

Sous la direction de
FRANÇOIS BECK
ARNAUD GAUTIER

Baromètre cancer 2010



Baromètre cancer 2010

Baromètre cancer 2010

Sous la direction de
FRANÇOIS BECK
ARNAUD GAUTIER

Préface de
AGNÈS BUZYN ET THANH LE LUONG

Direction de la collection **Thanh Le Luong**
Édition **Laurence Noiro**t

**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.

Pour nous citer : Beck F., Gautier A., dir. *Baromètre cancer 2010*.
Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2012 : 272 p.

ISBN 978-2-9161-9232-1

Cette étude a été réalisée par

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)
et l'Institut national du Cancer (INCa)

Son financement a été assuré par

Le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

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

Les auteurs

Norbert Amsellem, sociologue, département sciences humaines et sociales, Institut national du cancer (INCa)

Raphaëlle Ancellin, nutritionniste, département prévention, Institut national du cancer (INCa)

Pierre Arwidson, médecin, directeur des affaires scientifiques à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

François Beck, statisticien, responsable du département enquêtes et analyses statistiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Tarik Benmarnhia, ingénieur sanitaire, direction des affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Antoine Deutsch, économiste, département prévention, Institut national du cancer (INCa)

François Eisinger, médecin, département d'anticipation et de suivi du cancer, Institut Paoli-Calmettes

Hélène Escalon, économiste, direction des affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Julie Gaillot de Saintignon, biologiste, département prévention, Institut national du cancer (INCa)

Anne Garnier, médecin, département dépistage, Institut national du cancer (INCa)

Arnaud Gautier, biostatisticien, direction des affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Romain Guignard, statisticien, direction des affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Christophe Léon, statisticien, direction des affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Martine Lequellec-Nathan, médecin, directrice générale adjointe, directrice de la santé publique à Institut national du cancer (INCa)

Patrick Peretti-Watel, sociologue, chargé de recherche à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)

Jean-Baptiste Richard, statisticien, direction des affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Isabelle Tordjman, pharmacien biologiste, département prévention, Institut national du cancer (INCa)

Jérôme Viguier, médecin, responsable du département dépistage à Institut national du cancer (INCa)

Le comité de pilotage de l'enquête

Norbert Amsellem, département sciences humaines et sociales / direction recherche, INCa

Pierre Arwidson, médecin, directeur des affaires scientifiques, Inpes

François Beck, responsable du département enquêtes et analyses statistiques, Inpes

Dominique Bessette, médecin, responsable du département prévention / direction de la santé publique, INCa

Arnaud Gautier, direction des affaires scientifiques, Inpes

Romain Guignard, direction des affaires scientifiques, Inpes

Jean-Baptiste Herbet, responsable du département SHS, épidémiologie et santé publique / direction recherche, INCa

Florence Journeau, direction des affaires scientifiques, Inpes

Laure Le Floch-Meunier, partenariats / direction de la santé publique, INCa

Martine Le Quellec-Nathan, directrice générale adjointe, directrice de la santé publique, INCa

Anne Ramon, responsable du département information des publics, INCa

Isabelle Tordjman, département prévention / direction de la santé publique, INCa

Jérôme Viguié, responsable du département dépistage / direction de la santé publique, INCa

Le comité de suivi de l'enquête

Xavier Bertin, Association pour la recherche contre le cancer (Arc),

Céline Callewaere, Institut de recherche en santé publique, (Iresp)

Delphine Caron, Mutualité française

Arlette Danzon, Institut de veille sanitaire (INVs)

Philippe Le Fur, Institut de recherche en documentation et économie de la santé (Irdes)

Catherine Mermilliod, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

André Ochoa, Fédération nationale des observatoires régionaux de santé

Giulietta Poillerat, La ligue contre le cancer

Julien Quere, Mutualité française

Emmanuelle Salines, Institut de veille sanitaire (INVs)

Alfred Spira, Institut de recherche en santé publique (Iresp)

La coordination de l'enquête a été assurée par **François Beck** et **Arnaud Gautier** pour l'Inpes et par **Dominique Bessette** pour l'INCa.

La gestion de la base de données a été assurée par **Christophe Léon** (Inpes).

Les redressements ont été effectués par **Jean-Baptiste Richard** (Inpes).

Remerciements

Pour la qualité de leur travail et leur disponibilité :

Valérie Blineau, Elisabeth Le Berre, Michael Léonard, Eric Guillemain, les chefs d'équipe ainsi que l'ensemble des enquêteurs de l'institut GfK-ISL.

Elisabeth Giudicelli de l'Institut OCRD, organisme de contrôle du recueil des données.

Pour leur contribution à la recherche documentaire :

Céline Deroche, Olivier Delmer, Laetitia Haroutunian, Sandra Kerzanet (Inpes).

Pour leur soutien dans l'organisation de l'enquête :

Béatrice Gallaine, Émilie Pineau et Christine Ricucci (Inpes).

Préface

Le premier Baromètre cancer, dont l'enquête a été réalisée en 2005, a été publié dans le cadre du premier Plan cancer. Une deuxième vague de cette enquête a été lancée dans le cadre d'une collaboration étroite entre l'Institut national du cancer (INCa) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Cette action, qui vise à authentifier les évolutions des perceptions, des risques et des comportements entre le premier et le second Plans cancer, représente une des nombreuses collaborations entre nos deux instituts, collaborations suivies attentivement par un accord-cadre.

L'Inpes est en charge des campagnes de prévention concernant les déterminants de maladies non transmissibles (tabac, alcool, nutrition, sédentarité, risques solaires) et la prévention de certaines maladies transmissibles (vaccinations, hépatites). L'INCa a pour mission le développement et l'optimisation des programmes nationaux de dépistage organisé afin de faire progresser la détection précoce des cancers (Mars bleu lancé en 2011 pour le cancer colorectal, Octobre rose lancé en 2010 pour le cancer du sein).

Les collaborations entre nos deux institutions sont de différente nature, par exemple des collaborations de nature scientifique - comme le projet de recherche international sur l'impact des mesures antitabac en lien avec l'université canadienne de Waterloo et sous

la direction du professeur Geoffrey Fong - et des actions de prévention, le positionnement de nos deux instituts étant clairement défini en lien avec notre tutelle commune, le ministère chargé de la Santé. L'Inpes intervient dans le champ de la prévention primaire pour la réduction de l'exposition aux facteurs de risques - dont ceux de cancer. L'INCa gère l'expertise dans le champ de la prévention secondaire et l'accompagnement de la politique publique de dépistage des cancers.

Ce Baromètre cancer 2010 s'appuie sur une enquête qui a été réalisée au premier semestre 2010, soit entre le premier et le second Plans cancer. Un échantillon représentatif de quatre mille personnes de 15 à 85 ans a été interviewé par téléphone. Chaque personne a été interrogée, comme dans le précédent Baromètre, sur ses connaissances, attitudes et comportements concernant les facteurs de risque du cancer, sur l'image de la maladie et sur la qualité perçue des soins.

La reprise de la méthodologie antérieure permet de mesurer les évolutions entre les deux enquêtes et les progrès réalisés entre 2005 à 2010, mais aussi les progrès qui restent à faire, en particulier dans le domaine des inégalités sociales de santé. À juste raison, la lutte contre les inégalités sociales de santé est une ligne transversale directrice du plan cancer 2009-2013.

P^r Agnès Buzyn
Présidente de l'INCa

D^r Thanh Le Luong
Directrice générale de l'Inpes

Sommaire

Préface

- 19 | **Introduction**
Pierre Arwidson, Martine Lequellec-Nathan
- 25 | **Méthode d'enquête**
François Beck, Arnaud Gautier, Christophe Léon, Romain Guignard, Jean-Baptiste Richard
- 47 | **Ce que les Français pensent du cancer**
Opinions, risques perçus et causes présumées
Patrick Peretti-Watel, Norbert Amsellem, François Beck
- 71 | **Représentations des soins et information sur le cancer**
Norbert Amsellem, Arnaud Gautier, Christophe Léon
- 101 | **Tabac et cancer** | **Pratiques tabagiques, attitudes et perceptions des risques**
Romain Guignard, François Beck, Antoine Deutsch
- 129 | **Alcool et cancer** | **Comportements, opinions et perceptions des risques**
Patrick Peretti-Watel, Raphaëlle Ancellin
- 151 | **L'exposition aux ultraviolets artificiels en France**
Christophe Léon, Tarik Benmarhnia, Isabelle Tordjman, Julie Gaillot de Saintignon, François Beck

169 | **Soleil et cancer** | Connaissances,
croyances et pratiques de protection

Patrick Peretti-Watel, François Beck

187 | **Nutrition et cancer** | Perceptions des
risques et des facteurs protecteurs

Hélène Escalon, Raphaëlle Ancellin

207 | **Les pratiques de dépistage des cancers en France**

François Eisinger, François Beck, Christophe Léon, Anne Garnier, Jérôme Viguier

209 | Dépistage du cancer du sein

215 | Dépistage du cancer du col de l'utérus

223 | Dépistage du cancer colorectal

229 | Dépistage du cancer de la prostate

235 | Dépistage des cancers. Analyse transversale

241 | **Annexes**

243 | Questionnaire de l'enquête

264 | Liste des tableaux et des figures

Introduction

PIERRE ARWIDSON

MARTINE LEQUELLEC-NATHAN

Le cancer est devenu, au cours des années 2000, la première cause de décès en France. On estime aujourd'hui que 1200 000 personnes vivent avec un cancer ou après avoir eu un cancer. Ces données épidémiologiques situent l'importance des enjeux sociaux et de santé publique liés à cette pathologie, sur laquelle les sciences humaines et sociales doivent être mobilisées dans une perspective d'amélioration de la prévention.

Le Baromètre cancer 2010, second exercice de cette enquête en population générale, correspond à la mesure 6.3 de l'axe *Observation* du Plan cancer 2009-2013, intitulée *Réaliser des enquêtes régulières sur les connaissances, les attitudes, le comportement et la perception des cancers et des facteurs de risques*. Menée par téléphone sur un échantillon aléatoire, l'enquête s'inscrit dans la lignée des enquêtes barométriques de l'Inpes menées en population générale ou auprès de professionnels de santé. À l'origine multithématique, ce dispositif d'enquêtes a été adapté pour donner naissance à un certain nombre de Baromètres monothé-

matiques : nutrition à partir de 1996, cancer en 2005, santé environnement en 2007...

Le suivi des évolutions par rapport à 2005 est un objectif primordial du Baromètre cancer 2010, qu'il s'agisse des pratiques de dépistage, des représentations de la maladie et des malades, de la perception des risques, etc. Les inégalités sociales de santé, nettement mises en relief dans le rapport Grunfeld et dans le Plan cancer, ont été également appréhendées avec plus de précision qu'en 2005, permettant, au-delà du suivi d'évolution de ces inégalités, d'envisager d'explorer les liens entre santé et précarité.

Bien qu'appartenant à l'axe *Observation* du Plan cancer, les résultats du Baromètre cancer 2010 doivent surtout servir à infléchir et améliorer la manière de conduire les mesures 10 à 17 de l'axe *Prévention et Dépistage* du plan.

Ces résultats permettent de relever que le sentiment d'être bien informé sur les effets du tabac et de l'alcool sur la santé a progressé d'environ 4 points pour s'établir respectivement à 94 % et 90,6 % en 2010. Le sentiment d'être bien

informé sur les risques de cancer liés à l'exposition au soleil a progressé de 8 points et se situe en 2010 à 85,1 %. En revanche, le sentiment d'être bien informé sur les effets de la nutrition sur la santé stagne à 70 %, ce qui pourrait être l'une des conséquences de la multiplicité des discours contradictoires sur le sujet.

La perception de l'influence de risques environnementaux possibles sur le cancer a progressé de façon importante entre 2005 et 2010 (vivre à côté d'une antenne-relais + 10 points, d'une centrale nucléaire + 5 points, manger des aliments traités par des produits chimiques + 9 points). Ce type de perception évolue, non pas en raison d'une action publique d'information, mais en raison de débats publics avec de nombreuses prises de parole souvent contradictoires.

En ce qui concerne la perception du système de santé, les résultats sont tantôt positifs, tantôt négatifs. Par exemple, la douleur des patients atteints de cancer est perçue comme étant mieux prise en charge en 2010 qu'en 2005 avec presque 4 points de gagnés, pour atteindre 88,9 %. Mais moins d'un tiers des fumeurs ont abordé la question du tabac avec leur médecin, aucun progrès n'ayant été fait depuis 2005. La progression de la prévalence du tabagisme de 2 points entre 2005 et 2010

demanderait pourtant encore plus d'implication de l'ensemble des parties prenantes.

Mais les résultats du Baromètre cancer 2010 qui doivent le plus nous engager à améliorer nos pratiques concernent les inégalités sociales de santé face aux connaissances et aux attitudes. Ainsi, l'affirmation que fumer favorise certainement l'apparition du cancer a diminué entre 2005 et 2010 pour les personnes sans emploi : les pouvoirs publics doivent donc s'attacher à repenser leurs stratégies d'action en direction de cette population. Concernant l'accès au dépistage, le gradient social apparaît moins fort depuis quelques années en France, notamment grâce au dépistage organisé, mais des questions se posent encore en termes d'inégalités sociales concernant l'accès au dépistage pour les populations les plus précarisées. D'autres formes d'inégalités pourraient voir le jour, sur la fidélisation au dépistage notamment, problématique sur laquelle l'INCa est en train de monter une enquête spécifique.

La réduction des inégalités sociales face au cancer est un élément pivot du Plan cancer 2009-2013. Sans une attention toute particulière et des actions spécifiques, le risque est grand d'observer un accroissement spontané de ces inégalités.



Méthode d'enquête

FRANÇOIS BECK
ARNAUD GAUTIER
CHRISTOPHE LÉON
ROMAIN GUIGNARD
JEAN-BAPTISTE RICHARD

Les Baromètres santé ont été créés au début des années 1990 **[1]**. Depuis près de vingt ans, ces enquêtes de surveillance épidémiologique permettent de suivre les principaux comportements, attitudes et perceptions liés aux prises de risques et à l'état de santé de la population résidant en France métropolitaine : tabagisme, alcoolisation et consommation d'autres drogues, pratiques vaccinales, comportement sexuel, dépistage des cancers, pratique d'une activité physique, nutrition, qualité de vie, sommeil, accidents, douleur, consommation de soins, santé mentale... **[2]**. Les Baromètres santé, qu'ils soient multithématiques ou monothématiques (cancer, nutrition, environnement), sont en cela des outils très utiles à la mise en œuvre d'actions par les pouvoirs publics.

Par essence, les Baromètres santé ont vocation à être répétés dans le temps, avec la même méthodologie et les mêmes questionnaires, afin de fournir une évolution des principaux comportements et attitudes en rapport avec la santé. C'est ce choix de

constance dans la méthode qui a présidé au recours à l'enquête téléphonique depuis le premier Baromètre santé, même si l'évolution récente de la téléphonie en France a conduit à d'importantes adaptations qui vont faire l'objet d'une description détaillée dans ce chapitre. Ainsi, après une première édition en 2005, l'édition 2010 du Baromètre cancer a été élaborée dans le souci de faire évoluer certains de ces éléments méthodologiques vers une plus grande pertinence.

UNE ENQUÊTE TÉLÉPHONIQUE SUR ÉCHANTILLON ALÉATOIRE

La méthode d'enquête du Baromètre cancer 2010 a été conçue sur le modèle des Baromètres santé multithématiques initiés en 1992 [1-4]. Il s'agit d'une enquête transversale répétée, téléphonique, reposant sur un échantillon aléatoire (ou probabiliste). Cette méthode consiste à tirer *a priori* dans une base de sondage un nombre fini d'individus ou de ménages à atteindre, en s'en tenant à cet échantillon initial quel que soit le degré d'acceptation des répondants (aucun remplacement n'est effectué). Elle impose donc, à l'inverse de la méthode des quotas, une grande opiniâtreté dans l'effort consacré à joindre les individus sélectionnés *a priori* et à les convaincre de participer.

Cette technique probabiliste présente l'avantage considérable d'augmenter la probabilité d'interroger des individus qui sont habituellement difficiles à joindre par les enquêtes les plus répandues, à savoir celles utilisant la méthode des quotas. Celles-ci consistent à construire un échantillon qui est un modèle réduit de la population selon quelques caractéristiques dont la distribution au niveau national est connue (en général, le sexe, l'âge, la région de résidence et la catégorie socioprofessionnelle), avec pour principe d'obtenir *in fine* une image conforme à la réalité selon

quelques critères jugés pertinents par rapport à l'objet de l'étude (les quotas) [5]. Cette méthode permet d'abandonner très vite un ménage injoignable au profit du suivant sur la liste. Ceci est d'autant plus gênant que cette frange de la population difficilement joignable peut présenter un profil particulier (sociabilité importante, engagement professionnel intense, horaires décalés...), qui n'est pas forcément sans lien avec les comportements de santé, même après contrôle des caractéristiques sociodémographiques déterminant les quotas.

Le mode de collecte par téléphone est couramment utilisé dans les enquêtes sur les comportements de santé ou sur les sujets sensibles [6] et a montré de bonnes performances en population adulte [7]. Rappelons que le recours au téléphone nécessite certaines précautions telles que la formation et le suivi des enquêteurs, l'envoi préalable d'une lettre-annonce aux foyers tirés au sort lorsque l'adresse est disponible, le recours à un échantillonnage complexe si les bases de sondage disponibles laissent échapper une trop grande part de la population, ou encore si la population injoignable présente des caractéristiques trop particulières [8].

BASE DE SONDAGE

En l'absence de possibilité de disposer du recensement ou d'un registre de population comme base de sondage, les alternatives sont nombreuses mais souvent insatisfaisantes en raison de problèmes de couverture non exhaustive de la population. Il y a à peine plus d'une décennie, le recours à l'annuaire de France Télécom comme base de sondage suffisait à assurer une représentativité correcte de la population résidant

en France. Une telle solution ne serait plus acceptable aujourd'hui à cause de différents facteurs :

- la forte proportion de foyers inscrits en listes rouge et orange¹ : dans l'échantillon obtenu lors de ce Baromètre, les listes

1. Les numéros sur liste orange ne peuvent pas être utilisés à des fins commerciales et ne sont donc pas accessibles aux instituts de sondage.

rouge ou orange représentent en l'occurrence 34 % des individus équipés d'une ligne fixe (y compris les lignes dégroupées). Ces chiffres sont peut-être sous-estimés, dans la mesure où les individus inscrits en listes rouge et orange montrent un peu plus souvent de réticences à répondre aux enquêtes téléphoniques ;

- la forte proportion de foyers en dégroupage total, c'est-à-dire qui accèdent au réseau de téléphonie fixe par un opérateur qui n'est pas France Télécom (23 % des ménages en 2008) ; ces foyers disposant d'un numéro en 08 ou 09 et/ou d'un numéro géographique (01, 02... 05) ;
- la proportion non négligeable de foyers ne disposant pas d'un téléphone fixe et qui, pour la quasi-totalité, est équipée d'un téléphone mobile (environ 12 % des individus en 2010).

L'INTÉGRATION DES MÉNAGES INSCRITS EN LISTE ROUGE ET ORANGE

Dans la mesure où il n'existe pas encore d'annuaire universel, la base de sondage naturelle pour une enquête téléphonique est l'annuaire France Télécom. Cependant, cette base présente le défaut de ne pas contenir les ménages inscrits en liste rouge ou orange. Or on sait que ces individus présentent des profils particuliers.

Être inscrit sur liste rouge s'avère par exemple lié à des situations démographique et socioéconomique particulières : plusieurs travaux américains [9, 10] et français [11, 12] ont montré que ces individus sont par exemple plus jeunes, plus urbains, plus diplômés et surreprésentés dans les hauts revenus. À la fin des années 1990, la nécessité de surmonter les problèmes posés par l'absence des ménages inscrits sur liste rouge dans la base de sondage et, plus largement, le renouvellement des questions méthodologiques posées par les enquêtes

téléphoniques, sont devenus cruciaux [13, 14]. Un groupe de réflexion sur l'évolution des enquêtes téléphoniques a permis d'établir un document qui a convaincu la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) de la nécessité d'interroger également les ménages sur liste rouge [15].

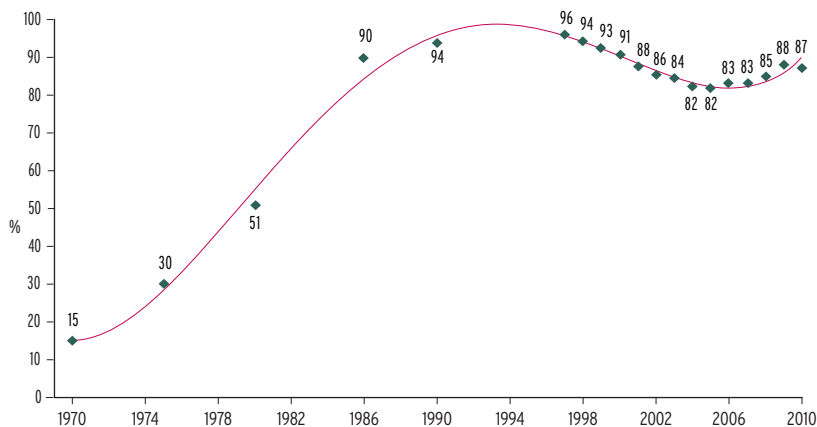
L'INTÉGRATION DES MÉNAGES NE POSSÉDANT QU'UN TÉLÉPHONE PORTABLE

Depuis le début des années 2000, à peine 1 % des ménages français n'est pas joignable par téléphone [16]. Le taux d'équipement des foyers en téléphonie filaire a connu une hausse considérable entre les années 1960 et la fin des années 1990. Il a ensuite baissé entre 1997, où il culminait à 96 %, et 2005, année au cours de laquelle seuls 82 % des ménages se trouvaient équipés d'un téléphone fixe. À la faveur du développement des offres de service couplant l'internet en haut débit et la téléphonie, ce taux est remonté à 87 % en 2010 [figure 1] [16-18].

Le déclin global de la téléphonie filaire s'explique en très grande partie par le développement rapide de la téléphonie mobile ces dernières années. À partir des dernières Enquêtes permanentes de conditions de vie des ménages de l'Insee (EPCV) [19, 20] et des enquêtes « Conditions de vie et aspirations des Français » du Crédoc [16], dans lesquelles sont posées des questions sur les équipements téléphoniques, il est possible de suivre le taux d'équipement des ménages en téléphonie mobile, qui concerne désormais plus des trois quarts des ménages [figure 2]. En particulier, la proportion d'individus équipés d'un téléphone portable mais ne possédant plus de ligne fixe a beaucoup augmenté : s'ils ne représentaient en 1998 que 2 % de la population, ils sont en 2010 12 % [figure 3].

FIGURE 1

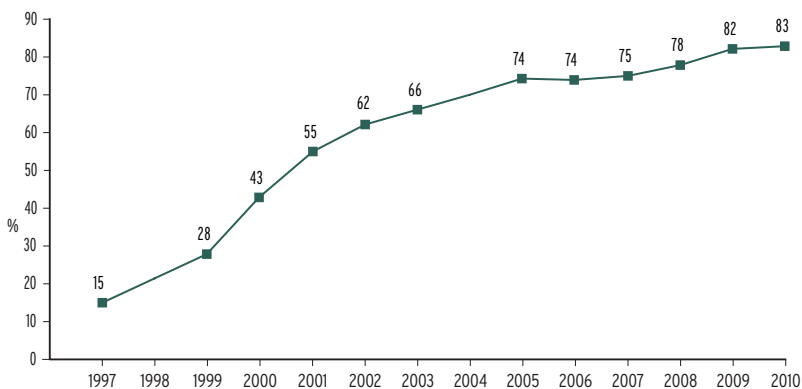
Taux de foyers équipés d'au moins un téléphone fixe



Sources : de 1960 à 1990, Insee ; de 1997 à 2005 : Médiamétrie ; de 2003 à 2010 : Crédoc.

FIGURE 2

Taux d'équipement des ménages en téléphones portables



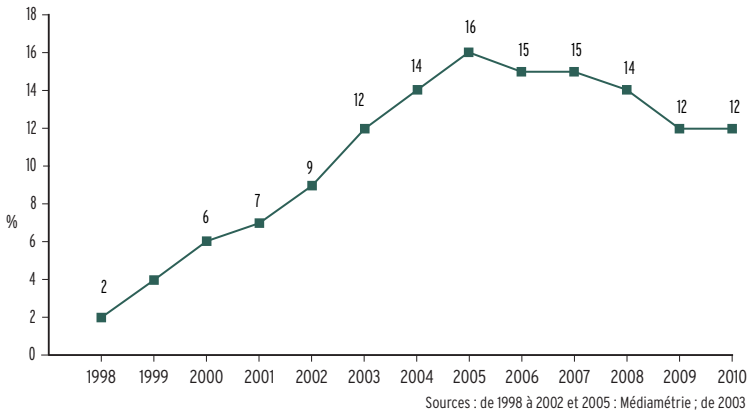
Sources : de 1997 à 2005 : Enquêtes permanentes conditions de vie des ménages (EPCV), Insee ; de 2006 à 2010, Crédoc.

L'absence de ligne fixe se trouve liée à un certain nombre de critères tels que l'âge, la profession et catégorie sociale (PCS) ou le niveau de revenu. En effet, les personnes peuvent être amenées à arbitrer entre les deux types d'équipement en raison de leur coût et de leur substituabilité, le choix étant plus ou moins influencé par les ressources

financières, les besoins, les préférences et les générations. Les populations susceptibles de délaisser le téléphone fixe sont ainsi les personnes dont les ressources sont les plus faibles. Selon une enquête récente du Crédoc, les catégories de personnes les moins équipées sont celles qui sont âgées de 18 à 24 ans (23 % d'entre elles n'ont pas

FIGURE 3

Part des individus joignables uniquement sur téléphone portable (en pourcentage)



de ligne fixe), les personnes vivant seules (25 %), les ouvriers (25 %) et les personnes dont les revenus sont les plus faibles (35 % pour les foyers dont le revenu mensuel est de moins de 900 euros par unité de consommation). En revanche, l'enquête ne relève qu'un lien relativement faible entre le type d'équipement téléphonique et la taille de l'agglomération de résidence, les zones les plus rurales (communes de moins de 2 000 habitants) se distinguant par une proportion plus importante de ménages équipés uniquement d'une ligne fixe, et l'agglomération parisienne par une proportion plus importante de foyers équipés à la fois d'un fixe et d'un mobile [16].

Ces résultats récents confirment ceux observés par les enquêtes « Conditions de vie et aspirations des Français » précédentes [18] ainsi que par une analyse de l'enquête EPCV de 2005. Celle-ci avait également montré qu'un quart des ménages à bas revenu (disposant de moins de 620 euros par mois) possédaient uniquement un téléphone portable [20].

Ces détenteurs exclusifs de téléphones

mobiles possèdent donc des caractéristiques particulières. Le maintien à un niveau élevé de la proportion des possesseurs exclusifs de mobiles représente ainsi un danger potentiel pour la représentativité des enquêtes téléphoniques classiques, même si elle est passée de 16 % en 2006 à 12 % en 2010 [21-24].

Les travaux anglo-saxons sur les enquêtes téléphoniques évoquent également de plus en plus la nécessité de prendre en compte le développement de la téléphonie mobile [25-29], mais les études méthodologiques et les protocoles d'enquête téléphonique tenant compte de cette nouvelle donne restent encore relativement rares [30-32]. Les études menées récemment en France ont montré l'existence d'un effet propre au fait de ne disposer que d'un téléphone portable, effet qui se maintient une fois les principaux facteurs sociodémographiques contrôlés [12, 33]. Ce problème s'avère difficile à affronter notamment à cause de l'absence, à l'heure actuelle, d'un répertoire exhaustif et à jour des possesseurs de téléphone mobile qui pourrait être utilisé comme base de sondage.

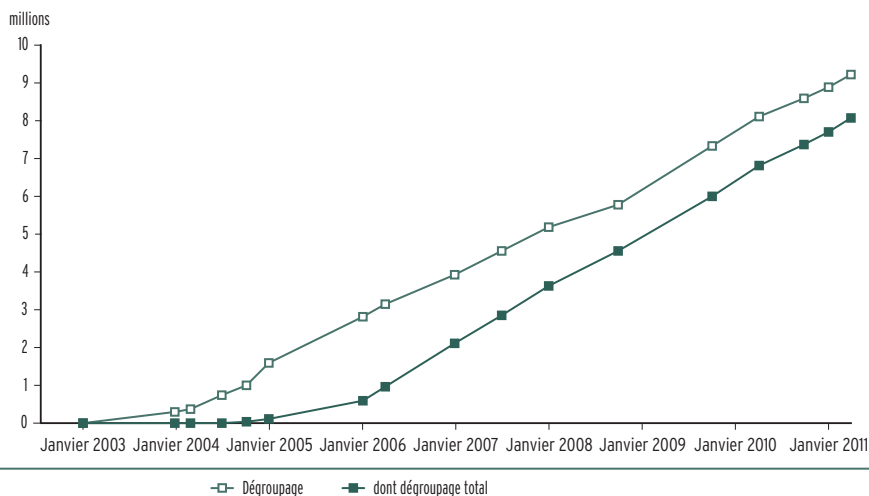
L'INTÉGRATION DES MÉNAGES EN DÉGROUPEMENT TOTAL

Par ailleurs, dans le contexte de l'ouverture du marché des communications en 2003, l'opérateur historique s'est vu dans l'obligation de donner l'accès au réseau de téléphonie fixe aux autres opérateurs. La possibilité d'un dégroupage total a donc progressivement fait perdre des abonnés à France Télécom. Selon l'Autorité de régulation des communications électroniques et des postes (Arcep), le parc des postes en dégroupage total, qui était inférieur à 100 000

(soit 0,4 % des foyers) début 2005, n'a cessé de s'accroître depuis pour concerner en 2010 plus de 7 millions de foyers (plus d'un quart des foyers) [figure 4]. La possibilité effective de conservation de l'ancien numéro géographique, même en cas de changement d'opérateur, est intervenue assez rapidement après l'ouverture du marché des communications, de sorte que les foyers qui ne sont joignables que par un numéro commençant par 08 ou 09 représentent une part faible de l'ensemble de la population (de 2 à 4 % selon le Baromètre multimédia GfK-ISL/Médiamétrie et l'Arcep).

FIGURE 4

Nombre de lignes téléphoniques en dégroupage



Source : ARCEP, juin 2011.

DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE D'ÉCHANTILLONNAGE

Pour tenter de prendre en compte cette nouvelle donne, la méthodologie du Baromètre cancer 2010 a été adaptée, dans la lignée de ce qui avait été fait pour le Baromètre santé nutrition 2008 puis le Baromètre santé 2010 [34, 35]. Deux échan-

tillons ont d'abord été constitués avec d'une part les ménages équipés d'une ligne fixe avec un numéro géographique et d'autre part les ménages équipés d'un téléphone portable mais non joignables par un numéro géographique.

À cause de l'impossibilité de gérer les double-comptes² entre numéros géographiques et numéros en 08 ou 09, il n'était pas possible d'intégrer les numéros en 08 ou 09 à la base de sondage des téléphones fixes. Néanmoins, il apparaissait illégitime de les exclure d'emblée de la population enquêtée, d'autant plus qu'aucune information sur d'éventuelles spécificités de cette population n'était disponible. Cette précaution a nécessité une adaptation de la méthode d'enquête qui consiste à identifier les « dégroupés en 08 ou 09 purs » par le biais des mobiles exclusifs. En effet, d'après l'enquête « Référence des équipements multimédia » GfK-ISL/Médiamétrie, la quasi-totalité (environ 95 %) des foyers en dégroupage total possède un téléphone portable. Ainsi, grâce à une question filtre posée à l'échantillon des individus atteints par leur mobile, il a été possible de récupérer les ménages déclarant détenir aussi une ligne fixe mais ne correspondant à aucun numéro géographique.

La structure de la population couverte par l'enquête selon son équipement téléphonique et le moyen de l'atteindre est présentée dans le **tableau I**.

Les deux sections suivantes décrivent le protocole du tirage des échantillons des numéros fixes et mobiles.

ÉCHANTILLON DES MÉNAGES JOIGNABLES PAR UN NUMÉRO GÉOGRAPHIQUE

En l'absence d'annuaire universel, et dans la mesure où tous les annuaires disponibles souffrent de défauts de couverture assez importants, les numéros de téléphone ont été générés aléatoirement par la société *Survey Sampling international* (SSI). À partir d'un fichier de 12 millions de numéros de téléphone qualifiés, ont été extraites les racines (six premiers chiffres) attribuées par l'Arcep et effectivement utilisées. Un tirage aléatoire stratifié sur ces racines a ensuite été effectué, assurant la représentativité géographique de la population. Puis, pour chaque racine tirée, les 10 000 numéros de téléphone correspondant à ces six premiers chiffres ont été générés, avant un premier nettoyage effectué par la société SSI. Un second tirage aléatoire a ensuite été effectué sur ces numéros. Ce tirage a été effectué

2. Les double-comptes correspondent aux foyers étant en dégroupage total, à qui un numéro en 08 ou 09 a été attribué, mais qui ont souhaité garder aussi leur ancien numéro géographique France Télécom d'avant le dégroupage. Ils ont donc deux numéros de téléphone affectés à une seule ligne, sans nécessairement connaître l'existence du numéro en 08 ou 09, si bien qu'ils auraient pu être comptés deux fois si on avait intégré dans la base de sondage les numéros en 08 et en 09 et ce, sans possibilité de contrôle.

TABLEAU I

Équipement téléphonique et échantillonnage

Équipement téléphonique	Échantillon	Part de la population
Fixe géographique (01-05)	Filaire	82 %
Mobile exclusif	Mobile	12 %
Dégroupage total (08-09)	Mobile	5 %
Aucun équipement ou dégroupage total (08-09) sans mobile	–	1 %

parmi les seuls numéros ayant un préfixe dit « géographique », c'est-à-dire commençant par 01, 02, 03, 04 ou 05. Cette méthode a remplacé la méthode habituelle d'incrémentation à partir de l'annuaire France Télécom³, pour laquelle se posait la question de la représentativité des opérateurs téléphoniques.

Après livraison du fichier final à l'institut de sondage, les numéros générés qui n'étaient pas identifiés par l'annuaire inversé correspondaient à des numéros sur liste rouge ou orange, à des numéros d'opérateurs ne figurant pas dans l'annuaire inversé, à des numéros non attribués ou encore à des numéros internes d'entreprise. L'institut de sondage a donc appelé tous les numéros sans savoir *a priori* où aboutissait l'appel pour ceux ne figurant pas dans l'annuaire inversé. Par rapport à une génération complètement aléatoire de numéros, cette procédure présente l'avantage de générer beaucoup moins de faux numéros, dans la mesure où le fichier initial est construit à partir de zones de numéros dont les préfixes ont été effectivement attribués⁴, et correspondant à des ménages plutôt qu'à des lignes professionnelles.

ÉCHANTILLON DES MÉNAGES NE POSSÉDANT QU'UN TÉLÉPHONE MOBILE ET DES MÉNAGES DÉGROUPEÉS N'ÉTANT PAS JOIGNABLES PAR UN NUMÉRO GÉOGRAPHIQUE

L'échantillon des téléphones mobiles a été constitué de manière indépendante de

l'échantillon des lignes fixes. Les préfixes des numéros de téléphone attribués aux différents opérateurs nationaux ont été utilisés pour la stratification de l'échantillon, en respectant leur importance en termes de parts de marchés selon les données de l'Arcep. Ainsi, 42 % des numéros créés étaient des numéros attribués à Orange, 32 % à SFR, 20 % à Bouygues Télécom et 6 % aux autres opérateurs. La fin des numéros a ensuite été générée de façon aléatoire.

Afin de caractériser les individus équipés exclusivement d'un mobile et ceux « dégroupés totaux sans numéro géographique », deux questions ont servi de filtre : « À votre domicile, y a-t-il une ligne de téléphone fixe sur laquelle vous pouvez appeler ou être appelé ? ». En cas de réponse négative, le numéro était automatiquement classé éligible et affilié à l'échantillon « mobile exclusif ». Dans le cas contraire, une seconde question était posée : « Votre domicile principal est-il joignable par un numéro géographique, c'est-à-dire commençant par 01, 02, 03, 04 ou 05 ? ». En cas de réponse négative, le numéro était conservé dans la base des ménages « dégroupés totaux injoignables par un numéro géographique » alors que si la réponse était positive, le numéro était considéré comme inéligible et donc abandonné.

3. Le dernier chiffre de chaque numéro était incrémenté (+ 1), ce qui augmentait les chances de rester sur un foyer abonné à France Télécom.

4. Il peut exister une phase pendant laquelle une racine a été allouée à un opérateur mais aucun numéro n'a encore été attribué.

CHAMP DE L'ENQUÊTE ET ÉLIGIBILITÉ

La population couverte par le Baromètre cancer 2010 concerne toutes les personnes résidant en France métropolitaine en ménages ordinaires, équipées d'un téléphone fixe ou mobile (à l'exception des

foyers équipés exclusivement d'un numéro fixe commençant par 08 ou 09), et âgées de 15 à 85 ans.

Une fois le ménage atteint, il devait, pour être éligible, comporter au moins

une personne âgée de 15 à 85 ans, résidant habituellement⁵ dans le foyer pendant la durée de l'étude et parlant le français⁶. Ce choix de ne pas interroger les populations les plus âgées, celles résidant en institution et les non francophones répond principalement à des contraintes techniques.

En effet, une enquête par téléphone au domicile principal des individus risque de ne pas être représentative des populations les plus âgées. Dans les tranches d'âge très élevées, la fréquence des problèmes d'audition rend souvent plus difficile un entretien téléphonique. Or 24 % des hommes et 19 % des femmes de plus de 65 ans présentent un déficit auditif, tandis que parmi les 80 ans et plus, 40 % des personnes sont concernées par ces troubles [36]. Par ailleurs, en 2007, environ 10 % des personnes de 75 ans et plus résidaient en institution [37], cette proportion devenant beaucoup plus forte après 85 ans, avec une proportion importante résidant en institution médicosociale ou en maison de retraite sans forcément disposer d'une ligne téléphonique personnelle.

Par ailleurs, le protocole d'enquête nécessitait que les interviewés comprennent et parlent le français, sans distinction de nationalité, le critère d'inclusion étant que leur résidence principale se trouve sur le territoire métropolitain. Il s'agit là principalement d'une contrainte financière, la gestion d'une équipe d'enquêteurs multilingue, complexe et coûteuse, aurait impliqué une nette diminution de la taille d'échantillon à coût équivalent.

Une fois le ménage contacté, l'individu devait être sélectionné parmi les différentes personnes éligibles. Une seule personne participait à l'enquête au sein de chaque foyer. Comme lors des Baromètres santé précédents, cette sélection a été opérée par la « méthode anniversaire », qui consiste à retenir le membre du foyer ayant la date d'anniversaire à venir la plus proche [38].

5. Dans le cas d'une personne ayant deux domiciles (ex. les étudiants), les enquêteurs avaient pour consigne de la compter uniquement si elle était présente au moins quatre jours par semaine au domicile.

6. Les personnes présentant une incapacité mentale ou physique les empêchant de répondre au questionnaire étaient par ailleurs considérées comme non éligibles.

LE TERRAIN D'ENQUÊTE

Le terrain a été confié à l'institut de sondage GfK-ISL. La méthode de Collecte assistée par téléphone et informatique (Cati) qui a été utilisée repose sur un système interactif améliorant la productivité des enquêteurs et des chefs d'équipe dans le recueil des données. Elle s'appuie sur un logiciel qui gère l'organisation des appels téléphoniques et la composition des numéros, les prises de rendez-vous et les reprises d'interview, mais aussi la gestion du déroulement du questionnaire (notamment les filtres et les tests logiques), certains contrôles en temps réel des réponses (réponses incohérentes, chiffres impossibles signalés selon des spécifications particulières...) ou encore

l'organisation de la rotation aléatoire des modalités ou des items. Dans le cas du Baromètre cancer 2010, il s'agit du logiciel *Converso* (Converso®), qui permet par ailleurs de contrôler à tout moment des indicateurs tels que l'évolution des taux de refus (global ou par enquêteur) ou la durée moyenne des différents modules du questionnaire.

Une enquête pilote a été préalablement menée en mars 2010 auprès de 100 personnes âgées de 15 à 85 ans. Elle a permis de valider le questionnaire (compréhension, programmation, méthode de sélection) et de mesurer la durée d'interview (39 minutes lors de cette phase). L'enquête s'est quant

à elle déroulée du 3 avril 2010 au 7 août 2010, tous les jours de la semaine sauf le dimanche. Au total, 45 enquêteurs, 3 chefs d'équipe et 6 superviseurs ont été formés et ont travaillé sur cette enquête.

Trois sessions de deux jours de formation ont été nécessaires pour préparer l'ensemble des enquêteurs. Les objectifs de la formation étaient de présenter l'enquête et sa finalité, ainsi que l'institution qui la conduisait. Le questionnaire a été entièrement déroulé et expliqué : comment poser les questions, indiquer les relances... Il s'agissait également de rappeler le principe d'un sondage aléatoire. Au cours de ces séances, les enquêteurs se sont entraînés jusqu'à ce que la passation du questionnaire soit correcte. Cette étape s'avère cruciale, notamment pour les responsabiliser et pour assurer l'homogénéité des données recueillies. Elle est aussi l'occasion d'élaborer des stratégies pour rendre l'entretien plus acceptable à l'enquêteur comme à l'enquêté, en particulier lorsqu'il s'agit de motiver la participation des individus inscrits en liste rouge.

Afin de favoriser la participation des individus à l'enquête, une liste d'arguments a été constituée pour faire face aux différents motifs de refus avancés par les personnes appelées : intérêt de l'enquête, possibilité de prendre rendez-vous, possibilité de faire l'entretien en plusieurs fois... La liste proposait des exemples concrets sur l'utilité de ce type d'enquête publique, que les enquêteurs ont appris à maîtriser au cours de la formation.

Le fichier d'adresses de l'étude a été scindé en plusieurs blocs afin d'assurer le caractère aléatoire de l'enquête (tout bloc d'adresses ouvert devant être entièrement exploité), mais également pour assurer une meilleure gestion des rendez-vous⁷.

Le terrain a été précédé de l'envoi d'une lettre-annonce à en-tête de l'Inpes à tous les ménages dont il était possible de récupérer l'adresse. Les autres se la voyaient proposer,

le cas échéant, au moment de l'appel. Cette lettre mettait l'accent sur l'importance de l'étude afin de minorer les refus de répondre. Son envoi s'est fait au fur et à mesure de l'ouverture des blocs d'adresses, de sorte que la lettre n'arrive pas trop tôt avant les tentatives d'appel. L'intérêt principal de la lettre-annonce est qu'elle motive les destinataires à participer à l'enquête. La vérification de sa réception n'était toutefois pas une condition à la réalisation de l'entretien : les enquêteurs n'avaient pas à s'assurer que leur interlocuteur l'avait effectivement reçue car la lettre n'était pas nécessairement adressée en son nom propre.

Une société de surveillance, l'Organisme de conformité du recueil des données (OCRD), était présente très régulièrement sur le terrain de l'enquête afin de vérifier la bonne passation du questionnaire, la régularité de la procédure de sélection des personnes à interroger et la bonne codification des refus. Cet organisme était chargé de veiller au respect des procédures définies dans le cahier des charges de l'institut de sondage, ce qui permettait de réajuster rapidement certaines situations dérogeant aux règles [39]. Par ailleurs, les concepteurs de l'enquête étaient très présents sur le terrain pour assurer, en lien avec l'OCRD, les chefs d'équipe et les superviseurs, un suivi rigoureux du recueil des données. Des débriefings avaient lieu chaque soir entre les chefs d'équipe et les superviseurs afin d'ajuster les passations. À la fin de l'enquête, deux séances de débriefing ont permis de faire le bilan de l'enquête avec l'ensemble des équipes engagées.

Par ailleurs, un numéro vert a été mis en place pendant toute la durée de l'enquête

7. Par bloc d'adresses, on entend une série de contacts possibles qui doit être totalement utilisée à partir du moment où elle est ouverte. Les premiers blocs contiennent beaucoup plus d'adresses que les suivants, les derniers blocs étant utilisés pour ajuster le nombre d'entretiens réalisés en fonction du taux de contact des adresses tentées et du taux d'acceptation de l'enquête.

afin de garantir aux personnes qui le souhaitent qu'il s'agissait bien d'une enquête réalisée par GfK-ISL pour le compte de l'Inpes, ainsi que d'apporter des précisions sur l'intérêt de l'enquête en termes de prévention. Enfin, les enquêtés pouvaient se référer à une page spéciale de présentation de l'enquête sur le site internet de l'Inpes, ainsi qu'à une annonce visible sur la page d'accueil du site.

Les interviews ont été réalisées le lundi, le mardi et le jeudi de 16 h à 21 h, le mercredi et le vendredi de 12 h à 21 h et le samedi de 9 h 30 à 15 h et de 16 h à 20 h. Les numéros qui ne répondaient pas ou aboutissaient à une messagerie vocale étaient recomposés automatiquement 60 ou 90 minutes plus tard selon le moment de la vacation. Les appels qui sonnaient occupés étaient en revanche retentés 15 minutes plus tard. Au maximum, trois appels par jour étaient tentés. Jusqu'à quarante tentatives étaient effectuées, à des heures et des jours différents si nécessaire, l'automate d'appel raccrochant après huit sonneries. Au bout de trois tentatives infructueuses en soirée, les tentatives 4 et 5 étaient effectuées en journée. L'impact de ces différentes précautions sur les résultats a fait l'objet d'études méthodologiques sur des sujets sensibles, tels que les comportements sexuels [40], la santé mentale [41] ainsi que sur les usages de substances psychoactives [12]. Ces travaux ont montré que les caractéristiques des enquêtés difficiles à joindre et nécessitant de nombreux rappels justifiaient de persévérer au-delà de dix tentatives.

