 70 ans et est responsable de plus de 16 000 décès par an. Ce cancer peut être héréditaire, mais est aussi favorisé par une alimentation trop riche et l'absence d'exercice physique.

**Q104. Vous-même, avez-vous un de vos parents ou un de vos grands-parents qui a eu un cancer colorectal (sans compter votre belle-famille) ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

**Q105. Sachant que :**

**Pour un homme, le risque moyen de développer un cancer colorectal au cours de sa vie est de 6 % (soit un homme sur 17)**

**Pour une femme, le risque moyen de développer un cancer colorectal au cours de sa vie est de 5 % (soit une femme sur 20)**

**Quel est, selon vous, le risque que vous développiez un cancer colorectal au cours de votre vie ? Donnez un nombre compris entre 0 et 100 (pourcentage).**

Les questions qui suivent ont pour objectif d'évaluer l'importance que vous accordez à différents programmes concernant le cancer colorectal. Vos réponses sont importantes, puisqu'elles indiqueront aux pouvoirs publics à quel programme de santé la population accorde le plus de valeur. Voici quelques informations sur l'un des programmes envisagés. Deux programmes, parmi A, B ou C, étaient présentés à la personne interrogée. Les programmes choisis sont renommés P1 et P2 pour la suite des questions.

A. Un programme « dépistage » : un dépistage effectué tous les deux ans auprès des personnes de plus de 50 ans permettrait de diminuer de 18 % la mortalité par cancer colorectal, en évitant aux malades la chimiothérapie et la radiothérapie. (Ce dépistage consiste en la recherche de sang dans les selles suivi, si nécessaire, par une coloscopie.)

B. Un programme « nouveau traitement » : un nouveau type de chimiothérapie permet de réduire les cas de décès ou de rechutes de 26 à 21 personnes sur 100. Cependant, cette nouvelle chimiothérapie est plus toxique et peut entraîner une hospitalisation pour près de 10 malades sur 100.

C. Un programme « aide à la réinsertion » : ce programme a pour objectif d'aider à la réinsertion des personnes qui ont été soignées pour un cancer colorectal, en mettant à leur disposition une aide à domicile et en assurant le remboursement des prothèses et des accessoires qui leur sont nécessaires pour mener une vie normale (perruque, etc.).

**Q106. Selon vous, quel est le programme le plus important :**

- 1 Le programme P1 est plus important
- 2 Les deux programmes sont aussi importants l'un que l'autre
- 3 Le programme P2 est plus important
- 4 Ne veut pas dire
- 5 NSP

**Q107. Nous allons prendre comme mesure de l'importance que vous accordez à ce programme la somme d'argent que vous seriez prêt(e) à payer pour lui. Seriez-vous prêt(e) à contribuer au financement du programme P1 sous la forme d'une augmentation de vos cotisations d'Assurance Maladie ?**

★ Enquêteur : redonner la description du programme en cas de demande

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Si prêt à contribuer ou NSP question précédente*

**Q108. Sachant que votre contribution correspond à une réduction de votre budget pour d'autres dépenses, combien seriez-vous prêt(e) à payer chaque année pour le programme P1 ?**

- 1 Moins de 10 € / Moins de 65 F
- 2 De 10 à 30 € / De 65 à 195 F
- 3 De 31 à 50 € / De 200 à 325 F
- 4 De 51 à 75 € / De 330 à 485 F
- 5 De 76 à 100 € / De 490 à 650 F
- 6 De 101 à 150 € / De 656 à 1000 F
- 7 Plus de 150 € / Plus de 1000 F
- 8 NSP

◆ *Si n'est pas prêt à contribuer au programme*

**Q109. Parmi les raisons suivantes, quelle est celle qui explique le mieux que vous ne souhaitiez pas contribuer à ce programme P1 ?**