Si l'individu sélectionné n'était pas présent ou pas disponible au moment du contact, un rendez-vous téléphonique était proposé, et en cas de refus de participation de sa part, le ménage était abandonné, le respect de la méthode aléatoire interdisant tout remplacement. Une possibilité de rendez-vous « hors plage horaire » était offerte si la personne sélectionnée n'était pas joignable durant les

horaires habituels d'appel. Par ailleurs, une interruption de questionnaire était possible dès que l'enquêté souhaitait s'arrêter pour des raisons personnelles au cours de l'entretien ; il était rappelé ultérieurement pour une reprise d'interview.

Enfin, un rappel des ménages ayant refusé l'enquête par une équipe réduite d'enquêteurs spécialement formés a été mis en place afin de diminuer les taux de refus. Ces rappels étaient effectués au moins une semaine après le premier contact, à des heures et des jours différents⁸. Ce type de rappel est classique dans les enquêtes aléatoires, notamment parce qu'il est possible alors d'avoir un autre membre du foyer plus disposé à répondre. Dans un second temps, pour faire face à des taux de refus particulièrement importants, un dédommagement a été proposé aux enquêtés ayant déjà refusé à deux reprises de participer, que ce soit au niveau du ménage ou au niveau individuel⁹, ainsi qu'aux personnes qui avaient abandonné le questionnaire en cours de passation. Les caractéristiques de ces individus feront l'objet d'analyses ultérieures.

8. Au total, au cours de cette phase de ré-exploitation réalisée parallèlement à l'étude principale, plus de 7 000 adresses ont été ré-exploitées, ce qui a permis de récupérer 576 interviews au total, soit 15,5 % de l'échantillon final total.

9. Au cours de cette phase de seconde ré-exploitation avec dédommagement, près de 4 000 adresses ont été ré-exploitées, ce qui a permis de récupérer 274 interviews au total, soit 7,3 % de l'échantillon total.

LE QUESTIONNAIRE

Une des difficultés principales des enquêtes téléphoniques est la nécessité de rester sur un temps d'entretien court, la durée optimale pour une enquête téléphonique ayant été estimée à 20-25 minutes par des travaux méthodologiques américains [42, 43]. Au final, le questionnaire durait en moyenne 36 minutes (dont un peu plus de 2 minutes nécessaires pour la prise de contact).

Dans le cas des entretiens réalisés sur portable, l'autonomie des batteries n'a pas posé de problèmes particuliers et il y a eu relativement peu d'interruption de la communication, sachant qu'il était possible de prendre rendez-vous pour faire l'entretien sur un téléphone fixe du choix de l'enquêté (solution qui, dans les faits, a été peu utilisée).

BILAN D'EXPLOITATION, PROFIL DES ÉCHANTILLONS

LES ÉCHANTILLONS OBTENUS

Afin de disposer d'une puissance statistique suffisante pour mesurer les évolutions et effectuer des croisements de variables à des niveaux suffisamment fins, la taille de l'échantillon visée était de 3 500 à 4 000 individus de 15 à 85 ans.

Au final, l'échantillon des individus joignables par un numéro géographique est composé de 3 120 répondants [tableau II]. Pour déterminer les taux de participation à l'enquête, il est nécessaire de mettre en rapport le nombre de répondants et le nombre d'individus éligibles (les autres étant hors-champ). Or les *refus immédiats des ménages* ($n = 2\,365$), de même que les *rendez-vous ménages non aboutis* ($n = 132$) interviennent avant que l'on ait pu déterminer l'éligibilité du foyer. Si la grande majorité de ces refus sont des ménages éligibles, certains correspondent néanmoins à des hors-champ. Il va en particulier s'agir des personnes âgées de plus de 85 ans vivant seules, souvent peu enclines à répondre aux enquêtes téléphoniques, au point de ne pas répondre aux quelques questions permettant de déterminer l'éligibilité du foyer. Pour l'échantillon des mobiles, la possession d'une ligne fixe avec un numéro géographique est également un critère d'inéligibilité. Il est donc néces-

saire d'estimer la part des refus immédiats et des rendez-vous inaboutis correspondant à des ménages non éligibles.

Si on applique aux refus immédiats des ménages et aux rendez-vous inaboutis les mêmes proportions de résidences secondaires, d'équipement en ligne fixe pour l'échantillon mobile, de ménages sans personnes dans la tranche d'âge et de ménages non francophones ou souffrant d'une incapacité physique ou mentale à répondre au questionnaire que celles observées sur les ménages dont l'éligibilité a pu être déterminée avec certitude, 20 % dans l'échantillon filaire et 77,4 % dans l'échantillon mobile seraient des ménages inéligibles. Le nombre de ménages interrogeables peut être alors estimé à 6 206 dans l'étude filaire et à 1 491 dans l'étude mobile. Les taux de refus observés à la fin de l'enquête, hors abandon et rendez-vous non honorés, ont ainsi été de 42,8 % dans l'étude filaire et de 44,2 % dans l'étude mobile. Ces taux de refus apparaissent en progression par rapport aux enquêtes menées par l'Inpes en 2005 et 2007 [35, 44] et bien supérieurs à ceux observés avant les années 2000. Cette difficulté à obtenir de bons taux de réponse dans les enquêtes téléphoniques est constatée depuis quelques années aux Etats-Unis [45, 46] comme en France [47].

TABLEAU II

Description des bases de sondage du Baromètre cancer 2010

	Étude filaire				Étude mobile			
	Bilan brut		Bilan révisé		Bilan brut		Bilan révisé	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
BASE DES ADRESSES	10466		10466		15240		15240	
Non utilisable	3761		4260		12093		13749	
Hors cible	1757		1757		5638		5638	
Résidence secondaire / ligne 01-05	136		136		3108		3108	
Ménage sans 15-85 ans	167		167		50		50	
Non francophone	384		384		181		181	
Personne impossible	362		362		119		119	
Ménage injoignable	955		955		2997		2997	
Réajustement version modifiée	–		499		–		1656	
BASE UTILISABLE	6705		6206		3147		1491	
Refus	3133	46,7	2660	42,8	2137	67,9	659	44,2
Refus ménage immédiat	2365	35,3	1892	30,5	1910	60,7	432	29,0
Refus ménage différé	321	4,8	321	5,1	97	3,1	97	6,5
Refus individu	447	6,6	447	7,2	130	4,1	130	8,7
Échec d'exécution	452	6,8	426	6,9	402	12,8	224	15,0
RDV ménage non aboutis (sans sélection)	132	2,0	106	1,7	230	7,3	52	3,5
RDV ménage non aboutis (avec sélection)	66	1,0	66	1,1	56	1,8	56	3,8
RDV individu	54	0,8	54	0,9	38	1,2	38	2,5
Abandon	200	3,0	200	3,2	78	2,5	78	5,2
Réalisation interview	3120	46,5	3120	50,3	608	19,3	608	40,8

Lecture :

Hors cible : faux numéros et entreprises.

Résidence secondaire / ligne 01-05 : le numéro de téléphone est celui d'une résidence secondaire. Pour l'échantillon mobile, le ménage dispose d'une ligne fixe avec un n° géographique (01 à 05).

Personne impossible : dialogue impossible pour un problème de santé ou absence de la personne sélectionnée pendant la durée de l'étude.

Ménage injoignable : sans réponse ou occupé lors des 40 appels.

Réajustement version modifiée : estimation du nombre de personnes non éligibles parmi celles dont l'éligibilité est incertaine (Refus ménage immédiat et rendez-vous ménage non aboutis (sans sélection)).

Refus ménage immédiat : refus de l'interlocuteur du foyer avant la sélection de la personne éligible.

Refus ménage différé : refus de l'interlocuteur du foyer de passer la personne sélectionnée.

Refus individu : refus de la personne sélectionnée.

Rendez-vous ménage non aboutis : au moins un rendez-vous (avec ou sans sélection de la personne éligible) et 39 appels qui n'ont pas donné suite.

Rendez-vous individu : rendez-vous non honoré au final.

Abandon : abandon en cours d'entretien.

L'échantillon de l'étude mobile contient quant à lui 608 répondants. Pour en arriver là, 15 240 numéros ont dû être créés, soit environ 25 numéros pour une interview réalisée, ce

qui est supérieur à ce qui avait été nécessaire lors du *Baromètre santé 2005* (environ 13 numéros pour une interview réalisée) et lors du *Baromètre nutrition 2008* (environ 20

numéros pour une interview réalisée); ceci est en partie dû au fait que la proportion des portables exclusifs a diminué par rapport à 2005. Parmi ces répondants, 189 disposaient d'une ligne fixe et n'étaient pas joignables par un numéro géographique; ils ont donc constitué la base des ménages dégroupés. Au final, ils représentent 5 % de l'ensemble des individus interrogés dans l'enquête, ce qui correspond à l'effectif attendu et s'avère rassurant quant à la qualité du déclaratif à la question du numéro géographique.

Après un nettoyage du fichier ayant entraîné la suppression d'un individu

présentant des réponses incohérentes, l'échantillon national obtenu peut être schématisé comme indiqué au **tableau III**.

TABLEAU III

Structure de l'échantillon

	n
Lignes fixes géographiques (01-05)	3 119
Dégroupés totaux (08-09)	189
Mobiles exclusifs	419
Total	3 727

PROBABILITÉ D'INCLUSION ET REDRESSEMENT

PROBABILITÉ D'INCLUSION

Étant donné que le Baromètre cancer est une enquête téléphonique à deux degrés, impliquant la sélection du ménage puis de l'individu, le calcul de la probabilité d'inclusion d'un individu résulte de deux informations :

- le nombre de lignes téléphoniques dont dispose le ménage. Pour ce faire, il était demandé à l'enquêté, en fin de questionnaire, le nombre de lignes téléphoniques du foyer dont le numéro a un préfixe géographique (ou le nombre de téléphones mobiles dans le foyer pour l'échantillon mobiles) ;
- le nombre de personnes éligibles au sein du foyer parmi lesquelles la sélection a été effectuée.

À partir de ces informations, la probabilité d'inclusion d'un individu est calculée en divisant le nombre de lignes téléphoniques du foyer par le nombre de personnes éligibles, une pondération inversement proportionnelle à cette probabilité lui étant ensuite affectée.

REDRESSEMENT

Dans l'échantillon de l'enquête, certaines catégories de population apparaissent sous-

représentées, d'autres surreprésentées, notamment du fait de la non-réponse inégalement répartie au sein de la population. Afin d'améliorer la représentativité de l'enquête, on fait en général l'hypothèse que les individus manquant dans une catégorie ont un profil plus proche de celui des individus répondant de cette catégorie que de ceux de l'ensemble de l'échantillon, ce qui conduit à procéder à un redressement. Le principe est de modifier le poids de chaque individu de l'échantillon (au départ égal à l'inverse de la probabilité d'inclusion pour chacun) afin de corriger les éventuelles erreurs d'échantillonnage. Pour cela, on a recours à des informations auxiliaires corrélées avec les variables d'intérêt de l'étude, afin d'augmenter la précision des estimateurs. Le calage permet de construire des estimations corrigées du biais de non-réponse. En modifiant l'échantillon pour le contraindre à adopter la structure de la population globale, il tient compte des spécificités de cette population, ce qui améliore de ce fait sa représentativité [48].

Après avoir été pondérées par la probabilité de tirage au sein du ménage, les données du Baromètre cancer 2010 ont ainsi été calées sur les données de l'enquête

TABLEAU IV

Comparaisons entre les marges obtenues et les marges de référence

	Résultats bruts (%)	Marges utilisées (%)
Hommes		
15-19 ans	2,9	3,9
20-25 ans	3,9	4,6
26-34 ans	5,6	7,0
35-44 ans	8,7	8,7
45-54 ans	7,9	8,4
55-64 ans	7,7	7,6
65-74 ans	4,1	4,6
75-85 ans	2,3	3,3
Femmes		
15-19 ans	3,1	3,7
20-25 ans	4,1	4,7
26-34 ans	8,2	7,2
35-44 ans	10,3	9,0
45-54 ans	9,5	8,8
55-64 ans	11,5	8,0
65-74 ans	6,2	5,4
75-85 ans	4,2	5,1
UDA		
IDF	16,7	18,7
NPDC	7,6	6,4
Est	8,5	8,6
Bassin parisien ouest	8,5	9,3
Bassin parisien est	8,4	7,8
Ouest	14,1	13,5
Sud-ouest	11,8	11,1
Centre-est	12,8	12,0
Méditerranée	11,7	12,6
Agglomération		
Commune rurale	26,0	25,6
< 20 000 habitants	16,9	17,4
20 000 – 99 999 habitants	13,3	12,7
100 000 – 199 999 habitants	5,6	5,5
200 000 habitants et plus	23,3	22,5
Agglomération parisienne	14,9	16,2
Équipement téléphonique		
Fixe (dont dégroupés)	88,8	87,3
Exclusif mobile	11,2	12,7
Diplôme		
Sans diplôme	9,8	19,0
Inférieur au baccalauréat	38,4	42,5
Baccalauréat ou équivalents	19,4	17,0
Bac +2	11,6	9,8
Bac +3 +4	11,8	6,5
Bac +5 ou plus	9,2	5,2

emploi de 2008, le recensement rénové de la population n'étant pas encore disponible lors des opérations de calage. Il s'agit d'un calage sur marges, dont l'objectif est de faire coïncider la structure de l'échantillon avec celle de la population pour certains critères.

Depuis 1992, les Baromètres santé de l'Inpes sont redressés sur le sexe croisé par l'âge, la taille d'agglomération et la région de résidence (découpage du territoire métropolitain en neuf grandes zones). Dans la mesure où ces enquêtes apparaissent déstructurées sur le niveau de diplôme (les plus diplômés sont surreprésentés dans la base), il a été décidé de prendre également en compte cette dimension dans le redressement [tableau IV].

Pour les évolutions, il a été choisi de recalculer des pondérations spécifiques pour

l'enquête de 2005 sur les critères retenus en 2010 (c'est-à-dire intégrant le diplôme, critère qui n'avait pas été pris en compte en 2005), et en utilisant les données les plus contemporaines de ces exercices. Les marges de calage du Baromètre cancer 2005, établies lors de son analyse à partir du recensement de 1999, ont ainsi été mises à jour à partir de l'enquête emploi 2005. Les prévalences ou moyennes calculées avec ces pondérations spécifiques sont donc parfois légèrement différentes de celles diffusées dans le Baromètre cancer 2005. Par ailleurs, dans la mesure où les mobiles exclusifs n'avaient pas été interrogés en 2005, la comparaison se fait sur les seules lignes fixes dans le Baromètre cancer 2010, grâce à une pondération particulière réalisée sur cette sous-population.

MÉTHODES D'ANALYSE ET INTERPRÉTATIONS

Il s'agit ici de présenter succinctement le principe des différentes méthodes statistiques mises en œuvre dans cet ouvrage ainsi que leurs modalités d'interprétation. Trois logiciels ont été utilisés : Stata (Version 10 SE) et SPSS (Version 15.0) pour la statistique descriptive et les modélisations, R 2.12.1 (packages *survey* et *sampling*) pour le calage sur marges.

Les statistiques descriptives ont un inconvénient majeur : elles mettent en évidence les liaisons statistiques entre des variables mais ne permettent pas de contrôler les effets de structure, qu'ils proviennent des variables sociodémographiques ou d'autres facteurs de confusion possibles. Les modèles statistiques de régression permettent justement de démêler de telles situations, en mesurant l'influence d'une variable sur une autre, toutes choses égales par ailleurs, c'est-à-dire en tenant compte des autres variables introduites dans le modèle. Les méthodes de régression permettent ainsi de quantifier

avec précision les relations entre variables, tout en contrôlant les effets de structure.

Dans le cas d'une variable qualitative à deux modalités, comme dans la plupart de nos analyses, on utilise un modèle de régression que l'on appelle « logistique ». Pour interpréter les résultats des régressions, on a recours à la notion anglo-saxonne d'« odds ratio » (OR). Supposons par exemple que l'on s'intéresse à l'influence du sexe sur une opinion. Si l'odds ratio associé à la modalité « femme » vaut 1,3, la convention d'interprétation que nous utiliserons sera la suivante : toutes choses égales par ailleurs, une femme a 1,3 fois plus de chances qu'un homme d'avoir une telle opinion.

Dans certaines études, les régressions sont parfois utilisées à des fins prédictives, mais ce n'est pas le cas de celles qui sont présentées dans cet ouvrage. Leur objectif est descriptif, il s'agit de contrôler les effets de structure, mais pas à proprement parler de mesurer avec précision la force des

liens, tout au plus de les hiérarchiser. On ne cherche pas à prédire, mais à s'assurer qu'une variable ne cache pas l'effet d'une autre variable.

Enfin, il semble utile de donner une grille de lecture aux tableaux présentés dans cet ouvrage. Dans les tableaux présentant les résultats des régressions logistiques figurent également les croisements bivariés entre chacune des covariables et la variable dépendante. Le seuil de significativité corres-

pondant à ce test est exprimé par l'absence (non significatif) ou la présence d'une étoile (si $p < 5\%$), de deux étoiles (si $p < 1\%$) ou de trois étoiles (si $p < 0,1\%$) juste au-dessus des pourcentages présentés [tableau V].

D'autres méthodes d'analyse multivariée sont utilisées dans cet ouvrage de façon moins systématique : il s'agit des analyses de la variance, des analyses factorielles et des classifications ascendantes hiérarchiques.

TABLEAU V

Facteurs associés au risque perçu de cancer lié au fait de fumer (risque jugé certain) (n = 3 314 observations)

Variables explicatives	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe		***		
Hommes (réf.)	1 470	77,9	1	
Femmes	1 884	71,5	0,7***	0,6 ; 0,8

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

Lecture : Les hommes sont nettement plus nombreux que les femmes à juger certain le risque de cancer pour les fumeurs (77,9 % contre 71,5 %, écart significatif à $p < 0,001\%$). Cet écart est confirmé après contrôle de certains effets de structure, les femmes ayant moins de chances (0,7 fois) d'avoir cette perception que les hommes ($p < 0,001\%$). L'intervalle de confiance (IC) de l'OR est compris entre 0,6 et 0,8.

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 01/09/2011.

- [1] Baudier F., Dressen C., Alias F. dir. *Baromètre santé 92 : résultats de l'enquête annuelle sur la santé des Français*. Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 1994 : 165 p.
- [2] Beck F., Guilbert P., Gautier A. dir. *Baromètre santé 2005 : attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2007 : 608 p.
- [3] Baudier F., Arènes J. dir. *Baromètre santé adultes 95/96*. Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 1997 : 288 p.
- [4] Guilbert P., Baudier F., Gautier A. dir. *Baromètre santé 2000* (2 vol.). Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 2001 : 314 p.
- [5] Cumming R.G. Is probability sample always better ? A comparison of results from a quota and a probability sample survey. *Community Health Studies*, 1990, n° 14 : p. 132-137.
- [6] Beltzer N., Bigot R., Beck F., Toulemon L., David C., Grémy I., et al. *Vers une nouvelle méthodologie des enquêtes en santé réalisées à partir d'abonnés au téléphone* [communication orale]. Colloque francophone des sondages, Tanger, 23-25 mars 2010.
- [7] Beck F., Guignard R., Legleye S. L'influence du mode de collecte sur la mesure des prévalences de consommation de substances psychoactives : comparaison entre l'enquête EVS et le Baromètre santé 2005. In : Beck F., Cavalin C., Maillouche F. dir. *Violences et santé en France : état des lieux*. Paris : La Documentation française, coll. Etudes et statistiques, 2010 : p. 261-274.
- [8] Potthoff R.F. Telephone sampling in epidemiologic research : to reap the benefits, avoid the pitfalls. *American Journal of Epidemiology*, 1994, vol. 139, n° 10 : p. 967-978.
- [9] Roslow S., Roslow L. Unlisted phone subscribers are different. *Journal of Advertising Research*, 1972, vol. 12, n° 4 : p. 35-38.
- [10] Moberg P.E. Biases in Unlisted phone numbers. *Journal of Advertising Research*, 1982, vol. 22, n° 4 : p. 51-55.
- [11] Ambroise P., Mauris P. L'usage du téléphone dans les sondages. In : Brossier G., Dussaix A.-M. *Enquêtes et sondages : méthodes, modèles, applications, nouvelles approches, 2^e et 3^e cycles*. Paris : Dunod, 1999 : p. 331-339.
- [12] Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. Aux abonnés absents : liste rouge et téléphone portable dans les enquêtes en population générale sur les drogues. *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, 2005, n° 86 : p. 5-29. En ligne : <http://bms.revues.org/index902.html>

- [13] Riandey B., Firdion J.-M. Vie personnelle et enquête téléphonique : l'exemple de l'enquête ACSF. *Population*, 1993, vol. 48, n° 5 : p. 1257-1280.
- [14] Riandey B., Leridon H. coord. Données et enquêtes sensibles [dossier spécial]. *Population*, 1999, vol. 54, n° 2 : p. 225-330.
- [15] Beck F., Arwidson P., Firdion J.-M., Jaspard M., Grémy I., Warszawski J. L'avenir des enquêtes téléphoniques face à l'évolution des télécommunications. In : Droesbeke J.-J., Lebart L. dir. *Enquêtes, modèles et applications*. Paris : Dunod, coll. Théories économiques, 2001 : p. 285-293.
- [16] Bigot R., Crouette P. *La diffusion des technologies de l'information et de la communication dans la société française (2010)*. Paris : Credoc, 2010 : 230 p.
En ligne : http://www.arcep.fr/uploads/tx_gspublication/rapport-credoc-2010-101210.pdf
- [17] Roy G., Vanheuverzwyn A. Mobile Phone in Sample Surveys [communication orale]. International Conference on Improving Surveys, Copenhague, 25-28 août 2002 : 8 p.
En ligne : http://www.mediametrie.fr/fichiers/bibliotheque/images/Corporate/Innovation/publicationscientifique/2002_005.pdf
- [18] Bigot R. *La diffusion des technologies de l'information dans la société française (2006)*. Paris : Credoc, 2006 : 202 p.
En ligne : http://www.arcep.fr/uploads/tx_gspublication/etude-credoc2006.pdf
- [19] Rouquette C. La percée du téléphone portable et d'internet. *Insee Première*, 2000, n° 700 : 4 p.
En ligne : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP700.pdf
- [20] Sautory O. L'accès des ménages à bas revenus aux technologies de l'information et de la communication (TIC). *Etudes et résultats*, 2007, n° 557 : 8 p.
En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er557.pdf>
- [21] Roy G., Vanheuverzwyn A. Le téléphone mobile dans les enquêtes par sondage : actes des journées de méthodologie statistique - 4 et 5 décembre 2000. *Insee Méthodes*, novembre 2002, tome 3, n° 102 : 14 p.
En ligne : <http://www.insee.fr/fr/ppp/sommaire/imet102d.pdf>
- [22] Kishimba N., Razafindratsima N. L'influence du téléphone portable sur le suivi et la déclaration des rapports sexuels dans l'enquête Cocon. In : Ardilly P. dir. *Echantillonnage et méthodes d'enquête : actes du 3^e colloque francophone sur les sondages à l'initiative de la Société Française de Statistique*. Paris : Dunod, 2004 : p. 279-284.
- [23] Amschler H. *People in cell phone households - are their reading habits different?* [communication orale]. European Media Research Organisations (EMRO) Conference, Kuopio (Finlande), mai 2003.
- [24] Le Goff E., Neraudau J. *Radio surveys on mobile phones and fixed line phones*. Worldwide Audience Measurement Conference, Genève (Suisse), Juin 2004.
- [25] Nathan G. Telesurvey methodologies for household surveys : a review and some thoughts for the future. *Survey Methodology*, 2001, vol. 27, n° 1 : p. 7-31.
En ligne : <http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=12-001-X20010015851&lang=eng>
- [26] Sandell L. *Finland : a short discussion on methodology issues related to the increase use of mobile phone*. European Media Research Organisations (EMRO) Conference, Locarno (Suisse), 2001.
- [27] Jenkins V., Survey Sampling International. *The Impact of Mobile Phones on Sampling* [page web]. 2001.
En ligne : http://www2.surveysampling.com/frame_detail.php?ID=166¤t=no&issueID=9&yr=2001
- [28] Nicolaas G., Lynn P. Random-digit dialling in the UK : viability revisited. *Journal of the Royal Statistical Society*, June 2002, vol. 165, n° 2 : p. 297-316.
- [29] Futsaeter K.A. Mobile Phones : a new challenge for research [communication orale]. European Media Research Organisations Conference, Sissi (Greece), 2002.
- [30] Kuusela V., Vikki K. *Change of telephone coverage due to mobile phones* [communication orale]. International conference on Survey nonresponse, Portland (USA), 1999.
- [31] Fuchs M. *Non response in cellular phone survey. Experience from a comparison with a regular CATI study* [communication orale]. International Sociological Association, Fifth International Conference, Cologne, 2000.
- [32] Fleeman A., O'Hare B., Cohen E. *Adding « cell phone only » households in a radio measurement service : a U.S. experience*. ESOMAR, Radio Conference, Montréal (Canada), juin 2005.
- [33] Gautier A., Beck F., Marder S., Legleye S., Riandey B., Gayet A., et al. Téléphones portables exclusifs : résultats d'une méthode de génération partielle de numéros. In : Lavallée P., Rivest L. dir. *Méthodes d'enquêtes et sondages : pratiques européenne et nord-américaine*. Paris : Dunod, coll. Sciences Sup, 2006 : p. 60-63.
- [34] Beck F., Gautier A., Guignard R. Méthode d'enquête du Baromètre santé nutrition 2008 : une évolution dans la continuité. In : Escalon H., Bossard C., Beck F. dir. *Baromètre santé nutrition 2008*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2009 : p. 39-60.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/barometre-sante-nutrition-2008/pdf/methode-d-enquete.pdf>
- [35] Beck F., Gautier A., Guignard R., Richard J.-B. Une méthode de prise en compte du dégroupage total dans le plan de sondage des enquêtes téléphoniques auprès des ménages. In : Tremblay M.-E., Lavallée P., El Hadj Tirari M. (dir.). *Pratiques et Méthodes de sondage*. Paris : Dunod, coll. Sciences Sup, 2011 : p. 310-314.
- [36] Sermet C. Démographie et état de santé des personnes âgées. In : Franco A., Jeandel C., Mouliais R., Ruault G., Vetel J.-M. dir. *Livre blanc de la gériatrie française*. Paris : ESV Production, 2004 : p. 25-32.
- [37] Ogg J., Renaut S. Vieillir chez soi : quels enjeux pour l'avenir ? *Cadr'age*, juin 2010, n° 11 : 8 p.
- [38] Salmon C.T., Nichols J.S. The next-birthday method for respondent selection. *Public Opinion Quarterly*, 1983, vol. 47, n° 2 : p. 270-276.

- [39] Giudicelli E., Léon C., Arwidson P., Guilbert P. La qualité des données dans les enquêtes par téléphone : recours à une société de surveillance du terrain. In : Lavallée P., Rivest L. *Méthodes d'enquêtes et sondages : pratiques européenne et nord-américaine*. Paris : Dunod, coll. Sciences Sup, 2006 : p. 20-23.
- [40] Firdion J.-M. Effet du rang d'appel et de la présence du conjoint dans une enquête par téléphone. *Population*, 1993, vol.48, n° 5 : p. 1281-1314.
En ligne : http://www.persee.fr/articleAsPDF/pop_0032-4663_1993_num_48_5_4102/article_pop_0032-4663_1993_num_48_5_4102.pdf
- [41] Barrufo E., Verger P., Rotily M. L'utilisation du téléphone dans une enquête de santé mentale : analyse du rang d'appel, des données manquantes et de l'effet « enquêteur ». *Population*, 2001, vol. 56, n° 6 : p. 987-1010.
En ligne : http://www.persee.fr/articleAsPDF/pop_0032-4663_2001_num_56_6_7215/article_pop_0032-4663_2001_num_56_6_7215.pdf
- [42] Dillman D.A. *Mail and telephone surveys : The Total Design Method*. New York : John Wiley, 1978 : 344 p.
- [43] Frey J.H. *Survey research by telephone*. Newbury Park : Sage Publications, 1989 : 296 p.
- [44] Beck F., Léon C., Guignard R. Méthodologie d'enquête. In : Ménard C., Girard D., Léon C., Beck F. dir. *Baromètre santé environnement 2007*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2009 : p. 43-55.
- [45] Tuckel P., O'Neill H. The vanishing respondent in telephone surveys. *Journal of Advertising Research*, 2002, vol. 42, n° 5 : p. 26-48.
- [46] McCarty C. Differences in response rates using most recent versus final dispositions in telephone surveys. *Public Opinion Quarterly*, Fall 2003, vol. 67 : p. 396-406.
En ligne : https://www.bibr.ufl.edu/system/files/Differences+in+response+rates+using+most+recent+versus+final+dispositions+in+telephone+surveys_0.pdf
- [47] Beck F., Guilbert P., Gautier A., Arwidson P. L'acharnement téléphonique dans les enquêtes est-il justifié ? In : Guilbert P., Haziza D., Ruiz-Gazen A., Tillé Y. *Méthodes de sondages : cours et cas pratiques. Master, écoles d'ingénieurs*. Paris : Dunod, coll. Sciences Sup, 2008 : p. 254-259.
- [48] Dupont F. Calage et redressement de la non-réponse totale. *Insee Méthodes*, août 1996, n° 56-57-58 : p. 9-42.



L'essentiel

Ce que les Français pensent du cancer

Opinions, risques perçus et causes présumées

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

Invités à citer les trois maladies qu'ils jugent les plus graves, la quasi-totalité des enquêtés mentionnent spontanément le cancer, loin devant le sida (49 %) et les maladies cardiovasculaires (30 %), et ce de manière encore plus massive qu'en 2005. En outre, presque tous les enquêtés (95 %) estiment que personne n'est à l'abri du cancer. Les deux tiers d'entre eux (66 %) jugent également que le cancer n'est pas une maladie comme les autres, cette opinion ayant progressé depuis 2005.

Une maladie souvent perçue comme héréditaire

Une majorité d'enquêtés (52 %), en baisse par rapport à 2005, considère que le cancer est souvent héréditaire. Cette opinion est plus fréquente parmi les plus diplômés, les femmes, et les personnes qui ont eu un proche atteint d'un cancer. Seuls 6 % des personnes interrogées croient à la contagiosité de certains cancers.

Comportements, environnement, psychologie : beaucoup de causes jugées possibles

S'agissant des facteurs pouvant favoriser le cancer, comme en 2005, deux comportements se détachent nettement, le tabagisme et l'exposition au soleil sans protection : respectivement 98 % et 97 % des

enquêtés jugent que ces comportements favorisent certainement ou probablement le cancer, auxquels s'ajoute en 2010 le fait de manger des aliments traités avec des produits chimiques (93 %), lequel apparaissait nettement moins identifié en 2005 (8 points de moins). Viennent ensuite des facteurs environnementaux comme la pollution de l'air (94 %), la proximité d'une centrale nucléaire (79 %), mais aussi des facteurs comportementaux (avoir recours aux cabines UV, boire plus de trois verres d'alcool par jour, fumer du cannabis) et même psychologiques (subir le stress de la vie moderne). On retrouve ensuite des facteurs considérés comme des causes de cancer par environ sept enquêtés sur dix : avoir été fragilisé par des expériences douloureuses ainsi que le manque d'activité physique. Enfin, deux autres facteurs étaient envisagés comme des causes certaines ou probables de cancer : être aigri à cause de déceptions affectives ou professionnelles et ne pas arriver à exprimer ses émotions. Ces deux facteurs sont moins souvent considérés comme cancérigènes que les autres mais sont tout de même perçus comme tels par quatre personnes sur dix. Chacun de ces facteurs apparaît soit stable, soit en hausse par rapport à 2005, signe d'une perception globale accrue des facteurs de risque de cancer.

Quatre grands profils de perception des causes de cancer

S'agissant des opinions relatives aux causes présumées de cancer, quatre profils de réponses se dégagent. Le profil dominant (42 % des enquêtés) est enclin à penser que tous les facteurs proposés, qu'ils soient environnementaux, comportementaux ou psychologiques, sont cancérigènes. Le second profil (30 %) incrimine également les deux premiers types de facteurs, mais ne croit pas à des causes psychologiques. Un troisième profil (24 %) se caractérise par des risques perçus plus faibles et plus incertains. Enfin, le dernier profil ne regroupe que 4 % des enquêtés, moins enclins à juger cancérigènes les facteurs proposés, quels qu'ils soient ; ce dernier profil se caractérise par un niveau d'études inférieur au bac et le fait de pas avoir de proche atteint d'un cancer.

Entre 2005 et 2010, des opinions de plus en plus socialement différenciées

De façon générale, les personnes les moins diplômées, les moins aisées, ainsi que celles qui se trouvent au chômage sont plus enclines à adhérer à des opinions qui dévalorisent les personnes atteintes, et elles perçoivent moins les effets cancérigènes du tabac et de l'exposition non protégée au soleil. Entre 2005 et 2010, la différenciation sociale des opinions relatives au cancer s'est amplifiée.

Ce que les Français pensent du cancer

Opinions, risques perçus et causes présumées

PATRICK PERETTI-WATEL
NORBERT AMSELLEM
FRANÇOIS BECK

INTRODUCTION

DES OPINIONS QUI REPRÉSENTENT UN ENJEU POUR LA PRÉVENTION ET LE DÉPISTAGE...

L'étude des attitudes et des représentations vis-à-vis du cancer a fait l'objet de nombreuses recherches, que ce soit sur la façon dont les malades se représentent leur maladie [1-4] ou, plus rarement, sur la façon dont la population générale se représente le cancer [5]. Ces représentations déterminent en partie l'attitude des patients face aux traitements et aux soignants, et peuvent donc avoir une incidence sur l'évolution de leur état de santé [1], mais elles sont également 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, ou que celui-ci peut être causé par de multiples facteurs de risque présents dans l'environnement,

peut conduire à un certain fatalisme et, par ailleurs, 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 lorsqu'on n'a pas soi-même d'antécédents familiaux?

... MAIS AUSSI POUR LE QUOTIDIEN DES PERSONNES ATTEINTES

Les perceptions du public à l'égard du cancer peuvent aussi avoir des conséquences négatives pour les personnes atteintes. Par exemple, attribuer un cancer à des « faiblesses psychologiques », penser que le cancer est toujours provoqué par de « mauvais » comportements (fumer, boire...), revient à imputer une responsabilité au malade, voire à prononcer une condamnation morale à son égard [6]. Enfin, penser que le cancer est contagieux peut évidem-

ment entraîner des conduites d'évitement et de ségrégation des personnes malades. 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 atteintes et générer une souffrance supplémentaire.

DES OPINIONS PROFANES QUI PEUVENT ÊTRE TRÈS HÉTÉROGÈNES

La perception du risque de cancer pour soi-même dépend bien sûr 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. En outre, pour appréhender le monde qui nous entoure, nous forgeons des « représentations sociales », c'est-à-dire des connaissances socialement élaborées et partagées, qui permettent à chacun de s'orienter et de guider ses actes au sein d'un cadre cohérent [7, 8]. Cette connaissance est aussi ancrée dans l'expérience, en même temps qu'elle lui donne sens. Cet 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.

Les anthropologues ont ainsi montré que nous ne partageons pas tous la même conception de notre corps : certaines personnes 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 [9]. 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, 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 listent ces facteurs.

OPINIONS SUR LE CANCER OU LES CANCERS ?

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 colon 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 [10].

C'est d'ailleurs en partie autour de ces difficultés que s'est articulée la campagne de l'INCa « *'Je suis une personne, pas un cancer'*. *Changeons de regard* » au printemps 2011. Sont également révélateurs la symbolique et les usages métaphoriques du mot cancer. Quelle que soit sa localisation, le cancer est la maladie du désordre interne, il se caractérise par une prolifération de cellules dans l'organisme, prolifération jugée à la fois anarchique, incontrôlée et finalement mortelle [11, 12]. À ce titre, le cancer est la métaphore privilégiée pour décrire des problèmes sociaux : corruption, chômage, racisme, violence, drogue, chacun de ces

sujets 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, notamment la manière dont cette maladie est perçue en termes de gravité, relativement à d'autres pathologies. Ensuite, dans la mesure où la détermination d'une cause est l'un des

éléments constitutifs du sens d'un phénomène [13], nous verrons comment les enquêtés se représentent les divers facteurs susceptibles de favoriser l'apparition d'un cancer, avec un focus sur le radon (la mesure 12.6 du Plan cancer 2009-2013 prévoit en effet de « Mieux informer sur les risques liés au radon »). Il s'agira également de mesurer l'évolution de ces différentes perceptions et opinions entre 2005 et 2010.

RÉSULTATS

LE CANCER : DE LOIN, LA MALADIE CONSIDÉRÉE COMME LA PLUS GRAVE

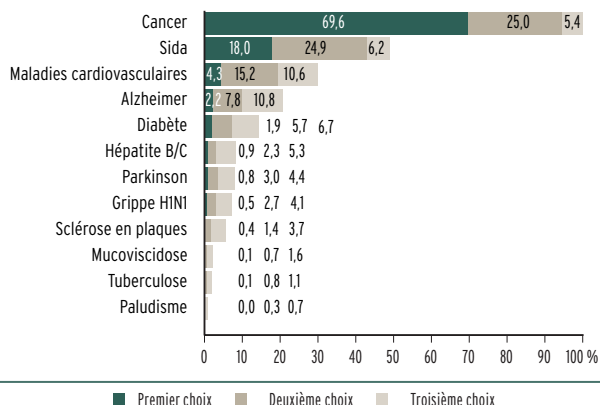
Il était d'abord demandé aux enquêtés âgés de 15 à 75 ans de nommer les trois maladies qu'ils jugeaient les plus graves. Sept personnes sur dix citent le cancer en premier choix, très loin devant le sida (18,0 %) et les maladies cardiaques et cardiovasculaires (4,3 %) [figure 1]. Au total, tous les enquêtés citent le cancer, en premier, second ou troisième choix, et la moitié mentionne le sida, devant les maladies cardiaques

et cardiovasculaires (30,1 %), la maladie d'Alzheimer (20,8 %) et le diabète (14,3 %). Les autres maladies proposées sont jugées parmi les trois plus graves par moins de 10 % des personnes interrogées.

Ces réponses ne varient ni selon le sexe des enquêtés ni selon leur niveau de diplôme. En revanche, la propension à citer le cancer en premier choix augmente avec le niveau de revenus du ménage, et elle se modifie avec l'âge : entre 15 et 19 ans, 49,6 % des enquêtés citent le cancer comme la maladie la plus grave, cette proportion croît ensuite avec l'âge pour culminer à 80,0 %

FIGURE 1

Maladies citées comme faisant partie des trois plus graves (en pourcentage)



pour les 55-64 ans, avant de baisser à 74,1 % pour les 65-75 ans. L'expérience directe ou indirecte de la maladie influence aussi les réponses : le cancer est plus souvent cité en premier par les personnes qui sont, ou ont été, elles-mêmes atteintes d'un cancer (81,3 %), comme par celles qui ont eu un proche atteint (74,2 %).

UNE MALADIE ENCORE TRÈS ASSOCIÉE À LA MORT

Pour mieux explorer les représentations liées au cancer, la question ouverte suivante a été posée à un sous-échantillon (choisi aléatoirement) de 925 personnes : « *Quand je vous dis le mot cancer, quels sont les trois mots qui vous viennent à l'esprit ?* ». Les enquêtés ont globalement bien accepté de donner trois mots, dans la mesure où seuls 89 d'entre eux n'en ont donné qu'un et 125 que deux. L'examen des réponses obtenues met en évidence six champs lexicaux qui regroupent plus de la moitié des réponses données.

Le champ lexical le plus fréquemment cité est celui de la mort (*mortel, décès, cimetière, incurable, etc.*), thème cité par presque une personne sur deux, devant les réponses qui évoquent les traitements et leurs effets (*traitements lourds, chimiothérapie, hospitalisation, rayons, perte de cheveux, perte de poids, vomissements, etc.*), cités par un tiers des enquêtés, puis celles qui relèvent de la maladie (*maladie, tumeur, métastase, etc.*), thème présent dans un quart des réponses. Ensuite, un quart des enquêtés cite spontanément une localisation, le sein et le poumon étant les organes les plus souvent mentionnés. Enfin, une personne sur cinq fait référence à la gravité de la maladie (*très grave, terrible, catastrophe, horreur, malheur, etc.*), tandis qu'une sur cinq également évoque la souffrance des malades (*souffrance, douleur, très pénible, etc.*).

Notons que les femmes et les personnes les plus diplômées emploient plus souvent

le registre thématique de la mort, au contraire des personnes qui sont ou ont déjà été traitées pour un cancer. Les femmes citent aussi plus souvent les traitements et leurs effets, au contraire des personnes qui sont ou ont été soignées pour un cancer. Enfin, les tranches d'âge intermédiaires, et en particulier les enquêtés âgés de 35 à 44 ans, mentionnent plus souvent des mots qui s'inscrivent dans les registres de la mort, de la gravité et de la souffrance.

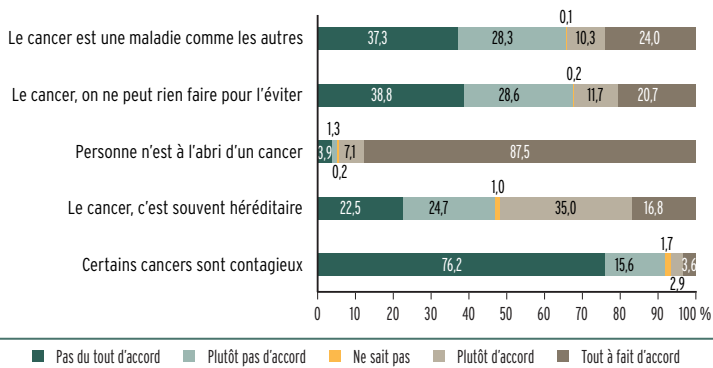
Même s'ils restent très peu nombreux en regard des mots évoquant la mort et la souffrance, certains mots ou expressions évoqués renvoient à une représentation positive de la maladie (tels que *combat, combativité, se battre pour guérir, lutte, recherche, espérance, prévention, rémission, courage...*). On peut par exemple noter que le champ sémantique de la guérison (*guérison, guérissable, espoir, rémission, ça se soigne...*) apparaît une quarantaine de fois, souvent en troisième mot cité.

OPINIONS SUR LE CANCER : UNE MALADIE PAS COMME LES AUTRES, ET QUI N'ÉPARGNE PERSONNE

Les assertions relatives au cancer qui ont été soumises à l'appréciation des enquêtés âgés de 15 à 75 ans ont suscité très peu de non-réponses [figure 2]. Deux de ces assertions ont suscité des réponses presque unanimes : d'une part, 94,6 % des personnes interrogées sont tout à fait ou plutôt d'accord pour dire que « *personne n'est à l'abri du cancer* », et d'autre part 91,8 % rejettent l'idée selon laquelle « *certains cancers sont contagieux* ». Deux autres opinions sont rejetées par environ deux tiers des 15-75 ans : « *le cancer est une maladie comme les autres* » (65,6 % ne sont pas d'accord), « *le cancer, on ne peut rien faire pour l'éviter* » (67,4 % de désaccord). En revanche, l'assertion « *le cancer, c'est souvent*

FIGURE 2

Opinions sur le cancer (en pourcentage)



héréditaire» suscite des avis plus partagés : 51,8 % des enquêtés âgés de 15 à 75 ans se déclarent d'accord, tandis que 47,2 % expriment leur désaccord.

Le **tableau 1** détaille les facteurs socio-démographiques associés aux trois assertions qui suscitent les avis les plus partagés. D'abord, les femmes jugent plus fréquemment que «*le cancer est souvent héréditaire*» (peut-être parce que les mutations génétiques à l'origine de certaines formes de cancer du sein ont été largement médiatisées ces dernières années), de même que les personnes les plus diplômées, ainsi que celles qui ont, ou ont eu, un proche atteint d'un cancer. Ensuite, la banalisation du cancer, c'est-à-dire l'opinion selon laquelle «*le cancer est une maladie comme les autres*», est plus masculine, et surtout elle progresse avec l'âge : parmi les personnes âgées de moins de 35 ans, moins d'une sur quatre partage cette opinion, contre plus de la moitié des 65-75 ans. Enfin, les femmes estiment plus souvent que les hommes qu'on ne peut rien faire pour éviter le cancer, sachant que cette opinion fataliste progresse elle aussi avec l'âge, qu'elle est beaucoup plus fréquente parmi les personnes moins diplômées (41,2 % pour les enquêtés sans

diplôme vs 12,6 % pour les titulaires d'un bac +5 ou plus) comme parmi celles dont le ménage dispose de faibles revenus, et également un peu plus fréquente parmi les enquêtés qui ont (ou ont déjà eu) un proche atteint d'un cancer.

OPINIONS SUR LES PERSONNES ATTEINTES ET SUR LA VIE APRÈS LE CANCER

Concernant les opinions relatives aux personnes atteintes d'un cancer, toujours parmi les enquêtés âgés de 15 à 75 ans, deux assertions recueillent un assentiment quasi unanime : d'une part, neuf enquêtés sur dix se déclarent d'accord avec l'assertion selon laquelle «*quand on a un cancer, mieux vaut en parler le plus possible avec ses proches*» ; d'autre part, huit sur dix estiment que «*quand on a eu un cancer, on peut encore mener une vie normale*» [figure 3]. En revanche, les deux autres assertions soumises aux enquêtés recueillent des réponses plus contrastées : une personne sur deux juge que «*quand on a un cancer, on n'est plus capable de travailler comme avant*», tandis qu'une sur deux également estime que «*quand on a un cancer, on est souvent mis à l'écart*».

TABLEAU I

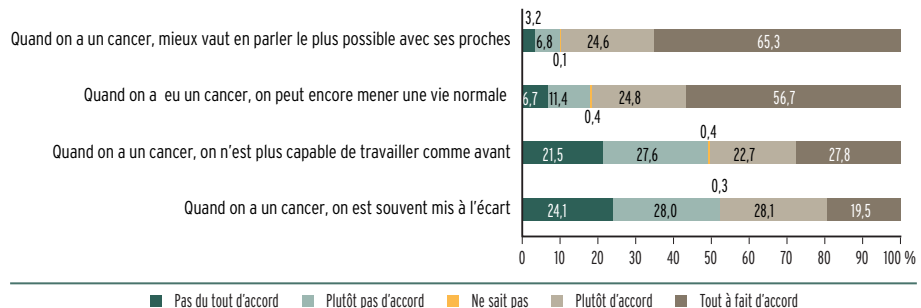
Proportion d'enquêtés se déclarant d'accord avec trois opinions relatives au cancer, selon le profil sociodémographique (en pourcentage)

	Effectifs	C'est souvent héréditaire	C'est une maladie comme les autres	On ne peut rien faire pour l'éviter
Sexe		***	**	**
Hommes	1 472	46,8	36,4	29,9
Femmes	1 887	56,7	32,1	34,8
Âge			***	***
15-19 ans	223	48,6	25,7	25,0
20-25 ans	296	46,9	22,2	25,9
26-34 ans	509	50,9	25,1	28,4
35-44 ans	694	49,1	29,8	31,3
45-54 ans	626	54,9	36,4	33,0
55-64 ans	650	54,3	46,5	35,4
65-75 ans	361	56,7	52,3	46,8
Diplôme				***
Aucun diplôme	292	55,0	35,8	41,2
Diplôme inférieur au baccalauréat	1 262	50,3	35,2	37,8
Baccalauréat ou équivalent	661	48,6	34,5	28,0
Bac + 2	416	53,8	30,0	22,7
Bac + 3, +4	407	51,3	30,4	19,2
Bac + 5 ou plus	310	59,2*	34,5	12,6
Revenus mensuels par UC			*	***
Inférieurs à 1100 euros	1 073	51,0	32,9	37,7
De 1101 à 1786 euros	1 079	52,6	33,3	31,4
Supérieurs à 1786 euros	1 057	52,0	38,1	24,9
A ou a eu un proche atteint d'un cancer		***		**
Oui	2 198	54,6	33,5	33,6
Non	1 161	47,2	35,5	30,4

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

FIGURE 3

Opinions sur les personnes atteintes d'un cancer (en pourcentage)



Le **tableau II** explore les facteurs sociodémographiques associés aux deux opinions qui font le moins consensus. Il apparaît que ces opinions ne varient pas significativement selon l'âge et le sexe des personnes interrogées. En revanche, moins les enquêtés sont diplômés et plus ils sont enclins à penser qu'on ne peut plus travailler comme avant après un cancer, et cette assertion est également plus souvent partagée par les personnes dont le ménage dispose de faibles revenus, comme parmi celles qui n'ont pas (ou n'ont pas eu) de proche atteint d'un cancer. Quant à l'assertion selon laquelle les malades sont souvent mis

à l'écart, elle est plus souvent partagée par les personnes les plus diplômées, comme par celles qui n'ont pas (pas eu) de personne atteinte dans leur entourage.

LES CAUSES POSSIBLES DU CANCER : DES RISQUES PERÇUS GÉNÉRALEMENT TRÈS ÉLEVÉS

Quels sont les facteurs qui peuvent favoriser l'apparition d'un cancer? Le questionnaire de ce baromètre abordait quatorze facteurs potentiels – comportementaux, environnementaux ou psychologiques – soumis aux

TABLEAU II

Proportion d'enquêtés se déclarant d'accord avec deux opinions relatives aux personnes atteintes d'un cancer, selon le profil sociodémographique (en pourcentage)

	Effectifs	Quand on a un cancer, on n'est plus capable de travailler comme avant	Quand on a un cancer, on est souvent mis à l'écart
Sexe			
Hommes	1 472	52,0	49,0
Femmes	1 887	49,1	46,3
Âge			
15-19 ans	223	47,4	50,7
20-25 ans	296	51,3	46,1
26-34 ans	509	46,7	47,4
35-44 ans	694	52,3	48,0
45-54 ans	626	51,1	47,2
55-64 ans	650	51,6	49,0
65-75 ans	361	51,9	45,2
Diplôme			
Aucun diplôme	292	59,2	44,9
Diplôme inférieur au baccalauréat	1 262	49,7	46,3
Baccalauréat ou équivalent	661	48,3	49,6
Bac + 2	416	45,9	47,6
Bac + 3, +4	407	52,2	50,9
Bac + 5 ou plus	310	43,7	54,0
Revenus mensuels par UC			
Inférieurs à 1100 euros	1 073	52,9	47,1
De 1101 à 1786 euros	1 079	49,6	48,8
Supérieurs à 1786 euros	1 057	47,4	47,4
A ou a eu un proche atteint d'un cancer			
Oui	2 198	51,9	44,4
Non	1 161	48,1	53,1

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

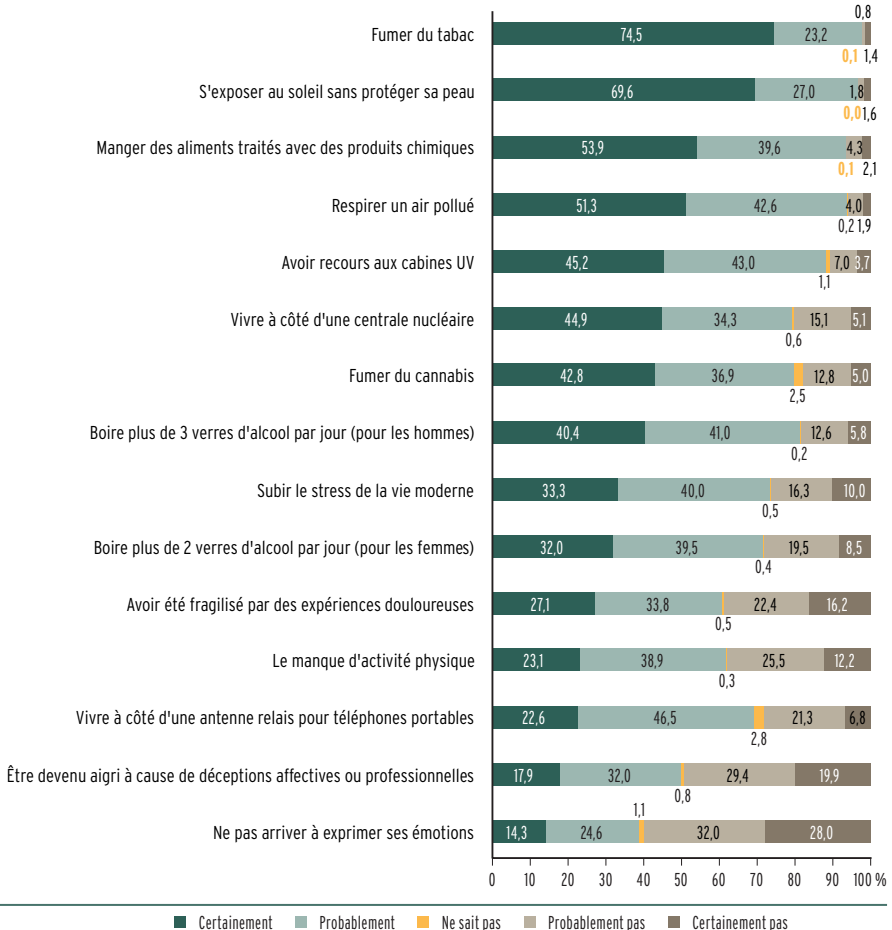
enquêtés âgés de 15 à 75 ans ; il s'agit à la fois des facteurs de risque avérés qui font l'objet de nombreuses campagnes de prévention (comme le tabagisme ou l'exposition non protégée au soleil), des facteurs avérés mais relativement peu médiatisés (comme fumer du cannabis), des facteurs qui ont fait, ou font encore, l'objet de controverses dans les sphères scientifiques et médiatiques (vivre à côté d'une antenne-relais de téléphonie mobile ou à côté d'une centrale nucléaire),

ou d'autres facteurs dont le caractère cancérigène est solidement ancré dans l'opinion publique même s'ils ne sont pas scientifiquement documentés (les causes psychologiques de cancer : difficulté à exprimer ses émotions, déceptions, expériences douloureuses...).

La **figure 4** hiérarchise ces facteurs selon la proportion de personnes qui les jugent « certainement » cancérigènes. Il est notable que, quel que soit le facteur considéré, la

FIGURE 4

Opinions sur les facteurs pouvant favoriser l'apparition d'un cancer (en pourcentage)



proportion d'enquêtés qui le soupçonnent d'être cancérigène est toujours assez élevée : ainsi, le facteur le moins souvent incriminé est le fait de ne pas parvenir à exprimer ses émotions, tout de même considéré comme favorisant « certainement » ou « probablement » l'apparition d'un cancer par près de quatre enquêtés sur dix.

Globalement, les réponses recueillies suggèrent de regrouper les quatorze facteurs envisagés en quatre catégories.

■ D'abord, des facteurs qui font l'unanimité : le tabagisme et l'exposition au soleil sans protection, jugés « certainement » cancérigènes par respectivement 74,5 % et 69,6 % des enquêtés, avec un cumul des réponses « certainement » et « probablement » qui tutoie les 100 %.

■ Ensuite, des facteurs considérés comme « certainement » cancérigènes par plus de 40 % des personnes interrogées, avec un cumul des réponses positives qui dépasse 80 % : manger des aliments traités avec des produits chimiques, respirer un air pollué, avoir recours aux cabines UV, vivre à côté d'une centrale nucléaire, fumer du cannabis, boire plus de trois verres d'alcool par jour (cette dernière question n'étant posée qu'aux hommes, puisque c'est le seuil indiqué par les campagnes de prévention pour la consommation masculine d'alcool).

■ Puis, des facteurs jugés cancérigènes par la majorité des enquêtés, mais avec moins de certitudes, puisque la réponse « certainement » ne recueille pas plus du tiers des suffrages, la réponse « probablement » étant toujours plus nombreuse : subir le stress de la vie moderne, boire plus de deux verres d'alcool par jour (question posée aux femmes seulement, puisque c'est le seuil féminin des campagnes de prévention), avoir été fragilisé par des expériences douloureuses, le manque d'activité physique et la proximité d'une antenne relais de téléphonie mobile.

■ Enfin, deux causes d'ordre psychologique, incriminées par moins de la moitié des

personnes interrogées : être devenu aigri à cause de déceptions affectives ou professionnelles, ne pas arriver à exprimer ses émotions.

QUATRE PROFILS DE PERCEPTIONS DES RISQUES DE CANCER

Le recours à une classification ascendante hiérarchique (CAH) permet de regrouper les enquêtés en quatre grands profils caractérisés par des perceptions très contrastées des causes possibles de cancer. Les deux premiers profils réunissent respectivement 29,7 % et 42,1 % des enquêtés âgés de 15 à 75 ans. Ces enquêtés ont en commun des perceptions particulièrement fortes s'agissant des facteurs environnementaux et comportementaux susceptibles de favoriser l'apparition d'un cancer : plus de 90 % d'entre eux incriminent les aliments traités avec des produits chimiques, la pollution de l'air, de même que le tabac, l'alcool, l'exposition au soleil sans protection et les UV, et ils sont à peine moins nombreux à mettre en cause les centrales nucléaires, les antennes relais et le cannabis.

En revanche, ces deux profils se distinguent du point de vue des facteurs psychologiques. En effet, les enquêtés du second profil sont aussi particulièrement enclins à incriminer les facteurs psychologiques proposés dans le questionnaire, au contraire de ceux réunis dans le premier profil : 98,3 % estiment que le stress de la vie moderne peut favoriser l'apparition d'un cancer (vs 54,2 % dans le premier profil), 94,8 % pensent de même pour le fait d'avoir été fragilisé par des expériences douloureuses (vs 25,3 %), 86,8 % pour le fait d'avoir été aigri par des déceptions (vs 11,2 %), enfin 72,7 % considèrent que ne pas arriver à exprimer ses émotions serait cancérigène (vs 5,5 % dans le premier profil). Le second profil correspond donc à un *cumul des risques*

perçus, tandis que le premier illustre une opposition *environnement et comportements contre psychologie*.

Le troisième profil regroupe 24,1 % des enquêtés. Globalement, ils incriminent moins, ou avec moins de certitudes, l'ensemble des facteurs cancérigènes envisagés dans le questionnaire. Par exemple, ils sont 99,0 % à incriminer le tabagisme (*vs* 97,9 % dans l'ensemble de l'échantillon), mais seuls 55,9 % le font avec certitude (*vs* 74,6 %). De même, 87,9 % pensent que la pollution de l'air est cancérigène (93,9 % pour tout l'échantillon), mais seuls 23,7 % répondent « certainement » (*vs* 51,3 %). Une fois cumulées les réponses « probablement » et « certainement », ce profil met aussi moins souvent en cause l'alcool, le cannabis, les UV, la sédentarité, les centrales nucléaires, les antennes relais ou encore les facteurs psychologiques. Ce profil correspond donc à des *risques perçus plus faibles et plus incertains*.

Enfin, le dernier profil, très minoritaire (il regroupe 4,1 % des 15-75 ans interrogés), se distingue par de *très faibles risques perçus*, quel que soit le facteur considéré : par exemple, parmi ces enquêtés, seul un sur deux juge cancérigènes le tabagisme et la consommation d'aliments traités avec des produits chimiques, tandis que moins de la moitié incrimine l'exposition au soleil sans protection et la pollution de l'air.

Le **tableau III** détaille le profil sociodémographique de ces quatre profils de percep-

tions des causes possibles de cancer. Une fois pris en compte l'ensemble des effets introduits dans l'analyse, ces profils ne sont corrélés ni au sexe des enquêtés, ni au niveau de revenus de leur ménage. En revanche, ils sont corrélés au niveau de diplôme, au fait d'avoir (ou d'avoir eu) un proche atteint d'un cancer, et surtout à l'âge des enquêtés. Le profil *très faibles risques perçus* se distingue ainsi par un moindre niveau de diplôme (seuls 7,6 % ont un diplôme de l'enseignement supérieur), au contraire du profil *cumul des risques perçus* (le plus diplômé, avec 25,8 % de titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur), qui est aussi le plus âgé (46 ans en moyenne). Le profil *environnement et comportement contre psychologie* se caractérise quant à lui par sa jeunesse : 54,2 % des enquêtés réunis dans ce profil ont moins de 35 ans, contre 39,0 %, 27,1 % et 25,2 % respectivement pour les profils *très faibles risques perçus*, *risques perçus plus faibles et plus incertains* et *cumul des risques perçus*. Enfin, ces profils d'opinions sont aussi étroitement corrélés au fait d'avoir, ou d'avoir déjà eu, un proche atteint d'un cancer : parmi les enquêtés caractérisés par un *cumul des risques perçus*, 68,9 % ont, ou ont eu, un proche atteint, contre seulement 41,2 % des personnes du profil *très faibles risques perçus*. Parmi ces derniers, un enquêté sur deux déclare pour son foyer un niveau de revenus qui se situe dans le premier tercile de la distribution globale.

ÉVOLUTIONS 2005-2010

LA MALADIE ET LES PERSONNES ATTEINTES : DES OPINIONS QUI ÉVOLUENT

Parmi les personnes âgées de 16 à 75 ans, la proportion citant le cancer comme la maladie la plus grave a significativement augmenté

de 2005 à 2010, passant de 64,5 % à 71,0 %. S'agissant des opinions relatives au cancer et aux personnes atteintes, hormis les deux plus consensuelles (« *quand on a un cancer, mieux vaut en parler le plus possible avec ses proches* », « *personne n'est à l'abri d'un cancer* ») qui s'avèrent stables, les évolu-

TABLEAU III

Profils de perceptions des causes possibles de cancer, selon le profil sociodémographique (en pourcentage)

	Effectifs	Environnement et comportement contre psychologie (29,7 %)	Cumul des risques perçus (42,1 %)	Risques perçus plus faibles et plus incertains (24,1 %)	Très faibles risques perçus (4,1 %)
Sexe					
Hommes	1 472	51,7	48,5	47,0	47,1
Femmes	1 887	48,3	51,5	53,0	52,9
Âge					
15-19 ans	223	16,7	4,0	5,9	12,5
20-25 ans	296	18,2	6,3	7,0	14,7
26-34 ans	509	19,3	14,9	14,2	11,8
35-44 ans	694	19,0	20,2	20,5	11,0
45-54 ans	626	12,2	23,0	20,0	14,7
55-64 ans	650	8,8	19,3	18,1	18,4
65-75 ans	361	5,7***	12,2***	14,2***	16,9*
Diplôme					
Aucun diplôme	292	16,4	15,0	18,8	38,6
Diplôme inférieur au baccalauréat	1 262	43,9	41,8	40,7	37,1
Baccalauréat ou équivalent	661	18,1	17,3	18,8	16,7
Bac + 2	416	10,3	12,1	10,3	3,0
Bac + 3, +4	407	6,5	8,2	5,5	2,3
Bac + 5 ou plus	310	4,8*	5,5*	6,0*	2,3*
Revenus mensuels par UC					
Moins de 1100 euros	1 073	44,6	38,3	40,9	52,3
De 1101 à 1786 euros	1 079	33,1	31,1	31,1	28,4
1786 euros et plus	1 057	22,2	30,6	28,0	19,3
A ou a eu un proche atteint d'un cancer					
Oui	2 198	57,3	68,9	61,7	41,2
Non	1 161	42,7*	31,1***	38,3	58,8***

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001 (après modélisation pour contrôler les effets de structure, chaque profil étant comparé à l'ensemble des trois autres).

Exemple de lecture : parmi le premier profil d'opinions, qui regroupe 29,7 % des enquêtés, on compte 51,7 % d'hommes et 48,3 % de femmes.

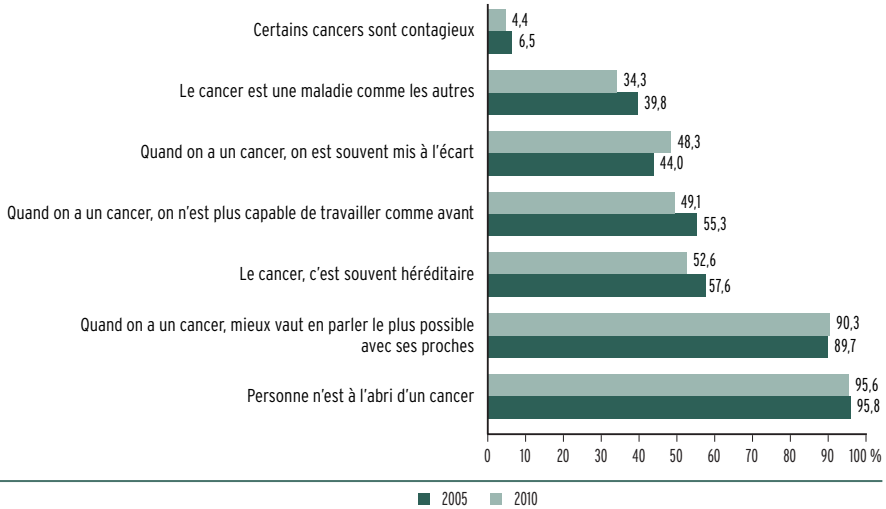
tions observées sont statistiquement significatives [figure 5]. En particulier, les Français sont moins enclins qu'il y a cinq ans à penser que le cancer est une maladie comme les autres, qu'avec un cancer on ne peut plus travailler comme avant, et que le cancer est souvent héréditaire. Inversement, en 2010 les Français jugent plus fréquemment que les personnes atteintes sont souvent mises à l'écart.

DES PERCEPTIONS PLUS AIGUËS DES RISQUES DE CANCER

S'agissant des causes possibles de cancer, la majeure partie des items proposés en 2010 étaient déjà présents dans le questionnaire du Baromètre cancer 2005. En regroupant les modalités « certainement » et « probablement », il apparaît que, de façon générale, ces causes possibles sont plus souvent incriminées.

FIGURE 5

Opinions sur le cancer et les personnes atteintes, évolutions 2005-2010 (pourcentage se déclarant d'accord)



minées en 2010 qu'en 2005 [figure 6]. Pour certains items, la hausse n'est pas significative : c'est le cas de facteurs quasi unanimement mis en cause (tabagisme, exposition au soleil sans protection), comme de certains facteurs psychologiques (ne pas parvenir à exprimer ses émotions, être devenu aigri, avoir été fragilisé par des expériences douloureuses).

Pour d'autres, l'augmentation est très significative, sachant que les plus fortes hausses concernent des facteurs environnementaux. Ainsi, en 2005, 48,6 % des 16-75 ans jugeaient que vivre à côté d'une antenne relais pouvait favoriser l'apparition d'un cancer, contre 68,7 % en 2010, soit 20 points de plus ; avec également + 8,1 points en 2010 pour les aliments traités avec des produits chimiques, + 7,5 points pour le stress de la vie moderne, + 4,8 pour la proximité avec une centrale nucléaire.

LA DIFFÉRENCIATION SOCIALE DES OPINIONS RELATIVES AU CANCER S'EST ACCRUE

S'agissant des opinions relatives au cancer, les différences observables selon la situation sociale des enquêtés ont-elles évolué entre 2005 et 2010 ? Le **tableau IV** apporte des éléments de réponse pour les trois opinions suivantes : juger que lorsqu'on a un cancer on n'est plus capable de travailler comme avant, que fumer favorise certainement l'apparition d'un cancer ou s'exposer au soleil sans se protéger favorise certainement l'apparition d'un cancer. Pour ces trois opinions, des odds ratios mesurent l'effet, en 2005 et en 2010, de trois indicateurs qui repèrent une situation sociale défavorable, tout en contrôlant systématiquement les effets du sexe et de l'âge : appartenir à un ménage qui se situe dans le premier tercile

FIGURE 6

Opinions sur les facteurs pouvant favoriser l'apparition d'un cancer, évolutions 2005-2010 (pourcentage répondant «probablement» ou «certainement»)

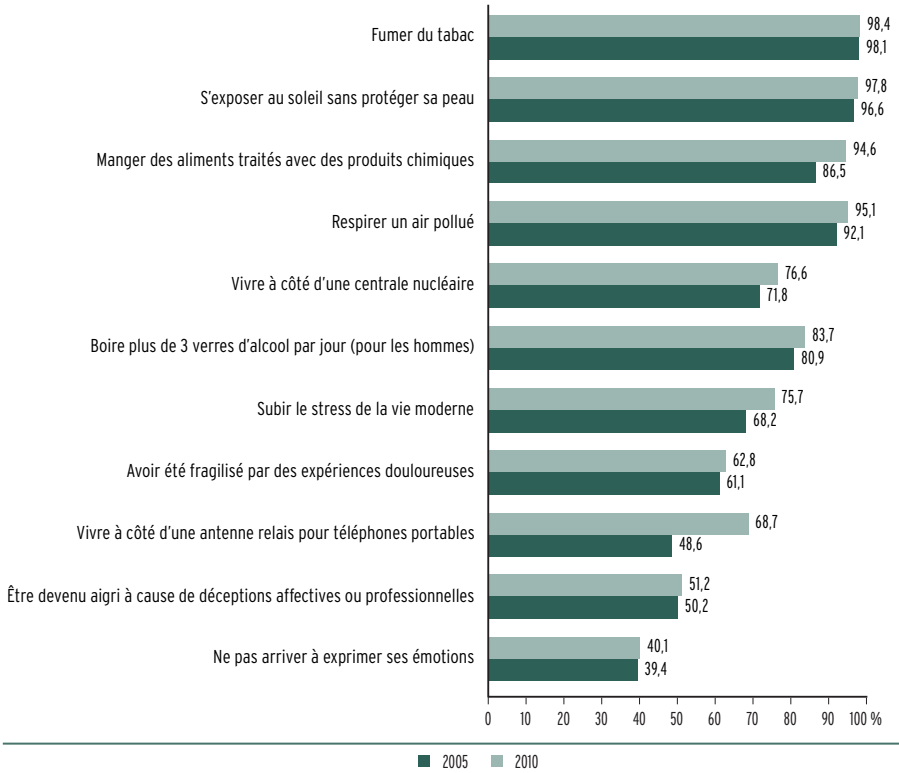


TABLEAU IV

Position sociale et opinions relatives au cancer, évolution 2005-2010 (odds ratios)

	2005			2010		
	1 ^{er} tercile des revenus	Au chômage	Diplôme < bac	1 ^{er} tercile des revenus	Au chômage	Diplôme < bac
Plutôt, tout à fait d'accord	*					
Quand on a un cancer, on n'est plus capable de travailler comme avant	1,06	1,14	1,14	1,20	1,60	1,18
Favorise certainement l'apparition d'un cancer	*			*	***	
Fumer du tabac	0,89	0,64	0,96	1,01	0,49	0,74**
S'exposer au soleil sans protéger sa peau	0,92	0,81	1,04	0,81	0,72	0,83*

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001. Les odds ratios ont ici été estimés à partir des données harmonisées (tranche d'âge 16-75 ans, pondération permettant la comparaison des deux enquêtes), en contrôlant systématiquement les effets de l'âge et du sexe.

LE RISQUE RADON

Le radon est un gaz radioactif d'origine naturelle, issu de la désintégration de l'uranium présent dans le sol. Ce gaz, inodore, incolore et sans saveur, peut s'infiltrer et s'accumuler dans les pièces les plus basses et les moins ventilées des habitations. Son inhalation est cancérigène : l'exposition au radon est en effet la seconde cause de cancer du poumon après le tabagisme. En France, les départements suivants sont concernés par le risque radon en raison de leurs spécificités géologiques : Allier, Ardèche, Ariège, Aveyron, Calvados, Cantal, Corrèze, Corse du Sud, Côtes d'Armor, Creuse, Deux-Sèvres, Doubs, Finistère, Haute-Corse, Haute-Loire, Haute-Marne, Haute-Saône, Haute-Vienne,

Hautes-Alpes, Hautes-Pyrénées, Indre, Loire, Lozère, Morbihan, Nièvre, Puy-de-Dôme, Rhône, Saône et Loire, Savoie, Territoire de Belfort, Vosges.

Parmi les personnes âgées de 15 à 75 ans, seule une sur quatre (25,3 % exactement) déclare avoir déjà entendu parler du radon. Parmi ces dernières, 78,9 % savent que le radon est un gaz naturel provenant du sol, 7,9 % pensent que c'est une substance chimique utilisée dans les peintures, 4,1 % croient qu'il s'agit d'une bactérie présente dans les canalisations. Globalement, ce sont donc 19,9 % des enquêtés qui identifient correctement le radon.

Le **tableau V** montre que la connaissance du radon est étroitement liée au profil sociodémographique des

TABLEAU V

Proportion d'enquêtés ayant déjà entendu parler du radon et sachant que c'est un gaz naturel provenant du sol, selon le profil sociodémographique (en pourcentage)

	Effectifs	%
Sexe		***
Hommes	1 528	24,4
Femmes	1 982	15,5
Âge		***
15-19 ans	223	4,2
20-25 ans	298	4,9
26-34 ans	511	12,2
35-44 ans	708	23,4
45-54 ans	649	24,6
55-64 ans	713	27,3
65-75 ans	408	29,0
Diplôme		***
Aucun diplôme	310	9,6
Diplôme inférieur au baccalauréat	1 325	15,4
Baccalauréat ou équivalent	693	24,3
Bac + 2	425	28,1
Bac + 3, +4	422	32,6
Bac + 5 ou plus	323	43,0
Revenus mensuels par UC		***
Moins de 1100 euros	1 073	11,4
De 1101 à 1786 euros	1 079	21,4
1786 euros et plus	1 057	32,5
Habite dans un département concerné par le risque radon		***
Oui	695	29,3
Non	2 815	17,7

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

enquêtés. En effet, elle est plus fréquente parmi les hommes (24,4 % identifient correctement le radon, contre seulement 15,5 % des femmes), elle progresse avec l'âge (de 4,2 % chez les plus jeunes à 29,0 % parmi les plus âgés), avec le niveau de revenus, et plus encore avec le niveau de diplôme : parmi les enquêtés sans diplôme, 9,6 % ont entendu parler du radon et savent que c'est un gaz naturel issu du sol, contre 24,3 % parmi les personnes de niveau bac et 43,0 % parmi les bac +5. Enfin, cette connaissance est aussi plus fréquente parmi les personnes qui résident dans un département concerné par le risque radon.

Parmi les 212 personnes qui déclarent avoir déjà entendu parler du radon, et qui résident dans l'un des

départements concernés par ce risque, un peu plus du quart estime que le radon présente un risque élevé dans le département (27,8 % exactement), tandis que 60,7 % jugent que le radon peut favoriser les cancers du poumon [figures 7 et 8]. Enfin, seules 15,4 % d'entre elles se sentent personnellement concernées par un risque de radon dans leur habitation.

En outre, les non-réponses sont particulièrement fréquentes pour ces deux questions de perception du risque : dans les départements concernés, parmi les personnes qui ont entendu parler du risque radon, 23,1 % ne se prononcent pas sur le risque qu'il pourrait représenter, et 17,4 % restent indécises concernant le lien entre exposition au radon et cancer du poumon.

FIGURE 7

Perception du risque radon dans les départements concernés (en pourcentage)

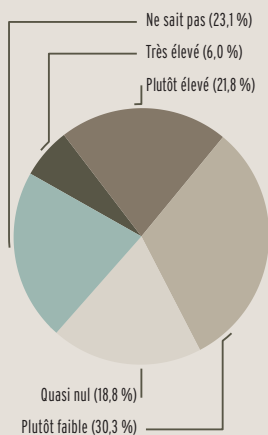
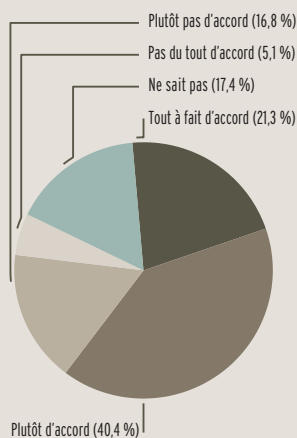


FIGURE 8

Le radon peut favoriser les cancers du poumon (en pourcentage)



de la distribution des revenus, ne pas avoir le baccalauréat, se trouver au chômage au moment de l'enquête.

En 2010, les chômeurs sont significativement plus enclins à juger que le cancer ne permet plus de travailler comme avant, ce qui n'était pas le cas en 2005. En 2010, les chômeurs jugent aussi moins souvent que

le tabac favorise certainement le cancer, la relation mesurée étant plus forte qu'en 2005 (avec un odds ratio plus éloigné de 1 et plus significatif : 0,49*** contre 0,64*), sachant qu'en 2010 c'est aussi le cas des personnes qui n'ont pas le baccalauréat. Enfin, en 2010, de bas revenus et un faible niveau de diplôme sont significativement

corrélés à une moindre propension à reconnaître l'effet cancérigène d'une exposition non protégée au soleil, ce qui n'était pas le cas en 2005. Globalement, ces analyses suggèrent donc qu'entre 2005 et 2010 la différenciation sociale des opinions

relatives au cancer s'est accrue, les personnes les moins favorisées étant plus enclines à nourrir des opinions qui dévalorisent les personnes atteintes, et moins enclines à incriminer deux des principaux facteurs de risque comportementaux.

DISCUSSION

LE CANCER, MALADIE GRAVE PAR EXCELLENCE

Le cancer est, encore plus souvent qu'en 2005, perçu comme la maladie grave par excellence. Pour la plupart des enquêtés, c'est aussi une maladie qui n'épargne personne. D'autres enquêtes ont montré que le public craint le cancer, qu'il y associe spontanément la mort, ou encore que cette maladie est perçue comme très douloureuse et de plus en plus fréquente [14-16]. L'association sémantique entre cancer et maladie grave et mortelle apparaît très clairement, tant dans les réponses spontanées aux questions ouvertes que lorsqu'il s'agit de hiérarchiser par rapport aux autres maladies.

Cette représentation du cancer n'est pas nouvelle. Déjà, au XVII^e siècle, le cancer était considéré comme un « mal hors du commun par les douleurs qu'il occasionne, une issue presque toujours fatale », 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 » [17], mais la pathologie restait relativement absente des traités médicaux. L'attention portée aux cancers s'est faite plus nette à partir de la fin du XIX^e siècle, avec des représentations toujours très dramatiques : « cancer, ce mal redoutable dont le nom seul inspire la terreur » pour Jules Rengade en 1881 [18]. Ces dernières années, le mot cancer a été régulièrement utilisé en politique ou dans le débat public pour qualifier les pires maux de notre société [19].

On notera cependant que le fait d'avoir eu un cancer n'interdit pas, aux yeux de la plupart des personnes interrogées, de mener encore une vie normale. La réinsertion sociale après la maladie est peut-être en train de devenir une perspective plus facilement envisageable. Le sentiment d'une incapacité à travailler « *comme avant* », par exemple, apparaît en régression par rapport à 2005, même s'il est encore éprouvé par une personne sur deux, notamment à mesure que baissent les niveaux d'éducation et de revenu [20].

Pourtant, en dépit de ces indices de normalisation sociale du cancer, persiste, voire s'accroît par rapport à 2005, même si elle reste encore minoritaire, la perception d'une stigmatisation, voire d'une relégation sociale des malades actuels (« *Quand on a un cancer, on est souvent mis à l'écart* ») [20]. Ces éléments pointent les efforts qui restent à faire pour améliorer l'image sociale de la maladie et les conditions de vie des malades atteints de cancer.

HÉRÉDITÉ ET CONTAGION, ENTRE LOGIQUE SAVANTE ET LOGIQUE SOCIALE

Une majorité de personnes pense que le cancer est souvent héréditaire, et une petite minorité 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 XVIII^e siècle [17], est peut-être nourrie involontairement par les usages métaphoriques de la notion d'épidémie, lorsqu'on parle parfois de « l'épidémie de cancer » 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 [9]. Il faut toutefois souligner que cette perception erronée apparaît en baisse par rapport à 2005.

Ajoutons que ceux qui pensent que certains cancers sont contagieux jugent aussi plus souvent 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 ceux qui ont été convaincus par des arguments savants, mais aussi des personnes pour lesquelles l'hérédité, comme 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 avait un proche atteint d'un cancer, lui demande de faire un examen, en lui expliquant qu'il s'agit d'un cancer héréditaire.

LES CAUSES DE CANCER : DES PERCEPTIONS DE PLUS EN PLUS AIGÜES

Quel que soit le facteur susceptible de favoriser l'apparition d'un cancer proposé aux enquêtés, aussi improbable puisse-t-il paraître, au moins quatre personnes sur dix estiment qu'il est « certainement » ou « probablement » cancérigène. Comme en 2005, le public semble avoir le sentiment de vivre dans des conditions potentiellement cancérigènes, que ce soit par les substances (produits chimiques, particules en suspension dans l'air...), les installations technologiques (centrales nucléaires, antennes...) ou les comportements quotidiens (fumer, boire, ne pas manger assez de fruits et légumes...), mais aussi par la santé psychologique au sens large (stress, émotions...).

L'attention portée à ces facteurs reflète en partie l'impact des campagnes de prévention : ainsi, les nombreuses actions de prévention ciblant le tabagisme depuis des années, ainsi que celles, plus récentes, 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. Le risque associé à l'alcool apparaît en retrait par rapport à ces deux premiers facteurs, même s'il reste perçu par une majorité d'enquêtés.

Bien sûr, les campagnes de prévention ne sont pas les seules sources d'information qui participent à l'augmentation des facteurs perçus comme cancérigènes ; les médias mettent également en lumière de nouveaux facteurs susceptibles de favoriser

l'apparition d'un cancer, comme le risque de tumeurs cérébrales lié à la proximité d'antennes relais pour téléphones mobiles par exemple, installations pour lesquelles la perception du risque apparaît nettement plus aiguë en 2010 qu'en 2005. Sur un autre registre, le développement de l'accès à l'alimentation issue de l'agriculture biologique a probablement favorisé l'idée que les aliments traités avec des produits chimiques

pouvaient entraîner l'apparition d'un cancer, opinion qui apparaît plus répandue qu'en 2005. Enfin, l'idée selon laquelle le cancer pourrait avoir des causes psychologiques est très ancienne, elle se nourrit de métaphores (la tristesse, le remord, le stress 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 [17].

CONCLUSION : PRENDRE EN COMPTE LES REPRÉSENTATIONS PROFANES DANS LES ACTIONS DE PRÉVENTION

Face à l'ampleur épidémiologique de la mortalité par cancers au niveau mondial, dont il a été estimé qu'un sur deux pourrait être évité par des mesures de prévention primaire [21], les efforts en la matière méritent plus que jamais d'être soutenus. Nos résultats confirment la persistance de représentations péjoratives liées au mot cancer, ainsi que la croyance en de multiples – voire de 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 sanitaire majeur [22].

Du point de vue préventif, la question est de savoir dans quelle mesure certaines opinions peuvent favoriser ou freiner 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. Toutefois, 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, les résultats de ce baromètre suggèrent aussi 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 parmi les 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. Ces résultats confirment l'intérêt d'une approche préventive qui appréhende la santé dans sa globalité et qui ait conscience des interactions qui existent entre les différentes thématiques.

À l'avenir, les efforts préventifs pourraient cibler certaines de ces opinions et de ces perceptions, ou au moins prendre en compte le fait que l'information préventive peut parfois avoir à ce niveau des effets inattendus, voire indésirables (par exemple, il est possible que la prévention nourrisse une augmentation des facteurs perçus comme cancérigènes, laquelle incite en retour à relativiser certains risques spéci-

fiques). Toutefois, il ne s'agit pas seulement de « faire avec » ces représentations, en les faisant émerger, ni de « faire contre elles », en les réfutant ou en les contournant, mais bien plus de prendre appui sur elles, et d'« interférer » avec elles afin de les faire évoluer. Adopter un tel postulat procure un cadre pédagogique aux acteurs de prévention, qui se mettent en posture d'être plus

attentifs aux opinions et représentations des personnes auxquelles s'adressent les interventions préventives.

Comprendre ces opinions pour parvenir à les infléchir est d'autant plus nécessaire que celles-ci sont socialement différenciées, au détriment des moins aisés et des moins éduqués, et que cette différenciation s'est amplifiée entre 2005 et 2010.


Relecteurs

Anne Ramon (INCa)
Isabelle Tordjiman (INCa)

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 01/09/2011.

- [1] Weiman J., Peitrie 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, vol. 11, n° 3 : 431-45.
- [2] Burns N. Measuring cancer attitudes. In : M. Frank-Stromborg. *Instruments for Clinical Nursing Research*. San Francisco : Jones and Bartlett, 1992 : p. 297-310.
- [3] Lebovits A. H., Croen L. G., Goetzel, R. Z. Attitudes towards cancer : development of the cancer attitudes questionnaire. *Cancer*, 1984, vol. 54, n° 6 : p. 1124 - 1129.
- [4] Marie D., Dany L., Cannone P., Dudoit E., Duffaud F. Représentations sociales du cancer et de la chimiothérapie : enjeux pour la définition de la situation thérapeutique. *Bulletin du Cancer*, 2010, vol. 97, n° 5 : p. 577-87.
- [5] Miller M., Kearney N., Smith K. Measurement of cancer attitudes : a review. *European Journal of Oncology Nursing*, 2000, vol. 4, n° 4 : p. 233-245.
- [6] Chapple A., Ziebland S., McPherson A. Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer : qualitative study. *British Medical Journal*, 2004, vol. 328, n° 754 : p. 1470.
- [7] Jodelet D. Représentations sociales : un domaine en expansion. In : Jodelet D. dir. *Les représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France, 1989 : p. 31-60.
- [8] Abric, J.-C. L'étude expérimentale des représentations sociales. In : Jodelet D. dir. *Les représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France, 1989 : p. 189-203.
- [9] Douglas M. *Risk and Blam : Essays in cultural theory*. London : Routledge, 1992 : 336 p.
- [10] Bataille F. *Un cancer et la vie : les malades face à la maladie*. Paris : Balland, coll. Voix et regards, 2003 : 256 p.
- [11] Pinell P. *Naissance d'un fléau : histoire de la lutte contre le cancer en France, 1890-1940*. Paris : Métailié, 1992 : 365 p.
- [12] Sontag S. *La maladie comme métaphore : le Sida et ses métaphores*. Paris : Christian Bourgois, coll. Choix-essais, 1993 : 235 p.
- [13] Hewstone M. Représentations sociales et causalité. In : Jodelet D. dir. *Les représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France, 1989 : p. 252-74.
- [14] Herzlich C., Moscovici S., préf. *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*. Paris : Mouton et Cie, 1969 : 211 p.
- [15] Di Mola G., Crisci M.T. Attitudes towards death and dying in a representative sample of the Italian population. *Palliative Medicine*, 2001, vol. 15, n° 5 : p. 372-378.
- [16] Pollak M., Dab W., Moatti J.P. Systèmes de réaction au sida et action préventive. *Sciences sociales et santé*, 1989, vol. 7, n° 1 : p. 111-140.
En ligne : http://www.persee.fr/articleAsPDF/sosan_0294-0337_1989_num_7_1_1121/article_sosan_0294-0337_1989_num_7_1_1121.pdf
- [17] Le Brun J. Cancer serpit. Recherches sur la représentation du cancer dans les biographies spirituelles féminines du XVII^e siècle. *Sciences Sociales et Santé*, 1984, vol. 2, n° 2 : p. 9-31.
En ligne : http://www.persee.fr/articleAsPDF/sosan_0294-0337_1984_num_2_2_965/article_sosan_0294-0337_1984_num_2_2_965.pdf
- [18] Vigarello G. Cancer : des formulations anciennes à celles d'aujourd'hui. *Contact santé*, 2009, 228 : p. 48-49.
En ligne : <http://www.elsevrevue.fr/wordpress/wp-content/uploads/2010/12/matieresintegralescancerformulationsanciennes.pdf>
- [19] Olin N., Plasait B. *Rapport n° 321 de la commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites* (Tome I). Paris : Sénat, 2003 : 506 p.
En ligne : <http://www.senat.fr/rap/r02-321-1/r02-321-1l.pdf>

- [20]** Le Coroller-Soriano AG., coord., Malavolti L., Mermilliod C. *La vie deux ans après un diagnostic de cancer*. Paris : La Documentation française, coll. Etudes et statistiques, 2008 : 408 p.
- [21]** Stein CJ., Colditz GA. Modifiable risk factors for cancer. *British Journal of Cancer*, 2004, vol. 90, n° 2 : p. 299-303.
- [22]** Remontet L., Buemi A., Velten M., Jouglu E., Estève J. *Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000*. Saint-Maurice : Institut de Veille Sanitaire, 2003 : 217 p.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2003/rapport_cancer_2003/
- 



L'essentiel

Représentations des soins et information sur le cancer

Une population bien informée

La population interrogée dans cette enquête se dit globalement bien informée sur le cancer et sur la majorité des facteurs de risque de cancer proposés à son attention – cinq sur huit précisément : tabac, alcool, exposition solaire, inactivité physique, alimentation – tandis que l'information semble manifestement insuffisante sur les risques liés aux cabines UV et, surtout, aux pesticides et aux ondes électromagnétiques (wifi, téléphone mobile). Par rapport à 2005, le niveau d'information de la population a sensiblement progressé sur les risques liés aux consommations d'alcool et de tabac et à l'exposition solaire et est resté stable sur le cancer en général et sur les risques pour la santé liés à l'alimentation.

Les chômeurs et les catégories sociales défavorisées eu égard au niveau de revenus, d'éducation ou/et à la profession et à la catégorie socioprofessionnelle (PCS) se disent moins bien informés sur les risques liés au tabac, à l'alcool, à l'exposition solaire, à l'inactivité physique et sur le cancer en général.

La télévision, première source d'information sur le cancer

Pour la majorité des personnes interrogées, la principale source d'information sur le cancer est la télévision (57 %), avant l'entourage (31 %). Les magazines de santé, internet, les journaux ainsi que les profession-

nels de santé sont pour chacun d'eux cités par un peu plus d'une personne sur cinq. La radio n'est citée comme source d'information privilégiée sur le cancer que par une personne sur huit (13 %). Les sites d'information consultés par les internautes sont le plus souvent ceux de services publics et l'information sur le cancer obtenue par internet apparaît crédible à 85 % des utilisateurs.

Trois personnes sur cinq déclarent que l'information dont elles disposent sur les différents risques évoqués les a amenés à modifier leur comportement. Interrogées sur ce qu'elles feraient en premier lieu dans l'hypothèse d'un signe physique évoquant la possible survenue d'un cancer, deux tiers des enquêtés en parleraient d'abord à un médecin (le plus souvent un généraliste), 17 % en parleraient d'abord à un proche, 9 % attendraient d'abord pour voir si le symptôme disparaît de lui-même et 8 % rechercheraient d'abord de l'information par eux-mêmes.

Guérison possible et amélioration de la prise en charge

Pour la plupart des personnes interrogées, la guérison est aujourd'hui une issue possible grâce aux traitements du cancer.

La perception globale d'inégalités socio-économiques dans la prise en charge des cancers concerne une personne sur deux, comme en 2005. Pour les personnes en contact avec

le cancer (elles-mêmes soignées ou ayant un proche soigné pour un cancer), l'amélioration de la prise en charge de la douleur liée au cancer en général est très sensible et cette perception progresse encore par rapport à 2005. En revanche, comme en 2005, trois personnes sur cinq parmi les malades et les proches perçoivent encore une prise en compte insuffisante du malade dans sa globalité, en tant que personne, de la part des médecins.

Pour autant, la satisfaction des malades à l'égard de la qualité de leur propre prise en charge médicale est quasi unanime et stable par rapport à 2005. Quoiqu'à un moindre degré, les proches de malades sont eux aussi très majoritairement satisfaits de cette qualité et leur appréciation est même légèrement en progrès par rapport à 2005. Il est à noter que si 5 % des personnes interrogées sont ou ont été soignées pour un cancer, plus de trois sur cinq déclarent avoir eu au moins un proche soigné pour un cancer.