- 1 Vous n'avez pas les moyens
- 2 Ce n'est pas à vous de payer
- 3 Vous n'êtes pas concerné(e) par ce programme
- 4 L'autre programme est plus important
- 5 Vous payez déjà assez de cotisations et d'impôts
- 6 Autre (préciser)
- 7 NSP

◆ *Ordre aléatoire*

## Opinions (3)

**Q110. Je vais maintenant vous poser des questions sur la prise en charge médicale des personnes atteintes d'un cancer. Pour chacune d'entre elles, dites-moi si vous êtes tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord.**

- 1 Tout à fait

- 2 Plutôt
- 3 Plutôt pas
- 4 Pas du tout d'accord
- 5 NSP

- Aujourd'hui, la douleur des malades du cancer est mieux prise en charge
  - Aujourd'hui, on sait guérir de nombreux cancers
  - Aujourd'hui, quand on a un cancer, on est mieux soigné si on a plus d'argent
  - Aujourd'hui, les chances de guérir d'un cancer dépendent beaucoup du médecin que l'on consulte
- ◆ *Ordre aléatoire*

**Q111. Aujourd'hui, on est mieux soigné pour un cancer :**

- 1 Dans un hôpital public
- 2 Dans une clinique privée
- 3 Aussi bien dans un établissement public que privé
- 4 NSP

**Q112. À votre avis, sur quels objectifs liés au cancer l'État devrait-il concentrer ses efforts financiers ? En premier lieu, serait-ce :**

- 1 Rechercher de nouveaux traitements
- 2 Développer la prévention pour réduire les nouveaux cas de cancer (par exemple en luttant contre le tabagisme ou les mauvaises habitudes alimentaires)
- 3 Faciliter l'accès au dépistage
- 4 Améliorer la qualité de vie des malades (aide à domicile, aide à la réinsertion)
- 5 Améliorer le traitement de la douleur
- 6 Autre (préciser)
- 7 Aucun objectif
- 8 NSP

◆ *Ordre aléatoire*

## Signalétique (2)

**Q113. Quelle est votre situation actuelle ?**

★ Enquêteur : plusieurs réponses possibles

- 1 Vous travaillez (déclaré ou non)
- 2 Vous êtes au chômage (indemnisé ou non)
- 3 Vous êtes en congé de longue durée
- 4 Vous êtes en congé parental
- 5 Vous êtes en invalidité
- 6 Vous êtes retraité ou préretraité
- 7 Vous êtes élève ou étudiant
- 8 Vous êtes au foyer
- 9 Autre (préciser)
- 10 Ne veut pas dire



◆ *Si non retraité ou non soigné pour cancer*

**Q114. Êtes-vous bénéficiaire du RMI ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Si non retraité*

**Q115. Êtes-vous bénéficiaire du minimum vieillesse ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

**Q116. Quelle est (était) votre profession ?**

◆ *Si non soigné pour cancer*

**Q117. Quel est votre statut matrimonial légal ?**

- 1 Célibataire (concubinage)
- 2 Marié(e)
- 3 Pacsé(e)
- 4 Veuf(ve)
- 5 Divorcé(e), séparé(e)
- 6 Ne veut pas dire

◆ *Si non soigné pour cancer*

**Q118. Quel est le diplôme le plus élevé que vous ayez obtenu ?**

- 1 Aucun diplôme
- 2 Certificat d'études
- 3 BEPC
- 4 BEP/CAP
- 5 Bac
- 6 Supérieur 1<sup>er</sup> cycle (Deug, BTS, Bac + 2, etc.)
- 7 Supérieur 2<sup>e</sup> cycle (licence, maîtrise, Bac + 3, Bac + 4, etc.)
- 8 Supérieur 3<sup>e</sup> cycle (DEA, thèse, grandes écoles, Bac + 5 ou plus, etc.)
- 9 Autre (préciser)
- 10 Ne veut pas dire

◆ *Si non soigné pour cancer*

**Q119. Dans quelle tranche environ se situe la somme totale des revenus nets par mois de toutes les personnes vivant avec vous, y compris les revenus autres que salariaux : allocations, rentes, bénéfices industriels commerciaux (BIC), bénéfices non commerciaux (BNC), bénéfices agricoles (BA) :**