Plus de trois personnes sur cinq parmi les proches et les malades perçoivent l'information délivrée par les médecins sur la maladie comme partielle, proportion en augmentation par rapport à 2005. Mais une large majorité de malades (les trois quarts) estiment suffisante l'information qu'ils ont reçue des équipes médicales sur la maladie au moment du diagnostic.

Représentations des soins et information sur le cancer

NORBERT AMSELLEM
ARNAUD GAUTIER
CHRISTOPHE LÉON

INTRODUCTION

L'information perçue par la population sur les risques pour sa santé et, en particulier, sur les facteurs de risque de cancer liés aux modes de vie, est un ressort essentiel – même s'il n'est pas le seul – des comportements de santé et, par suite, des actions de prévention primaire destinées à réduire les risques de survenue de la maladie en incitant à adopter des comportements favorables à la santé. Une mesure du niveau d'information de la population sur ces risques est donc nécessaire pour mieux cibler les thèmes des campagnes d'information, de sensibilisation et de prévention sanitaires. Cependant, l'adoption de comportements favorisant la santé n'est pas seulement fonction de l'information obtenue par les sujets ou, plus largement, de variables cognitives, mais dépend aussi de représentations sociales, de croyances et d'attitudes à l'égard de la maladie, examinées par le chapitre précédent, et à l'égard des soins médicaux, objet du présent chapitre.

La première partie du chapitre prend une

mesure du niveau et des sources d'information de la population sur le cancer et ses principaux facteurs de risque liés aux habitudes de vie, puis examine quelques exemples de comportements liés à cette information. Les représentations sociales générales des soins ainsi que l'expérience personnelle, directe et/ou indirecte, de la prise en charge médicale du cancer sont abordées dans la deuxième partie. Les principales composantes étudiées portent sur la perception de la qualité de la prise en charge thérapeutique, de l'équité d'accès au système de soins, de l'information médicale sur la maladie et des relations avec les équipes soignantes. Après avoir pointé les principales évolutions entre les données du Baromètre cancer 2005 et celles du Baromètre cancer 2010, la dernière partie met en perspective et discute l'ensemble de ces résultats, à partir des connaissances actuellement disponibles ainsi que des orientations et des dispositifs de la politique publique de lutte contre le cancer.

RÉSULTATS

INFORMATION SUR LE CANCER ET COMPORTEMENTS LIÉS

Niveau d'information sur les risques pour la santé

Interrogés sur leur niveau d'information à propos de différents risques pour la santé, la majorité des Français âgés de 15 à 85 ans se déclarent globalement bien informés (pour cinq risques sur huit) [figure 1].

C'est particulièrement le cas en ce qui concerne les effets du tabac ou de l'alcool sur la santé, sur lesquels neuf personnes sur dix déclarent être « très bien » ou « plutôt bien » informées (respectivement 91,7 % et 89,0 %). De même, les risques liés à l'exposition au soleil ainsi que les effets de l'inactivité physique sont bien connus par respectivement 81,9 % et 77,3 % de la

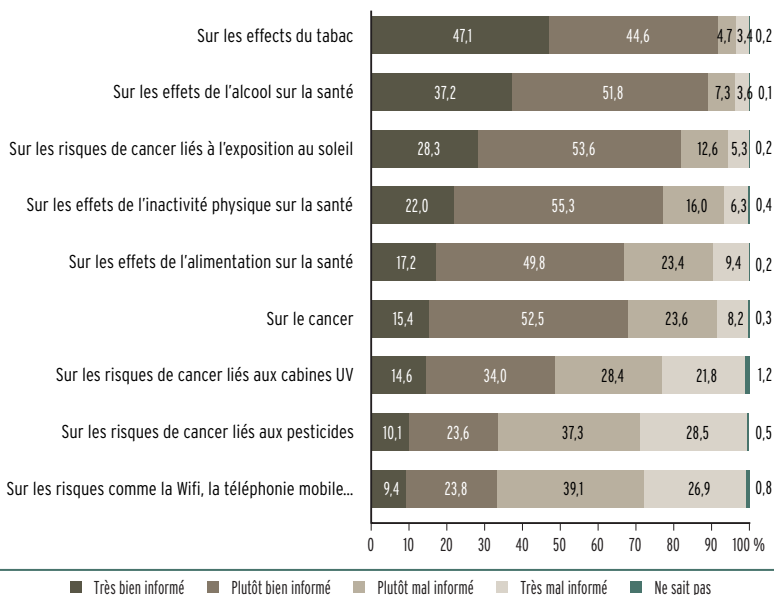
population interrogée. En outre, deux tiers des personnes considèrent être bien informées sur les effets de l'alimentation, soit autant que sur le cancer, thème pour lequel 15,4 % déclarent être « très bien » informées et 52,5 % « plutôt bien » informées.

En revanche, trois facteurs de risque pour la santé sont l'objet d'un niveau d'information perçue plutôt faible. Cela concerne les risques liés aux cabines UV (50,2 % des Français s'estiment « plutôt mal » ou « très mal » informés), mais plus encore concernant les risques de cancers liés aux pesticides (65,8 % se disent « mal informés ») ou les risques liés aux ondes électromagnétiques (wifi, téléphonie mobile et antennes relais) : 66,0 % se disent « mal informés ».

Le niveau d'information perçue sur les facteurs de risques de cancer varie selon

FIGURE 1

Niveau d'information perçue sur différents thèmes de santé (en pourcentage)



plusieurs caractéristiques socio-démographiques et de santé, chacune considérée indépendamment des autres, comme le montre la régression logistique effectuée [tableau I].

■ Ainsi, s'estimer bien informé sur les effets du *tabac* et sur ceux de l'*alcool* sur la santé est significativement associé au fait d'être âgé de 15 à 25 ans et de vivre dans un foyer aux revenus mensuels supérieurs à 1 800 euros par unité de consommation. Le niveau d'information sur les risques de l'*alcool* ne paraît pas lié à la consommation d'*alcool*, comme le niveau d'information sur les risques du *tabac* ne paraît pas différent selon le statut tabagique.

■ Se déclarer bien informé sur les risques pour la santé liés à l'*exposition au soleil* sans protection est significativement associé au fait d'être une femme ($p < 0,001$), d'être âgé de 35 ans ou plus, d'avoir un diplôme de niveau bac ou supérieur et de ne pas déclarer une santé médiocre ou mauvaise ($p < 0,01$).

■ Se déclarer bien informé sur les risques liés à l'*inactivité physique* est significativement associé au fait de ne pas être chômeur ($p < 0,01$).

■ Le niveau d'information sur les risques de cancer liés aux *cabines UV*, moyen dans l'ensemble, est toutefois significativement meilleur chez les femmes, croît avec l'âge (notamment à partir de 45 ans) et avec la fréquence de la pratique des UV ($p < 0,01$).

■ Se déclarer bien informé sur le *cancer* est significativement associé à l'avancée en âge, en particulier à partir de 55 ans, alors que les risques liés à l'*alimentation* sont moins bien connus des adultes âgés de 26 à 54 ans, en particulier des jeunes adultes de 26 à 34 ans ($p < 0,001$). Se déclarer bien informé sur le cancer est un peu plus fréquent quand le revenu du foyer augmente. En revanche, aucune différence selon le sexe n'apparaît concernant l'information sur le cancer, contrairement au premier exercice de l'enquête, en 2005, dans lequel était observé

un meilleur sentiment d'information sur ce thème chez les femmes.

■ Si le niveau d'information sur les risques de cancers liés aux *ondes électromagnétiques* (téléphonie mobile, antennes relais, wifi) et aux *pesticides* est plutôt faible dans l'ensemble, le premier de ces risques est mieux connu aux âges extrêmes (15-25 ans et 65-85 ans) et moins bien connu en particulier dans la tranche d'âge 26-34 ans ($p < 0,01$), alors que l'information sur le second croît significativement avec l'âge, de manière très nette à partir de 45 ans. Les risques liés aux ondes électromagnétiques sont moins bien connus des personnes de diplôme supérieur au bac ($p < 0,001$). Les risques liés aux pesticides sont mieux connus des agriculteurs exploitants et des professions intermédiaires et moins bien connus des commerçants et artisans, des cadres et des employés ($p < 0,01$), ainsi que des ouvriers.

Les personnes estimant avoir une santé médiocre ou mauvaise se déclarent moins bien informées que celles dont la santé est excellente, quelle que soit la thématique présentée : ainsi, 51,7 % d'entre elles se disent « plutôt bien » ou « très bien » informées sur le cancer, quand c'est le cas de près de sept sur dix parmi celles qui déclarent une santé « excellente » ou « très bonne ». Des différences de l'ordre de 15 points sont ainsi observées entre les catégories extrêmes quant au sentiment d'être bien informé sur l'ensemble des thématiques.

Les principales sources d'information sur le cancer

À la question « *Quelle est votre principale source d'information sur le cancer ?* » (réponses multiples), la majorité des personnes interrogées cite la *télévision* (56,9 %) avant l'*entourage* (30,9 %). Les *magazines de santé*, *internet*, les *journaux* ainsi que les *professionnels de santé* sont chacun cités par un peu plus d'une personne sur cinq [figure 2].

TABLEAU I

Facteurs associés au fait de déclarer être « plutôt bien » ou « très bien » informé sur différents risques pour la santé (n = 3 342)

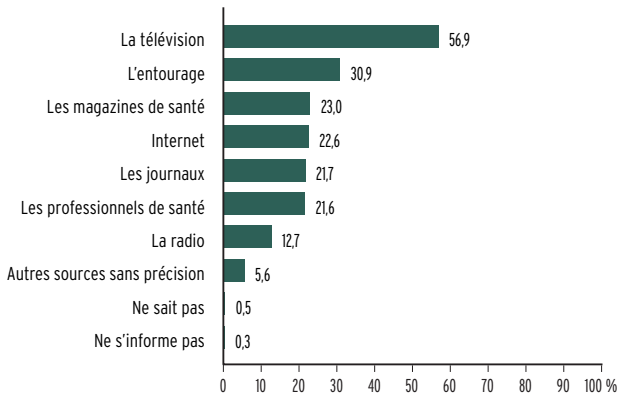
Variables explicatives	Effectifs	Alcool		Cancer		Alimentation		Tabac	
		%	OR	%	OR	%	OR	%	OR
Sexe						*			
Hommes (réf.)	1 532	89,3	1	68,3	1	65,2	1	91,4	1
Femmes	2 014	88,7	1,1	67,4	0,9	68,8	1,2	92,0	1,2
Âge		**		***		***			
15-25 ans (réf.)	519	94,2	1	64,7	1	74,4	1	95,5	1
26-34 ans	509	88,6	0,5*	55,5	0,8	55,3	0,5***	91,3	0,4*
35-44 ans	694	87,2	0,5*	64,7	1,2	59,8	0,6**	92,0	0,5
45-54 ans	626	87,9	0,5	65,9	1,3	62,3	0,6*	90,7	0,5*
55-64 ans	650	87,3	0,5*	74,9	1,9***	70,9	0,9	90,7	0,5*
65-85 ans	548	88,3	0,4**	80,9	1,9**	78,8	0,9	89,6	0,4*
Diplôme		***						***	
Inférieur au baccalauréat (réf.)	1 682	87,3	1	67,5	1	68,1	1	89,2	1
Baccalauréat ou équivalent	685	91,6	1,3	68,7	1,2	63,6	0,8	95,1	1,7*
Supérieur au baccalauréat	1 167	91,5	1,1	67,8	1,1	66,4	1	95,9	1,5
Revenus mensuels par UC		***		***				***	
Moins de 1100 euros (réf.)	980	85,8	1	62,0	1	64,7	1	87,9	1
De 1100 à moins de 1800 euros	1 210	89,8	1,4	69,3	1,3*	65,8	1	93,0	1,5*
1800 euros et plus	1 044	92,6	1,8**	71,9	1,3*	68,7	1,1	96,2	2,3***
NSP ou ne veut pas dire	312	88,9	1,1	73,5	1,3	74,6	1,3	90,1	0,9
Situation professionnelle				***		***		**	
Actifs travaillant (réf.)	1 947	89,2	1	64,9	1	62,6	1	92,9	1
Autres	1 378	89,2	1,1	73,9	1,2	74,7	1,2	91,0	1
Chômeurs	221	86,2	1,1	53,3	0,8	54,1	0,8	87,1	0,8
Catégorie socioprofessionnelle		***		**				***	
Agriculteurs exploitants	64	92,6	1,8	66,5	0,9	73,3	1,2	89,8	1,6
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	222	89,8	0,8	71,5	0,9	66,3	0,8	91,9	0,7
Cadres et professions intellectuelles sup.	733	92,0	0,8	69,7	0,8	67,2	0,9	97,1	1,6
Professions intermédiaires (réf.)	974	92,1	1	71,9	1	69,7	1	94,6	1
Employés	790	84,7	0,6*	64,7	0,9	65,9	0,9	89,9	0,7
Ouvriers	606	88,0	0,9	64,4	0,9	65,3	0,9	88,2	0,7
Autres sans activité professionnelle	157	84,1	0,9	66,8	0,9	64,8	0,9	84,6	0,6
Votre santé est...		***		***		***		***	
excellente (réf.)	318	90,1	1	68,9	1	66,2	1	90,7	1
très bonne	855	93,8	1,6	70,0	1	68,4	1,1	94,3	1,6
bonne	1 938	88,2	0,9	66,3	0,8	66,3	1	92,4	1,4
médiocre/mauvaise	246	73,9	0,4*	51,7	0,4***	49,7	0,5***	80,0	0,6
Consommation déclarée d'alcool		***							
Quotidien (réf.)	359	88,5	1						
Hebdomadaire	1 292	89,8	0,9						
Mensuel ou moins	1 451	90,7	1,1						
Jamais	438	82,9	0,7						
Fume du tabac									
Oui (réf.)	1 117							91,7	1
Non	2 429							91,7	0,9
Pratique UV									
Jamais (réf.)	2 842								
Il y a plus d'un an	395								
Dans l'année	122								

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001. Les effectifs correspondent aux effectifs bruts des analyses bivariées.

	Inactivité physique		Exposition au soleil		Cabines UV		Wifi, mobile		Pesticides	
	%	OR	%	OR	%	OR	%	OR	%	OR
	*		***		***		***		***	
	76,6	1	79,4	1	45,0	1	32,1	1	33,7	1
	78,0	1,1	84,2	1,5***	51,9	1,3**	34,2	1	33,7	0,9
	***		***		***		***		***	
	77,3	1	76,8	1	42,6	1	40,8	1	24,4	1
	72,4	0,8	77,0	1	45,5	1,1	24,1	0,6**	21,9	1
	73,0	0,9	84,7	1,8**	45,5	1,1	28,6	0,7	26,6	1,3
	76,8	1	81,5	1,5	50,5	1,5*	27,5	0,7*	33,9	1,7**
	79,0	1,1	83,4	1,7**	50,5	1,5**	33,0	0,8	38,4	2,0***
	85,4	1,5	87,3	2,0**	57,1	1,8***	44,1	1	56,8	2,7***
	**		***		**		***		***	
	75,8	1	78,7	1	46,2	1	37,8	1	37,0	1
	79,4	1,2	84,7	1,4*	49,2	1,1	29,6	0,7*	29,5	0,9
	80,3	1,1	88,3	1,5**	53,6	1,2	22,7	0,6***	28,2	0,8
	***		***		***		***		**	
	72,2	1	76,6	1	46,0	1	35,7	1	33,0	1
	77,9	1,1	83,3	1,2	46,5	0,9	29,1	0,8	33,0	0,9
	82,4	1,3	86,6	1,3	54,4	1,1	29,5	1	32,0	0,9
	80,7	1,3	84,2	1,5	49,8	1	45,2	1,4	41,6	1,1
	***		***		*		***		***	
	76,8	1	82,9	1	48,0	1	27,8	1	28,7	1
	81,0	1,1	82,8	0,9	50,7	1	40,3	1,2	41,5	1,1
	59,6	0,6**	68,3	0,6	40,3	0,9	30,0	1	23,9	0,9
	***		***		***		**		***	
	86,6	2	84,1	1,4	38,0	0,7	29,7	0,6	62,5	2,5**
	75,7	0,7	79,1	0,7	49,9	0,9	31,2	0,7	30,5	0,6**
	83,9	1,1	90,6	1,5*	56,0	1,1	26,4	0,8	30,8	0,7**
	80,6	1	85,8	1	52,1	1	30,8	1	38,7	1
	75,0	0,8	79,6	0,7	46,7	0,9	34,7	1,1	30,4	0,7**
	71,8	0,7	74,9	0,7	41,7	0,9	38,8	1,2	31,3	0,7*
	73,8	0,8	78,9	0,9	49,2	1	39,3	1,2	37,0	0,8
	**		***		**		*		**	
	77,1	1	83,0	1	49,3	1	36,8	1	32,5	1
	78,6	1,1	84,0	1	50,5	1	33,0	0,9	27,5	0,8
	77,0	1	81,4	0,8	47,9	0,9	31,7	0,8	33,2	0,9
	65,1	0,6*	68,4	0,4**	34,5	0,5***	22,7	0,4***	21,7	0,4***
					45,8	1				
					59,4	1,6**				
					61,7	2,0**				

FIGURE 2

Principales sources d'information sur le cancer (en pourcentage)



La *radio* n'est citée que par une personne sur huit (12,7 %) comme source d'information privilégiée sur le cancer.

La télévision est significativement moins souvent consultée par les diplômés de niveau supérieur au bac ($p < 0,001$), par les personnes vivant dans un foyer aux revenus mensuels supérieurs à 1 800 euros et par les cadres, alors qu'elle l'est davantage par les ouvriers [tableau II].

La presse écrite (journaux et magazines de santé) constitue plus souvent une source d'information sur le cancer pour les femmes et à mesure que l'âge croît ($p < 0,001$), mais moins souvent pour les chômeurs ($p < 0,01$).

Internet est significativement plus cité par les hommes, les jeunes de 15-25 ans et par les diplômés de niveau bac, mais moins souvent par les ouvriers et les agriculteurs.

Citer les professionnels de santé comme source d'information sur le cancer augmente significativement avec le niveau de diplôme et les revenus du foyer; ils sont aussi plus fréquemment cités par les femmes et les personnes âgées de 35 à 54 ans ($p < 0,01$)

mais le sont moins parmi les agriculteurs exploitants.

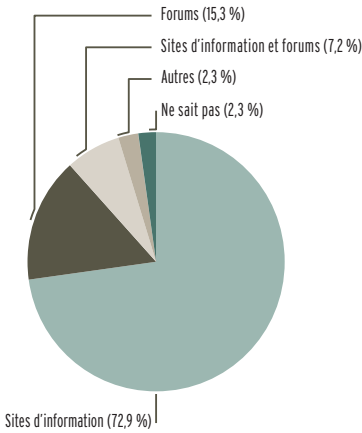
La radio, plus rarement citée comme source d'information principale sur le cancer, l'est davantage par les hommes et plus fréquemment à mesure que l'âge s'élève (notamment à partir de 55 ans; $p < 0,001$).

Internet comme source d'information sur le cancer

Les personnes ayant cité internet comme principale source d'information sur le cancer (22,6 % de l'ensemble des réponses) indiquaient le type de sites sur lesquels elles trouvent cette information. Il s'agit, pour près des trois quarts d'entre elles, exclusivement de sites d'information, pour une minorité (15,3 %) exclusivement de forums d'échange et pour 7,2 % des deux types de sites [figure 3]. Consulter uniquement des forums est plus fréquent chez les jeunes de 15 à 19 ans (20,5 %) et 20 à 25 ans (27,8 %) et moins fréquent chez les personnes âgées de 45 à 54 ans (9,2 %) et

FIGURE 3

Sources d'information sur le cancer consultées sur internet (en pourcentage)



de 55 à 64 ans (9,4 %). En outre, les jeunes âgés de 15 à 25 ans se rendent moins sur les sites d'information que leurs aînés (68,4 % vs 85,1 % ; $p < 0,001$).

Les sites d'information consultés par les internautes à la recherche d'informations sur le cancer sont le plus souvent ceux de services publics, tels ceux de l'INCa, de l'Inpes, etc. (45,7 %). Les sites internet d'associations de lutte contre le cancer sont moins souvent consultés (27,0 %) et moins encore les sites commerciaux (5,8 %) [figure 4].

L'information sur le cancer obtenue par internet apparaît crédible à 85,3 % des utilisateurs (21,5 % « tout à fait » et 63,8 % « plutôt ») [figure 5]. Les personnes âgées de 20 à 25 ans et de 55 à 64 ans sont un peu moins nombreuses à partager cette opinion (respectivement 78,9 et 78,7 %). Si cette crédibilité augmente aussi avec le niveau de revenus du foyer (81,5 % des personnes disposant de revenus inférieurs à 1 100 euros par unité de consommation jugeant l'information crédible contre 90,7 % de celles disposant de plus de 1 800 euros/UC ; $p < 0,05$), elle varie essentiellement selon la nature de la source consultée. Ainsi,

FIGURE 4

Statut des sites d'information consultés sur internet (en pourcentage)

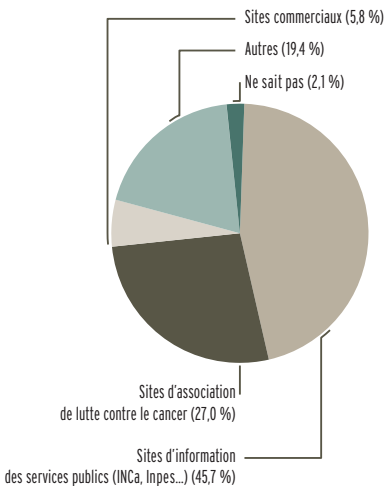


FIGURE 5

Crédibilité des informations recueillies par internet (en pourcentage)

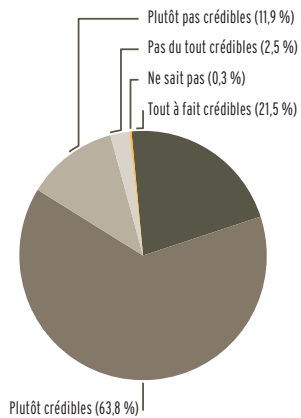


TABLEAU II

Facteurs associés à l'utilisation de différents supports comme principale source d'information sur le cancer (n = 3 534)

Variables explicatives	Effectifs	Télévision			Radio		
		%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
Sexe ***							
Hommes (réf.)	1 532	57,6	1		15,2	1	
Femmes	2014	56,3	1	0,8 ; 1,2	10,3	0,7**	0,5 ; 0,9
Âge ***							
15-25 ans (réf.)	519	56,5	1		6,7	1	
26-34 ans	509	56,7	1,1	0,8 ; 1,5	9,8	1,2	0,7 ; 2,2
35-44 ans	694	57,8	1,1	0,8 ; 1,5	14,8	2,0*	1,2 ; 3,4
45-54 ans	626	56,1	1	0,7 ; 1,4	12,4	1,6	0,9 ; 2,8
55-64 ans	650	53,9	1	0,7 ; 1,3	16,8	2,7***	1,6 ; 4,4
65-85 ans	548	60,0	1,3	0,9 ; 1,7	15,6	2,8***	1,6 ; 4,7
Diplôme ***							
Inférieur au baccalauréat (réf.)	1 682	61,5	1		13,2	1	
Baccalauréat ou équivalent	685	55,8	0,9	0,7 ; 1,1	8,4	0,7*	0,5 ; 1,0
Supérieur au baccalauréat	1 167	45,2	0,6***	0,5 ; 0,8	14,2	1,1	0,8 ; 1,6
Revenus mensuels par UC ***							
Moins de 1100 euros (réf.)	980	63,3	1		11,6	1	
De 1100 à moins de 1800 euros	1 210	54,6	0,8*	0,6 ; 1,0	13,8	1,2	0,9 ; 1,7
1800 et plus euros	1 044	50,1	0,8*	0,6 ; 1,0	13,0	1	0,7 ; 1,5
NSP ou ne veut pas dire	312	58,4	0,9	0,6 ; 1,2	12,0	1	0,6 ; 1,6
Situation professionnelle							
Actifs travaillant (réf.)	1 947	56,6	1		13,1	1	
Autres	1 378	56,8	0,9	0,7 ; 1,1	12,4	0,7	0,5 ; 1,1
Chômeurs	221	59,4	0,9	0,6 ; 1,2	10,9	0,9	0,5 ; 1,5
Catégorie socioprofessionnelle ***							
Agriculteurs exploitants	64	61,6	1,1	0,6 ; 2,1	17,8	1,1	0,5 ; 2,6
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	222	57,5	1	0,7 ; 1,4	15,3	1,3	0,8 ; 2,1
Cadres et professions intellectuelles sup.	733	45,3	0,8	0,6 ; 1,0	12,9	0,9	0,7 ; 1,3
Professions intermédiaires (réf.)	974	54,1	1		12,8	1	
Employés	790	57,6	1	0,8 ; 1,2	9,1	0,8	0,5 ; 1,1
Ouvriers	606	67,3	1,4*	1,1 ; 1,8	13,9	1,1	0,7 ; 1,7
Autres personnes sans activité professionnelle	157	55,9	0,9	0,6 ; 1,4	15,4	1,5	0,8 ; 2,7

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

24,7 % des personnes se rendant sur des forums ne jugent pas crédible l'information obtenue, alors que cette proportion n'est que de 11,3 % parmi les personnes privilégiant les sites d'information. En revanche, cette évaluation ne diffère pas selon que les sites consultés sont de services publics, d'associations de lutte contre le cancer ou commerciaux.

Modification du comportement en fonction de l'information obtenue sur les risques de cancer

Trois personnes sur cinq (59,7 %) déclarent que l'information dont elles disposent sur les différents risques évoqués auparavant¹

1. Présentés dans la figure 1.

	Presse			Internet			Professionnel de santé		
	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
	***			***			**		
	37,0	1		25,9	1		18,9	1	
	47,3	1,6***	1,3; 1,9	19,6	0,6***	0,5; 0,8	24,0	1,3**	1,1; 1,6
	***			***			***		
	24,0	1		38,3	1		18,7	1	
	35,5	1,7**	1,2; 2,4	34,1	0,8	0,5; 1,1	18,4	1	0,6; 1,5
	43,8	2,3***	1,7; 3,3	22,7	0,4***	0,3; 0,6	24,7	1,5*	1,1; 2,3
	43,6	2,4***	1,7; 3,4	19,4	0,4***	0,2; 0,5	26,1	1,7**	1,1; 2,5
	52,6	3,5***	2,6; 4,8	15,3	0,3***	0,2; 0,4	22,1	1,2	0,9; 1,6
	55,3	3,8***	2,8; 5,3	5,7	0,1***	0,1; 0,2	18,9	1	0,7; 1,4
				***			***		
	42,1	1		19,2	1		18,8	1	
	40,8	1,1	0,9; 1,4	29,6	1,3*	1,0; 1,7	24,7	1,3*	1,0; 1,7
	43,6	1,1	0,9; 1,4	27,0	1,1	0,8; 1,4	27,1	1,4**	1,1; 1,8

	41,5	1		22,3	1		19,1	1	
	43,5	1	0,8; 1,2	22,5	0,9	0,7; 1,2	21,8	1,1	0,9; 1,4
	44,5	0,9	0,7; 1,2	22,2	0,8	0,6; 1,1	26,7	1,4*	1,0; 1,8
	36,3	0,7*	0,5; 1,0	24,6	1,2	0,8; 1,8	17,5	0,9	0,6; 1,4
	***			***					
	42,5	1		25,2	1		21,8	1	
	44,5	1	0,7; 1,3	18,7	0,9	0,7; 1,3	20,7	1,4	1,0; 1,9
	28,1	0,6**	0,4; 0,9	26,8	1	0,7; 1,5	24,6	1,5	1,0; 2,3
	**			***			***		
	57,0	1,6	0,9; 3,0	6,6	0,3*	0,1; 0,8	6,2	0,3*	0,1; 0,9
	45,5	1,2	0,8; 1,7	18,6	0,6	0,4; 1,0	16,8	0,8	0,5; 1,2
	42,2	0,9	0,7; 1,2	28,5	1,2	0,9; 1,6	26,9	1,1	0,9; 1,5
	44,6	1		24,7	1		23,3	1	
	44,3	0,9	0,7; 1,1	23,1	1	0,8; 1,4	23,6	1,1	0,8; 1,4
	36,7	0,9	0,7; 1,2	18,2	0,5***	0,4; 0,7	16,6	0,9	0,6; 1,2
	37,3	0,7	0,4; 1,1	23,4	1,1	0,7; 1,9	22,4	1	0,6; 1,6

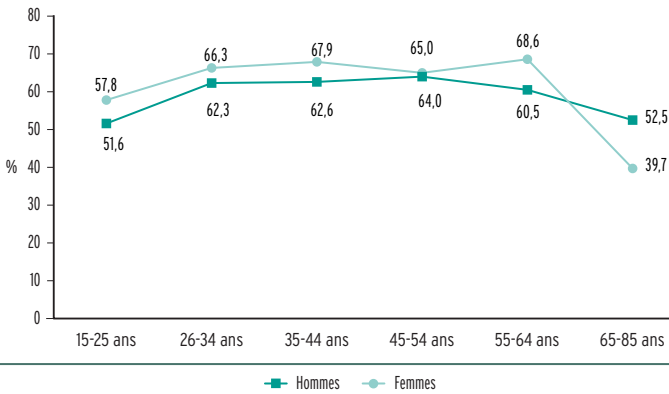
les a amenés à modifier leur comportement. Ce changement de comportement déclaré suite à l'information reçue augmente significativement avec l'âge (54,8 % chez les 15-25 ans et 64,7 % chez les 55-64 ans) et décroît ensuite (55,2 % chez les 65-74 ans et 32,5 % chez les 75-85 ans; $p < 0,001$). Les femmes sont aussi plus nombreuses que les hommes à déclarer un tel changement

de comportement avant 65 ans (65,0 % vs 60,1 %; $p < 0,05$) et moins nombreuses à partir de 65 ans (39,7 %, vs 52,5 % des hommes; $p < 0,05$) [figure 6].

Le changement de comportement déclaré en fonction de l'information varie aussi significativement selon la profession et la catégorie socioprofessionnelle, avoisinant sept personnes sur dix chez les agricul-

FIGURE 6

Personnes déclarant que l'information reçue les a conduites à modifier leur comportement, selon le sexe et l'âge (en pourcentage)



teurs exploitants et les cadres et professions intellectuelles supérieures (respectivement 69,2 % et 69,5 %), alors qu'il approche d'une personne sur deux chez les employés, les artisans, commerçants et indépendants, chez les ouvriers ainsi que chez les chômeurs et les inactifs (respectivement 56,8 %, 55,0 %, 53,4 % et 52,8 %).

Enfin, la proportion de personnes déclarant avoir changé de comportement en fonction de leur connaissance des risques augmente avec le niveau d'études : 53,5 % des personnes ayant un diplôme inférieur au bac, 65,6 % de niveau bac et 71,6 % un diplôme supérieur ($p < 0,001$).

Comportement en cas de signe physique pouvant évoquer un cancer

Les personnes non atteintes de cancer ont été interrogées sur ce qu'elles feraient en premier lieu dans l'hypothèse d'un signe physique évoquant la possibilité d'un cancer [figure 7]. La majorité d'entre elles (65,9 %) en parleraient d'abord à un médecin, une réponse qui croît avec l'âge (de 35,1 % chez les 15-19 ans, à 78,4 % chez les 75-85 ans ;

$p < 0,001$), et plus fréquente chez les agriculteurs exploitants, et les chômeurs et inactifs (respectivement 74,4 % et 70,3 % ; $p < 0,05$).

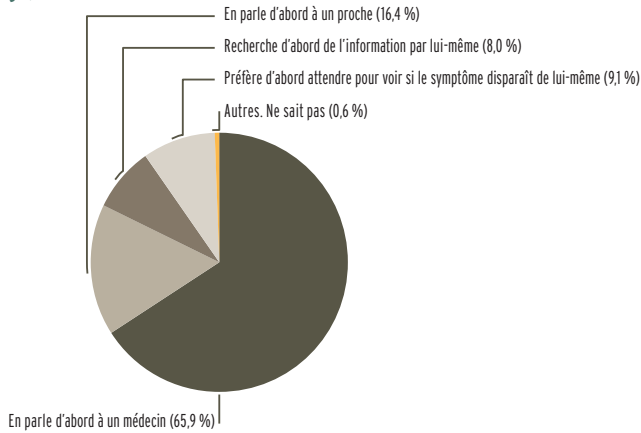
Une personne sur six (16,4 %) en parlerait d'abord à un proche (de 41,9 % chez les 15-19 ans à 10,1 % chez les 75-85 ans ; $p < 0,001$), 9,1 % attendraient d'abord pour voir si le symptôme disparaît de lui-même et 8,0 % rechercheraient d'abord de l'information par eux-mêmes (de 16,7 % chez les 15-25 ans à 1,8 % chez les 75-85 ans).

Les personnes déclarant un état de santé médiocre ou mauvais ont plus fréquemment tendance à rechercher de l'information par elles-mêmes face à un symptôme leur faisant penser à un cancer (OR ajusté = 2,3).

La grande majorité des personnes ayant déclaré en parler d'abord à un médecin s'adresseraient alors à un généraliste (83,6 %) et ce, de façon croissante avec l'âge (de 71,8 % des 15-19 ans à 89,9 % des 75-85 ans). Les ouvriers seraient significativement moins nombreux que les membres des autres PCS à s'adresser dans ce cas à un médecin généraliste (72,0 %, vs 81,9 % des inactifs et chômeurs, 86,1 % des employés et 87,4 à 89,4 % des autres PCS : artisans,

FIGURE 7

Comportement adopté en cas d'apparition d'un signe physique pouvant évoquer un cancer (en pourcentage)



commerçants, professions intermédiaires, agriculteurs exploitants et cadres ; $p < 0,001$). Ce recours potentiel au médecin généraliste, dans l'hypothèse symptomatique d'un cancer, croît aussi avec le niveau de revenus du foyer : 79,9 % des personnes vivant dans un foyer à faibles revenus (moins de 1 100 euros par mois), 86,0 % de celles de revenus intermédiaires (de 1 100 à 1 800 euros) et 87,0 % de celles de revenus supérieurs à 1 800 euros ($p < 0,05$).

15,0 % des personnes consultant en priorité un médecin se dirigeraient vers un spécialiste, de façon décroissante avec l'âge cette fois (de 28,2 % des 15-19 ans à 9,6 % des 75-85 ans) ; les ouvriers le feraient ici davantage que les autres (26,4 % vs 15,5 % des inactifs et des chômeurs et 10,7 à 12,1 % des autres PCS ; $p < 0,001$). Le recours potentiel au médecin spécialiste, dans la même hypothèse symptomatique évocatrice d'un cancer, décroît enfin avec le niveau de revenu (18,9 % des personnes dont le revenu du foyer est inférieur à 1 100 euros, 12,6 % de celles dont il est compris entre 1 100 et 1 800 euros et 11,4 % de celles dont il est supérieur à 1 800 euros mensuels ; $p < 0,05$).

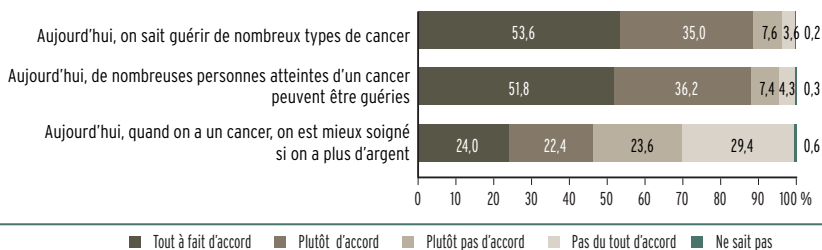
REPRÉSENTATIONS DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE ET DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER

Représentation générale de la prise en charge médicale du cancer

Parmi l'ensemble des personnes non soignées dans leur vie pour un cancer, près de neuf sur dix s'accordent à dire qu'« *aujourd'hui, on sait guérir de nombreux types de cancer* » et qu'« *aujourd'hui, de nombreuses personnes atteintes par un cancer peuvent être guéries* » [figure 8]. Ces deux propositions étant relativement proches, il n'est pas très surprenant d'observer des facteurs associés à celles-ci très similaires [tableau III]. Ainsi, les hommes, les personnes les plus âgées et celles n'ayant aucun proche atteint d'un cancer se déclarent proportionnellement plus que les autres « tout à fait » d'accord avec ces deux affirmations. À l'opposé, les agriculteurs ainsi que les personnes ayant un diplôme supérieur au baccalauréat semblent moins d'accord notamment pour dire

FIGURE 8

Opinions des personnes non soignées pour un cancer au cours de leur vie sur la qualité actuelle des soins (en pourcentage)



qu'« *Aujourd'hui, de nombreuses personnes atteintes par un cancer peuvent être guéries* ».

L'opinion selon laquelle « *Aujourd'hui, quand on a un cancer, on est mieux soigné si on a plus d'argent* » est, quant à elle, partagée par un peu moins d'une personne sur deux : 24,0 % déclarent être « tout à fait » et 22,4 % « plutôt » d'accord avec cette proposition [figure 8]. Les hommes le pensent davantage que les femmes (30,0 % sont « tout à fait » d'accord vs 18,5 % ; $p < 0,001$), ainsi que les personnes âgées de 35 à 54 ans ou de plus de 65 ans (OR ajustés proches de 2,0) par rapport aux jeunes de 15 à 25 ans ($p < 0,01$). Par ailleurs, cette opinion est proportionnellement davantage partagée par les personnes de niveaux de diplôme et de revenu les moins élevés : 27,4 % des personnes n'ayant pas le baccalauréat vs 18,7 % des titulaires d'un diplôme supérieur ($p < 0,001$) approuvent l'idée que les soins sont meilleurs quand on a plus d'argent ; ils sont 29,3 % parmi ceux déclarant des revenus inférieurs à 1 100 euros/UC vs 19,8 % pour les personnes déclarant des revenus d'au moins 1 800 euros/UC ($p < 0,001$). Enfin, les agriculteurs sont proportionnellement moins nombreux à partager cette opinion que les ouvriers, employés et professions intermédiaires (17,0 % vs respectivement 30,0 %, 23,3 % et 23,2 %).

Opinions des malades et/ou de leurs proches sur la prise en charge des cancers

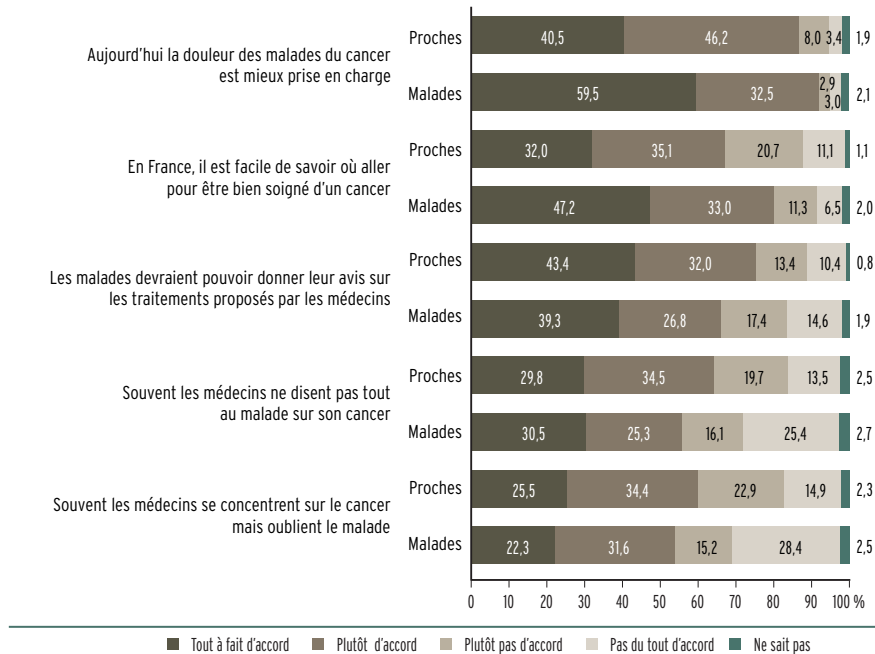
Plusieurs questions concernant la prise en charge des cancers (prise en charge de la douleur, relations entre malades et professionnels de santé ou encore connaissance des lieux de prise en charge optimale) ont été posées aux personnes en contact avec le cancer, c'est-à-dire celles qui sont ou qui ont été elles-mêmes soignées pour un cancer, ainsi que celles ayant ou ayant eu par le passé dans leur entourage une personne soignée pour cette maladie [figure 9].

L'opinion qui recueille le plus large consensus est qu'« *aujourd'hui, la douleur des malades du cancer est mieux prise en charge* » : 87,1 % des personnes interrogées sont d'accord avec cette opinion. Les réponses « tout à fait » favorables sont significativement plus nombreuses parmi les personnes soignées pour un cancer : 59,5 % vs 40,5 % chez les proches de personnes atteintes ($p < 0,001$).

Trois quarts de l'entourage de personnes atteintes d'un cancer et deux tiers des personnes elles-mêmes soignées pour un cancer ($p < 0,05$) sont « tout à fait » ou « plutôt » d'accord pour dire que « *les malades devraient pouvoir donner leur avis sur les traitements proposés par les médecins* ». Les femmes sont proportionnellement plus souvent tout à

FIGURE 9

Opinions sur la prise en charge parmi les personnes soignées ou les proches de personnes soignées pour un cancer (en pourcentage)



fait d'accord avec cette affirmation (47,1 % vs 38,2 % pour les hommes ; $p < 0,001$).

Trois personnes sur cinq de l'entourage de malades (59,9 %, vs 53,9 % des malades ou anciens malades) considèrent que « *souvent, les médecins se concentrent sur le cancer mais oublient le malade* ». Cette déclaration augmente avec l'âge, atteignant 68,4 % parmi les personnes âgées de 45 à 54 ans ($p < 0,01$).

Une proportion voisine (63,6 %) s'accorde sur le fait que « *souvent les médecins ne disent pas tout au malade sur son cancer* ». Cette opinion est partagée de manière uniforme quelles que soient les caractéristiques socio-démographiques ou l'antécédent de cancer des personnes interrogées.

Enfin, plus des deux tiers (68,1 %) sont d'accord avec l'affirmation : « *En France, il est facile de savoir où aller pour être bien*

soigné d'un cancer ». Les personnes soignées pour un cancer sont, une nouvelle fois, proportionnellement plus nombreuses à l'approuver (80,2 % vs 67,1 % ; $p < 0,01$), de même que les personnes âgées de 65 ans ou plus (81,2 % vs 65,1 % ; $p < 0,001$).

Expérience personnelle de la prise en charge (malades et proches)

Les personnes soignées actuellement ou par le passé pour un cancer² ont été invitées

2. Les effectifs étant très réduits ($n = 181$), il n'a pas été possible d'observer de différences significatives selon les principales caractéristiques sociodémographiques. Par ailleurs, il est rappelé que si l'enquête est représentative de la population générale, elle ne peut l'être des personnes soignées pour un cancer ; ces personnes ont ici en effet un profil particulier, puisqu'elles sont toutes interrogées à leur domicile, donc avec une probabilité d'être en rémission ou guéries plus importante.

TABLEAU III

Facteurs associés au fait d'être « tout à fait d'accord » avec différentes opinions concernant la qualité actuelle des soins (n = 3 534)

Variables explicatives	Effectifs	On sait guérir de nombreux types de cancers		
		%	OR	IC à 95 %
Sexe		***		
Hommes (réf.)	1 532	56,8	1	
Femmes	2014	50,6	0,8**	0,6 ; 0,9
Âge		***		
15-25 ans (réf.)	519	43,9	1	
26-34 ans	509	47,9	1,1	0,8 ; 1,6
35-44 ans	694	56,2	1,5*	1,1 ; 2,1
45-54 ans	626	59,3	1,7**	1,2 ; 2,3
55-64 ans	650	59,8	1,9***	1,4 ; 2,6
65-85 ans	548	54,4	1,6**	1,2 ; 2,2
Diplôme		**		
Inférieur au baccalauréat (réf.)	1 682	55,7	1	
Baccalauréat ou équivalent	685	51,8	0,9	0,8 ; 1,2
Supérieur au baccalauréat	1 167	48,7	0,8	0,7 ; 1,0
Revenus mensuels par UC				
Moins de 1100 euros (réf.)	980	57,0	1	
De 1100 à 1800 euros	1 210	51,1	0,8*	0,6 ; 0,9
1800 euros et plus	1 044	54,4	0,9	0,7 ; 1,1
NSP ou ne veut pas dire	312	47,9	0,7*	0,5 ; 0,9
Situation professionnelle				
Actifs travaillant (réf.)	1 947	55,8	1	
Autres	1 378	51,7	0,8	0,6 ; 1,0
Chômeurs	221	48,4	0,7*	0,5 ; 1,0
Catégorie socioprofessionnelle				
Agriculteurs exploitants	64	48,4	0,6	0,3 ; 1,1
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	222	58,0	1,2	0,8 ; 1,7
Cadres et professions intellectuelles sup.	733	48,3	0,8	0,6 ; 1,0
Professions intermédiaires (réf.)	974	53,4	1	
Employés	790	54,7	1,1	0,8 ; 1,4
Ouvriers	606	54,8	0,9	0,7 ; 1,2
Autres personnes sans activité professionnelle	157	56,7	1	0,7 ; 1,6
Proche atteint		*		
Non (réf.)	1 241	55,9	1	
Oui	2 305	52,2	0,8*	0,7 ; 1,0

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

à répondre à trois questions concernant leur propre expérience de prise en charge de la maladie. La quasi-totalité d'entre elles a le sentiment d'« avoir eu accès à une bonne prise en charge pour traiter leur maladie » (95,3 %). Une proportion similaire de personnes soignées pour un cancer déclare

avoir eu « des relations humaines satisfaisantes avec l'équipe soignante » lors de la prise en charge de la maladie (78,2 % « très satisfaisantes » et 16,4 % « plutôt satisfaisantes »), les hommes sont d'ailleurs plus nombreux à porter ce jugement (83,9 % vs 73,6 % des femmes). Enfin, au moment

	De nombreuses personnes peuvent être guéries			On est mieux soigné si on a plus d'argent		
	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
	***			***		
	54,8	1		30,0	1	
	49,1	0,8*	0,7; 1,0	18,5	0,5***	0,4; 0,6
	***			**		
	43,0	1		17,9	1	
	46,6	1,2	0,9; 1,7	21,4	1,4	0,9; 2,2
	56,0	1,7***	1,3; 2,4	27,0	1,9**	1,3; 2,8
	55,8	1,7**	1,2; 2,3	27,5	2,0**	1,3; 3,0
	55,8	1,7***	1,3; 2,3	22,2	1,4	1,0; 2,1
	53,8	1,7**	1,2; 2,2	27,6	1,9**	1,3; 2,7
	**			***		
	54,0	1		27,4	1	
	50,4	0,9	0,7; 1,2	18,5	0,7**	0,5; 0,9
	46,6	0,8*	0,6; 1,0	18,7	0,7*	0,6; 1,0

	53,1	1		29,3	1	
	49,8	0,9	0,7; 1,1	22,2	0,7**	0,6; 0,9
	53,7	1,1	0,9; 1,4	19,8	0,6**	0,5; 0,8
	49,9	0,9	0,6; 1,2	22,3	0,7	0,5; 1,1
				*		
	53,1	1		23,3	1	
	50,3	0,9	0,7; 1,2	23,7	1,1	0,8; 1,6
	51,8	0,9	0,7; 1,3	31,5	1,3	0,9; 2,0

	41,4	0,5*	0,3; 0,9	17,0	0,3*	0,1; 0,8
	53,5	1	0,7; 1,4	20,4	0,7	0,5; 1,1
	47,1	0,8	0,6; 1,0	19,2	0,8	0,6; 1,1
	52,2	1		23,2	1	
	51,9	1	0,8; 1,3	23,3	1,1	0,8; 1,4
	55,2	1	0,8; 1,3	30,0	1	0,7; 1,3
	52,5	0,9	0,6; 1,4	28,2	1	0,6; 1,6

	56,7	1		25,3	1	
	48,9	0,7***	0,6; 0,8	23,3	1	0,8; 1,2

du diagnostic, les trois quarts d'entre elles (74,5 %) déclarent « avoir disposé de suffisamment d'informations sur la maladie » [figure 10].