- 1 Moins de 230 € par mois /  
Moins de 1500 F par mois
- 2 De 230 à moins de 380 € par mois /  
De 1500 à moins de 2500 F par mois
- 3 De 380 à moins de 600 € par mois /  
De 2500 à moins de 4000 F par mois
- 4 De 600 à moins de 1000 € par mois /  
De 4000 à moins de 6600 F par mois

- 5 De 1000 à moins de 1200 € par mois /  
De 6600 à moins de 8000 F par mois
- 6 De 1200 à moins de 1500 € par mois /  
De 8000 à moins de 10000 F par mois
- 7 De 1500 à moins de 2000 € par mois /  
De 10000 à moins de 13000 F par mois
- 8 De 2000 à moins de 2400 € par mois /  
De 13000 à moins de 16000 F par mois
- 9 De 2400 à moins de 3000 € par mois /  
De 16000 à moins de 20000 F par mois
- 11 De 4500 € et plus par mois /  
De 30000 F et plus par mois
- 12 NSP/Ne veut pas dire

◆ *Si non soigné pour cancer*

**Q120. Avez-vous une mutuelle (mutuelle, assurance privée, CMUC, CAD, couverture maladie universelle complémentaire, etc.) ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

◆ *Si non soigné pour cancer*

**Q121. Êtes-vous bénéficiaire de la CMU (couverture maladie universelle) ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 NSP

Je vous remercie beaucoup de votre participation et je vous souhaite une excellente soirée !

# Liste des tableaux et des figures

## Introduction et méthode

20 **Tableau I** : Estimation de l'incidence et de la mortalité des hommes, selon certaines localisations de cancer

20 **Tableau II** : Estimation de l'incidence et de la mortalité des femmes, selon certaines localisations de cancer

25 **Tableau III** : Présentation des différents taux de refus

25 **Tableau IV** : Structure de l'échantillon observé et de l'échantillon obtenu après pondération et redressement selon le sexe, l'âge, la taille d'agglomération et la région

22 **Figure 1** : Facteurs déterminant les attitudes individuelles dans la participation de la population à un programme de dépistage des cancers

## Ce que la population pense du cancer

38 **Tableau I** : Estimation du risque de cancer au cours de la vie selon le profil socio-

démographique et comportemental (moyenne et pourcentage)

39 **Tableau II** : Estimation du risque de cancer au cours de sa vie selon la proximité à la maladie et les opinions sur le cancer (moyenne et pourcentage)

44 **Tableau III** : Profils d'opinions sur les causes possibles du cancer (classification ascendante hiérarchique)

44 **Tableau IV** : Caractéristiques sociodémographiques des profils d'opinions sur les causes possibles du cancer (en pourcentage)

40 **Encadré** : Facteurs liés au fait de parler à un professionnel de santé (médecin ou pharmacien) suite à la perception d'un signe d'appel

33 **Figure 1** : Maladies citées comme faisant partie des trois plus graves

34 **Figure 2** : Quelques opinions générales sur le cancer

34 **Figure 3** : Personnes jugeant que le cancer est une maladie comme les autres, selon l'âge