Les personnes dont un proche a été atteint par un cancer sont plus de quatre sur cinq (81,4 %) à déclarer que la dernière personne

atteinte de leur entourage a été bien prise en charge pour le traitement de la maladie, soit 14 points de moins que les personnes elles-mêmes soignées ($p < 0,001$). Les personnes âgées de 65 à 85 ans partagent plus que les autres cette opinion (88,5 % vs 80,0 % ; $p < 0,001$).

ÉVOLUTIONS PAR RAPPORT À 2005

L'ensemble des analyses présentées dans cette section a été réalisé uniquement sur la base des personnes âgées de 16 à 85 ans interrogées sur ligne fixe, afin que les données soient totalement comparables à celles du *Baromètre santé 2005*.

Sentiment d'information sur le cancer et sur certains facteurs de risque

Le sentiment d'être bien informé sur le cancer ou sur les effets de l'alimentation sur la santé n'a pas évolué entre 2005 et 2010, il concerne toujours environ 70 % des personnes de 16 à 85 ans [figure 11]. Cette population semble en revanche mieux informée en 2010 qu'en 2005 sur les effets de l'alcool sur la santé (90,6 % vs 86,5 % en 2005; $p < 0,001$), sur les effets du tabac sur la santé (94,0 % vs 90,4 %; $p < 0,001$) et surtout sur les risques de cancer liés à l'exposition au soleil (85,1 % vs 76,9 %; $p < 0,001$), soit une différence supérieure à 8 points.

Opinion générale sur la qualité des soins

Parmi l'ensemble des personnes de 16 à 85 ans non soignées pour un cancer, la conviction que « *Aujourd'hui, on sait guérir de nombreux types de cancer* », déjà largement partagée en 2005, s'accroît en 2010 (90,1 % vs 86,2 % en 2005; $p < 0,001$).

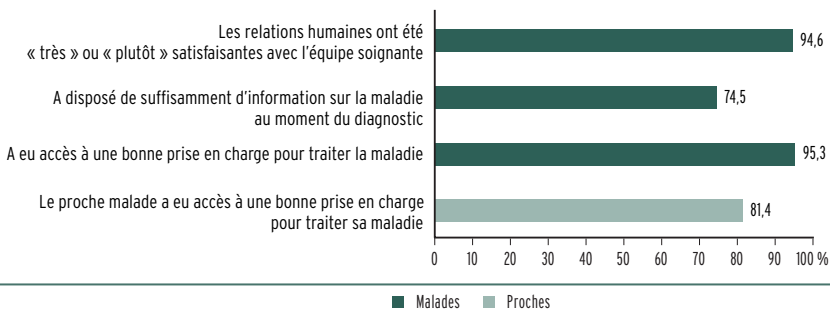
La perception d'inégalités de qualité de prise en charge selon le niveau socio-économique est restée stable au cours des cinq dernières années, une proportion quasi identique de personnes (un peu moins d'une sur deux) partageant l'idée que « *Quand on a un cancer, on est mieux soigné si on a plus d'argent* » (45,7 % en 2005 et 45,2 % en 2010).

Opinion des malades et des proches sur la prise en charge médicale

Parmi les personnes en contact avec le cancer, c'est-à-dire elles-mêmes soignées ou ayant un proche soigné pour un cancer, l'opinion selon laquelle « *La douleur des malades est mieux prise en charge* » a significative-

FIGURE 10

Opinions sur l'expérience de prise en charge du cancer parmi les personnes soignées ou les proches de personnes soignées pour un cancer (en pourcentage)



ment augmenté entre 2005 et 2010, passant de 85,1 % à 88,9 % ($p < 0,001$). En revanche, en 2010, la proportion de personnes s'accordant à dire que « *Les médecins ne disent pas tout au malade sur son cancer* » est passée de 60,3 % à 64,6 % ($p < 0,01$). Enfin, une proportion analogue de personnes en 2010 et en 2005 (près de trois sur cinq) partage le senti-

ment que « *Les médecins se concentrent sur le cancer mais oublie le malade* » [figure 13].

Expérience personnelle de la prise en charge

La perception massive, par les personnes atteintes de cancer, d'avoir eu accès à une

PROXIMITÉ DU CANCER

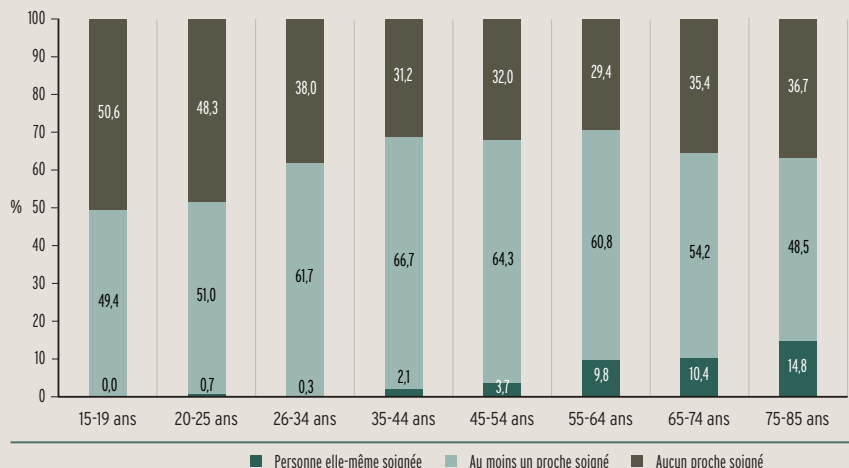
Parmi l'ensemble des 3 727 personnes interrogées, 4,9 % ($n = 181$) déclarent être ou avoir été soignées au cours de leur vie pour un cancer. Sans différence significative selon le sexe (4,6 % des hommes et 5,2 % des femmes), la proportion de personnes soignées augmente logiquement, c'est-à-dire conformément aux données épidémiologiques, avec l'âge, pour atteindre 14,8 % des personnes âgées de 75 à 85 ans [figure 12]. Parmi ces personnes soignées pour un cancer, près de la moitié (45,4 %) déclarent l'être encore actuellement ; au total, 2,7 % des hommes et 1,8 % des femmes de l'échantillon sont donc sous traitement au moment de l'enquête. Elles sont 7,3 % parmi les personnes âgées de 75 à 85 ans.

Parmi l'ensemble des personnes soignées au cours de leur vie pour un cancer, le diagnostic a été posé il y a moins de cinq ans pour 58,3 % d'entre elles, entre cinq et dix ans pour 25,3 % et il y a plus de dix ans pour 16,4 %.

Parmi l'ensemble des autres personnes (non soignées pour un cancer) de l'échantillon, 62,0 % déclarent avoir ou avoir eu parmi leurs proches au moins une personne soignée pour un cancer. Parmi elles, 57,9 % déclarent plusieurs proches atteints. Pour 90,7 % de ces personnes, le ou l'un des proches fait partie de l'entourage familial, pour 39,8 % de l'entourage amical, pour 24,7 % de l'entourage professionnel et pour 45,0 %, d'autres connaissances.

FIGURE 12

Proximité des personnes interrogées avec le cancer, selon l'âge (en pourcentage)



prise en charge médicale de qualité reste stable en 2010 par rapport à 2005 (94,9 % vs 95,3 %). De même, l'information reçue sur la maladie au moment du diagnostic est perçue comme suffisante par les personnes atteintes de cancer autant en 2010 qu'en 2005 (75,7 % vs 81,2 %).

Un renforcement sensible (+ 8,2 points) de leur satisfaction à l'égard des relations humaines avec l'équipe soignante lors de la prise en charge de la maladie est observé (même si la différence n'est pas significative) : 76,2 % jugent ces relations « très satisfaisantes » en 2010; ils étaient 68,0 % en 2005.

Quant aux personnes dont au moins un proche (membre de l'entourage familial, amical, professionnel ou autre) a été ou est atteint d'un cancer, quatre sur cinq estiment que cette personne a été bien prise en charge pour traiter sa maladie, appréciation en progression par rapport à 2005³ (78,7 % vs 74,5 %; $p < 0,01$).

3. La formulation de la question était toutefois sensiblement différente dans l'enquête 2005 : « Avez-vous le sentiment que [cette personne] a eu accès aux meilleurs soins disponibles pour traiter cette maladie? ».

FIGURE 11

Sentiment d'être bien informé sur le cancer et sur certains facteurs de risque, en 2005 et en 2010 (en pourcentage)

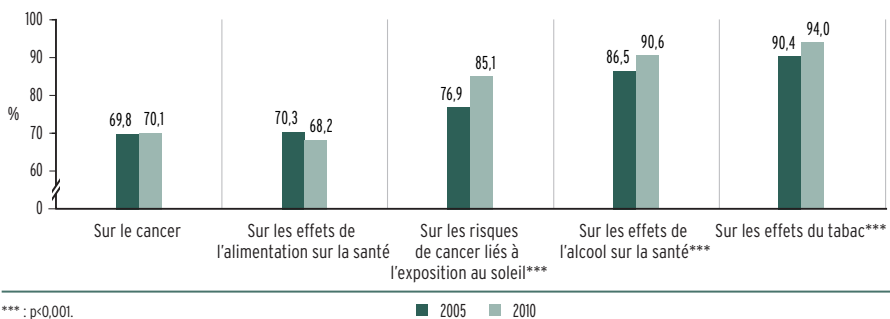
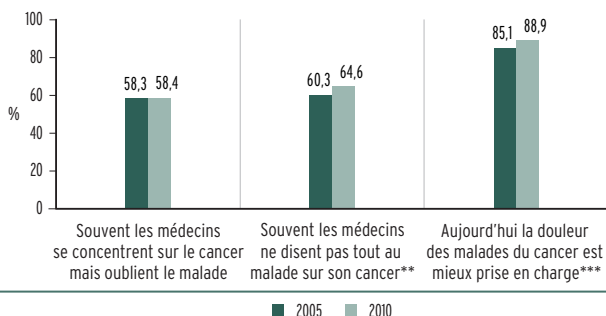


FIGURE 13

Opinions des malades et des proches sur la prise en charge en 2005 et 2010 (en pourcentage)



DISCUSSION

INFORMATION SUR LE CANCER ET SES FACTEURS DE RISQUE LIÉS AUX MODES DE VIE

L'information perçue par la population sur les risques pour sa santé et, en particulier, sur les facteurs de risque de cancer liés aux modes de vie, est un ressort essentiel — même s'il n'est pas le seul — des comportements de santé et, par suite, des actions de prévention primaire menées par les pouvoirs publics en direction de la population générale et destinées à réduire les risques de survenue de la maladie en incitant à adopter des comportements favorisant la santé. Une mesure du niveau d'information de la population sur ces risques est donc nécessaire pour mieux cibler les thèmes des campagnes d'information, de sensibilisation et de prévention sanitaires.

La population interrogée dans ce baromètre 2010 se dit globalement bien informée sur le cancer et sur la majorité des facteurs de risque de cancer proposés à son attention (cinq sur huit précisément : tabac, alcool, exposition solaire, inactivité physique, alimentation), tandis que l'information semble manifestement insuffisante sur les risques liés aux cabines UV et, surtout, aux pesticides et aux ondes électromagnétiques (wifi, téléphone mobile). Par ailleurs, par rapport à 2005, le niveau d'information de la population a sensiblement progressé sur les risques liés aux consommations d'alcool, de tabac et à l'exposition solaire et est resté stable sur le cancer en général et sur les risques pour la santé liés à l'alimentation.

Les éléments positifs de ce constat sont certainement à mettre au compte des campagnes d'information sur la santé et de prévention sanitaire relatives notamment aux risques de cancer et menées depuis plusieurs années par les pouvoirs publics. Les trois facteurs de risques sur lesquels

l'information perçue par la population est actuellement insuffisante (rayonnements ultraviolets, pesticides et ondes électromagnétiques) n'ont fait l'objet que de synthèses des connaissances scientifiques disponibles, diffusées sur le site internet de l'INCa [1]. Il s'agit peut-être de sujets qui peuvent paraître plus techniques ou complexes par rapport aux autres facteurs de risque proposés et sur lesquels les données scientifiques sont parfois elles-mêmes insuffisantes, voire controversées. Dans tous les cas, des progrès restent certainement à faire pour mieux cibler l'information grand public relative à ces facteurs de risque.

De plus, certains groupes sociaux ou catégories de la population sont plus concernés par un déficit d'information sur certains risques et ces catégories ne sont d'ailleurs pas les mêmes selon le risque considéré. Ainsi notamment, les chômeurs et les catégories sociales défavorisées (eu égard aux niveaux de revenu, d'éducation ou/et à la PCS) se disent moins bien informés sur les risques liés au tabac, à l'alcool, à l'exposition solaire, à l'inactivité physique, à l'alimentation, aux cabines UV et sur le cancer en général. À l'inverse, les adultes de niveaux de diplôme et de PCS supérieurs et d'âge moyen (25 à 64 ans) semblent moins bien informés sur les risques liés aux ondes électromagnétiques. Enfin, le cas des personnes se déclarant en mauvaise santé semble appeler une attention particulière et une approche spécifique de l'information sur le cancer et sur tous ses facteurs de risque. Ces caractéristiques sont susceptibles de fournir des éléments d'orientation et de ciblage éventuel des campagnes d'information et de sensibilisation de la population sur les différents facteurs de risque de cancer.

Les sources ou les supports de l'information sur le cancer constituent aussi,

avec les thèmes ou les contenus évoqués dans cette information, un élément important à prendre en compte dans la conception des campagnes. Ainsi n'est-il pas indifférent d'observer que la télévision, qui est de manière globale la première source d'information sur le cancer, l'est encore davantage pour les catégories sociales défavorisées. Si, à l'inverse, les catégories favorisées (en termes de niveaux de revenus, d'éducation et de PCS) ont moins recours à la télévision comme source d'information sur le cancer, on peut penser qu'elles disposent aussi plus facilement d'autres moyens de s'informer. De même, si l'entourage constitue la seconde source d'information citée, on peut s'interroger sur les supports accessibles aux personnes en situation d'isolement social. La presse écrite, internet et les professionnels de santé sont également des sources d'information moins fréquemment utilisées par les catégories défavorisées. À propos de chaque support d'information sur le cancer, dont la fréquence d'utilisation par les différentes composantes de la population varie, peut être posée la question de savoir si les campagnes d'information des pouvoirs publics doivent s'adapter à ces usages différenciés ou bien en corriger ou en compenser les « déficiences ». Par exemple, si la radio est un support d'information sur le cancer moins utilisé par les femmes et les plus jeunes, comme le montrent les analyses réalisées, les conclusions à tirer de ce constat en matière de stratégie de communication ne sont ni simples ni univoques. En effet, les usages socialement différenciés des divers supports d'information sont eux-mêmes mouvants et ne sauraient donc être tenus pour immuables, a fortiori pour des outils en cours de stabilisation comme internet, par exemple. Dans tous les cas, la conception des campagnes publiques d'information sur le cancer requiert à la fois une mobilisation différenciée des multiples supports disponibles, une modulation ou une adaptation de

leurs messages (notamment en fonction de l'épidémiologie des cancers et des groupes de population concernés) et leur articulation dans une approche intégrée.

L'usage d'internet comme outil d'information sur la santé et l'évaluation de la qualité des sites qui lui sont dédiés ont déjà fait l'objet de nombreuses études. Des recherches en sciences sociales portant sur les forums d'échange et les listes de discussion ont montré en particulier que, outre l'échange d'expériences et le soutien mutuel, ces discussions s'orientaient vers le partage et la réappropriation collective de l'information médicale [2]. L'INCa a ouvert sur son site un portail d'information grand public, « Cancer info », mettant à la disposition des malades et de leurs proches des informations de référence, validées et mises à jour sur la maladie (traitements, vie quotidienne...) et des ressources pratiques. Ces contenus sont disponibles en ligne et sous forme de guides à télécharger ou commander : les guides *Cancer info* proposent des explications complètes sur les traitements des cancers et leurs conséquences. Les guides *ALD patients* sont des documents de synthèse qui décrivent les trois temps clés de la prise en charge : diagnostic, traitements, suivi.

Un autre enseignement issu de l'enquête converge avec les précédents pour souligner l'impact socialement différencié de l'information de santé sur les *comportements* de prévention et pour inciter à une réflexion sur l'adaptation des messages de prévention. Ces résultats témoignent aussi, à leur manière, des disparités sociales en matière de prévention des cancers. L'information recueillie sur les facteurs de risque de cancer induit en effet des changements de comportement pour trois personnes sur cinq, mais de façon croissante avec l'âge (jusqu'à 65 ans), le niveau d'études et la PCS. Ainsi les ouvriers, les chômeurs et les inactifs, de même que les personnes de niveau

de diplôme inférieur au bac sont moins nombreux (à peine plus d'un sur deux) que les cadres, les agriculteurs exploitants et les diplômés du supérieur (près de sept sur dix) à changer leur comportement en fonction des informations disponibles sur le cancer. En outre, en cas de signe physique évoquant la possible survenue d'un cancer, deux tiers des enquêtés en parleraient d'abord à un médecin et plus de quatre sur cinq d'entre eux s'adresseraient alors à un généraliste. Les ouvriers seraient significativement moins nombreux que les membres des autres PCS à s'adresser dans ce cas à un médecin généraliste. Le recours potentiel au médecin généraliste, dans l'hypothèse symptomatique d'un cancer, croît aussi avec le niveau de revenus du foyer. Ces résultats méritent d'être pris en considération eu égard au rôle que le Plan cancer entend confier au médecin traitant dans la coordination des parcours de soins. Le médecin traitant, généraliste ou spécialiste, est l'acteur essentiel de la prise en charge en ville. L'action 18.2 du Plan cancer entend conforter cette fonction de proximité du médecin traitant et, notamment, développer la formation médicale continue en cancérologie des médecins généralistes.

En regard de la représentation biomédicale des notions de risque et de facteur de risque de cancer, il convient donc d'approfondir les connaissances sur la manière dont certains groupes ou catégories du public profane se représentent les comportements et les modes de vie ainsi qualifiés comme à risques. C'est en effet sur la base d'une compréhension affinée des modes de perception et d'intégration des messages de prévention dans les divers groupes sociaux que pourraient être mieux adaptées les actions publiques contribuant à la prévention primaire et secondaire des cancers. Par ailleurs, l'adoption de comportements favorables à la santé n'est pas seulement fonction de l'information obtenue ou, plus largement, de variables cognitives, mais

dépend aussi de représentations sociales, de croyances et d'attitudes à l'égard de la maladie et des soins médicaux [3].

REPRÉSENTATIONS DE LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

Représentation générale

Pour la plupart des personnes interrogées, la guérison est aujourd'hui une issue accessible grâce aux traitements du cancer. La majorité d'entre elles est même « tout à fait d'accord » avec l'idée que l'on sait guérir aujourd'hui de nombreux types de cancers ou que de nombreuses personnes atteintes de cancer peuvent être guéries. Cet optimisme thérapeutique tend d'ailleurs à s'accroître encore par rapport à 2005.

Cette opinion générale est convergente avec les connaissances actuellement disponibles sur la survie attendue des personnes atteintes et les tendances d'évolution sur les vingt dernières années des taux de mortalité d'un certain nombre de cancers en France [4, 5]. Les taux de survie à cinq ans, et a fortiori à dix ans, sont en effet des estimations fiables de la probabilité de guérison des cancers, les récurrences survenant le plus souvent dans les premières années suivant le premier diagnostic. Les études concordent d'ailleurs pour faire état d'une différence de survie de 6 % entre cinq et dix ans : à dix ans du diagnostic, le risque résiduel de décès, tous cancers confondus, est proche de 2 % [6-9]. Ainsi, huit localisations de cancers (soit 42 % des cas incidents en 2005, dont certains des plus fréquents, comme les cancers de la prostate et du sein – qui comptaient respectivement 62 000 et 50 000 cas incidents annuels en 2005) ont un taux de survie à cinq ans supérieur ou égal à 80 %. Ce taux est de 56 % dans le cas du cancer colorectal, dont l'incidence est également élevée (37 400 cas annuels), mais il dépasse 80 % pour les stades précoces (

et II) au diagnostic. Une réserve doit donc être formulée concernant certains cancers, que recouvre implicitement l'expression «... de nombreux types de cancers» dans le libellé de la question (tous les cancers ne justifient pas, pour l'instant, le même optimisme thérapeutique). Ainsi les cancers de mauvais pronostic, qui représentent 17 % des cas incidents, ont une survie à cinq ans inférieure ou égale à 20 % (14 % pour le cancer du poumon, dont l'incidence annuelle était de 31 600 cas en 2005), mais supérieure à 20 % pour les stades précoces de ces cancers⁴ [10, 11]. Toutefois, ces taux de survie, calculés sur des cohortes de patients diagnostiqués entre 1989 et 1997, ne reflètent pas les avancées les plus récentes en termes de traitements. On sait par ailleurs que la baisse des taux de mortalité par cancer s'est particulièrement accentuée au cours de la dernière période décennale (-16 % chez les hommes et -8 % chez les femmes entre 1993-1997 et 2003-2007).

La perception d'inégalités socio-économiques dans la prise en charge des cancers («on est mieux soigné si on a plus d'argent») concerne une personne sur deux, comme en 2005. Mais cette perception est plus aiguë parmi les catégories de niveaux inférieurs de revenus, d'éducation et de PCS (ouvriers), qui sont aussi les plus touchées par ces inégalités. Malgré un système qui assure un accès général aux soins médicaux, la France se classe en effet parmi les pays qui présentent les plus fortes inégalités sociales face à la mortalité par cancers [12, 13], notamment des voies aéro-digestives supérieures, au détriment des catégories sociales défavorisées. D'importantes inégalités sociales existent aussi dans notre pays en matière de comportements de prévention (consommation de tabac, d'alcool, nutrition) et d'accès ou de recours aux dépistages des cancers [14, 15].

Ces constats ont conduit à faire de la lutte contre les inégalités de santé un thème transversal prioritaire du Plan cancer 2009-2013,

qui se retrouve dans chacun de ses axes. Par exemple, sur l'axe *Soins*, la mesure 19 a pour objet de «Renforcer la qualité des prises en charge pour tous les malades atteints de cancer» et la mesure 21 de «Garantir un égal accès aux traitements et aux innovations». De même, sur l'axe *Vivre pendant et après un cancer*, la mesure 25 vise à «Développer une prise en charge sociale personnalisée et accompagner l'après cancer» et la mesure 26 à «Se doter des moyens et outils nécessaires au développement de l'accompagnement social personnalisé». Ces mesures, comme celles qui sont relatives à la prévention, au dépistage et à la recherche, ont effectivement commencé à être déployées, sans qu'il soit encore possible, au moment du déroulement de l'enquête du Baromètre 2010, de mesurer pleinement la portée qu'elles ne manqueront pas d'avoir dans les faits, au terme du Plan cancer actuel.

Représentation et expérience personnelle de la prise en charge (malades et proches)

Pour les personnes en contact avec le cancer (elles-mêmes soignées ou ayant un proche soigné pour un cancer), l'amélioration de la prise en charge de la douleur liée au cancer en général est très sensible, puisqu'elle recueille l'accord de près de neuf personnes sur dix et que cette perception progresse encore de 4 points par rapport à 2005. Ce résultat est d'autant plus remarquable que les personnes elles-mêmes atteintes de cancer (actuellement ou au cours de leur vie) adhèrent plus fortement à cette opinion que les proches de malades (19 points d'écart pour la réponse «tout à fait d'accord»). La prise en charge de la douleur liée au cancer et à ses traitements [16, 17, 18], aspect

4. La survie à cinq ans est de 47 %, 37 % et 22 % respectivement pour les trois premiers stades des cancers du poumon, selon les données françaises ; de 52,6 % et 23,7 % pour les stades local et régional, selon les données américaines (programme SEER).

primordial de la qualité de vie des patients, faisait partie des « mesures qualité » lancées par le Plan cancer précédent (2003-2007), dans le cadre du renforcement des soins de support. Le Plan cancer 2009-2013 s'est donné comme objectif de généraliser la mise en œuvre de ces mesures (action 19.1), en lien avec le Plan national de lutte contre la douleur. Un autre résultat encourageant de l'enquête concerne la lisibilité ou l'information sur l'accessibilité du système de soins (« *En France, il est facile de savoir où aller pour être bien soigné d'un cancer* »), pour deux proches d'un malade sur trois, mais là aussi plus encore pour les malades eux-mêmes (quatre sur cinq) comme pour les personnes âgées de 65 ans ou plus. On peut sans doute voir là l'un des effets du Plan cancer précédent, dont l'une des mesures du chapitre *Soins* visait à « Rendre le système de prise en charge du cancer transparent et compréhensible pour les patients ».

En revanche, comme en 2005, trois personnes sur cinq parmi les malades et les proches perçoivent encore une insuffisante prise en compte du malade dans sa globalité, comme personne, de la part des médecins, estimant que ces derniers « *se concentrent sur le cancer mais oublie le malade* ». L'accompagnement des malades pendant leur traitement et la personnalisation de leur prise en charge sont des nécessités, reconnues dans le Plan cancer 2009-2013 (mesures 18 et 25), notamment à travers l'objectif de coordination des parcours de soins actifs et le rôle de prise en charge globale de proximité confié au médecin traitant. On peut certes remarquer que les proches sont plus enclins que les patients eux-mêmes à partager cette opinion, et que les personnes âgées de 45 à 54 ans le sont plus encore. Cette question voit cependant son acuité renforcée avec l'émergence d'une médecine « personnalisée » en cancérologie et de l'individualisation des traitements (thérapies ciblées) rendue possible par la caractérisation moléculaire

des tumeurs et les tests génomiques d'ores et déjà accessibles.

Plus de trois personnes sur cinq parmi les proches et les malades (actuels ou anciens) perçoivent l'information délivrée par les médecins au malade sur son cancer comme partielle et cette proportion est en augmentation par rapport à 2005. L'opinion formulée ici n'a toutefois pas nécessairement, ni dans tous les cas, un sens négatif : elle n'exprime pas forcément l'insatisfaction d'une attente d'information maximale de la part des personnes interrogées (selon laquelle les médecins devraient « tout dire » à leurs patients sur leur cancer) [19]. La norme sous-jacente à la question, s'il y en a une, ne va pas de soi ici. Par ailleurs, une telle interprétation négative de cette réponse ne serait guère cohérente avec l'appréciation que portent ensuite les malades sur l'information qu'ils ont reçue sur la maladie au cours de la prise en charge, comme on le voit plus loin. Enfin, il convient de souligner que les proches de patients adhèrent plus fortement que les patients eux-mêmes à cette opinion, qui pourtant concerne d'abord ces derniers. Il est donc possible, sinon probable, que les attentes d'information sur la maladie soient différentes de la part des uns et des autres. De plus, une part au moins des pratiques les plus appropriées en matière de diffusion de l'information médicale sur la maladie renvoie aux particularités de la situation singulière de chaque malade (y compris dans son entourage personnel) et à ses souhaits, que les équipes médicales ont à prendre en compte.

La participation des patients à la décision thérapeutique ou, du moins, la possibilité pour eux de « *donner leur avis sur les traitements proposés par les médecins* » tend à devenir une norme pour la majorité des personnes interrogées ici et en contact avec le cancer – mais plus fortement là encore pour les proches des patients que pour les malades (ou anciens malades) eux-mêmes

(75 % vs 66 %). Les femmes adhèrent aussi davantage que les hommes à cette norme négociatrice ou participative de la décision thérapeutique. En 2005, une autre formulation, sensiblement différente, plus factuelle mais peut-être aussi plus négative, était proposée dans l'enquête (« *En général, les patients subissent les traitements prescrits par les médecins sans pouvoir donner leur avis* ») et recueillait l'accord de trois personnes sur cinq. Rappelons que l'enquête Drees/Inserm de 2004 sur les conditions de vie des patients atteints de cancer deux ans après le diagnostic a montré que, si un peu plus d'un patient sur deux (55 %) déclare avoir été associé au choix des traitements, les deux tiers (69 %) se déclarent satisfaits du niveau auquel ils ont été impliqués dans la décision thérapeutique [20]. Surtout, cette enquête permettait de relever que 27 % des patients qui n'ont pas été impliqués dans les décisions médicales en sont tout de même satisfaits et que 6,7 % de malades auraient souhaité être moins impliqués⁵, constat illustrant l'hétérogénéité des préférences des patients en matière d'implication et de décision partagée et la nécessité pour les professionnels de santé de s'adapter à chacun d'eux. Enfin, la même enquête attirait l'attention sur le lien essentiel entre la satisfaction des patients à propos de leur implication et l'information qu'ils ont reçue de l'équipe médicale pendant leur traitement.

Dans l'enquête Baromètre cancer 2010, la satisfaction des malades à l'égard de la qualité de leur propre prise en charge médicale est quasi-unanime (95 %) et elle est stable par rapport à 2005. Les proches de malades sont eux aussi très majoritairement, quoiqu'à un moindre degré, satisfaits de cette qualité (près de quatre sur cinq) et leur appréciation est même légèrement meilleure qu'en 2005 (+ 4 points).

L'importance de l'expérience et du niveau de satisfaction vis-à-vis de la qualité des

soins, chez les patients atteints de cancer, s'atteste à travers l'influence qu'elle est susceptible d'exercer sur leur comportement et, par là, sur les résultats des soins. La littérature a montré depuis une vingtaine d'années déjà que la satisfaction des patients à l'égard des soins recouvre un champ multidimensionnel (médico-technique, psychosocial, relationnel, organisationnel, informationnel, social, etc.) [21]. Toutefois, l'enquête déjà citée de la Drees/Inserm constatait que le niveau de satisfaction vis-à-vis de l'information reçue et de la qualité du suivi médical ne dépend d'aucune variable clinique (localisation, traitement, pronostic), mais essentiellement de variables sociodémographiques : outre un âge moins avancé, les personnes insatisfaites (6 % des enquêtés) étaient plus nombreuses parmi les professions intermédiaires et les employés [22]. La même unanimité (95 %) s'observe dans la satisfaction des malades, notamment des hommes, vis-à-vis de la qualité des relations humaines établies avec les équipes soignantes et cette appréciation est en progrès sensible (bien que non significative) par rapport à 2005. Enfin, une large majorité de malades (trois sur quatre), estime suffisante l'information qu'ils ont reçue des équipes médicales et des équipes soignantes sur la maladie au moment du diagnostic. Autrement dit, près d'un patient sur quatre (près d'un sur cinq en 2005) estime aujourd'hui encore insuffisante l'information qui est délivrée. Bien que non significative statistiquement, la légère variation à la baisse de cette réponse entre 2005 et 2010 n'en est pas moins surprenante, en particulier eu égard à la mise en place et au déploiement du dispositif d'annonce du diagnostic au cours de la période.

5. Les auteurs confirmaient d'ailleurs les résultats de la littérature sur la question, en notant que la préférence pour une absence d'implication dans la décision médicale semble induite par l'appartenance aux classes d'âge extrêmes (plus de 80 ans et 18-39 ans) et par un faible niveau d'études.


Relecteurs

Marie-Hélène Rodde-Dunet (La ligue contre le cancer)
Philippe Bergerot (LNCC)
Delphine Caron (Mutualité française)

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 01/09/2011.

- [1] Institut national du cancer (INCa). *Installations de bronzage UV : état des lieux des connaissances sur les risques de cancer* et recommandations [rapport]. Boulogne-Billancourt : INCa, coll. Rapports et synthèses, avril 2010 : 62 p.
En ligne : http://www.e-cancer.fr/en/component/docman/doc_download/5237-installations-de-bronzage-uv-etat-des-lieux-des-connaissances-sur-les-risques-de-cancer
- [2] Akkrich M., Méadel C. Les échanges entre patients sur l'internet. *La Presse Médicale*, 2009, vol. 38, n° 10 : p. 1484-1490.
En ligne : <http://www.em-consulte.com/article/227343>
- [3] Fischer G-N., dir. *Traité de psychologie de la santé*. Paris : Dunod, coll. Psycho Sup, 2005 : 688 p.
- [4] Institut national du cancer (INCa). *Dynamique d'évolution des taux de mortalité des principaux cancers en France* [rapport]. Boulogne-Billancourt : INCa, coll. Rapports et synthèses, novembre 2010 : 68 p.
En ligne : http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/5986-dynamique-devolution-des-taux-de-mortalite-des-principaux-cancers-en-france-novembre-2010
- [5] Institut national du cancer (INCa). *Survie attendue des patients atteints de cancers en France : état des lieux* [rapport]. Boulogne-Billancourt : INCa, coll. Rapports et synthèses, avril 2010 : 58 p.
En ligne : http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/4890-survie-attendue-des-patients-atteints-de-cancers-en-france-etat-des-lieux
- [6] Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). *Cancers : pronostics à long terme*. Paris : Inserm, 2006 : 325 p.
En ligne : http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/cgi-bin/brp/telestats.cgi?brp_ref=064000343&brp_file=0000.pdf
- [7] Réseau FRANCIM, Service de biostatistique des Hospices civils de Lyon, coord. *Survie des patients atteints de cancer en France : étude des registres du réseau FRANCIM*. Paris : Springer-Verlag France, 2006 : 408 p.
- [8] Bouvier A. M., Remontet L., Hedelin G., Launoy G., Jooste V., Grosclaude P., et al. Conditional relative survival of cancer patients and conditional probability of death : a French National Database analysis. *Cancer*, 2009, vol. 115, n° 19 : p. 4616-4624.
- [9] Sant M., Allemanni C., Santaquilani M., Knijn A., Marchesi F., Capocaccia R., et al. EURO-CARE-4. Survival of cancer patients diagnosed in 1995-1999. Results and commentary. *European journal of cancer*, 2009, vol. 45, n° 6 : p. 931-991
- [10] Etude PETRI (Prévention et épidémiologie des tumeurs en région Ile-de-France). *Survie à 5 ans des cancers incidents en Ile-de-France, cohorte 1994-1999*, 2004, 73 p.
- [11] National cancer institute. *SEER Cancer Statistics Review 1975-2008* [base de données]. 11 avril 2011.
En ligne : http://seer.cancer.gov/csr/1975_2008/index.html
- [12] Mackenbach J. P., Kunst A. E., Cavelaars A. E., Groenhouf F., Geurts J. J. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. *Lancet*, 1997, vol. 349, n° 9066 : p. 1655-1659.
- [13] Menvielle G., Leclerc A., Chastang J-F., Luce D. Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2 septembre 2008, n° 33 : p. 289-292.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2008/33/beh_33_2008.pdf
- [14] Prouvost H., Poirier G. Influence des facteurs socio-économiques sur le recours au dépistage du cancer chez les femmes du Nord-Pas-de-Calais : résultats de l'enquête Décennale Santé, France, 2002. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 23 janvier 2007, n° 2-3 : p. 18-20.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2007/02_03/beh_02_03_2007.pdf
- [15] Serra D., Goulard H., Duport N., Bloch J. Pratique du test de détection de sang occulte dans les selles (Hémocult®) dans la population française, Enquête Décennale Santé Insee, France, 2002-2003. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 3 janvier 2008, n° 1 : p. 1-4.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2008/01/BEH_01_2008.pdf
- [16] Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC), Ligue nationale contre le cancer (LNCC), Institut national du cancer (INCa). *Douleur et cancer : prévenir et soulager la douleur tout au long de la maladie. Guide d'information pour les malades et leurs proches*. Boulogne-Billancourt : INCa, juin 2007 : 148 p.
En ligne : <http://www.e-cancer.fr/dmdocuments/guide-douleur-et-cancer.pdf>
- [17] Institut national du cancer (INCa). *La douleur en cancérologie : fiche-repère*. Boulogne-Billancourt : INCa, coll. Soins et vie des malades, juin 2010 : 4 p.
En ligne : http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/5405-fiche-repere-la-douleur-en-cancerologie-juin-2010

- [18] Spica L., Bendiane M.-K, Perretti-Watel P., Rey D.
L'expérience de la douleur parmi des femmes atteintes d'un cancer du sein (cohorte ELIPPSE). *Bulletin du cancer*, août 2010, vol. 97, n° 8 : p. 909-916.
- [19] Fainzang S. *La relation médecins-malades : information et mensonge*. Paris : Presses Universitaires de France, coll. Ethnologies, 2006 : 159 p.
- [20] Bouhnik A-D., Moumjid N., Protière C. L'implication des patients dans le choix des traitements. *In* : Le Corroller-Soriano A-G., Malavolti L., Mermilliod C. coord. *La vie deux ans après le diagnostic de cancer : Une enquête en 2004 sur les conditions de vie des malades*. Paris : La Documentation française, coll. Etudes et statistiques, 2008 : p. 123-136.
- [21] Bredart A., Bouleuc C., Dolbeault S. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Current opinion in oncology*, 2005, vol. 17, n° 4 : p. 351-354.
- [22] Le Corroller-Soriano A-G., Bouhnik A-D., Malavolti L. La satisfaction des patients vis-à-vis de leurs relations avec le système de soins. *In* : Le Corroller-Soriano A-G., Malavolti L., Mermilliod C. coord. *La vie deux ans après le diagnostic de cancer : une enquête en 2004 sur les conditions de vie des malades*. Paris : La Documentation française, coll. Etudes et statistiques, 2008 : p. 97-107.
- 



L'essentiel

Tabac et cancer

Pratiques tabagiques, attitudes et perceptions des risques

Une bonne perception des risques, qui n'empêche pas la reprise à la hausse de la consommation

Le tabac est responsable de 60 000 décès par an, dont plus de la moitié par cancers.

Parmi les 15-85 ans, la prévalence du tabagisme actuel est de 32 % dans le *Baromètre cancer 2010*, à un niveau quasi identique des données obtenues dans le *Baromètre santé 2010* qui soulignait la première augmentation significative depuis la loi Evin de 1991. Pourtant, aujourd'hui la quasi-totalité des fumeurs considèrent que cette pratique favorise l'apparition d'un cancer (75 % « certainement » et 23 % « probablement »). La hausse de cette perception du risque de cancer lié au tabac par rapport à 2005 peut s'interpréter par la notoriété des campagnes de prévention sur ce sujet réalisées principalement par l'Inpes, mais également par le fait que des messages sanitaires soient mentionnés de manière très visible sur les produits du tabac depuis 2003. L'apposition d'avertissements illustrés depuis avril 2011 s'inscrit dans ce contexte.

Si les plus gros fumeurs et les non-fumeurs identifient particulièrement bien le risque cancer, les fumeurs de moins de dix cigarettes par jour seraient plus volontiers dans le déni.

Les cigarettes anciennement dites « légères » moins fumées qu'en 2005

Les mentions de type « light » et « extralight » sont interdites sur les paquets de cigarettes depuis septembre 2003 en France. Cette décision est bien comprise par la population, dans la mesure où, parmi ceux qui fument des cigarettes « légères », seulement 5,5 % pensent qu'elles sont moins dangereuses pour la santé. Leur usage, qui reste répandu, peut s'expliquer par le fait qu'elles sont moins irritantes (pour 32 % des fumeurs interrogés) et par goût (pour 33 % des fumeurs). Les femmes semblent plus enclines que les hommes à fumer ces cigarettes.

Les inégalités sociales de santé en matière de perception des risques semblent se creuser

Alors que la perception du risque de cancer dû au tabagisme était relativement homogène selon le niveau socio-économique en 2005, les individus les moins diplômés et, surtout, les chômeurs sont moins nombreux en 2010 à penser que fumer du tabac favorise certainement l'apparition d'un cancer. Parmi les différentes catégories socioprofessionnelles, les agriculteurs sont ceux pour qui le fait de fumer apparaît le moins risqué, avec seulement 54 % qui pensent que le fait de fumer peut « certainement » favoriser l'apparition d'un cancer.

Le rôle du médecin dans la sensibilisation liée au tabac reste faible

Parmi les fumeurs actuels, 31,8 % déclarent avoir abordé la question du tabac avec un médecin au cours des douze derniers mois et seulement 12,5 % à l'initiative du médecin, ces chiffres augmentant avec l'âge et l'intensité du tabagisme. Les discussions entre les fumeurs et leur médecin augmentent pourtant le nombre de tentatives d'arrêt.

Le tabac, un risque compris mais perçu comme un autre ?

Alors que 92 % des personnes interrogées se sentent bien informées sur les effets du tabac sur la santé, et que ce sentiment se répercute pour la quasi-totalité des personnes sur la connaissance du risque de cancer lié au tabac, de nombreuses idées reçues telles que « respirer l'air des villes est aussi mauvais que le tabac pour la santé » ou « faire du sport permet de nettoyer les poumons » persistent en 2010. En effet, une multitude d'informations liées à la santé publique sont apparues ces dernières années, notamment via le principe de précaution. Un effort de rigueur dans les différents messages à transmettre au grand public, sur la base d'éléments scientifiques validés, par les médecins, les acteurs de prévention, les chercheurs et les décideurs politiques, semble nécessaire.

Tabac et cancer

Pratiques tabagiques, attitudes et perceptions des risques

ROMAIN GUIGNARD

FRANÇOIS BECK

ANTOINE DEUTSCH

INTRODUCTION

Le tabagisme est responsable de 25 % des décès par cancers en France et il est de loin le premier facteur de risque évitable de cancers en France et dans le monde.

Outre le fait d'être le responsable majeur des cancers du poumon, le tabac favorise de manière significative de nombreux autres cancers : cavité buccale, pharynx, larynx, pancréas, vessie, reins, cavités nasales, sinus, œsophage, estomac, foie, col de l'utérus, leucémie myéloïde, colon, rectum et ovaire. Le tabagisme actif et passif peut aussi être une cause du cancer du sein [1]. Au total, un fumeur sur deux meurt à cause de son tabagisme [2]. En effet, la fumée du tabac contient plus de 4 800 produits chimiques qui sont toxiques et irritants, et 70 d'entre eux sont cancérigènes (benzène, arsenic, chrome, etc.) [3].

Bien que le tabagisme multiplie les risques de survenue d'un grand nombre de pathologies telles que les maladies

cardiovasculaires, les broncho-pneumopathies chroniques obstructives, etc., la mortalité par cancer du poumon est considérée comme l'indicateur le plus spécifique des effets sur la santé du tabagisme [4]. Longtemps considéré comme une pathologie masculine, le cancer du poumon était dix fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme au début des années 1980. En 2010, la mortalité estimée par cancer du poumon reste environ trois fois plus élevée parmi les hommes [5]. Cette tendance s'explique par le niveau de tabagisme des femmes, qui s'est progressivement rapproché de celui des hommes au cours des trente dernières années. Si l'on regarde plus spécifiquement l'évolution de la mortalité par cancer bronchique chez les personnes âgées de 35 à 44 ans, on constate que ces variations sont extrêmement marquées, puisque le risque de décès par cancer du poumon chez les hommes a diminué de moitié en dix ans

entre 1997 et 2007 après une période de hausse continue depuis les années 1950, alors que le risque parmi les femmes a été multiplié par quatre entre 1984 et 1999 pour se stabiliser depuis [4].

Les derniers résultats du Baromètre santé 2010, confirmés par les résultats du Baromètre cancer 2010, montrent une stabilité de la prévalence du tabagisme quotidien chez les hommes de 15-75 ans autour de 32 % [tableau I], laissant craindre un ralentissement de la diminution des cancers du poumon dans cette population. Avec une consommation régulière de tabac chez les femmes en nette augmentation (+ 3 points entre 2005 et 2010) [6], le nombre de décès par cancer du poumon estimé à 7 700 en 2010 risque cependant de s'accroître [1].