- 35 **Figure 4** : Personnes jugeant que certains cancers sont contagieux, selon l'âge
- 36 **Figure 5** : Risque estimé (en nombre de chances sur cent) d'avoir un cancer au cours de sa vie
- 37 **Figure 6** : Risque estimé (comparaison à la moyenne) d'avoir un cancer au cours de sa vie
- 42 **Figure 7** : Opinions sur les causes possibles du cancer
- 43 **Figure 8** : Profils d'opinions sur les causes possibles de cancer
- 47 **Encadré, figure 1** : Niveaux d'information perçue sur différents thèmes de santé
- 47 **Encadré, figure 2** : Sentiment d'être «*plutôt*» ou «*très bien*» informé sur différentes thématiques de santé
- 48 **Encadré, figure 3** : Proportion de personnes déclarant que le facteur de risque en question favorise «*certainement*» l'apparition d'un cancer selon le niveau d'information perçue sur le cancer
- 63 **Figure 7** : Avoir abordé la question du tabac avec son médecin au cours des douze derniers mois, selon la consommation quotidienne de cigarettes
- 67 **Figure 8** : Réponse à la question «*Le tabagisme favorise-t-il l'apparition d'un cancer?*», selon le statut tabagique
- 67 **Figure 9** : Opinions sur la consommation quotidienne à partir de laquelle un fumeur risque un cancer, et nombre d'années pour que ce risque soit élevé
- 68 **Figure 10** : Seuils perçus (nombre de cigarettes par jour et durée de l'usage) pour le risque de cancer dû au tabagisme, selon le profil sociodémographique (moyenne)
- 69 **Figure 11** : Comparaison de la consommation et de la durée du tabagisme des fumeurs quotidiens avec leurs estimations des seuils de risque
- 70 **Figure 12** : Crainte d'avoir un cancer dû au tabac, selon le statut tabagique
- 71 **Figure 13** : Opinions générales sur le tabagisme et ses dangers

## Tabac et cancer

- 64 **Tableau I** : Facteurs associés au fait de se juger capable d'arrêter de fumer à tout moment (moyenne et pourcentage)
- 65 **Tableau II** : Facteurs associés au fait d'avoir le projet d'arrêter un jour de fumer (moyenne et pourcentage)
- 58 **Figure 1** : Ventes de cigarettes et prix des cigarettes (pour la classe de cigarettes la plus vendue), France, 2000-2005
- 60 **Figure 2** : Statut tabagique selon le sexe
- 61 **Figure 3** : Prévalence du tabagisme féminin selon l'âge, 2000-2005
- 61 **Figure 4** : Prévalence du tabagisme masculin selon l'âge, 2000-2005
- 62 **Figure 5** : Comparaison entre fumeurs quotidiens et anciens fumeurs par tranche d'âge chez les diplômés de l'enseignement supérieur
- 63 **Figure 6** : Avoir abordé la question du tabac avec son médecin au cours des douze derniers mois, selon l'âge des fumeurs

## Alcool et cancer

- 85 **Tableau I** : Profil sociodémographique et consommation quotidienne d'au moins trois verres d'alcool (en pourcentage)
- 88 **Tableau II** : Facteurs associés à la minimisation des effets de l'alcool sur la santé (en pourcentage)
- 90 **Tableau III** : Facteurs associés à la relativisation des effets de l'alcool sur la santé (en pourcentage)
- 92 **Tableau IV** : Facteurs associés aux opinions qui déplacent le problème de l'alcool vers l'ivresse, les violences et les accidents de la route (en pourcentage)
- 93 **Tableau V** : Facteurs associés aux opinions qui différencient les effets sur la santé des différents types d'alcool (en pourcentage)
- 83 **Figure 1** : Usage quotidien de vin, selon l'âge et le sexe, comparaison 2000-2005

- 84 **Figure 2** : Usage hebdomadaire de bière, selon l'âge et le sexe, comparaison 2000-2005
- 84 **Figure 3** : Usage hebdomadaire d'alcools forts, selon l'âge et le sexe, comparaison 2000-2005
- 85 **Figure 4** : Prendre au moins trois ou quatre verres les jours où l'on boit, selon le sexe et l'âge
- 87 **Figure 5** : Proportion jugeant que boire plus de trois verres d'alcool par jour favorise le cancer, selon le diplôme et le sexe

## Soleil et cancer

- 104 **Tableau I** : Personnes estimant que s'exposer au soleil en été en France est dangereux entre 12 et 16 heures, selon le profil socio-démographique (en pourcentage)
- 110 **Tableau II** : Accord exprimé avec des opinions sur le soleil et les coups de soleil selon le profil sociodémographique (en pourcentage)
- 111 **Tableau III** : Considérer que l'exposition au soleil sans protection favorise certainement l'apparition d'un cancer, selon le profil sociodémographique et les opinions sur les coups de soleil (en pourcentage)
- 103 **Figure 1** : Heures désignées comme dangereuses pour l'exposition au soleil, en été en France
- 105 **Figure 2** : Mois de l'année pour lesquels le rayonnement solaire est considéré le plus fort
- 106 **Figure 3** : Examiner régulièrement sa peau à la recherche d'anomalies, selon l'âge
- 107 **Figure 4** : Méthodes utilisées pour se protéger lors d'une journée ensoleillée en été
- 107 **Figure 5** : Utilisation systématique de divers moyens de protection contre le soleil, selon l'âge
- 109 **Figure 6** : Opinions sur deux « mauvais » moyens de protection contre le soleil
- 109 **Figure 7** : Penser qu'un bronzage artificiel avant les vacances protège des coups de soleil, ou qu'une crème solaire permet de s'exposer plus longtemps, selon l'âge
- 109 **Figure 8** : Opinions sur le soleil et les coups de soleil

## Dépistage du cancer du sein

- 122 **Tableau I** : Caractéristiques des femmes âgées de 50 à 74 ans ayant réalisé une mammographie dans les deux ans : analyses univariées et multivariées
- 123 **Tableau II** : Comparaison de l'absence de réalisation d'une mammographie selon la perception qu'ont les femmes de cet examen (en pourcentage)
- 124 **Tableau III** : Exploration des raisons de recours et de non-recours à la mammographie
- 121 **Figure 1** : Déclaration de la pratique de la mammographie au cours de la vie et dans les deux dernières années, selon l'âge
- 121 **Figure 2** : Évolution 2000-2005 de la proportion de femmes déclarant avoir effectué une mammographie dans les deux ans, selon l'âge

## Dépistage du cancer du col de l'utérus

- 131 **Tableau I** : Caractéristiques des femmes âgées de 20 à 65 ans ayant réalisé un frottis cervico-utérin dans les trois ans : analyses univariées et multivariées
- 133 **Tableau II** : Comparaison de l'absence de réalisation d'un frottis cervico-utérin dans les trois ans, selon la perception qu'ont les femmes de 20 à 65 ans de cet examen
- 134 **Tableau III** : Exploration des raisons de réalisation et de non-réalisation du frottis cervico-utérin chez les femmes de 20 à 65 ans
- 131 **Figure 1** : Déclaration de pratique du frottis cervico-utérin dans les trois dernières années, selon l'âge
- 131 **Figure 2** : Évolution 2000-2005 de la proportion de femmes déclarant avoir

effectué un frottis cervico-utérin dans les trois ans, selon la tranche d'âge

### Dépistage du cancer colorectal

- 141 **Tableau I** : Caractéristiques des personnes de 50-74 ans ayant eu un test TDSOS dans les départements avec dépistage organisé
- 142 **Tableau II** : Caractéristiques des personnes de 50-74 ans ayant eu un TDSOS dans les départements sans dépistage organisé
- 143 **Tableau III** : Profil des personnes ayant eu une coloscopie d'emblée chez les 50-74 ans
- 140 **Figure 1** : Pratique du TDSOS et de la coloscopie au cours de la vie chez les personnes de 50 à 74 ans
- 140 **Figure 2** : Pratique du TDSOS et de la coloscopie au cours de la vie, selon l'âge
- 141 **Figure 3** : Pratique du TDSOS selon les départements avec ou sans dépistage organisé
- 143 **Figure 4** : Cadre de la pratique du TDSOS
- 143 **Figure 5** : Raisons déclarées de réalisation du premier test