Véritable enjeu de santé publique, le tabagisme étant responsable de plus de 60 000 décès toutes pathologies confondues en 2010 en France [7], la lutte contre le tabac s'est intensifiée sous l'impulsion du premier plan cancer 2003-2007 qui y a consacré neuf de ses soixante-dix mesures [8] et par la ratification en 2004 de la Convention cadre pour la lutte antitabac (CCLAT), premier traité international négocié sous l'égide de l'OMS [9]. Fondée sur des données factuelles, la CCLAT permet de coordonner, de suivre et de renforcer, au niveau international, le contrôle du tabac. Elle est constituée de nombreuses mesures qui s'appuient sur une double stratégie de contrôle de l'offre de produits du tabac

et de réduction de la demande. Quant au plan cancer 2009-2013, il comporte parmi ses objectifs la poursuite de la lutte contre le tabagisme tout en essayant de réduire les inégalités sociales et régionales face au tabac [10].

La politique reconnue par différentes organisations internationales (OMS, Banque mondiale) comme la plus efficace dans le contrôle du tabac, notamment auprès des jeunes, est la politique fiscale. La France a mis en œuvre une politique d'augmentation des prix des cigarettes manufacturées entre 2001 et 2011, notamment avec des hausses élevées et rapprochées entre 2003 et 2004. Le prix de la marque la plus consommée est passé de 3,35 euros en janvier 2001 à 5,90 euros en janvier 2011, soit une hausse de 76 % du prix. D'autres mesures importantes pour dé-normaliser le tabagisme, inspirées par la CCLAT, ont eu lieu depuis 2005. Le décret interdisant de fumer dans tous les lieux à usage collectif est entré en vigueur le 1^{er} février 2007, et a été étendu aux cafés, restaurants, hôtels, discothèques et casinos le 1^{er} janvier 2008. Un an après la mise en place du second volet de l'interdiction, les résultats de l'enquête *International Tobacco Control* (ITC France) montrent qu'il n'y a plus que 4 % des fumeurs et 5 % des non-fumeurs à avoir vu des consommateurs fumer dans le bar où ils se sont rendus la dernière fois alors que fin 2006, ils étaient respectivement 97 % et 92 % dans ce cas [11].

TABLEAU I

Prévalence tabagique mesurée dans le Baromètre cancer 2010 parmi les 15-85 ans, comparaison avec le Baromètre santé 2010 (en pourcentage)

	Baromètre cancer 2010	Baromètre santé 2010
Fumeur actuel	32,0	31,6
Fumeur régulier	27,6	27,3
Fumeur intensif (au moins 10 cigarettes par jour)	19,0	18,4
Ex-fumeur	29,1	30,0

Des mesures d'aide au sevrage ont également été développées ces dernières années avec les consultations de tabacologie, le nombre de centres ayant augmenté de 70 % entre 2003 et 2008. L'Assurance maladie a facilité l'accès aux substituts nicotiques en mettant en place, en février 2007, un système de prise en charge des substituts nicotiques utilisés dans le sevrage tabagique à hauteur d'un forfait de 50 euros par an. Ce forfait a été étendu à 150 euros en septembre 2011 pour les femmes enceintes.

La prévention du tabagisme des jeunes s'est également développée avec la mise en œuvre de deux mesures spécifiques en 2009. En effet, si la loi de 2003 avait porté l'interdiction de vente de produits du tabac aux personnes de moins de 16 ans, la loi HPST du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a étendu cette interdiction jusqu'à 18 ans. La loi HPST a également interdit la vente de cigarettes aromatisées dites « bonbons », dont le goût sucré vise particulièrement à attirer les jeunes, interdiction rendue effective par décret du 30 novembre 2009. L'enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (Eropp) menée fin 2008 montre que 72 % des personnes interrogées déclarent être favorables à l'interdiction de vendre du tabac aux mineurs [12].

Toutes ces mesures ont été accompagnées par des campagnes d'information et des avertissements sur les produits du tabac. Les résultats du Baromètre cancer 2005 montraient déjà que pratiquement toutes les personnes interrogées connaissaient la dangerosité du tabac et se sentaient bien informées sur le lien entre tabac et risque de développer un cancer [13]. Effectivement, depuis 2003, chaque produit du tabac porte *a minima* la mention « Fumer tue » ou « Fumer nuit gravement à votre santé et à celle de votre entourage ». Depuis avril 2011, ces avertissements ont été renforcés par l'apposition d'images recouvrant 40 % d'un côté du paquet de cigarettes, suivant en cela les recommandations minimales de la CCLAT. En outre, chaque année, à l'occasion de la journée mondiale sans tabac du 31 mai, l'Inpes lance une campagne d'information et de prévention du tabagisme et continue ainsi d'informer le public sur les risques liés au tabac.

Dans un contexte de reprise du tabagisme en population générale qui apparaît à la fois plus nette chez les femmes et de nature à creuser les inégalités sociales de santé [6], l'étude et la compréhension des opinions et perceptions des risques de cancer liés au tabac s'avèrent primordiales pour identifier quels sont les freins à l'arrêt.

RÉSULTATS

RISQUE PERÇU LIÉ AU FAIT DE FUMER

La quasi-totalité des personnes enquêtées considèrent que fumer du tabac peut favoriser l'apparition d'un cancer : 74,6 % « certainement » et 23,3 % « probablement ». Les hommes sont plus nombreux à juger le risque « certain » (77,9 % vs 71,5 % des femmes, $p < 0,001$). Par ailleurs, la part d'individus jugeant le risque « certain »

est maximale chez les 35-44 ans (81,3 %), puis diminue continuellement avec l'âge pour atteindre 61,7 % parmi les 65-85 ans ($p < 0,001$) [figure 1].

En outre, le risque perçu de cancer lié au fait de fumer apparaît globalement homogène selon le statut tabagique. Toutefois, les fumeurs réguliers fumant moins de dix cigarettes par jour sont les moins nombreux à juger le risque « certain »

(66,3 %), tandis que les fumeurs intensifs (au moins dix cigarettes par jour) sont les plus nombreux à le penser certain (79,7 %) [figure 2].

Les associations avec le sexe et l'âge sont maintenues après ajustement sur les autres caractéristiques sociodémographiques et le statut tabagique [tableau II]. Il ressort

FIGURE 1

Réponse à la question : « Le fait de fumer favorise-t-il l'apparition d'un cancer ? » selon l'âge (en pourcentage)

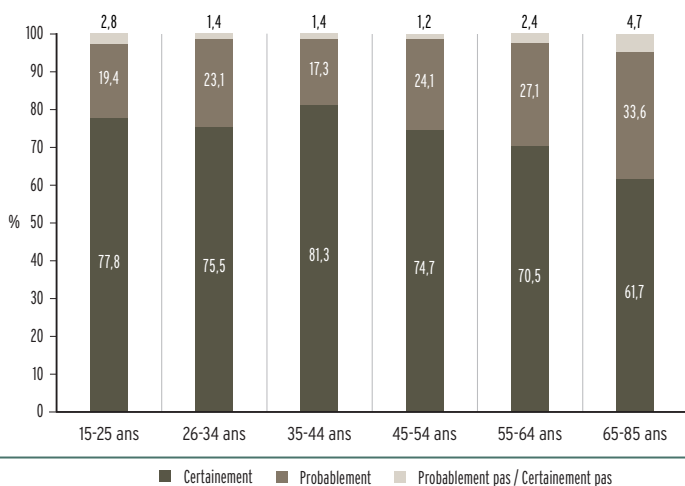
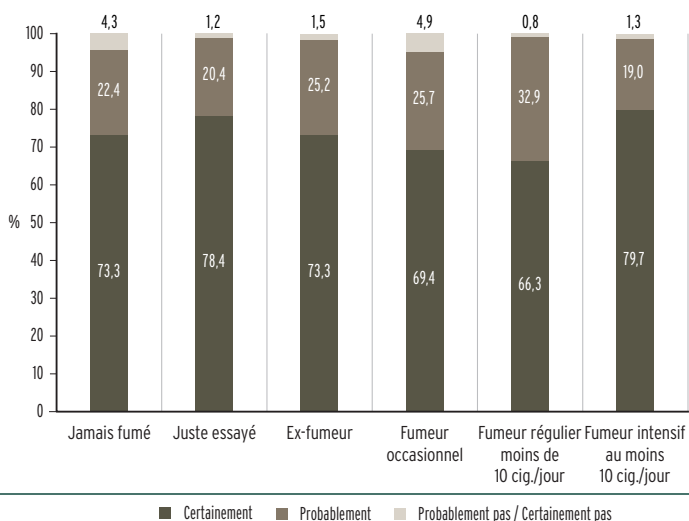


FIGURE 2

Réponse à la question : « Le fait de fumer favorise-t-il l'apparition d'un cancer ? » selon le statut tabagique (en pourcentage)



de la modélisation que les chômeurs sont moins nombreux à juger le risque de cancer « certain » que les individus qui travaillent (68,4 % vs 78,2 %), ceci restant vrai toutes choses égales par ailleurs. Par ailleurs, le risque perçu augmente avec le niveau de diplôme, et il l'est de manière plus importante parmi les cadres et professions intel-

TABLEAU II

Modèle logistique sur le risque perçu de cancer lié au fait de fumer (risque jugé certain) (n = 3 314 observations)

Variables explicatives	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe ***				
Hommes (réf.)	1 470	77,9	1	
Femmes	1 884	71,5	0,7***	0,6; 0,8
Âge ***				
15-25 ans (réf.)	519	77,8	1	
26-34 ans	509	75,5	0,8	0,6; 1,2
35-44 ans	694	81,3	1	0,7; 1,4
45-54 ans	626	74,7	0,7*	0,5; 0,9
55-64 ans	647	70,5	0,5***	0,4; 0,7
65-85 ans	359	61,7	0,4***	0,3; 0,6
Situation professionnelle ***				
Actifs travaillant (réf.)	1 945	78,2	1	
Inactifs	1 189	70,6	1	0,8; 1,3
Chômeurs	220	68,4	0,6**	0,5; 0,9
Diplôme ***				
Inférieur au baccalauréat (réf.)	1 550	71,6	1	
Baccalauréat	661	74,3	0,9	0,8; 1,2
Supérieur au baccalauréat	1 132	83,0	1,5***	1,2; 2,0
Revenus mensuels par UC				
Moins de 1100 euros (réf.)	918	74,9	1	
De 1100 à 1800 euros	1 155	74,5	0,9	0,7; 1,2
1800 euros et plus	1 006	77,0	0,9	0,7; 1,2
NSP ou ne veut pas dire	275	68,1	0,6**	0,5; 0,9
Catégorie socioprofessionnelle ***				
Agriculteurs exploitants	54	53,8	0,5*	0,3; 0,8
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	201	71,8	0,9	0,6; 1,2
Cadres et professions intellectuelles sup.	695	82,8	1,3*	1,0; 1,7
Professions intermédiaires (réf.)	934	74,5	1	
Employés	753	72,6	1,1	0,9; 1,4
Ouvriers	573	73,5	1	0,7; 1,3
Autres personnes sans activité professionnelle	144	74,5	0,9	0,6; 1,3
Statut tabagique détaillé **				
Jamais fumé (réf.)	753	73,3	1	
Juste essayé	524	78,4	1,2	0,9; 1,5
Ex-fumeur	973	73,3	0,9	0,7; 1,1
Fumeur occasionnel	157	69,4	0,6**	0,4; 0,9
Fumeur régulier < 10 cig./jour	290	66,3	0,7**	0,5; 0,9
Fumeur intensif, au moins 10 cig./jour	628	79,7	1,1	0,8; 1,4

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

lectuelles supérieures (82,8 % jugent le risque « certain »), alors que les agriculteurs sont ceux pour qui le fait de fumer apparaît le moins risqué : seuls 53,8 % d'entre eux pensent que le fait de fumer peut « certainement » favoriser l'apparition d'un cancer. Enfin, les fumeurs occasionnels, ou fumant moins de dix cigarettes par jour, sont moins nombreux à penser qu'il existe un risque certain de cancer lié au fait de fumer.

SEUIL DE DANGÉROSITÉ PERÇU

Nombre de cigarettes par jour

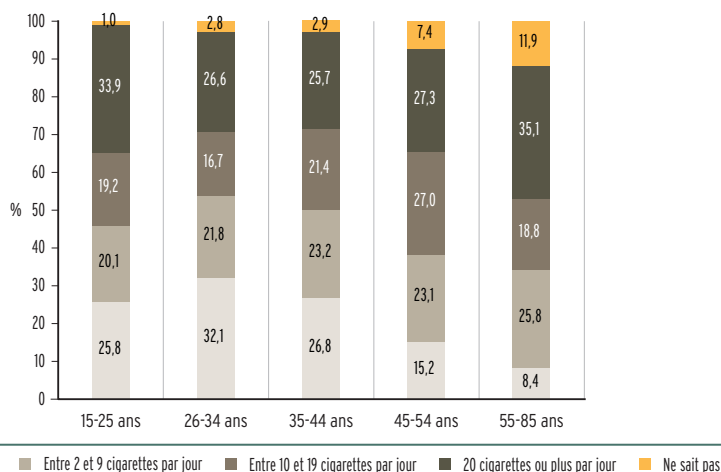
Parmi les fumeurs actuels, le seuil moyen à partir duquel les fumeurs jugent qu'il existe un risque de cancer lié au tabac s'élève à 11,9 cigarettes par jour. Plus précisément, 23,4 % pensent qu'il existe un risque dès une cigarette par jour, 22,4 % pensent que le risque d'avoir un cancer existe entre 2 et 9 cigarettes par jour, 20,7 % entre 10 et 19 cigarettes par jour et 29,1 % au-delà de 20 cigarettes par jour (4,3 % ne se prononcent

pas). Ces seuils perçus de dangerosité sont similaires chez les hommes et chez les femmes. En moyenne, le seuil de dangerosité perçue est le plus élevé parmi les 15-25 ans (12,6 cigarettes par jour) et, surtout, parmi les 55 ans et plus (13,9 cigarettes). En outre, les 55 ans et plus sont les plus nombreux à ne pas se prononcer sur la question (plus d'un sur dix) [figure 3].

Les individus les moins diplômés sont les plus nombreux à considérer que le risque de cancer intervient à partir de 20 cigarettes (36,3 % des individus dont le diplôme le plus élevé est inférieur au bac vs 23,2 % de ceux qui ont le bac et 13,1 % de ceux qui ont un diplôme supérieur au bac, $p < 0,001$). De même, les personnes dont le revenu par unité de consommation (UC) est le plus faible placent le risque à un niveau plus élevé : 36,1 % de ceux dont le revenu par UC est inférieur à 1 100 euros jugent que le tabagisme entraîne un risque de cancer à partir de 20 cigarettes par jour vs 22,9 % et 20,3 % respectivement de ceux dont le revenu par UC est compris entre 1 100 et

FIGURE 3

Seuil perçue (nombre de cigarettes) à partir duquel un fumeur risque d'avoir un cancer, parmi les fumeurs actuels, selon l'âge (en pourcentage)



1 800 euros ou est supérieur à 1 800 euros ($p < 0,001$). Enfin, plus de 35 % des ouvriers et des employés fixent le niveau de risque au-delà de 20 cigarettes par jour.

Durée du tabagisme

Selon les fumeurs actuels, la durée moyenne à partir de laquelle une personne qui fume a un risque élevé d'avoir un cancer est de 16,5 ans¹. Dans le détail, 23,9 % déclarent que cette durée est inférieure à 10 ans, 31,3 % entre 10 et 19 ans, 18,8 % entre 20 et 29 ans et 18,9 % au moins 30 ans ; 7,1 % ne se prononcent pas. Les hommes sont plus nombreux à déclarer que le risque de cancer lié au tabagisme est élevé avant 10 ans de tabagisme (26,8 % vs 20,5 % parmi les femmes, $p < 0,05$). Par ailleurs, cette durée augmente avec l'âge jusqu'à 45 ans, et la part d'individus qui ne se prononcent pas sur cette question est plus importante également au-delà de 45 ans [figure 4].

Cette durée n'est pas associée au statut professionnel. En revanche, elle est associée

au niveau de diplôme (17,4 ans pour les individus dont le diplôme est inférieur au bac, 16,0 pour les individus dont le diplôme est égal au bac et 14,2 pour les individus dont le diplôme est supérieur au bac), mais pas au niveau de revenu.

Le nombre d'années à partir duquel fumer présente un risque élevé de cancer, selon les fumeurs actuels, dépend de la consommation quotidienne jugée à risque : ainsi, il est de 11,8 ans en moyenne parmi les fumeurs qui considèrent que le tabagisme présente un risque de cancer dès une cigarette par jour, contre 16,6 ans parmi ceux qui fixent le seuil entre 2 et 9 cigarettes par jour et 18,5 parmi ceux qui fixent le seuil au-delà de 10 cigarettes par jour. Au-delà du seuil de 10 cigarettes par jour, il n'y a plus de différence [figure 5].

1. Cette question est posée pour une pratique quotidienne égale au seuil à partir duquel un fumeur risque d'avoir un cancer dû à la cigarette, selon le répondant.

FIGURE 4

Seuil perçu (nombre d'années) à partir duquel le risque d'avoir un cancer est élevé, parmi les fumeurs actuels, selon l'âge (en pourcentage)

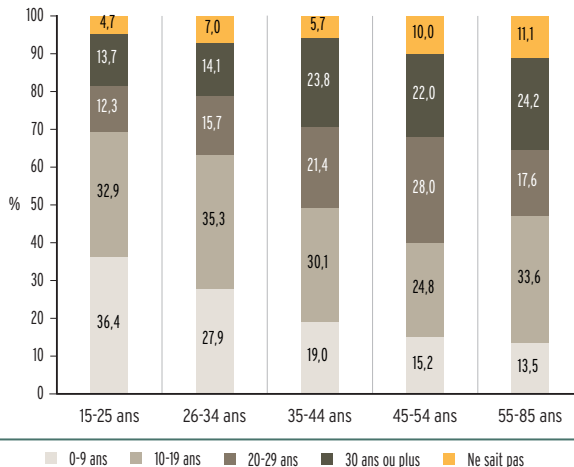
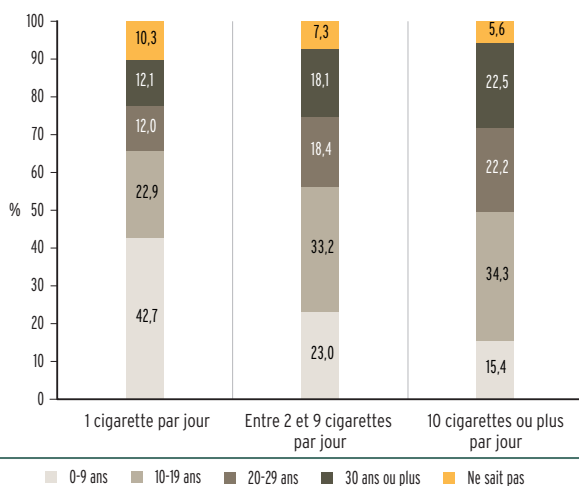


FIGURE 5

Seuil (nombre d'années) à partir duquel le tabagisme est jugé à risque de cancer, selon le seuil déclaré en nombre de cigarettes (en pourcentage)



SEUIL DE DANGÉROSITÉ SELON LA CONSOMMATION DES FUMEURS QUOTIDIENS

Parmi les fumeurs quotidiens, 60,0 % ont déclaré au moins un des seuils de risque perçu d'avoir un cancer (nombre de cigarettes ou durée) supérieur à leur durée de tabagisme ou à leur consommation en termes de cigarettes fumées par jour² : 22,4 % ont seulement déclaré un seuil de risque supérieur à leur durée de tabagisme et 16,4 % ont seulement déclaré un seuil de risque supérieur à leur consommation ; 21,2 % ont déclaré des seuils de risque à la fois supérieurs à leur durée du tabagisme régulier et à leur niveau de consommation [figure 6].

CRAINTE D'AVOIR UN CANCER LIÉ AU TABAC

La crainte d'avoir un cancer dû au tabac apparaît évidemment très corrélée au statut

tabagique. Cependant, près d'un quart des individus n'ayant jamais fumé, ou juste pour essayer, craignent d'avoir un jour un cancer dû au tabac³. Ils sont environ un tiers parmi les fumeurs occasionnels et 60 % parmi les fumeurs réguliers fumant moins de 10 cigarettes par jour. Parmi les fumeurs fumant au moins 10 cigarettes par jour, les trois quarts craignent d'avoir un cancer dû au tabagisme, sans qu'il y ait de différence au-delà d'une consommation de 10 cigarettes par jour [figure 7].

Après ajustement sur les caractéristiques sociodémographiques et le statut tabagique détaillé, il apparaît que les inactifs et les agriculteurs sont ceux qui craignent le moins d'avoir un cancer dû au tabac. Parmi les non-fumeurs, l'exposition déclarée à la fumée de tabac est liée à la crainte d'avoir

2. Les questions sur les seuils de risque étaient posées après les questions sur le nombre de cigarettes fumées et l'âge de début du tabagisme régulier.

3. On peut supposer qu'il s'agit dans ce cas du risque lié au tabagisme passif.

FIGURE 6

Seuils de risque perçu lié au tabagisme en fonction de la durée du tabagisme régulier et de la consommation des fumeurs quotidiens

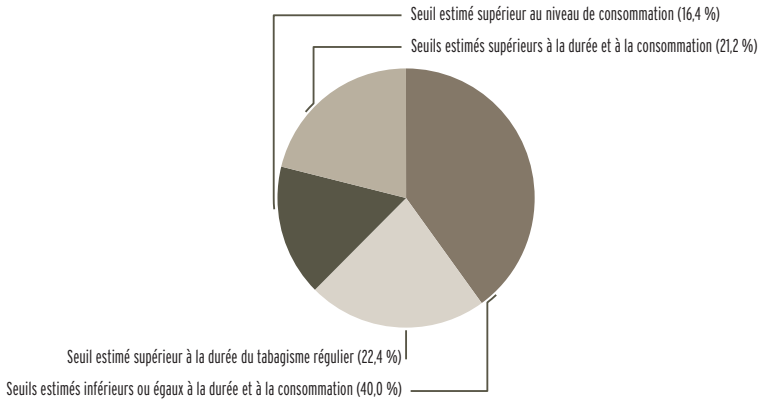
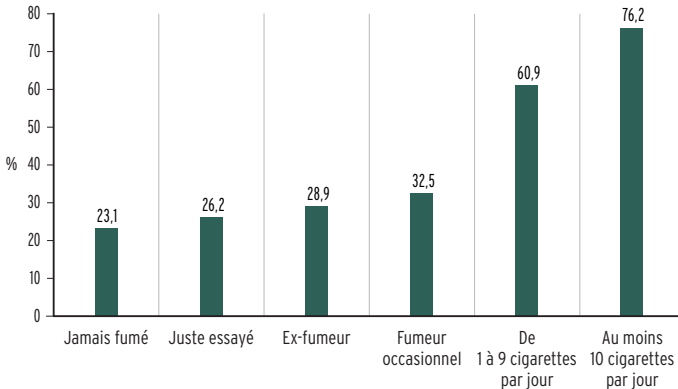


FIGURE 7

Crainte d'avoir un cancer lié au tabac selon le statut tabagique (en pourcentage)



un cancer dû au tabagisme (OR ajusté = 2,1 [1,7 ; 2,7], $p < 0,001$).

FUMER DES CIGARETTES « LÉGÈRES »

Parmi les fumeurs actuels de cigarettes, 33,9 % des hommes et 43,2 % des femmes déclarent fumer des cigarettes qu'ils considèrent comme légères⁴ ($p < 0,001$). Cette

proportion ne varie pas de manière significative selon l'âge chez les hommes ; en revanche, les fumeuses déclarent de plus en plus souvent fumer des cigarettes légères à mesure que leur âge augmente ($p < 0,05$). Notons que parmi les adolescents et jeunes

4. Bien que cette dénomination soit désormais interdite sur les paquets de cigarettes, certaines personnes peuvent avoir conservé cette terminologie par habitude.

adultes, contrairement aux autres âges, le niveau apparaît similaire entre les deux sexes [figure 8].

Par ailleurs, les petits fumeurs sont plus nombreux à fumer des cigarettes légères, puisque 42,8 % des fumeurs occasionnels et 44,7 % de ceux qui fument moins de 10 cigarettes par jour fument des cigarettes qu'ils considèrent comme légères, contre 40,0 % de ceux qui en fument entre 10 et 19, et surtout 26,1 % de ceux qui fument au moins 20 cigarettes par jour ($p < 0,01$). Ce lien est maintenu après ajustement sur le sexe et l'âge. En revanche, le fait de fumer des cigarettes légères n'est pas associé de manière significative aux caractéristiques socio-économiques (situation professionnelle, diplôme le plus élevé obtenu, revenu par UC ou PCS) [tableau III].

Parmi les raisons proposées, 33,2 % des fumeurs actuels déclarant fumer des cigarettes légères fument ce type de cigarettes pour leur goût et 32,6 % pour le confort (elles irritent moins la gorge, elles sont plus agréables...). Seulement 5,5 % d'entre eux pensent qu'elles sont moins dangereuses pour la santé, sans distinction entre hommes et femmes ; 28,8 % déclarent fumer ce type de cigarettes pour une autre raison. Les femmes déclarent plus souvent

fumer des cigarettes légères pour le confort (37,4 % vs 27,2 % parmi les hommes) ou pour leur goût (36,2 % vs 29,8 %) ($p < 0,05$).

ABORDER LA QUESTION DU TABAC AVEC UN MÉDECIN

Parmi les fumeurs actuels, 31,8 % déclarent avoir abordé la question du tabac avec un médecin au cours des douze derniers mois : 19,3 % l'ont fait de leur propre initiative et 12,5 % à l'initiative du médecin. Cette proportion augmente à partir de 35 ans : parmi les 35-85 ans, 24,3 % des fumeurs déclarent avoir abordé la question du tabac avec leur médecin de leur propre initiative, et 14,4 % à l'initiative du médecin, vs respectivement 12,9 % et 10,0 % des moins de 35 ans [figure 9].

De même, la proportion de fumeurs déclarant avoir abordé la question du tabac avec leur médecin, que ce soit à leur propre initiative ou à celle du médecin, augmente avec l'intensité du tabagisme. Au-delà d'une consommation quotidienne de 10 cigarettes, les niveaux sont cependant très proches [figure 10].

Plus spécifiquement, les femmes ont une plus grande propension à déclarer avoir abordé la question du tabac avec leur

FIGURE 8

Proportion de fumeurs actuels déclarant fumer des cigarettes légères selon l'âge et le sexe (en pourcentage)

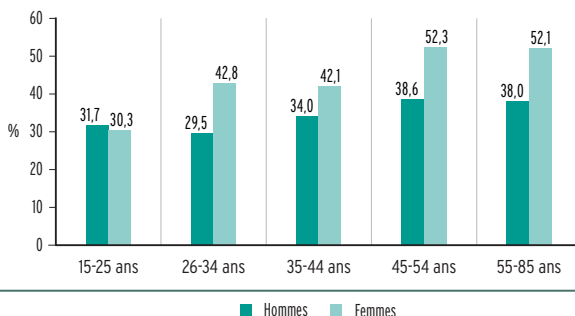


TABLEAU III

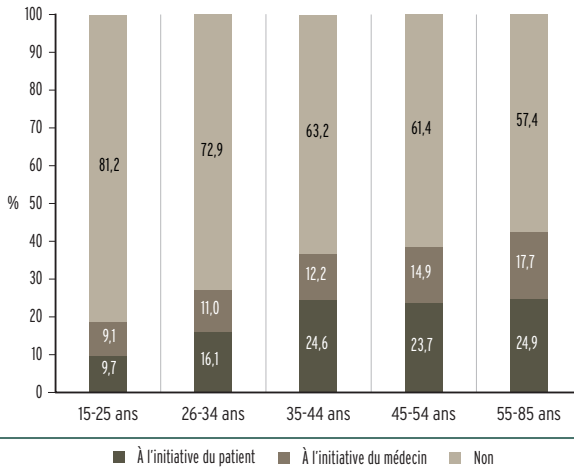
Modèle logistique sur le fait de fumer des cigarettes légères parmi les fumeurs actuels de cigarettes (n = 1124 observations)

Variables explicatives	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
**				
Hommes (réf.)	556	33,9	1	
Femmes	582	43,2	1,5***	1,2 ; 2,0
Âge				
15-25 ans (réf.)	224	31,1	1	
26-34 ans	234	36,0	1,3	0,9 ; 1,9
35-44 ans	275	37,9	1,8**	1,2 ; 2,6
45-54 ans	225	45,4	2,1***	1,4 ; 3,2
55-85 ans	180	44,4	2,9***	1,9 ; 4,5
Statut tabagique				
*				
Fumeurs occasionnels	162	42,8	1,2	0,8 ; 1,8
Fumeurs réguliers < 10 cig./ jour (réf.)	309	44,7	1	
Fumeurs intensifs au moins 10 cig./jour	653	35,0	0,6***	0,5 ; 0,8

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

FIGURE 9

Proportion de fumeurs actuels déclarant avoir abordé la question du tabac avec leur médecin au cours des douze derniers mois, selon l'âge (en pourcentage)

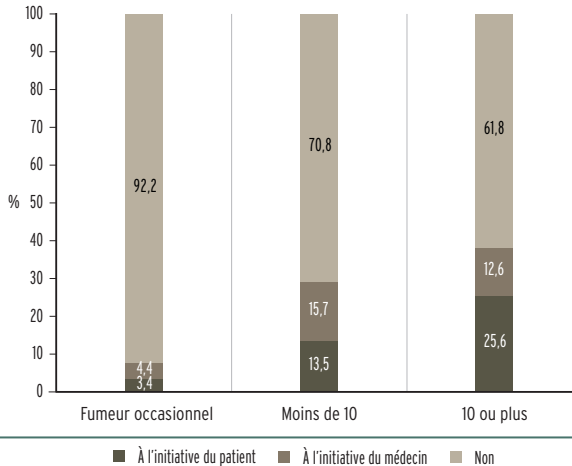


médecin de leur propre initiative au cours des douze derniers mois, après ajustement sur les autres caractéristiques. De même, l'intensité du tabagisme est liée à cette variable, puisque 25,6 % des fumeurs de 10 cigarettes

au moins par jour déclarent avoir abordé la question du tabac avec leur médecin de leur propre initiative au cours des douze derniers mois, contre seulement 13,5 % des fumeurs réguliers de moins de 10 cigarettes

FIGURE 10

Proportion de fumeurs actuels déclarant avoir abordé la question du tabac avec leur médecin au cours des douze derniers mois selon le nombre de cigarettes fumées par jour (en pourcentage)



par jour et 3,4 % des fumeurs occasionnels. En revanche, la situation professionnelle, le niveau de diplôme, le revenu par UC ou la PCS n'apparaissent pas liés de manière significative au fait d'aborder la question du tabac avec son médecin, après contrôle des effets de structure [tableau IV].

Le fait d'avoir abordé la question du tabac à l'initiative du médecin n'apparaît pour sa part pas lié de manière significative au sexe, à l'âge de l'individu et à sa région d'habitation. En revanche, ce repérage apparaît plus fréquent dans les agglomérations de 100 000 à 200 000 habitants, même si ce résultat doit être considéré avec précaution du fait des faibles effectifs [tableau V].

EXPOSITION À LA FUMÉE DE TABAC

Au total, 18,1 % des non-fumeurs déclarent qu'ils sont exposés à la fumée de tabac : 8,2 % moins d'une heure par jour, 5,5 % de une à deux heures par jour, 2,6 % de deux à cinq heures par jour et 1,8 % plus de cinq

heures par jour. Les non-fumeurs sont de moins en moins exposés à mesure que leur âge augmente ($p < 0,001$) [figure 11]. Cette exposition est également plus faible chez les individus dont le diplôme est supérieur au bac, après ajustement sur les autres caractéristiques sociodémographiques [tableau VI].

OPINIONS SUR LE TABAGISME

Au total, près de 9 personnes interrogées sur 10 (89,2 %) pensent qu'« un ancien fumeur peut avoir un cancer dû à son tabagisme même longtemps après avoir arrêté de fumer » ou que « même si on ne fume pas soi-même, être exposé à la fumée des autres peut provoquer un cancer » (93,9 %). Plus de 8 sur 10 sont d'accord avec le fait que « certaines personnes fument toute leur vie et n'ont jamais de cancer ». Cependant, 70,4 % pensent que « faire du sport permet de se nettoyer les poumons », et environ les deux tiers (64,6 %) que « respirer l'air des villes est aussi mauvais pour la santé

TABLEAU IV

Modèle logistique sur le fait d'avoir abordé la question du tabac avec son médecin, de sa propre initiative, au cours des douze derniers mois, parmi les fumeurs actuels de cigarettes (n = 1112 observations)

Variables explicatives	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
		**		
Hommes (réf.)	554	16,1	1	
Femmes	582	23,1	1,5*	1,0 ; 2,0
Âge				

15-25 ans (réf.)	224	9,7	1	
26-34 ans	233	16,1	1,4	0,8 ; 2,5
35-44 ans	275	24,7	1,9*	1,1 ; 3,4
45-54 ans	225	24,2	2,0*	1,1 ; 3,6
55-85 ans	179	24,7	2,6**	1,5 ; 4,6
Situation professionnelle				
Actifs travaillant (réf.)	719	22,0	1	
Inactifs	288	15,3	0,8	0,5 ; 1,3
Chômeurs	129	16,2	0,7	0,4 ; 1,2
Diplôme				
Inférieur au baccalauréat (réf.)	541	19,3	1	
Baccalauréat	237	24,1	1,3	0,9 ; 2,0
Supérieur au baccalauréat	354	16,0	1,0	0,6 ; 1,5
Revenus mensuels par UC				
Moins de 1100 euros (réf.)	364	20,1	1	
De 1100 à 1800 euros	405	19,8	0,8	0,6 ; 1,2
1800 euros et plus	299	18,8	0,9	0,5 ; 1,4
NSP ou ne veut pas dire	68	14,8	0,7	0,3 ; 1,4
Catégorie socioprofessionnelle				
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	67	21,4	0,7	0,4 ; 1,5
Cadres et professions intellectuelles sup.	195	18,3	0,9	0,5 ; 1,5
Professions intermédiaires (réf.)	302	20,3	1	
Employés	251	23,0	1,0	0,7 ; 1,6
Ouvriers	254	16,5	0,9	0,5 ; 1,4
Autres personnes sans activité professionnelle	61	17,7	0,8	0,4 ; 1,8
Statut tabagique				

Fumeurs occasionnels	162	3,4	0,3**	0,1 ; 0,6
Fumeurs réguliers < 10 cig./ jour (réf.)	309	13,5	1	
Fumeurs intensifs, au moins 10 cig./jour	651	25,6	2,2***	1,5 ; 3,1

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

NB : La catégorie des agriculteurs n'apparaît pas dans le modèle dans la mesure où aucun d'entre eux n'a abordé la question du tabac avec son médecin.

que de fumer des cigarettes». Concernant le lien entre durée du tabagisme et risque de cancer, 62,2 % pensent qu'«un fumeur peut éviter d'avoir un cancer à cause de la cigarette s'il sait s'arrêter à temps», et

38,0 % que «fumer ne peut provoquer un cancer que si l'on fume beaucoup et pendant longtemps» [figure 12].

Les hommes sont plus nombreux à penser qu'«un fumeur peut éviter d'avoir un cancer

TABLEAU V

Modèle logistique sur le fait d'avoir abordé la question du tabac avec son médecin, à l'initiative du médecin, au cours des douze derniers mois, parmi les fumeurs actuels de cigarettes (n = 1155 observations)

Variables explicatives	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
Hommes (réf.)	570	11,5	1	
Femmes	585	13,7	1,2	0,9; 1,7
Âge				
15-25 ans (réf.)	224	9,0	1	
26-34 ans	233	11,0	1,0	0,6; 1,8
35-44 ans	277	12,2	1,3	0,7; 2,2
45-54 ans	230	14,8	1,6	0,9; 2,8
55-85 ans	191	18,3	1,6	0,9; 2,9
Taille d'agglomération				
*				
Commune rurale (réf.)	286	14,8	1	
2 000 à 20 000 habitants	190	7,4	0,7	0,4; 1,3
20 000 à 100 000 habitants	159	10,1	1,0	0,6; 1,8
100 000 à 200 000 habitants	70	23,1	2,2*	1,2; 4,2
200 000 habitants et plus	265	14,5	1,1	0,7; 1,8
Agglomération parisienne	185	9,9	1,4	0,3; 6,6
Zone d'étude et d'aménagement du territoire				
Région parisienne (réf.)	204	9,6	1	
Bassin parisien	176	10,4	1,2	0,2; 5,5
Nord	82	13,5	1,2	0,2; 6,1
Est	103	10,6	1,0	0,2; 4,9
Ouest	154	16,8	1,8	0,4; 8,5
Sud-ouest	138	15,5	1,3	0,3; 6,4
Centre-est	137	13,0	0,8	0,2; 3,9
Méditerranée	161	12,9	1,1	0,2; 5,1

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

à cause de la cigarette s'il sait s'arrêter à temps » (64,8 % vs 59,7 % des femmes, p<0,05) ou que « faire du sport permet de se nettoyer les poumons » (72,7 % vs 68,3 %, p<0,05).

La croyance au fait que « respirer l'air des villes est aussi mauvais pour la santé que de fumer des cigarettes » est de plus en plus répandue avec l'âge, tout comme celle sur les effets bénéfiques du sport sur la « propreté » des poumons. Ces opinions

sont moins fréquentes parmi les plus diplômés. De même, de plus en plus d'individus à mesure que l'âge augmente pensent que « fumer ne peut provoquer un cancer que si l'on fume beaucoup et pendant longtemps ». Les personnes au chômage sont également plus nombreuses à penser que l'effet de la pollution de l'air est aussi mauvais que le fait de fumer (71,3 % vs 62,6 % parmi les personnes qui travaillent, p<0,05).

FIGURE 11

Exposition à la fumée de tabac selon l'âge chez les non-fumeurs (en pourcentage)

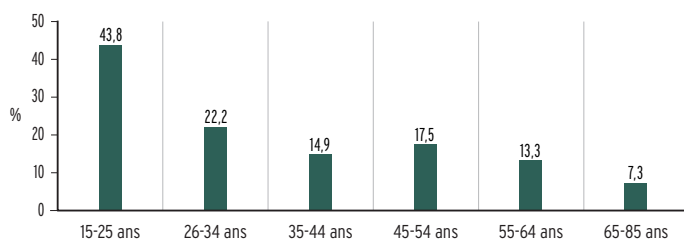


TABLEAU VI

Modèle logistique sur l'exposition à la fumée de tabac chez les non-fumeurs (n = 2 559 observations)

Variables explicatives	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
Hommes (réf.)	1 031	18,2	1	
Femmes	1 537	18,0	1,0	0,8 ; 1,2
Âge				

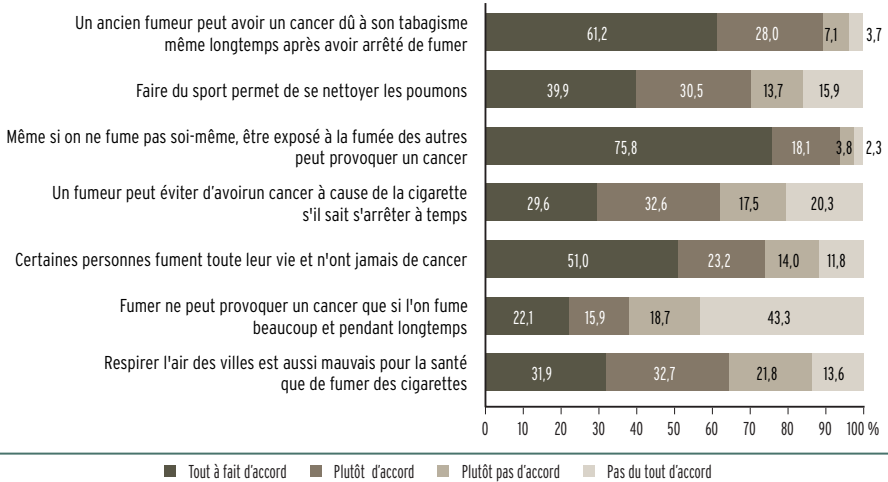
15-25 ans (réf.)	297	43,8	1	
26-34 ans	277	22,2	0,3***	0,2 ; 0,5
35-44 ans	430	14,9	0,2***	0,1 ; 0,3
45-54 ans	418	17,5	0,2***	0,1 ; 0,3
55-64 ans	581	13,2	0,2***	0,1 ; 0,2
65-85 ans	565	7,3	0,1***	0,1 ; 0,2
Situation professionnelle				
*				
Actifs travaillant (réf.)	1 264	18,2	1	
Inactifs	1 206	17,1	0,7	0,5 ; 1,0
Chômeurs	98	28,9	1,4	0,8 ; 2,2
Diplôme				

Inférieur au baccalauréat (réf.)	1 231	19,5	1	
Baccalauréat	481	20,2	0,8	0,6 ; 1,1
Supérieur au baccalauréat	847	12,2	0,5***	0,3 ; 0,7
Revenus mensuels par UC				
**				
Moins de 1100 euros (réf.)	645	23,3	1	
De 1100 à 1800 euros	859	17,3	0,8	0,6 ; 1,1
1800 euros et plus	790	13,8	0,7	0,5 ; 1,0
NSP ou ne veut pas dire	274	15,8	0,5**	0,3 ; 0,8
Catégorie socioprofessionnelle				
**				
Agriculteurs exploitants	64	5,7	0,4	0,1 ; 1,0
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	163	20,9	1,2	0,8 ; 2,0
Cadres et professions intellectuelles sup.	558	14,7	1,0	0,7 ; 1,4
Professions intermédiaires (réf.)	720	15,9	1	
Employés	573	18,2	1,0	0,7 ; 1,3
Ouvriers	378	23,6	1,2	0,8 ; 1,7
Personnes sans activité professionnelle	112	20,9	1,6	0,9 ; 2,8

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

FIGURE 12

Opinions vis-à-vis du tabagisme (en pourcentage)



Ces opinions sont par ailleurs liées au statut tabagique. Ainsi, 69,3 % des fumeurs intensifs pensent que « respirer l'air des villes est aussi mauvais pour la santé que de fumer des cigarettes » contre 60,3 % des autres fumeurs quotidiens et 64,0 % des non-fumeurs. Les fumeurs ont également tendance à minimiser leur risque de cancer puisque environ 8 sur 10 déclarent que « certains fumeurs fument toute leur vie et n'ont jamais de cancer », vs 7 non-fumeurs sur 10.

SENTIMENT D'INFORMATION SUR LES EFFETS DU TABAC SUR LA SANTÉ

La grande majorité des personnes enquêtées se sentent informées sur les effets du tabac sur la santé, sans distinction selon le genre : 47,2 % se sentent « très bien informées », 44,7 % « plutôt bien informées », 4,7 % « plutôt mal informées » et 3,4 % « très mal informées »⁵. Les plus jeunes et les plus âgés sont ceux qui se sentent le

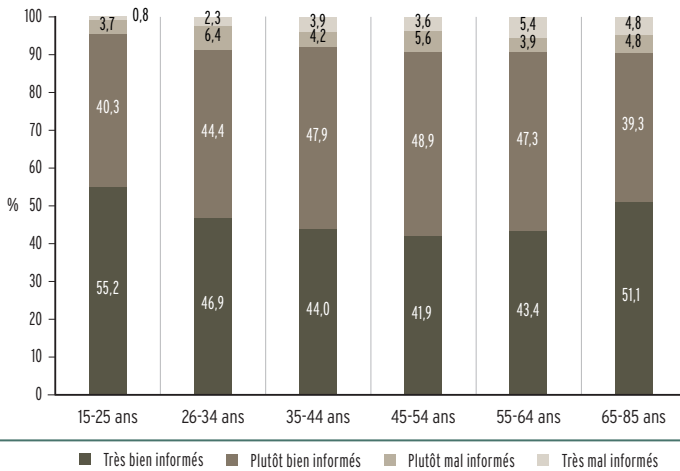
plus fréquemment « très bien informés » [figure 13]. Les chômeurs sont moins nombreux à se sentir bien informés sur les effets du tabac sur la santé (87,1 % vs 92,9 % parmi les personnes qui travaillent, $p < 0,05$). De même, les personnes les moins diplômées se sentent moins souvent bien informées sur ces effets : 10,5 % des individus dont le diplôme est inférieur au bac ont le sentiment d'être mal informés sur le sujet, vs respectivement 4,9 % et 4,1 % de ceux qui ont le bac ou dont le diplôme est supérieur au bac ($p < 0,001$). Ce gradient social est également observé concernant le niveau de revenu ($p < 0,001$) ou la PCS ($p < 0,001$). En revanche, il n'y a pas d'association significative avec le statut tabagique.

Ces associations sont maintenues après modélisation logistique, sauf pour la situation professionnelle. Ainsi, les employés et les ouvriers sont les personnes qui se

5. Les personnes ne se prononçant pas sur cette question ont été exclues de l'analyse.

FIGURE 13

Sentiment d'information sur les effets du tabac sur la santé (en pourcentage)



sentent le moins bien informées sur les effets du tabac sur la santé, les cadres et professions intellectuelles supérieures étant celles qui se sentent le mieux informées. En outre, après ajustement sur les autres caractéristiques sociodémographiques, le fait d'être une femme apparaît associé à une plus grande propension à déclarer être bien informé sur le sujet⁶ [tableau VII].