### Dépistage du cancer de la prostate

- 149 **Tableau I** : Caractéristiques des hommes ayant eu un dosage du PSA au cours de leur vie chez les personnes de 50 ans et plus
- 148 **Figure 1** : Dosage du PSA, selon l'âge
- 150 **Figure 2** : Circonstances du dosage du PSA, selon l'âge et le type de demande
- 150 **Figure 3** : Raisons invoquées du dosage du PSA, selon le type de demande

### Les représentations de la maladie et des soins

- 168 **Tableau I** : Opinions de proches sur les malades selon l'état de la personne proche soignée (en pourcentage)
- 161 **Figure 1** : « Êtes-vous d'accord avec les propositions : Quand on a un cancer... »

- 161 **Figure 2** : Proportion de personnes en accord avec la proposition « *Quand on a un cancer, on est souvent mis à l'écart* », selon l'âge
- 162 **Figure 3** : Opinions sur les médecins
- 163 **Figure 4** : Proportion de personnes en accord avec la proposition « *Les malades du cancer subissent les traitements prescrits par les médecins sans pouvoir donner leur avis* », selon l'âge
- 163 **Figure 5** : Opinions sur la qualité des soins
- 164 **Figure 6** : Proportion de personnes en accord avec la proposition « *Aujourd'hui, la douleur est mieux prise en charge* », selon l'âge
- 165 **Figure 7** : Opinions sur les sources de variation de la qualité des soins
- 165 **Figure 8** : Proportion de personnes en accord avec la proposition « *Les chances de guérir d'un cancer dépendent beaucoup du médecin que l'on consulte* », selon l'âge
- 166 **Figure 9** : Type d'établissement où l'on est le mieux soigné
- 166 **Figure 10** : Type d'établissement où l'on est le mieux soigné, selon l'âge
- 167 **Figure 11** : Opinions sur les relations humaines avec l'équipe soignante parmi les personnes non soignées
- 169 **Figure 12** : Les trois profils d'opinion sur les soins et la prise en charge parmi les personnes ayant eu un proche soigné pour un cancer
- 160 **Encadré** : Proximité des personnes interrogées avec le cancer, selon l'âge

## Dans la même collection

F. Baudier, C. Dressen, F. Alias

**Baromètre santé 92**

1994, 168 p.

F. Baudier, C. Dressen, D. Grizeau, M.-P. Janvrin, J. Warszawski

**Baromètre santé 93/94**

1995, 172 p.

F. Baudier, C. Dressen, J. Arènes

**Baromètre santé jeunes 94**

1997, 148 p.

J. Arènes, F. Baudier, C. Dressen, M. Rotily, J.-P. Moatti

**Baromètre santé médecins généralistes 94/95**

1996, 138 p.

F. Baudier, J. Arènes (dir.)

**Baromètre santé adultes 95/96**

1997, 288 p.

F. Baudier, M. Rotily, G. Le Bihan, M.-P. Janvrin, C. Michaud

**Baromètre santé nutrition 1996 adultes**

1997, 180 p.

J. Arènes, M.-P. Janvrin, F. Baudier (dir.)

**Baromètre santé jeunes 97/98**

1998, 328 p.