ÉVOLUTIONS ENTRE 2005 ET 2010⁷

On observe certaines évolutions entre 2005 et 2010 quant à la perception des risques liés au tabagisme [tableau VIII]. Ainsi, le risque perçu de cancer lié au tabagisme apparaît en augmentation, passant de 73,0 % des enquêtés pour un risque « certain » à 76,0 % (p<0,01). En outre, même si les préjugés persistent, les personnes interrogées sont de moins en moins nombreuses à considérer que « respirer l'air des villes est aussi mauvais pour la santé que de fumer des cigarettes » (de 65,9 % à 61,3 %, p<0,001),

ou que « fumer ne peut provoquer un cancer que si l'on fume beaucoup et pendant longtemps » (de 38,6 % à 35,0 %, p<0,01). Les seuils de risque estimés relativement à sa propre consommation, en termes de quantité ou de durée, sont d'ailleurs en nette baisse : la proportion de fumeurs réguliers estimant qu'il existe un risque dû au tabagisme à partir d'une durée de consommation ou d'un nombre de cigarettes fumées quotidiennement inférieurs à sa propre consommation est ainsi passée de 31,2 % à 42,8 % entre 2005 et 2010 (p<0,001). La proportion de fumeurs déclarant fumer des cigarettes qu'ils considèrent comme légères est également en baisse (de 44,7 % à 37,4 %, p<0,01). Les données du Baromètre cancer 2010 montrent finalement

6. L'inclusion dans le modèle du statut tabagique ne modifie pas les associations montrées ici.

7. Les chiffres en 2010 sont différents de ceux présentés dans le reste du chapitre car d'une part, la comparaison porte sur les 16-85 ans (vs 15-85 ans) n'ayant pas été soignés pour un cancer (le questionnaire était différent pour eux en 2005), et d'autre part, les détenteurs exclusifs de téléphone mobile ont été retirés de l'échantillon 2010 car ils n'avaient pas été interrogés en 2005.

TABLEAU VII

Modèle logistique sur le sentiment d'être bien informé sur les effets du tabac sur la santé (n = 3 530 observations)

Variables explicatives	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
Hommes (réf.)	1 530	91,6	1	
Femmes	2012	92,0	1,4*	1,0; 1,9
Âge				
15-25 ans (réf.)	519	95,5	1	
26-34 ans	509	91,3	0,4**	0,2; 0,8
35-44 ans	694	92,0	0,5*	0,3; 0,9
45-54 ans	625	90,8	0,5**	0,3; 0,8
55-64 ans	650	90,7	0,5*	0,3; 0,9
65-85 ans	545	90,4	0,5*	0,3; 0,9
Situation professionnelle				
		*		
Actifs travaillant (réf.)	1946	92,9	1	
Inactifs	1 375	91,3	0,8	0,5; 1,2
Chômeurs	221	87,1	0,8	0,5; 1,3
Diplôme				

Inférieur au baccalauréat (réf.)	1 678	89,5	1	
Baccalauréat	685	95,1	1,8**	1,2; 2,7
Supérieur au baccalauréat	1 167	95,9	1,7**	1,1; 2,6
Revenus mensuels par UC				

Moins de 1100 euros (réf.)	976	88,3	1	
De 1100 à 1800 euros	1 210	93,0	1,4*	1,0; 2,0
1800 euros et plus	1 044	96,2	1,9**	1,2; 3,0
NSP ou ne veut pas dire	312	90,1	0,9	0,6; 1,5
Catégorie socioprofessionnelle				

Agriculteurs exploitants	63	91,0	1,2	0,4; 3,4
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	222	91,9	1,0	0,5; 1,8
Cadres et professions intellectuelles sup.	733	97,1	1,6	0,9; 2,7
Professions intermédiaires (réf.)	974	94,6	1	
Employés	789	89,9	0,6*	0,4; 0,9
Ouvriers	604	88,6	0,6*	0,4; 1,0
Personnes sans activité professionnelle	157	84,6	0,5**	0,3; 0,8

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

une hausse du sentiment d'information sur les effets du tabac sur la santé (de 90,6 % à 94,1 %, p<0,001). Quant aux risques liés au tabagisme passif, ils sont bien connus par la quasi-totalité des enquêtés, en 2005 comme en 2010.

Bien que les risques soient de mieux en mieux connus, la crainte d'avoir un cancer lié au tabac s'avère stable sur cette période :

environ les trois quarts des fumeurs réguliers et un quart des non-fumeurs ou des fumeurs occasionnels craignent *personnellement* d'avoir un cancer lié au tabac, en 2005 comme en 2010. Le fait d'avoir abordé la question du tabac avec un médecin au cours des douze derniers mois, que ce soit de sa propre initiative ou à celle du médecin, n'a pas non plus évolué entre ces deux dates.

TABLEAU VIII

Évolution de certaines perceptions et opinions entre 2005 et 2010

	2005	2010	p-value
Fumer des cigarettes considérées comme légères (16-85 ans)	44,7 %	37,4 %	**
Avoir abordé la question du tabac avec un médecin (parmi les fumeurs actuels de 16-85 ans)	32,5 %	32,7 %	ns
de sa propre initiative (16-85 ans)	19,3 %	19,6 %	ns
à l'initiative du médecin (16-85 ans)	13,2 %	13,1 %	ns
Risque perçu de cancer lié au tabagisme (risque jugé « certain ») (16-85 ans)	73,0 %	76,0 %	**
Durée ou consommation inférieures aux seuils de risque estimé (parmi les fumeurs réguliers) (16-85 ans)	68,8 %	57,2 %	***
Crainte d'avoir un cancer lié au tabac parmi les fumeurs réguliers (16-75 ans)	74,1 %	73,5 %	ns
Crainte d'avoir un cancer lié au tabac parmi les non-fumeurs et les fumeurs occasionnels (16-75 ans)	25,3 %	26,4 %	ns
Sentiment d'être bien informé sur les effets du tabac sur la santé (16-85 ans)	90,6 %	94,1 %	***
Opinions sur le tabagisme (16-75 ans)			
Respirer l'air des villes est aussi mauvais pour la santé que fumer des cigarettes	65,9 %	61,3 %	***
Fumer ne peut provoquer un cancer que si l'on fume beaucoup et pendant longtemps	38,6 %	35,0 %	**
Même si on ne fume pas soi-même, être exposé à la fumée des autres peut provoquer un cancer	94,9 %	94,0 %	ns
Un ancien fumeur peut avoir un cancer dû à son tabagisme même longtemps après avoir arrêté de fumer	89,0 %	89,8 %	ns

** : p<0,01; *** : p<0,001. ns = non significatif.

ÉVOLUTIONS DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ EN MATIÈRE DE RISQUE PERÇU, SENTIMENT D'INFORMATION ET OPINION SUR LA DANGÉROSITÉ DU TABAC

Afin de mesurer l'évolution des perceptions et opinions concernant les risques liés au tabagisme (en particulier les risques de cancer) selon le niveau socio-économique des personnes enquêtées, des modèles de régression logistique ajustés sur le sexe, l'âge et le statut tabagique détaillé (avec fumeurs intensifs), ont été estimés en 2005 et en 2010 au regard de certaines caractéristiques pouvant refléter un faible niveau socio-économique : appartenir à un ménage dont le revenu par UC se situe dans le premier tercile (c'est-à-dire inférieur à 1100 euros en 2010 ou inférieur à 900 euros en 2005), avoir un niveau scolaire inférieur au baccalauréat, être au chômage et être ouvrier⁸ [tableau IX].

Au vu de ces analyses, les inégalités sociales en matière de représentations face au tabagisme semblent s'être creusées entre 2005 et 2010. Ainsi, alors que la perception du risque de cancer dû au tabagisme était relativement homogène selon le niveau socio-économique en 2005, les individus d'un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat (OR = 0,8) et surtout les chômeurs (OR = 0,5) sont moins nombreux en 2010 à penser que fumer du tabac favorise certainement l'apparition d'un cancer, même si le niveau de risque perçu n'a pas diminué pour ces individus entre les deux enquêtes. De même, le sentiment d'être bien informé sur les effets du tabac sur la santé semble plus différencié en 2010 selon le niveau de revenu ou de diplôme. Enfin, même si l'opinion selon laquelle la pollution de l'air est aussi

8. Par souci de comparabilité, les modèles ont été estimés parmi les individus de 16-85 ans (ou 16-75 ans) n'ayant pas été soignés pour un cancer, et détenteurs d'une ligne fixe.

TABLEAU IX

Évolution des liens entre niveau socio-économique et perceptions relatives au tabagisme, 2005-2010 (odds-ratios ajustés sur le sexe et l'âge)

	2005				2010			
	1 ^{er} tercile de revenus	chômage	diplôme < Bac	ouvrier	1 ^{er} tercile de revenus	chômage	diplôme < Bac	ouvrier
Risque perçu (« certain ») de cancer lié au tabagisme	0,9	0,7	0,9	1,0	1,0	0,5**	0,8*	1,0
Sentiment d'être bien informé sur les effets du tabac sur la santé	0,7**	0,9	0,6***	0,8	0,6*	0,9	0,4***	0,8
Respirer l'air des villes est aussi mauvais que fumer des cigarettes (16-75 ans)	1,3*	1,3	1,8***	1,2	1,4**	1,1	1,3**	1,6**

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

mauvaise pour la santé que le tabagisme est de moins en moins répandue quelle que soit la catégorie sociale, elle s'avère encore nettement plus répandue parmi les individus dont le revenu est le plus faible,

qui ont un diplôme inférieur au baccalauréat ou parmi les ouvriers. Le niveau d'éducation semble cependant moins discriminant en 2010 qu'en 2005, relativement à cette croyance.

DISCUSSION

UNE REPRISE RÉCENTE DU TABAGISME

Alors que de nombreuses mesures ont été entreprises ces dernières années pour réduire la consommation de tabac, les résultats de ce Baromètre cancer 2010 confirment les premiers résultats déjà publiés du Baromètre santé 2010, à savoir une reprise du tabagisme avec plus de 32 % des 15-85 ans qui fument. Des hypothèses ont été proposées pour interpréter cette hausse (effet générationnel, difficultés liées à l'arrêt...), qui concerne surtout les femmes et s'inscrit dans un contexte de lutte contre le tabagisme passif ayant plutôt entraîné une baisse du nombre de cigarettes fumées [6]. Au vu des résultats du Baromètre cancer 2010, on constate que la hausse ne peut être imputée à un manque d'information sur les risques de cancers liés au tabagisme car la perception du risque de cancer dû au tabac a augmenté par rapport à 2005 et il est jugé

certain par 75 % des 15-85 ans. De même, plus de neuf personnes sur dix estiment être bien informées sur les dangers du tabac. Cependant, les inégalités sociales en matière de tabagisme persistent, voire semblent s'aggraver pour certains indicateurs.

LES « PETITS FUMEURS » S'ESTIMENT TOUJOURS MOINS À RISQUE DE DÉVELOPPER UN CANCER

Si les plus gros fumeurs et les non-fumeurs identifient particulièrement bien le risque cancer, on constate que les fumeurs réguliers de moins de 10 cigarettes par jour seraient plus volontiers dans le déni, s'estimant probablement trop peu fumeurs pour être véritablement à risque, attitude courante comme cela a déjà été observé [14] et qui correspond à une mise à distance du risque classique chez les fumeurs [15, 16]. Cela peut également s'expliquer par la diffusion par les

professionnels de santé dans les dernières décennies de repères indiquant que la survenue d'un cancer du poumon s'explique à la fois par la durée du tabagisme et par le nombre de cigarettes quotidiennes. Pourtant le modèle développé par Doll et Peto, à partir d'un suivi des médecins anglais sur quarante ans, a montré le rôle prépondérant de la durée d'exposition au tabac par rapport à la quantité fumée quotidiennement. Un triplement du nombre de cigarettes fumées par jour multiplie par trois le risque de cancer du poumon, alors qu'un triplement de la durée du tabagisme multiplie ce risque par 100 [17]. Le risque augmente également en fonction de la précocité de l'âge de début de la consommation de tabac [18]. Il n'existe cependant pas de consommation minimale en dessous de laquelle le risque est nul [19].

La perception du risque semble globalement meilleure qu'en 2005, avec néanmoins un maintien à des niveaux élevés de fausses croyances, telles que la compensation du risque de cancer du poumon par l'activité physique qui reste une perception majoritaire, en particulier parmi les hommes et les personnes les moins diplômées. Il faut toutefois souligner que cette meilleure connaissance des risques ne s'accompagne pas d'une crainte accrue de développer un cancer lié au tabagisme.

Les résultats de ce Baromètre confirment les résultats déjà observés dans des précédentes études barométriques, à savoir une meilleure perception par les fumeurs des risques liés au tabac. Le premier plan cancer, lancé en 2003, avait effectivement braqué les projecteurs sur le tabagisme et donné lieu à la diffusion de nombreuses informations sur ses risques. De plus, l'Inpes a intensifié depuis 2002 les messages de prévention sur le tabagisme avec des campagnes chocs tels que les campagnes «révélations», énumérant les produits toxiques contenus dans le tabac en 2002, et la campagne «trou dans la gorge» en 2004.

DES CIGARETTES ANCIENNEMENT DITES «LÉGÈRES» MOINS FUMÉES QU'EN 2005 MAIS APPRÉCIÉES POUR LEUR GOÛT

L'industrie du tabac a développé dans les années 1960 les cigarettes «légères», produit qui a connu un succès rapide du fait de la perception – erronée⁹ – par les fumeurs d'un risque de cancer qui serait ainsi réduit [21]. Dans un but de santé publique, les mentions de type «légères» et «extralégères» et leurs équivalents en anglais sont interdites sur les paquets de cigarettes depuis septembre 2003 en France. Cette décision est bien comprise par la population, dans la mesure où, parmi les fumeurs de cigarettes «légères», seulement 5,5 % pensent qu'elles sont moins dangereuses pour la santé. Leur utilisation, qui reste répandue pour plus d'un tiers des fumeurs, peut s'expliquer par le fait qu'elles sont moins irritantes (pour 32 % des fumeurs interrogés) et par goût (pour 33 % des fumeurs).

Les femmes semblent plus enclines que les hommes à fumer des cigarettes légères, principalement pour des raisons de confort ou pour leur goût. Cette différence de genre est toutefois gommée parmi les plus jeunes. La consommation de cigarettes anciennement dites légères a fait évoluer les différents types des cancers bronchiques. En effet, le passage de la consommation de tabac brun au tabac blond et à la cigarette légère a entraîné une diminution du carcinome épidermoïde et a vu progresser les adénocarcinomes. La lésion primitive est plus périphérique (bronches segmentaires et sous-segmentaires, parenchyme alvéolaire), en rapport avec une inhalation et une

9. Les risques pour la santé sont équivalents à ceux des cigarettes «normales», d'autant que les fumeurs de cigarettes dites légères appuient de manière spécifique sur le filtre, inspirent la fumée plus profondément et la retiennent plus longtemps dans leurs poumons [20].

pénétration plus profonde de la fumée et des goudrons [19].

LE RÔLE INSUFFISANT DES MÉDECINS DANS LE PROCESSUS D'ARRÊT DU TABAGISME

Seuls un tiers des fumeurs disent avoir abordé la question du tabac avec un médecin au cours de l'année, et les cas où l'initiative revient au médecin sont minoritaires (cela concerne un fumeur sur huit). Ces résultats sont à mettre en regard de ceux observés en 2009 dans le Baromètre santé mené auprès des médecins généralistes, qui montraient que deux tiers d'entre eux déclaraient aborder la consommation de tabac au moins une fois avec chaque patient [22, 23]. Manifestement, selon les déclarations des patients, ce premier questionnement au sujet du tabagisme n'est pas toujours suivi par la mise en œuvre d'un véritable processus de sevrage.

Un conseil minimal pratiqué par un médecin généraliste ou un professionnel de santé lors d'une consultation de routine augmente de façon significative¹⁰ le nombre de fumeurs arrêtant de fumer pour une durée d'au moins six mois. Cette intervention peut avoir un impact considérable sur la santé publique, dans la mesure où une grande majorité des fumeurs consultent leur médecin chaque année [24]. Les conseils individuels prodigués par les infirmières se révèlent également efficaces [25].

La deuxième vague de la cohorte ITC montre que dans ce domaine, la France se situe dans le bas du classement des pays participant à l'étude ITC avec seulement 28 % des fumeurs qui ont reçu des conseils de leur médecin pour cesser de fumer, au cours d'une visite de routine. De plus, la moitié des personnes ayant arrêté de fumer à la deuxième vague de l'enquête disent n'avoir reçu ni soutien ni encouragement de leur médecin et/ou d'un professionnel de santé dans les six derniers mois [26].

LES PISTES À EXPLORER POUR ENRAYER L'AUGMENTATION DE LA PRÉVALENCE TABAGIQUE

La multiplicité des messages de prévention sur la santé a certes permis une bonne compréhension des différents comportements (faire du sport, manger cinq fruits et légumes par jour, etc.) mais se révèle inapte à informer le consommateur sur le poids respectif de chaque facteur de risque sur le cancer. Lorsque 65 % des personnes interrogées pensent que « respirer l'air des villes est aussi mauvais pour la santé que de fumer des cigarettes », on constate une rupture entre les données scientifiques établies et la compréhension des différents risques par la population. Le principal facteur de risque du cancer du poumon en France et dans le monde est le tabac. Il est responsable de 81 % des décès par cancer du poumon en France. Les autres facteurs de risque, à un degré nettement moindre, sont les expositions professionnelles (l'amiante, les hydrocarbures polycycliques et le chrome), le radon et la pollution (moins de 2 %) [27]. Par ailleurs, la croyance des fumeurs à l'existence de facteurs de protection contre le tabagisme est toujours élevée, avec une proportion importante (70 %) de personnes qui pensent que l'activité physique peut compenser les effets du tabac. Or, bien que la pratique d'une activité physique régulière soit un facteur de protection du cancer du sein et du cancer colorectal, les résultats sur le cancer du poumon ne sont pas avérés.

Phénomène similaire à la non observance médicamenteuse, les personnes interrogées semblent être bien conscientes des risques sanitaires attribuables au tabac « en général », mais ne semblent pas prêtes, pour une bonne part, à modifier leur comporte-

10. Le risque relatif est de 1,7. Cela signifie que le conseil minimal pratiqué par un professionnel de santé augmente de 70 % la proportion de fumeurs arrêtant de fumer pour au moins six mois.

ment. Cela nécessite de se réinterroger sur les différentes actions de prévention : à la fois sur le contenu des différents messages de prévention mais aussi sur les difficultés des personnes à modifier leurs comportements en période économique peu favorable à toute projection dans l'avenir. Il semble nécessaire de chercher à adapter les messages à des catégories de population précises (les jeunes, les femmes d'âge mûr, les chômeurs...), voire à des personnes ciblées. Faire appliquer et respecter les lignes

directrices de la CCLAT telles que l'interdiction de fumer dans les lieux publics et l'interdiction de vente aux mineurs, et sensibiliser les professionnels de santé sur le poids et l'importance du tabagisme dans la survenue de maladie et sur l'efficacité des différentes méthodes de sevrage, sont également des pistes d'actions à renforcer. Tels sont les nouveaux enjeux auxquels sont confrontés les acteurs de la prévention en France pour ainsi arriver à faire diminuer la prévalence tabagique.

Relecteurs

Pierre-Yves Bello (Direction générale de la santé)
Albert Hirsch (La ligue contre le cancer)
Jean-Louis Wilquin (Inpes)

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 01/09/2011.

- [1] Institut national du cancer (INCa). *La situation du cancer en France en 2010*. Boulogne-Billancourt : INCa, coll. Rapports et synthèses, 2010 : 286 p.
En ligne : http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/6035-la-situation-du-cancer-en-france-en-2010
- [2] Doll R., Peto R., Boreham J., Sutherland I. Mortality from cancer in relation to smoking : 50 years observations on British doctors. *British journal of cancer*, 2005, vol. 92, n° 3 : p. 426-429.
- [3] International agency for research on cancer (IARC). *World cancer report 2008*. Lyon : IARC, 2008 : 512 p.
En ligne : <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/index.php>
- [4] Hill C., Jouglu E., Beck F. Le point sur l'épidémie de cancers du poumon dus au tabagisme. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 31 mai 2010, n° 19-20, numéro spécial journée mondiale sans tabac : p. 210-213.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2010/19_20/beh_19_20_2010.pdf
- [5] Institut national du cancer (INCa). *Cancers et tabac : état des connaissances en date du 12 avril 2011*. Boulogne-Billancourt : INCa, coll. Fiches repères, 2011 : 8 p.
En ligne : http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/2338-freperetabacmai2009pdf
- [6] Beck F., Guignard R., Richard J.-B., Wilquin J.-L., Peretti-Watel P. Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé, France, 2010. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 31 mai 2011, n° 20-21, numéro spécial journée mondiale sans tabac : p. 230-233.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2011/20_21/beh_20_21_2011.pdf
- [7] Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT). *Drogues : chiffres-clés (3^e édition)*. Saint-Denis : OFDT, juin 2010 : 6 p.
En ligne : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/dce/dce10.html>
- [8] Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer (MILC). *Plan cancer 2003-2007*. Paris : Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, 2003 : 44 p.
En ligne : <http://www.plan-cancer.gouv.fr/historique/plan-cancer-2003-2007.html>
- [9] Organisation mondiale de la santé (OMS). *Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*. Genève : OMS, 2003 : 37 p.
En ligne : http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_french.pdf
- [10] Institut national du cancer (INCa). *Plan cancer 2009-2013*. Boulogne-Billancourt : INCa, 2009 : 138 p.
En ligne : <http://www.plan-cancer.gouv.fr/le-plan-cancer/presentation.html>
- [11] Fong G.T., Ratte S., Craig L., Driezen P., Wilquin J.-L., Beck F. *et al.* Evaluation des politiques de lutte contre le tabagisme en France : résultats de la première vague de l'enquête ITC France. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 27 mai 2008, n° 21-22, numéro spécial journée mondiale sans tabac : p. 183-187.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2008/21_22/beh_21_22_2008.pdf
- [12] Costes J.-M., Le Nézet O., Spilka S., Laffiteau C. Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues (1999-2008). *Tendances*, août 2010, n° 71 : 6 p.
En ligne : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend71.html>

- [13] Peretti-Watel P. Tabac et cancer. In : Guilbert P., Peretti-Watel P., Beck F., Gautier A. dir. *Baromètre cancer 2005*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2006 : p. 57-76. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/991.pdf>
- [14] Peretti-Watel P., Constance J., Guilbert P., Gautier A., Beck F., Moatti J.-P. Smoking too few cigarettes to be at risk ? Smokers perceptions of risk and risk denial, a French survey. *Tobacco Control*, 2007, vol. 16, n° 5 : p. 351-356.
- [15] 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, vol.39, n° 4 : p. 776-82.
- [16] 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, vol.83, n° 2 : p. 215-219.
- [17] Peto R. Influence of dose and duration of smoking on lung cancer rates. *IARC scientific publications*, 1986, n° 74 : p. 23-33.
- [18] Le Faou A.-L., Scemamz O. Epidémiologie du tabagisme. *Revue des Maladies Respiratoires*, décembre 2005, vol.22, n° 6 : p. 27-32.
- [19] Senellart H., Naudin F., Bedel A.-L., Bennouna J. Cancer bronchique primitif [dossier spécial]. *Revue du Praticien Médecine Générale*, 2009, n° 815 : p. 89-93.
- [20] 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, vol. 328, n° 7431 : p. 72.
- [21] 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, n° 10, suppl. 1 : p. ii2-ii6.
- [22] Guignard R., Beck F., Obradovic I. Prise en charge des addictions par les médecins généralistes. In : Gautier A. dir. *Baromètre santé médecins généralistes 2009*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètre santé, 2011 : p. 177-201.
- [23] Beck F., Guignard R., Obradovic I., Gautier A., Karila L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2011, doi : 10.1016/j.respe.2011.03.059.
- [24] Stead L.F., Bergson G., Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, Art. n° CD000165.
- [25] Haute autorité de santé (HAS). *Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique : efficacité, efficience et prise en charge financière*. Saint-Denis : HAS, 2007 : 122 p. En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_477515/strategies-therapeutiques-d-aide-au-sevrage-tabagique-efficacite-efficience-et-prise-en-charge-financiere
- [26] Projet ITC. *Second rapport national ITC France*. Waterloo : Université de Waterloo ; Saint-Denis : Inpes ; Boulogne-Billancourt : INCa, octobre 2011 : 33 p.
- [27] Hill C., Doyon F., Mousannif A. *Évolution de la mortalité par cancer en France de 1950 à 2006*. Saint-Maurice : InVS, 2009 : 272 p. En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2009/evolution_mortalite_cancer_france_1950_2006/index.html



L'essentiel

Alcool et cancer

Comportements, opinions et perceptions des risques

Les usages d'alcool toujours largement déterminés par le sexe et l'âge

En 2010, 86 % des 15-85 ans déclarent avoir bu de l'alcool au moins une fois par an, 45 % au moins une fois par semaine, et 13 % quotidiennement. La consommation quotidienne concerne 18 % des hommes et 8 % des femmes, et progresse avec l'avancée en âge. Les hommes consomment plus d'alcool que les femmes en termes de fréquence et de quantité : en moyenne, un verre de plus lors d'un épisode de consommation, sachant que boire au moins trois verres lors d'un tel épisode est plus fréquent parmi les 20-25 ans. En combinant fréquence des usages et quantités consommées, il apparaît que 5 % des 15-85 ans boivent quotidiennement au moins trois verres d'alcool : 8 % des hommes, 3 % des femmes, ces proportions augmentant beaucoup avec l'âge.

Les moins diplômés et les plus âgés moins bien informés sur les risques liés à l'alcool

Au total, 85 % des enquêtés s'estiment bien informés sur les effets de l'alcool sur la santé, cette perception variant avec l'âge et le diplôme (moins de 80 % après 55 ans, 75 % pour les sans diplôme). De même, la connaissance des seuils ne pas dépasser pour limiter les risques

pour la santé diffusés par l'Inpes (plus de deux verres quotidiens pour les femmes, plus de trois pour les hommes) est plus rare parmi les personnes sans diplôme et les personnes les plus âgées.

Des opinions qui relativisent le risque de cancer associé à l'alcool

Certaines opinions relativisent la dangerosité de l'alcool en comparant celui-ci à d'autres facteurs de risque de cancer, en distinguant les effets des différents types d'alcool, ou encore en mettant l'accent sur les dangers de l'ivresse. Par exemple, concernant certaines des opinions les plus fréquentes, 89 % des 15-75 ans estiment que « *Le principal risque avec l'alcool, ce sont les accidents de la route et la violence* », 72 % jugent que « *Boire des sodas ou manger des hamburgers est aussi mauvais pour la santé que de boire de l'alcool* », 57 % considèrent qu'« *Aujourd'hui, la pollution provoque plus de cancers que l'alcool* », 52,5 % pensent que « *Ce sont surtout les alcools forts qui sont mauvais pour la santé* ».

L'adhésion à ces assertions est plus fréquente parmi les personnes moins diplômées et moins aisées, et elle est aussi positivement corrélée avec l'usage quotidien d'alcool, comme avec une moindre perception du risque de cancer associé à l'alcool.

Évolutions 2005-2010

Entre 2005 et 2010, les consommations annuelles (au moins une fois dans l'année) et hebdomadaire sont restées relativement stables. En revanche, pour la consommation quotidienne, la diminution mise en évidence entre 2000 et 2005 se poursuit en 2010, même si elle se ralentit. Globalement, la fréquence de la consommation quotidienne d'alcool déclarée a été divisée par deux en une décennie.

S'agissant des opinions relatives aux boissons alcoolisées et à leurs dangers, elles sont restées relativement stables de 2005 à 2010, à deux exceptions près : d'une part, les Français sont de plus en plus enclins à juger que « *Boire des sodas ou manger des hamburgers est aussi mauvais pour la santé que boire de l'alcool* », mais de moins en moins d'accord avec l'assertion « *Boire un peu de vin est meilleur pour la santé que ne pas en boire du tout* ».

D'autre part, en ce qui concerne les inégalités sociales de santé, en 2010, le fait d'être au chômage n'est plus un facteur significativement associé à l'usage quotidien d'alcool, et les moins aisés apparaissent même moins souvent consommateurs. En revanche, les « fausses croyances » relatives à l'alcool (penser que seuls les alcools forts et l'ivresse sont dangereux) restent plus prégnantes parmi les moins aisés et les moins diplômés.

Alcool et cancer

Comportements, opinions et perceptions des risques

PATRICK PERETTI-WATEL
RAPHAËLLE ANCELLIN

INTRODUCTION

LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN FRANCE

En France, la consommation d'alcool en 2009 est en moyenne de 12,3 litres d'alcool pur par an et par habitant âgé de 15 ans ou plus [1], soit l'équivalent d'un peu moins de 3 verres d'alcool par jour. Les quantités d'alcool vendues sur le territoire ont beaucoup diminué depuis les années 1960, évolution liée à la baisse de la consommation de vin, qui reste néanmoins la boisson alcoolique la plus consommée. La France fait toujours partie des pays de l'Union européenne les plus consommateurs d'alcool et occupait en 2003 le cinquième rang européen [2].

CONSÉQUENCES SANITAIRES, NOTAMMENT SUR LES CANCERS

Chaque année, 30 000 décès sont attribuables à l'alcool, en particulier des décès par cirrhoses, cancers, maladies cardiovascu-

lares, accidents et suicides. La consommation de boissons alcoolisées est, en France, la deuxième cause de mortalité évitable par cancers après le tabac. Pour l'année 2006, il a été estimé que la consommation d'alcool était responsable de plus de 9 000 décès par cancers. Ainsi, 9 % des décès par cancers chez l'homme et 3 % chez la femme seraient attribuables à la consommation d'alcool en France [3]. Dès 1988, le Centre international de recherche sur le cancer a conclu que les boissons alcoolisées étaient cancérigènes pour l'homme [4-7]. Les niveaux de preuve des relations entre consommation d'alcool et risque de cancers sont jugés convaincants pour les cancers de la bouche, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, du côlon-rectum (chez l'homme) et du sein (chez la femme) et probables pour les cancers du foie et du côlon-rectum (chez la femme) [8]. Le risque de cancers augmente quel que soit le type de boissons alcoolisées (bière, vin, champagne, alcools forts...). Il augmente de

manière linéaire avec la dose apportée par les boissons alcoolisées.

POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE

La consommation de boissons alcoolisées constitue un enjeu majeur sur le plan sanitaire. À ce titre, elle est prise en considération dans la mise au point de mesures de prévention dans le cadre des politiques de santé publique : restrictions à la publicité (loi Evin en 1991), encadrement de l'offre (en termes d'horaires d'ouverture, de nombre et d'implantation de débits de boissons, de vente d'alcool aux mineurs...), mesures de sécurité routière, fiscalité sur certains produits, information du consommateur (messages sanitaires, campagnes d'information), prise en charge et traitement des personnes alcoolo-dépendantes.

La loi portant réforme de l'hôpital relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009 comporte un volet consacré à l'alcool ayant pour objectif principal de limiter les consommations à risque, notamment chez les jeunes. Sa mise en œuvre est inscrite dans le plan cancer 2009-2013. La loi a permis d'élargir l'interdiction de la vente d'alcool à l'ensemble des mineurs jusqu'à 18 ans (contre 16 ou 18 ans auparavant, selon le type de boisson et le lieu de vente). La vente à titre principal contre une somme forfaitaire ou l'offre à volonté d'alcool dans un but commercial (communément appelée « open-bars »), à titre gratuit, sont dorénavant interdites. De même, lors des « happy hours », il est obligatoire de proposer simultanément des boissons sans alcool à prix réduit.

Une autre action inscrite dans le plan cancer, intitulée « renforcer les aides aux personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool », a notamment été prise en charge en 2010 par l'Inpes, qui a créé le site <http://www.alcoolinfoservice.fr>; ce site propose une information complète sur l'alcool et la santé ainsi que l'alcoomètre, un outil d'évaluation de

sa consommation associé à un programme d'aide à la réduction de l'usage. Il fournit également des informations pour orienter les personnes en difficulté avec l'alcool.

LES DIFFICULTÉS DE LA PRÉVENTION

Rappelons que la prévention des risques liés à l'usage de boissons alcoolisées se heurte à plusieurs difficultés spécifiques. D'abord, l'alcool en général (et le vin en particulier) est un produit qui fait partie de notre culture et qui reste associé à des valeurs positives (plaisir, partage, convivialité...). Parmi les plus âgés, l'alcool reste souvent considéré comme un élément essentiel d'un bon repas, tandis que pour les plus jeunes, il apparaît encore comme un ingrédient obligé de tout événement festif.

Ensuite, la diversité des boissons alcoolisées et de leurs usages rend difficile la compréhension d'un message préventif global, une partie significative du public continuant à distinguer le vin, la bière, les alcools forts, et leurs effets sur la santé [9].

En outre, le discours préventif sur l'alcool souffre d'une certaine cacophonie. En effet, certaines études scientifiques suggèrent qu'un usage modéré d'alcool est bon pour la santé et protège de certaines pathologies, et les organismes qui défendent les intérêts des producteurs d'alcool ont donné une large publicité à ces résultats, sachant que la notion d'usage modéré reste assez floue pour le grand public. Dans le même temps, l'Inpes a beaucoup communiqué lors de la dernière décennie sur les seuils à ne pas dépasser pour limiter les risques pour la santé, risques situés au-delà d'une consommation quotidienne de deux verres en moyenne pour les femmes et trois verres en moyenne pour les hommes, pour le cancer comme pour les autres pathologies [10]. Mais récemment, l'INCa a diffusé les résultats d'une revue de la littérature scientifique et de méta-analyses

qui remettent en cause ces seuils, puisque le risque de cancer augmenterait dès un verre d'alcool quotidien [11]. Entre les bienfaits supposés de l'usage modéré, les seuils de risque longtemps diffusés par l'Inpes et les conclusions plus récentes de l'INCa, il n'est pas facile pour le grand public de s'y retrouver.

Enfin, la multiplicité des risques liés à l'usage d'alcool entretient aussi une certaine confusion dans la communication sur ces risques : il n'est pas facile de communiquer simultanément sur les risques pour la santé respectivement liés à l'alcoolisation chronique (boire régulièrement, même à faible dose, ce qui augmente sur le long terme en particulier les risques de cancer), à l'alcoolisation aiguë (avec les risques immédiats liés à l'ébriété : violences,

accidents de la route) et enfin à l'alcoolisme proprement dit.

Le présent chapitre traite de la consommation d'alcool déclarée par les Français, mais surtout de leurs croyances, en particulier du point de vue des risques sanitaires, que cette consommation représente. Précisons que ce Baromètre n'a pas pour objectif de mesurer avec précision les consommations de boissons alcoolisées, et tout particulièrement les consommations « à risque ». Le Baromètre santé, qui comprend un plus grand nombre de questions sur la consommation d'alcool que le Baromètre cancer et interroge un échantillon de taille beaucoup plus importante, est mieux armé pour cela. Néanmoins, les questions du présent Baromètre permettent de repérer quelques tendances générales.

RÉSULTATS

USAGE QUOTIDIEN OU HEBDOMADAIRE : UNE PRATIQUE MASCULINE QUI AUGMENTE AVEC L'ÂGE

En 2010, parmi les personnes âgées de 15 à 85 ans, 85,8 % déclarent avoir bu de l'alcool (y compris du cidre, du panaché ou des bières légères) au moins une fois au cours des douze derniers mois, 45,4 % en ont bu au moins une fois par semaine, et 12,8 % quotidiennement. La consommation hebdomadaire concerne 63,7 % des hommes et 31,6 % des femmes, et l'usage quotidien 17,7 % et 7,6 % respectivement.

La **figure 1** détaille ces deux usages par tranche d'âge pour les deux sexes. Pour les hommes comme pour les femmes, les usages hebdomadaire et quotidien déclarés deviennent plus fréquents avec l'avancée en âge, à l'exception d'un pic de consommation observé pour les hommes entre 20 et 25 ans.

En outre, s'agissant plus spécifiquement de l'usage quotidien, l'écart entre les deux sexes

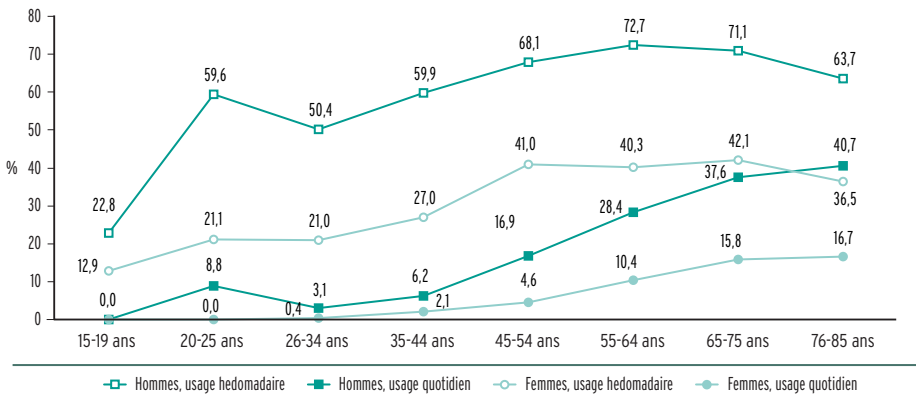
augmente également avec l'âge : la différence de prévalence entre hommes et femmes reste inférieure à dix points avant 45 ans, pour atteindre plus de vingt points parmi les plus âgés. Notons que les variations selon l'âge observées ici combinent à la fois des effets de génération et de cycle de vie : d'une part, les générations les plus anciennes consomment davantage d'alcool, d'autre part la consommation quotidienne est une pratique qui s'intensifie avec l'avancée en âge.

BOIRE AU MOINS 3 VERRES D'ALCOOL PAR ÉPISODE DE CONSOMMATION : UNE PRATIQUE QUI CULMINE CHEZ LES 20-25 ANS

Les hommes boivent plus souvent de l'alcool que les femmes, et ils en boivent aussi des quantités plus importantes. Ainsi, en 2010, en moyenne, parmi les personnes qui ont bu de l'alcool au cours des douze derniers mois, lors d'une journée au cours de laquelle ils en ont consommé, les hommes de 15 à 85 ans

FIGURE 1

Usages d'alcool quotidien et hebdomadaire selon l'âge et le sexe en 2010 (en pourcentage)



déclarent boire 1 verre de plus que les femmes : 2,8 verres déclarés par les premiers vs 1,8 pour les secondes. Parmi ces personnes, 25,7 % boivent au moins 3 verres lors d'un épisode de consommation, cette prévalence étant nettement supérieure pour les hommes : 41,8 % vs 17,5 % pour les femmes. Pour les deux sexes, cette consommation atteint un pic entre 20 et 25 ans [figure 2] : à cet âge, 59,6 % des hommes et 34,1 % des femmes boivent au moins 3 verres au cours d'une journée où ils en ont consommé. Cet usage devient ensuite de moins en moins fréquent à mesure que l'on considère les tranches d'âge plus élevées,

cette diminution étant plus marquée pour les femmes que pour les hommes.

L'USAGE QUOTIDIEN D'ALCOOL « À RISQUE » : UNE PRATIQUE CARACTÉRISTIQUE DES HOMMES D'ÂGE MÛR

En croisant les questions sur la fréquence de consommation et le nombre de verres pris les jours de consommation, il est possible de distinguer les personnes qui atteignent les seuils de risque fixés dans les campagnes de prévention de l'Inpes. Ainsi, entre 15 et 85 ans,

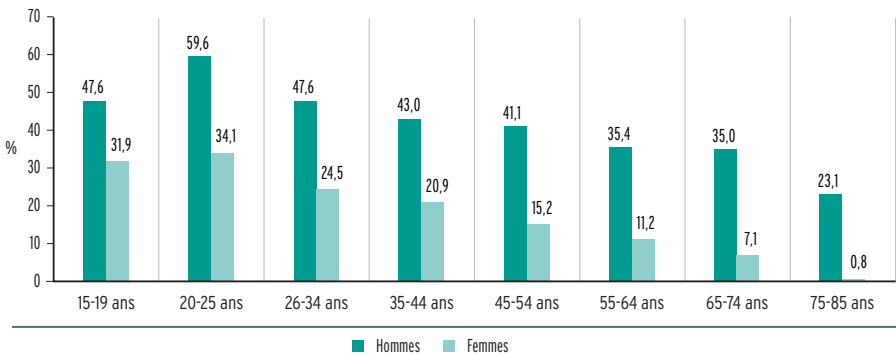
DÉFINITION DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL HEBDOMADAIRE ET QUOTIDIENNE

La question suivante était posée aux personnes ayant consommé de l'alcool au cours des douze derniers mois : « Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous bu des boissons alcoolisées, qu'il s'agisse de la bière, du vin, des alcools forts, du champagne ou de tout autre type d'alcool même peu alcoolisé ? », avec les réponses exclusives proposées suivantes : « tous les jours » ; « quatre fois par semaine

ou plus » ; « deux ou trois fois par semaine » ; « une fois par semaine » ; « deux à quatre fois par mois » ; « une fois par mois ou moins souvent ». Les personnes ayant choisi l'un des quatre premiers items (de « tous les jours » à « une fois par semaine ») sont définies comme des consommateurs hebdomadaires, les personnes ayant choisi le premier item sont définies comme des consommateurs quotidiens.

FIGURE 2

Prendre au moins 3 verres les jours où l'on boit, selon le sexe et l'âge, 2010 (en pourcentage)



8,4 % des hommes boivent quotidiennement au moins 3 verres d'alcool, tandis que 2,6 % des femmes en boivent au moins 2, soit globalement une prévalence de 5,4 % pour cette consommation « à risque ». Rappelons que si l'on peut parler de consommation « à risque », il faut tout de même garder à l'esprit que l'on compare ici un usage déclaré à une norme préventive, sans connaître le risque réel auquel s'exposent les individus, risque qui varie selon le mode de vie de chacun, son histoire et ses prédispositions propres.

Le **tableau 1** détaille le profil sociodémographique de ces personnes. L'usage d'alcool « à risque » devient significativement plus fréquent avec l'âge, avec un plafond atteint au-delà de 54 ans : de 55 à 85 ans, la prévalence de cet usage est de l'ordre de 10 %. En outre, cet usage est plus fréquent parmi les agriculteurs (16,0 %) tandis qu'il est plus rare parmi les employés (2,5 %). Quant aux différences observées selon le niveau de diplôme ou de revenus, elles ne sont plus statistiquement significatives une fois pris en compte les effets du sexe, de l'âge et de la profession. Notons que ce profil sociodémographique des usages « à risque » reste très proche de celui observé en 2005.

Enfin, s'agissant d'une autre consommation « à risque », en l'occurrence les épisodes d'alcoolisation aiguë, 37,2 % des personnes âgées de 15 à 85 ans déclarent qu'il leur arrive de boire au moins 6 verres en une même occasion : 17,9 % disent le faire moins d'une fois par mois, 14,1 % une fois par mois, 4,3 % une fois par semaine et 0,9 % tous les jours ou presque. Cette alcoolisation aiguë est plus masculine (elle concerne 54,7 % des hommes et 21,1 % des femmes) et elle connaît un pic entre 20 et 25 ans (avec, à cet âge, des prévalences de 74,1 % pour les jeunes hommes et 32,0 % pour les jeunes femmes, soit au total 52,8 % pour cette tranche d'âge).

ALCOOL, SANTÉ ET CANCER : LES MOINS DIPLÔMÉS ET LES PLUS ÂGÉS MOINS BIEN INFORMÉS

Parmi l'ensemble des personnes interrogées, 89,0 % s'estiment bien informées à propos des effets de l'alcool sur la santé (37,2 % se déclarent « très bien » informées, et 51,8 % « plutôt bien » informées). Cette perception est similaire pour les deux sexes. En revanche, elle évolue avec l'âge et le diplôme : entre 15 et 25 ans, près de 95 % des

TABLEAU I

Profil sociodémographique et consommation quotidienne « à risque » (au moins 3 verres d'alcool pour les hommes, au moins 2 verres pour les femmes)

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe		***	***	
Hommes	1603	8,4	1	
Femmes	2124	2,6	0,3	0,2 ; 0,4
Âge		***	***	
15-25 ans	521	1,3	1	
26-44 ans	1219	1,7	1,1	0,5 ; 2,5
45-64 ans	1362	7,8	4,7	2,2 ; 10,0
65-85 ans	625	11,3	6,9	3,2 ; 14,8
Diplôme		***		
Inférieur au baccalauréat	1782	6,6	1	
Baccalauréat ou équivalent	722	3,6	0,8	0,5 ; 1,4
Supérieur au baccalauréat	1210	3,5	0,8	0,5 ; 1,3
Revenus mensuels par unité de consommation				
Moins de 1100 euros	1010	4,4	1	
De 1100 à 1800 euros	1272	4,4	1,1	0,7 ; 1,6
1800 euros et plus	1099	6,0	1,2	0,7 ; 1,9
Catégorie socioprofessionnelle		***		
Agriculteurs exploitants	70	16,0	1	
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	231	8,2	0,6	0,3 ; 1,4
Cadres, prof. intellectuelles supérieures	763	4,7	0,3**	0,1 ; 0,7
Professions intermédiaires	1027	5,4	0,4*	0,2 ; 0,9
Employés	829	2,5	0,3*	0,1 ; 0,8
Ouvriers	633	6,4	0,3**	0,1 ; 0,6
Inactifs	174	6,1	0,4*	0,1 ; 1,0

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001. OR : odds ratio, IC95 : intervalle de confiance au seuil 95 % pour les OR.

enquêtés se sentent bien informés sur cette question vs moins de 80 % après 55 ans, tandis que seuls 75 % des personnes sans diplôme se jugent bien informées.

S'agissant du lien entre alcool et cancer, la question posée reprenait les seuils de risque par sexe tels qu'ils sont popularisés par les campagnes de prévention : on demandait aux hommes s'ils pensaient que boire plus de 3 verres d'alcool par jour pouvait favoriser l'apparition d'un cancer, contre plus de 2 verres d'alcool par jour pour les femmes. Au total, 36,1 % des enquêtés répondent « certainement », et 40,2 % « probablement », soit 76,3 % de personnes qui estiment que boire au-delà des seuils « à

risque » favorise l'apparition d'un cancer. Une réponse positive à cette question est plus fréquente parmi les hommes (81,4 %, vs 71,5 % des femmes) et plus rare parmi les personnes sans diplôme (65,4 %). Elle décroît aussi avec l'âge, comme l'illustre la **figure 3**, au-delà de 64 ans chez les hommes et après 44 ans pour les femmes.