- J. Arènes, P. Guilbert, F. Baudier (dir.)  
**Baromètre santé médecins généralistes 98/99**  
1999, 224 p.
- J.-F. Collin  
**Santé et prévention. Enquête auprès des pharmaciens d'officine 98/99**  
1999, 64 p.
- E. Godeau, C. Dressen, F. Navarro (dir.)  
**Les années collège. Enquête santé HBSC 1998  
auprès des 11-15 ans en France**  
2000, 114 p.
- P. Guilbert, F. Baudier, A. Gautier, A.-C. Goubert, P. Arwidson,  
M.-P. Janvrin.  
**Baromètre santé 2000. Volume 1. Méthode**  
2001, 144 p.
- P. Guilbert, F. Baudier, A. Gautier (dir.)  
**Baromètre santé 2000. Volume 2. Résultats**  
2001, 474 p.
- P. Guilbert, A. Gautier, F. Baudier, A. Trugeon (dir.)  
**Baromètre santé 2000. Les comportements des 12-25 ans.  
Volume 3.1 : Synthèse des résultats nationaux et régionaux**  
2004, 216 p.
- M.-C. Bournot, A. Bruandet, C. Declercq, P. Enderlin, F. Imbert,  
F. Lelièvre, P. Lorenzo, A.-C. Paillas, A. Tallec, A. Trugeon  
**Baromètre santé 2000. Les comportements  
des 12-25 ans. Volume 3.2 : Résultats régionaux**  
2004, 256 p.
- P. Guilbert, Perrin-Escalon H. (dir.)  
**Baromètre santé nutrition 2002**  
2004, 260 p.
- A. Gautier (dir.)  
**Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003**  
2005, 276 p.
- E. Godeau, H. Grandjean, F. Navarro (dir.)  
**La santé des élèves de 11 à 15 ans en France/2002**  
Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in  
School-Aged Children, 2005, 286 p.
- P. Guilbert, A. Gautier (dir.)  
**Baromètre santé 2005, premiers résultats.**  
2006, 176 p.

#### Crédits photographiques

**Couverture** : *Vue au microscope électronique à transmission colorisée du papillomavirus humain. Le papillomavirus humain est impliqué dans le développement de certains cancers du col de l'utérus* © **CDC / Phanie**

**P. 16-17** : *Nécrose de tissu tumoral, traitement du cancer de la prostate par ultrasons*  
© **Centre Lithotricie / Hôpital E. Herriot Lyon / Eurelios**

**P. 28-29** :  *$\beta$ -catéine, protéine produite par un gène oncogène et susceptible d'engendrer une tumeur, fréquemment mutée dans les cancers humains*  
© **Marie-Annick Buendia, Carolina Armengol / Institut Pasteur**

**P. 54-55** : *Cellules cancéreuses* © **Purestock / Getty**

**P. 78-79** : *Cellules graisseuses (adipocytes) obtenues à partir de cellules souches multipotentielles et grâce à un inducteur spécifique* © **H. Buc, O. Kellermann / Institut Pasteur**

**P. 98-99** : *Étude de cellules cancéreuses in vivo par vidéomicroscopie* © **Philippe Plailly / Eurelios**

**P. 116-117** : *Cellules cancéreuses de l'endomètre* © **Dachez / Phanie**

**P. 156-157** : *Scanner en coupe axiale du mollet montrant un carcinome épidermoïde*  
© **Guilloz / CHU Nancy / Phanie**

**P. 180-181** : *Lymphome vu au microscope électronique à transmission* © **D' Amar / Phanie**

Conception graphique originale **SCRIPTA-Céline Farez, Virginie Rio**  
Maquette et réalisation **Philippe Ferrero**

Relecture **Nelly Zeitlin**

Impression **Fabrique**

novembre 2006



**Avec 280 000 nouveaux cas diagnostiqués et 150 000 morts par an, le cancer** est en France la première

cause de mortalité prématurée. La politique de lutte contre le cancer a suscité des efforts importants des pouvoirs publics dans le domaine des soins, de la recherche et de la prévention. C'est dans ce champ que s'inscrit ce Baromètre cancer, première enquête décrivant les connaissances et les comportements de la population sur cette maladie « *pas comme les autres* ».

Réalisée auprès de 4 046 personnes âgées de 16 ans et plus, cette étude aborde les opinions sur la maladie et la perception des risques, les comportements vis-à-vis du tabac, de l'alcool ou de l'exposition au soleil, la pratique du dépistage, les causes présumées des cancers, les représentations sur les soins et les malades.

Cet ouvrage s'adresse à tous ceux qui s'intéressent ou s'impliquent dans la lutte contre le cancer : les enseignements tirés de cette enquête permettent de mieux comprendre les attentes de la population et les freins à certaines pratiques.



[www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

42, boulevard de la Libération  
93203 Saint-Denis cedex – France

18 €