Notons que lorsque la question est formulée sans préciser de seuil, 24,9 % des enquêtés se déclarent « tout à fait d'accord » avec l'assertion selon laquelle « Boire de l'alcool, même modérément, augmente le risque de développer un cancer », et 27,4 % se disent « plutôt d'accord ». Cette opinion est très corrélée avec la perception du risque

associé au fait de dépasser les seuils de consommation de 2 verres par jour pour les femmes et 3 pour les hommes, et elle partage les mêmes déterminants, avec en particulier un niveau d'adhésion qui recule avec l'âge. Ajoutons que, chez les hommes, la connaissance du risque est inversement corrélée aux usages « à risque » : parmi ceux qui jugent que boire plus de 3 verres d'alcool favorise « certainement » le cancer, seuls 3,7 % boivent quotidiennement au moins 3 verres d'alcool, tandis que cette proportion atteint 24,5 % parmi ceux qui jugent que cette consommation ne favorise « certainement pas » l'apparition d'un cancer (pour les femmes, les effectifs d'usagers « à risque » ne sont pas suffisants pour observer une différence significative).

DES OPINIONS QUI RELATIVISENT LE RISQUE DE CANCER ASSOCIÉ À L'ALCOOL

Les opinions de la population à l'égard de la dangerosité de l'alcool ne se limitent pas

à la perception du risque de cancer associé à une consommation élevée ou modérée. Certaines opinions relativisent la dangerosité de l'alcool par rapport à d'autres facteurs de risque de cancer suggérés dans l'enquête, en distinguant les effets des différents types d'alcool, ou encore en mettant l'accent sur les dangers de l'ivresse. La **figure 4** permet d'apprécier le niveau d'adhésion à de telles opinions, qui sont bien sûr susceptibles d'influencer la façon dont sont perçus les messages de prévention, comme les comportements de consommation. Précisons que ces questions n'ont pas été posées aux personnes de plus de 75 ans.

Tout d'abord, une large majorité des enquêtés estime que « *Le principal risque avec l'alcool, ce sont les accidents de la route et la violence* » : 64,6 % des 15-75 ans se disent « *tout à fait d'accord* » avec cette assertion et 24,2 % « *plutôt d'accord* » (soit un niveau d'adhésion de 88,8 %). Ensuite, 71,8 % se disent d'accord avec l'affirmation selon laquelle « *Boire des sodas ou manger des hamburgers est aussi mauvais pour la santé* »

FIGURE 3

Boire 3 verres d'alcool par jour (pour les hommes, 2 pour les femmes) favorise « certainement » ou « probablement » l'apparition d'un cancer, opinion selon le sexe et l'âge, 2010 (en pourcentage)

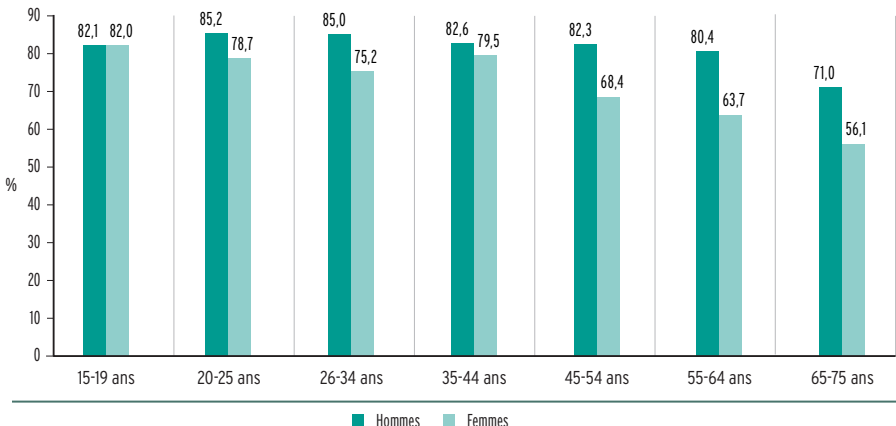
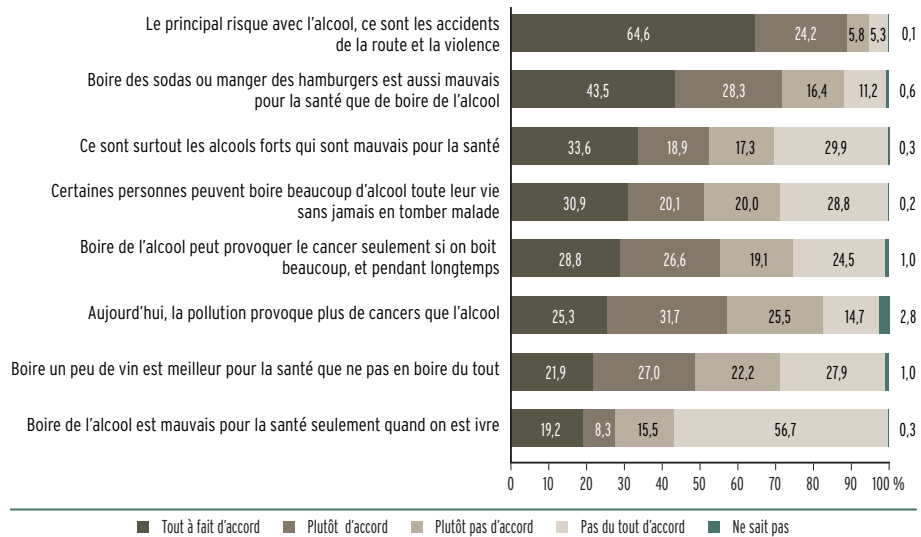


FIGURE 4

Opinions relatives à la dangerosité de l'alcool, 2010 (en pourcentage)



que de boire de l'alcool». De même, pour plus d'un Français sur deux, « Ce sont surtout les alcools forts qui sont mauvais pour la santé » (52,5 % se disent d'accord). Presque toutes les autres assertions recueillent plus de 50 % d'opinions favorables : « Certaines personnes peuvent boire beaucoup d'alcool toute leur vie sans jamais en tomber malade » (51 %), « Boire de l'alcool peut provoquer le cancer seulement si on boit beaucoup, et pendant longtemps » (55,4 %), « Aujourd'hui, la pollution provoque plus de cancers que l'alcool » (57,0 %). En revanche, pour l'assertion « Boire un peu de vin est meilleur pour la santé que de ne pas en boire du tout », le pourcentage d'adhésion reste juste en deçà des 50 % (48,9 %). Enfin, seuls 27,5 % des personnes interrogées jugent que « Boire de l'alcool est mauvais pour la santé seulement quand on est ivre ».

Il apparaît que les personnes qui consomment de l'alcool quotidiennement sont plus enclines à adhérer à chacune de ces assertions, hormis pour la première citée (« Le

principal risque avec l'alcool... »). De plus, l'adhésion à ces assertions est statistiquement corrélée à une moindre perception du risque de cancer associé à l'alcool. Par exemple, parmi les personnes qui jugent que seule l'ivresse alcoolique est mauvaise pour la santé, 66,9 % estiment que boire plus de 2 ou 3 verres d'alcool par jour favorise l'apparition d'un cancer, contre 80,0 % parmi celles qui rejettent cette assertion. En outre, de façon générale, les personnes qui s'estiment bien informées s'agissant des effets de l'alcool sur la santé ont tendance à rejeter plus souvent que les autres les assertions qui relativisent le risque de cancer associé à 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 »). Toutefois, le fait de se sentir bien informé sur ce sujet n'empêche pas d'adhérer à ce type d'assertions. Par exemple, parmi les personnes qui se considèrent bien informées, 51,8 % pensent que ce sont surtout les

alcools forts qui sont mauvais pour la santé, et 26,3 % jugent que l'alcool n'est dangereux qu'en cas d'ivresse (contre respectivement 58,8 % et 37,5 % de celles qui ne s'estiment pas bien informées).

Une classification ascendante hiérarchique permet ici d'étudier simultanément toutes les corrélations entre ces huit questions d'opinions, pour au final dégager des profils-types qui résument la façon dont ces opinions s'articulent entre elles. On obtient ainsi ici quatre types contrastés [tableau II].

FORTE RELATIVISATION DU RISQUE ET MISE EN CAUSE DE L'IVRESSE ET DES ALCOOLS FORTS : UN PROFIL PLUS MASCULIN, ÂGÉ, PLUS MARQUÉ DANS LES MILIEUX POPULAIRES

Le premier type réunit 23,6 % des 15-75 ans interrogés. Quelle que soit l'assertion considérée, ces personnes y adhèrent massivement. Relativement au reste de l'échantillon, ces enquêtés se distinguent surtout sur les opinions suivantes : 92,4 % estiment que seule l'ivresse est dangereuse pour la santé, 86,5 % jugent que ce sont surtout les alcools forts qui sont en cause, tandis qu'*à contrario* 71,4 % soulignent les bienfaits d'une consommation modérée de vin. Ces personnes sont également enclines à relativiser les dangers de l'alcool en soulignant les méfaits de la pollution, ou en considérant que l'alcool ne serait cancérigène que si l'on en boit beaucoup, et pendant longtemps. Ce type se caractérise donc par une *forte relativisation du risque* et une *mise en cause de l'ivresse et des alcools forts*. On notera par ailleurs que 84,6 % de ces personnes se jugent bien informées sur les effets de l'alcool sur la santé, proportion moindre que celle qui est observée pour les autres types, mais reste tout de même très élevée, avec également la plus forte proportion de buveurs quotidiens (14,5 %).

Du point de vue sociodémographique, ce profil est plus masculin, plus âgé (les deux tiers des enquêtés réunis dans ce profil ont 45 ans ou plus), moins diplômé (près de 80 % n'ont pas le baccalauréat), moins aisé (près de la moitié se situent dans le premier tercile de la distribution des revenus des ménages par unité de consommation), avec, enfin, une surreprésentation des ouvriers.

FORTE RELATIVISATION DU RISQUE POUR UN TIERS DES ENQUÊTÉS

Le second profil, qui regroupe 32,0 % des enquêtés, se caractérise également par une forte relativisation du risque : 92,8 % estiment que les sodas et les hamburgers sont aussi délétères que l'alcool, 73,0 % jugent que la pollution provoque plus de cancers que l'alcool, et ils sont aussi les plus nombreux à penser que « *Certaines personnes peuvent boire beaucoup d'alcool toute leur vie sans jamais en tomber malade* ». En revanche, ces personnes rejettent presque toutes l'assertion selon laquelle seule l'ivresse serait dangereuse pour la santé. Pour les autres opinions relatives aux dangers de l'alcool, ce profil se situe généralement à un niveau intermédiaire entre le premier type et les deux derniers.

Du point de vue sociodémographique, ce profil est peu différencié, sans caractéristique spécifique, avec des répartitions par sexe, âge, niveaux de diplôme et de revenus, profession, qui se situent dans la moyenne.

FAIBLE RELATIVISATION DU RISQUE PARMIS UN PUBLIC PLUS FÉMININ ET PLUS JEUNE

Le troisième type d'opinions réunit également un tiers des personnes interrogées (33,6 %). Comme pour les deux premiers profils, la quasi-totalité de ces enquêtés estiment que « *Le principal risque avec*

TABLEAU II

**Types d'opinions relatives à la dangerosité de l'alcool parmi les 15-75 ans, 2010
(classification ascendante hiérarchique, pourcentages en colonne)**

	Effectifs	
Tout à fait, plutôt d'accord :		
Le principal risque avec l'alcool, ce sont les accidents de la route et la violence	2 932	
Boire des sodas ou manger des hamburgers est aussi mauvais pour la santé que de boire de l'alcool	2 372	
Ce sont surtout les alcools forts qui sont mauvais pour la santé	1 735	
Certaines personnes peuvent boire beaucoup d'alcool toute leur vie sans jamais en tomber malade	1 686	
Boire de l'alcool peut provoquer le cancer seulement si on boit beaucoup, et pendant longtemps	1 828	
Aujourd'hui, la pollution provoque plus de cancers que l'alcool	1 883	
Boire un peu de vin est meilleur pour la santé que ne pas en boire du tout	1 613	
Boire de l'alcool est mauvais pour la santé seulement quand on est ivre	910	
Sentiment d'information et comportement d'alcoolisation		
Effets de l'alcool sur la santé : très bien, plutôt bien informé	2 931	
Boit de l'alcool quotidiennement	315	
Sexe		
Hommes	1 618	
Femmes	1 684	
Âge		
15-19 ans	284	
20-25 ans	342	
26-34 ans	525	
35-44 ans	645	
45-54 ans	619	
55-64 ans	525	
65-75 ans	363	
Diplôme		
Aucun diplôme	567	
Inférieur au baccalauréat	1 379	
Baccalauréat	587	
Baccalauréat + 2 ou plus	751	
Revenus mensuels par unité de consommation		
Moins de 1100 euros	1 010	
De 1100 à 1800 euros	1 272	
1800 euros et plus	1 099	
Catégorie socioprofessionnelle		
Agriculteurs exploitants	61	
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	239	
Cadres, prof. intell. supérieures	532	
Professions intermédiaires	817	
Employés	740	
Ouvriers	744	
Autres personnes sans activité professionnelle	168	

Exemple de lecture : le Type 3 réunit 33,6 % des enquêtés. Parmi ceux-ci, 11,5 % se déclarent d'accord avec l'assertion selon laquelle « *Boire de l'alcool est mauvais pour la santé seulement quand on est ivre* ».

Pour chaque question utilisée dans la classification, le pourcentage d'accord le plus élevé est souligné, le plus faible est en italiques.

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001. Tests mesurant les relations statistiques bivariées entre la typologie d'une part, et chaque question d'opinion, le niveau d'information ressenti sur les effets de l'alcool sur la santé, et la consommation quotidienne d'autre part. En revanche, pour les caractéristiques sociodémographiques, les seuils de significativité indiqués sont valables après modélisation pour contrôler les effets de structure.

	Type 1 (23,6 %)	Type 2 (32,0 %)	Type 3 (33,6 %)	Type 4 (10,8 %)	Ensemble
	99,0	99,5	99,8	0,0***	88,8
	76,9	92,8	48,7	70,5***	71,8
	86,5	53,4	34,7	31,5***	52,5
	62,4	64,1	32,1	46,3***	51,0
	77,8	62,9	37,9	37,9***	55,4
	79,7	73,0	29,6	45,2***	57,0
	71,4	59,7	25,9	38,8***	48,9
	92,4	2,1	11,5	11,3***	27,5
	84,6	90,3	90,4	88,5***	84,6
	14,5	9,2	6,2	10,1***	9,5
	55,4	49,2	42,6	54,5	49,0
	44,6	50,8	57,4	45,5***	51,0
	5,8	8,8	11,9	3,9	8,6
	5,1	10,0	14,4	10,4	10,4
	8,5	16,7	18,1	23,1	15,9
	15,4	18,1	20,8	29,0	19,5
	22,8	18,3	17,0	16,6	18,7
	23,4	16,7	11,7	9,9	15,9
	19,1	11,3	6,3	7,0***	11,0
	27,1	12,9	16,5	11,0	17,3
	50,8	44,5	37,5	29,3	42,0
	11,4	18,6	20,3	22,5	17,8
	10,8***	23,9	25,7	37,2***	22,9
	46,6	36,0	37,2	29,6	33,8
	37,1	33,4	34,9	34,3	33,6
	16,4***	30,6	27,8	36,1***	32,6
	3,1	1,9	1,4	0,3	1,9
	10,1	7,8	5,5	4,8	7,2
	8,0	17,3	18,1	24,4	16,1
	20,8	25,8	24,5	30,9	24,7
	23,0	23,3	23,3	16,0	22,4
	27,5	19,5	23,1	19,1	22,5
	7,6	4,5	4,1	4,5**	5,1

l'alcool, ce sont les accidents de la route et la violence». En revanche, ils sont les moins enclins à adhérer à presque toutes les autres opinions susceptibles de relativiser les risques de la consommation d'alcool pour la santé, qu'il s'agisse de comparer l'alcool à d'autres facteurs de risque (pollution, consommation de sodas et de hamburgers), de différencier le vin et les alcools forts, ou encore de souligner que seule une consommation importante et prolongée aurait des effets délétères, et que certaines personnes échapperaient à ces effets.

Ce profil est le plus féminin (57,4 % de femmes) et le plus jeune (avec 26,3 % de 15-25 ans). En revanche, en termes de diplôme, de revenus ou de profession, ce profil s'avère peu différencié.

UNE MINORITÉ, PLUS DIPLÔMÉE ET PLUS AISÉE, PLUS ENCLINE À RECONNAÎTRE LES RISQUES DE L'ALCOOLISATION CHRONIQUE

Enfin, le quatrième type correspond à un enquêté sur dix (10,8 %). Pour la plupart des assertions proposées, ce type obtient un pourcentage d'adhésion intermédiaire. En revanche, les membres de ce profil sont les moins enclins à relativiser l'effet des alcools forts, et ils se distinguent surtout par leur rejet de l'assertion selon laquelle « *Le principal risque avec l'alcool, ce sont les accidents de la route et la violence* ».

Comme le premier type d'opinions, ce profil est plus masculin. En revanche, du point de vue des autres caractéristiques sociodémographiques, ce second profil se distingue nettement du premier, avec une surreprésentation des âges intermédiaires (plus de la moitié des personnes réunies dans ce profil sont âgées de 26 à 44 ans), mais aussi des diplômés de l'enseignement supérieur (37,2 % vs 10,8 % à 25,7 % dans les autres profils), des personnes dont les revenus du ménage se situent dans

le troisième tercile, ainsi que des cadres, professions intellectuelles supérieures et professions intermédiaires.

ÉVOLUTION DE L'USAGE QUOTIDIEN : LE DÉCLIN SE POURSUIT, MAIS RALENTIT

S'agissant de la consommation quotidienne d'alcool, les résultats présentés précédemment peuvent être comparés à ceux du Baromètre santé 2000 et du Baromètre cancer 2005, en se limitant à la tranche d'âge commune aux trois enquêtes (16-75 ans), et en utilisant une pondération spécifique qui gomme les variations sociodémographiques entre échantillons.

En 2010, parmi les personnes âgées de 16 à 75 ans, 88,7 % ont bu de l'alcool au moins une fois au cours de l'année (93,8 % des hommes, 83,9 % des femmes), contre 84,4 % en 2005 (89,3 % des hommes, 79,6 % des femmes) et 92,5 % en 2000 (94,8 % des hommes, 90,2 % des femmes). La consommation au cours de l'année reste donc très majoritaire et relativement stable.

S'agissant de la consommation hebdomadaire, après le recul observé entre 2000 et 2005, la prévalence semble s'être stabilisée entre 2005 et 2010 : en 2000, 62,3 % des 16-75 ans disaient boire de l'alcool au moins une fois par semaine (77,1 % des hommes, 48,0 % des femmes) vs 49,2 % en 2005 (63,8 % des hommes, 34,8 % des femmes) et 48,3 % en 2010 (63,8 % des hommes, 33,5 % des femmes).

Concernant cette fois-ci l'usage quotidien, la baisse mise en évidence entre 2000 et 2005 se poursuit : on comptait 20,7 % de buveurs quotidiens en 2000 (29,9 % des hommes, 11,9 % des femmes) vs 12,9 % en 2005 (18,8 % des hommes, 7,1 % des femmes) et enfin 9,6 % en 2010 (14,5 % des hommes, 5,0 % des femmes). Le niveau d'usage quotidien d'alcool déclaré aurait donc été divisé par deux en une décennie.

Les **figures 5 et 6** détaillent l'évolution depuis dix ans de la prévalence de la consommation quotidienne d'alcool, selon l'âge et le sexe. Cette comparaison entre les trois enquêtes confirme le recul de l'usage quotidien d'alcool observé ces dernières années pour les deux sexes.

On notera toutefois que, globalement, les écarts observés entre 2005 et 2010 sont

moindres que ceux obtenus entre 2000 et 2005, avec des variations selon l'âge et le sexe. Parmi les hommes, cet écart reste faible jusqu'à 45-54 ans, avant d'atteindre puis de dépasser les 10 points : entre 76 et 85 ans, 66,0 % des hommes interrogés en 2005 buvaient de l'alcool quotidiennement, contre seulement 42,4 % en 2010. Quant aux femmes, à tout âge l'écart de préva-

FIGURE 5

Évolution de l'usage quotidien d'alcool parmi les hommes et selon l'âge, 2000-2005-2010 (en pourcentage)

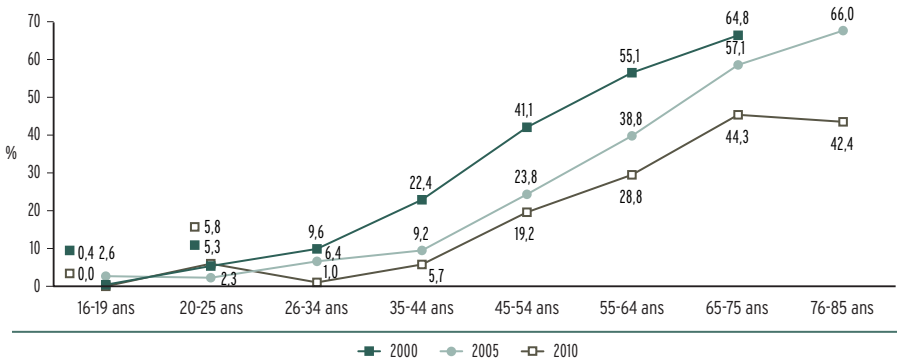
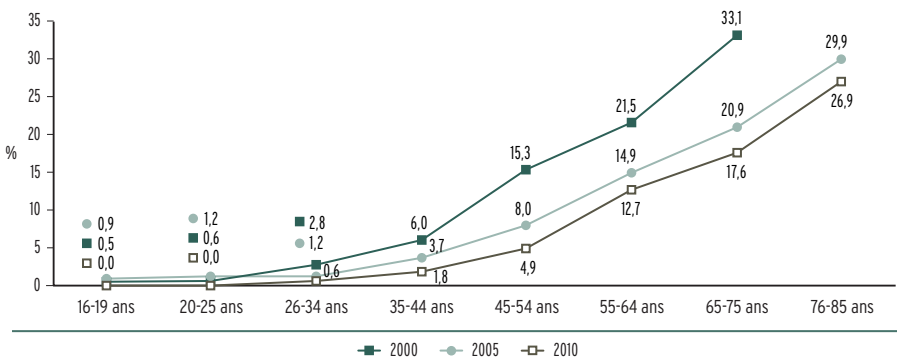


FIGURE 6

Évolution de l'usage quotidien d'alcool parmi les femmes et selon l'âge, 2000-2005-2010 (en pourcentage)



lence entre 2005 et 2010 est inférieur à celui observé entre 2000 et 2005 et il reste faible (toujours inférieur à 4 %).

ÉVOLUTION DES OPINIONS : STABILITÉ GÉNÉRALE, HORMIS POUR LES BIENFAITS SUPPOSÉS DU VIN

De 2005 à 2010, les opinions relatives à l'alcool sont restées relativement stables, avec des proportions d'adhésion variant généralement d'à peine quelques pourcents, à une exception près [figure 7]. En l'occurrence, parmi les Français âgés de 16 à 75 ans, l'opinion selon laquelle « *Boire un peu de vin est meilleur pour la santé que ne pas en boire du tout* » a nettement reculé : 58,3 % des enquêtés se déclaraient d'accord en 2005 contre 47,6 % en 2010.

ÉVOLUTIONS 2005-2010 : LES OPINIONS SUR L'ALCOOL RESTENT SOCIALEMENT DIFFÉRENCIÉES

Concernant les usages et les opinions relatives à l'alcool, les différences observables selon la situation sociale des enquêtés ont-elles évolué entre 2005 et 2010 ? Le **tableau III** apporte des éléments de réponse, en ciblant l'usage quotidien ainsi que deux « fausses croyances » : juger que l'alcool n'est mauvais pour la santé qu'en cas d'ivresse, ou que ce sont surtout les alcools forts qui sont mauvais pour la santé. Pour ces trois items, des odds ratios mesurent l'effet, en 2005 et en 2010, de trois indicateurs qui concourent à repérer une situation sociale défavorable, tout en contrôlant à chaque fois les effets du sexe et de l'âge : appartenir à un ménage qui se situe

FIGURE 7

Évolution des opinions relatives à la dangerosité de l'alcool, 2005-2010 (pourcentages « tout à fait » ou « plutôt » d'accord)

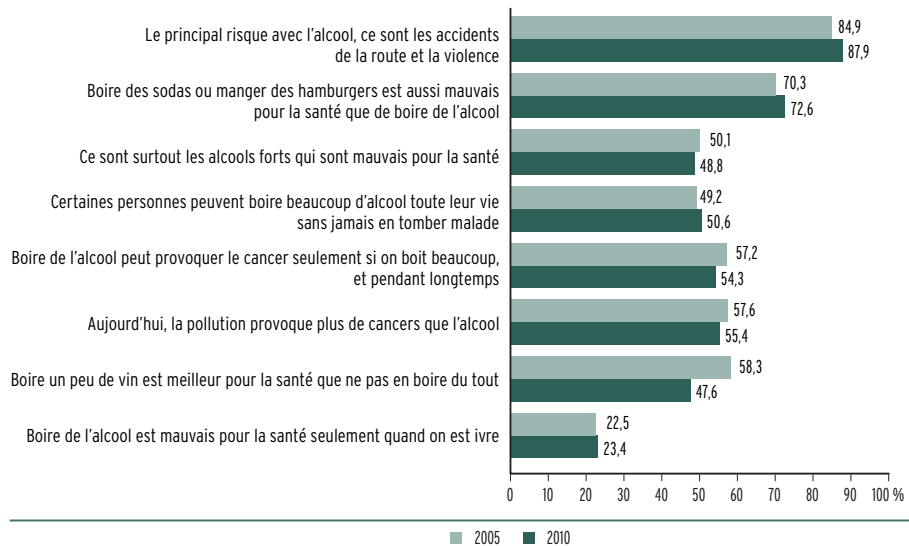


TABLEAU III

Position sociale, comportements et croyances relatives à l'alcool, évolution 2005-2010 (odds ratios)

	2005			2010		
	1 ^{er} tercile des revenus	chômage	diplôme < bac	1 ^{er} tercile des revenus	chômage	diplôme < bac
Consommateur quotidien d'alcool	0,88	2,13**	0,99	0,68*	0,72	1,10
Alcool mauvais pour la santé seulement quand on est ivre	1,27*	1,56*	2,46***	1,47**	1,35	2,36***
Ce sont surtout les alcools forts qui sont mauvais pour la santé	1,17*	1,32	1,69***	1,29**	1,20	1,55***

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

Les odds ratios ont ici été estimés à partir des données harmonisées (tranche d'âge 16-75 ans, pondération permettant la comparaison des deux enquêtes), en contrôlant systématiquement les effets de l'âge et du sexe.

dans le premier tercile de la distribution des revenus, avoir un niveau scolaire inférieur au baccalauréat, être au chômage.

En 2010, le fait d'être au chômage n'est plus un facteur significativement associé à l'usage quotidien d'alcool, tandis que les moins aisés apparaissent même moins souvent consommateurs¹. En revanche, s'agissant des deux opinions modélisées ici, les effets du niveau de revenus, du niveau de diplôme et de la situation professionnelle apparaissent très similaires en 2005 et en 2010, même si l'odds ratio associé au chômage pour l'opinion « *L'alcool est mauvais pour la santé seulement quand on est ivre* » cesse d'être significatif en 2010.

Cette stabilité apparaît bien si l'on cumule les effets mesurés ici. Par exemple, un enquêté qui a un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat, qui se trouve au chômage et qui appartient à un ménage moins aisé a environ cinq fois plus de chances de penser que l'alcool n'est mauvais pour la santé qu'en cas d'ivresse, en 2005 comme en 2010².

1. Pour les chômeurs, l'évolution de l'odds ratio, passé de 2,0 à 0,7, doit être interprétée avec précaution, car les effectifs de chômeurs sont relativement faibles dans les deux enquêtes, surtout lorsque l'on mesure des effets « toutes choses égales par ailleurs ».

2. En 2005 : $1,27 \times 1,56 \times 2,46 = 4,87$; en 2010 : $1,47 \times 1,35 \times 2,36 = 4,68$.

DISCUSSION

UNE BAISSÉ DE LA CONSOMMATION QUI SE POURSUIT

Les données recueillies dans le cadre de ce baromètre confirment le recul général de la consommation d'alcool observé depuis une dizaine d'années, en particulier pour la consommation quotidienne [9, 12-15], sachant que ces résultats sont très proches de ceux obtenus sur un plus gros échantillon par le Baromètre santé 2010 [16]. Ces

résultats confirment également l'importance prédominante de l'âge et du sexe dans la détermination de cette consommation. Rappelons que le vin reste la boisson alcoolisée la plus consommée en France, devant les spiritueux et la bière, même si c'est pour le vin que la baisse de consommation a été la plus forte ces dernières années. Les enquêtes qui distinguent les différents types de boissons alcoolisées montrent aussi que les jeunes boivent davantage de

bières et d'alcools forts, avec souvent des excès occasionnels, tandis que les plus âgés consomment plutôt du vin, en petites quantités mais très régulièrement [9, 15, 17].

Cette baisse tendancielle n'est sans doute due qu'en partie aux nombreuses campagnes de prévention menées ces dernières années dans ce domaine. En effet, ces campagnes ciblent souvent les jeunes consommateurs, alors même que les baisses observées sont plus conséquentes chez les plus âgés. Parmi ces derniers, cette baisse traduit très probablement le déclin d'habitudes qui laissaient à l'alcool, et au vin en particulier, une place de choix dans l'alimentation quotidienne.

DÉNI ET RELATIVISATION DES RISQUES SANITAIRES ASSOCIÉS À L'ALCOOL

Cinq ans après le premier Baromètre cancer, cette seconde édition confirme la forte prévalence, au sein de la population française, de croyances qui permettent de nier ou de relativiser les risques sanitaires liés à la consommation de boissons alcoolisées. L'étude de ces croyances montrent qu'elles ont tendance à se cumuler, sachant que dans les analyses, près de six enquêtés sur dix sont regroupés dans deux profils d'opinions caractérisés par une forte adhésion à celles-ci.

En outre, l'adhésion à ces croyances est restée très stable entre 2005 et 2010, à deux exceptions près. D'une part, les Français sont de moins en moins enclins à croire aux vertus du vin, sans doute au moins en partie grâce aux campagnes de prévention menées ces dernières années ; d'autre part, ils sont plus enclins à relativiser les dangers de l'alcool en les comparant à ceux de la « malbouffe » (sodas et hamburgers). Cette seconde évolution est peut-être aussi imputable partiellement aux campagnes de prévention, et illustrerait alors certains de leurs effets imprévus et contre-productifs, lorsqu'elles couvrent de

très nombreux facteurs de risque : communiquer sur certains facteurs de risque permet d'y sensibiliser la population, mais cela peut aussi induire une relativisation d'autres facteurs [18], avec au final une diminution générale de la sensibilité aux risques.

Ajoutons que ces croyances ne doivent pas être considérées comme de simples erreurs ou méconnaissances qu'une « bonne » information suffirait à corriger. En effet, elles conduisent à relativiser les risques encourus et peuvent dans certains cas expliquer une consommation qui excède les seuils de dangerosité diffusés par les campagnes de prévention : ce caractère fonctionnel est illustré dans les résultats de ce Baromètre par le fait que les personnes qui adhèrent le plus à ces croyances consomment aussi davantage d'alcool, et en perçoivent moins les risques pour la santé.

Ces croyances ne sont pas non plus de simples erreurs dans la mesure où elles peuvent s'ancrer dans les expériences individuelles. Par exemple, les conséquences délétères de l'abus d'alcool sont plus spectaculaires et plus immédiatement observables dans le cas de l'ivresse, et les modes de consommation actuels sont tels que la recherche de l'ivresse, en particulier parmi les plus jeunes, passe davantage par l'abus d'alcools forts dans un contexte festif, plutôt que de vin. En conséquence, en se basant sur leur propre expérience et leurs observations, de nombreuses personnes peuvent sincèrement penser que seule l'ivresse est dangereuse, et que les alcools forts sont plus délétères que les autres boissons alcoolisées, même si cela est objectivement « faux ». Plus généralement, il importe de se rappeler que la prévention s'adresse à des personnes qui, à défaut d'être toujours rationnelles, sont plutôt raisonnables et raisonnables, dans la mesure où elles sont promptes à justifier leurs comportements en se fondant sur des arguments qui leur semblent convaincants [19]. D'ailleurs, en

général, ces personnes s'estiment aussi souvent que les autres bien informées sur les risques sanitaires de l'alcoolisation.

LA DIFFÉRENCIATION SOCIALE DES USAGES ET DES CROYANCES

Enfin, du point de vue des inégalités sociales de santé, concernant les comportements de consommation, il n'est pas observé d'impact significatif du niveau de diplôme sur l'usage quotidien d'alcool, tandis que le chômage, facteur de risque pour cette consommation en 2005, ne l'est plus en 2010. Quant au niveau de revenus, il apparaît même en 2010 que les enquêtés appartenant aux ménages les moins aisés ont moins de risques de déclarer un usage quotidien. Il ne faudrait toutefois pas en tirer de conclusions hâtives : encore une fois, le Baromètre cancer ne permet pas une étude très détaillée des usages d'alcool et de leurs déterminants. Néanmoins, cette observation est cohérente avec les résultats d'une étude du Crédoc montrant qu'en cas de difficultés financières, les boissons alcoolisées sont le premier produit que l'on n'achète plus [20].

À partir de questions plus précises et d'échantillons de plus grande taille, il a été

montré que la relation entre consommation d'alcool et chômage dépend de l'âge (avec une relation positive chez les plus de 35 ans, et négative parmi les 18-25 ans) et du niveau de consommation étudié (le chômage restant un facteur de risque pour l'usage à risque chronique ou de dépendance), que la relation entre usage d'alcool et niveau de diplôme dépend du sexe des personnes interrogées, ou encore que les cadres ne consomment pas les mêmes vins que les ouvriers [9, 21, 22].

En revanche, nos résultats montrent clairement une forte différenciation sociale des croyances relatives aux boissons alcoolisées et à leurs effets sur la santé, différenciation qui globalement n'a pas faibli entre 2005 et 2010. Cette différenciation permet d'aborder la question des inégalités sociales de santé très en amont des écarts habituellement observés entre catégories sociales dans les statistiques de mortalité et de morbidité : ces écarts résultent notamment d'expositions environnementales et de comportements individuels (y compris dans les recours au système de soins) socialement différenciés, et ces comportements eux-mêmes sont en partie déterminés par le type de croyances étudiées ici.

Rellecteurs

Cécile Fournier (Inpes)
Paule Martel (Inra)
Nathalie Pecollo (Inra)
Jean-Baptiste Richard (Inpes)

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 01/09/2011.

- [1] Beck F., Richard J.B. Épidémiologie des pratiques d'alcoolisation en France. In : Grimaldi A. dir. *Traité EMC Endocrinologie-Nutrition*. À paraître.
- [2] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). *L'état de santé de la population*

en France, rapport 2009-2010. Paris : DREES, coll. Etudes et statistiques, 2010 : 314 p.

- [3] Hill C., Doyon F., Mousannif A. *Évolution de la mortalité par cancer en France de 1950 à 2006*. Saint-Maurice : InVS, 2009 : 272 p.
- [4] IARC Working Group. *Alcohol drinking* (vol. 44). Lyon : IARC, coll. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, 1988 : 378 p.
- [5] Baan R., Straif K., Grosse Y., Secretan B., El Ghissassi F., Bouvard V. et al. *Carcinogenicity of alcoholic beverages*. *The Lancet Oncology*, 2007, vol. 8, n° 4 : p. 292-293.
- [6] IARC Working Group. *Alcohol consumption and ethyl carbamate* (vol.96). IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, 2010 : 1428 p.
- [7] Secretan B., Straif K., Baan R., Grosse Y., El Ghissassi F., Bouvard V., et al. A review of human carcinogens - Part E : tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish. *The Lancet Oncology*, 2009, vol.10, n° 11 : p. 1033-1034.

- [8] World Cancer Research Fund (WCRF), American Institute for Cancer Research (AICR). *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective*. AICR, Washington : AICR, 2007 : 517 p.
- [9] Guilbert P., Peretti-Watel P., Beck F., Gautier A. dir. *Baromètre cancer 2005*, Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2006 : 208 p.
- [10] Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). *Alcool, effets sur la santé*. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2001 : 358 p.
- [11] Réseau national Alimentation cancer recherche (NACRe), Institut national du cancer (INCa), Direction générale de la santé (DGS). *Nutrition et prévention des cancers : des connaissances scientifiques aux recommandations*. Paris : ministère de la Santé et des Sports, coll. Les Synthèses du Programme national nutrition santé, 2009 : 50 p.
- [12] Baudier F., Dressen C., Alias F. dir. *Baromètre santé 92*. Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 1994 : 165 p.
- [13] Baudier F., Dressen C., Grizeau D., Janvrin M.P., Warszawski J. dir. *Baromètre santé 93/94 : résultats de l'enquête périodique sur la santé des français*. Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 1995 : 168 p.
- [14] Baudier F., Arènes J. dir. *Baromètre santé adultes 95/96*. Vanves : CFES, 1997 : 288 p.
- [15] Escalon H., Bossard C., Beck F. dir. *Baromètre santé nutrition 2008*, Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2009 : 424 p.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1270.pdf>
- [16] Beck F., Guignard R., Richard J.-B., Tovar M., Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. *Tendances*, 2011, n° 76 : 6 p.
- [17] Parker H., Alridge J., Measham F. *Illegal Leisure : the normalization of adolescent recreational drug use*. London : Routledge, 1998 : 177 p.
- [18] Peretti-Watel P., Obadia Y., Arwidson P., Moatti J.P. « Un risque, ça va ! Trois risques, bonjour les dégâts ? » Les difficultés de l'éducation pour la santé à prévenir des risques comportementaux multiples. *Promotion & Education*, 2008, vol. 15, n° 1 : p. 40-45.
- [19] Peretti-Watel P., Moatti J.P. *Le principe de prévention : le culte de la santé et ses dérives*. Paris : Editions du Seuil, 2009 : 103 p.
- [20] Berger R. Le vin, un produit à risques qui s'embourgeoise. *Consommation et modes de vie (CREDOC)*, novembre 2008, n° 216 : 4 p.
En ligne : <http://www.credoc.fr/pdf/4p/216.pdf>
- [21] Ayouz M.K., Cibanel C., Laporte J.P. Les déterminants de la consommation individuelle de vin en France. *Cahiers d'économie et de sociologie rurales*, 2001, n° 60-61 : p. 75-110.
- [22] Legleye S., Beck F., Peretti-Watel P., Chau N. Travail, chômage et études : les usages de drogues des 18-25 ans en 2005. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2008, vol. 56, n° 5 : p. 345-355.



L'essentiel

L'exposition aux ultraviolets artificiels en France

En 2010, 13 % des Français déclarent avoir déjà utilisé des UV artificiels au moins une fois au cours de leur vie ; cette pratique concerne surtout les femmes (19 % vs 7 % des hommes), les hommes et les femmes appartenant à la tranche d'âge 26-54 ans et les femmes ayant des revenus supérieurs à 1800 euros par unité de consommation.

Concernant la pratique d'exposition aux UV actuelle, 3,5 % de l'ensemble de la population déclarent avoir fait des UV artificiels au cours des douze derniers mois. C'est parmi les 20-25 ans que les pourcentages sont les plus élevés, (14 % pour les femmes vs 6 % pour les hommes), faisant de cette tranche d'âge une cible à privilégier pour les actions à venir.

Par ailleurs, près d'un tiers des utilisateurs ayant fait des UV artificiels au cours des douze derniers mois, se sont exposés plus de dix fois au cours de cette période.

Deux lieux d'exposition ressortent très majoritairement, les salons esthétiques (50 %) et les centres de bronzage (46 %), avec quelques différences de pratique selon les professions et les catégories sociales : le lieu d'exposition privilégié des ouvriers est le centre de bronzage, tandis que la catégorie des employés, fortement féminine, fréquente plutôt des salons esthétiques. Les autres lieux s'avèrent beaucoup moins fréquentés : la piscine ou la thalasso (4,5 %), le cabinet médical (3,5 %), la salle de sport (3 %) et enfin le domicile (1,5 %). Les fortes fré-

quences d'exposition (supérieures à dix fois par an) sont plus spécifiquement observées pour les utilisateurs des centres de bronzage (45 % d'entre eux vs 21 % des personnes fréquentant les salons esthétiques). Seuls 49 % des personnes interrogées ont le sentiment d'être bien informés sur les risques de cancer liés aux cabines UV, tandis que 89 % d'entre elles estiment qu'avoir recours aux cabines de bronzage peut favoriser l'apparition d'un cancer. Les personnes ayant fait des UV au cours de l'année s'estiment mieux informées sur les risques de cancer que la population générale (respectivement 62 % vs 48 %). Toutefois, des perceptions erronées concernant les UV artificiels existent dans la population. En effet, un quart de la population estime que faire des UV artificiels avant les vacances permet de préparer sa peau pour la protéger des coups de soleil, sans différence suivant le genre et l'âge, mais avec une baisse sensible par rapport à 2005 (de 27 à 23 %).

Ainsi, le sentiment d'être bien informé sur les risques liés aux cabines UV, la persistance de certaines idées reçues sur les bénéfices présumés des UV artificiels (notamment, penser que les UV préparent la peau aux expositions solaires) et, dans une moindre mesure, le fait de penser que les cabines UV ne sont pas une cause possible de cancer sont autant de facteurs qui semblent favoriser leur utilisation.

La réglementation actuelle vise à limiter les dommages provoqués à court et long termes par des expo-

sitions excessives mais ne peut en aucun cas éliminer le risque d'augmentation de mélanome (le plus grave des cancers de la peau) pris par ceux qui s'exposent aux UV artificiels. Il apparaît donc nécessaire de sensibiliser le grand public et les utilisateurs de cabines de bronzage aux risques liés à l'exposition aux UV artificiels. Les dangers peuvent être d'ordre sanitaire, tels que l'augmentation des risques de cancers cutanés, de cataracte, un affaiblissement des défenses immunitaires et, dans certains cas, une photo-toxicité et une photo-allergie. Les conséquences esthétiques telles que le vieillissement accéléré cutané à long terme apparaissent, dans certaines études, comme un levier assez efficace pour les campagnes de prévention. Il semble par ailleurs important de lutter contre certaines idées reçues encore bien ancrées sur les bénéfices présumés des UV artificiels, en particulier le fait qu'ils permettraient de préparer la peau au soleil, de lutter contre les déficits en vitamine D, ou encore que le contrôle du rayonnement délivré par les appareils rendrait l'exposition plus sûre qu'une exposition au soleil.

Enfin, il est nécessaire d'articuler la communication avec les messages de prévention du risque solaire. Une des pistes pourrait être d'inciter les professionnels de santé (médecins généralistes, pharmaciens, dermatologues, kinésithérapeutes, infirmières) à sensibiliser leurs patients, en se basant sur le repérage de sensibilités particulières.

L'exposition aux ultraviolets artificiels en France

CHRISTOPHE LÉON
TARIK BENMARNHIA
ISABELLE TORDJMAN
JULIE GAILLOT DE SAINTIGNON
FRANÇOIS BECK

CONTEXTE

ENJEU SANITAIRE

Avec près de 80 000 nouveaux cas par an en France, les cancers cutanés (carcinomes basocellulaires, épidermoïdes et mélanomes) sont les cancers les plus fréquents. Ils sont également parmi ceux qui ont le plus augmenté ces cinquante dernières années. La forme la plus grave, le mélanome cutané, a vu son nombre de nouveaux cas tripler entre 1980 et 2005 [1]. Selon le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), près de 70 % des mélanomes cutanés seraient dus à l'exposition solaire [2].

Des études épidémiologiques récentes ont confirmé le lien avéré entre mélanome et exposition aux UV artificiels. La méta-analyse du CIRC publiée en 2006 a conclu à une augmentation du risque de mélanome de 15 % (RR = 1,15 avec IC95 % : 1,00-1,31) pour les individus qui avaient eu recours au moins une fois dans leur vie aux UV artificiels.

Une augmentation de 75 % du risque a été observée pour une première exposition avant 35 ans (RR = 1,75 avec IC95 % : 1,35-2,26) [3].

L'évolution des connaissances scientifiques sur les effets carcinogènes des UV (UVA et UVB) a conduit le CIRC, en juillet 2009, à classer les rayonnements ultraviolets artificiels dans le groupe des cancérigènes certains pour l'homme (groupe 1), au même titre que le rayonnement solaire [4].

La popularité du bronzage, considéré dans nos sociétés comme un atout esthétique et un symbole de bonne santé, fait de la prévention de l'exposition aux ultraviolets (solaires et artificiels) un enjeu sanitaire important. Cette préoccupation est inscrite notamment dans le Plan cancer 2009-2013 (action 12.5 *Renforcer la prévention de l'exposition aux rayonnements UV*), qui prévoit de nouvelles actions d'information et d'évolutions réglementaires dans ce domaine. L'incidence et la mortalité liées au mélanome sont rappe-

lées dans le chapitre sur l'exposition aux UV naturels. Précisons que le mélanome cutané est une tumeur de bon pronostic quand il est diagnostiqué précocement, mais que les thérapies restent encore insuffisantes pour lutter contre les formes métastatiques.

CARACTÉRISTIQUES DU RAYONNEMENT DES LAMPES DE BRONZAGE UV

Les UVA, qui représentent près de 95 % du rayonnement des UV solaires qui atteint la surface de la Terre, peuvent pénétrer dans les couches profondes de la peau, tandis que les UVB ne pénètrent pas au-delà des couches superficielles de la peau et sont plutôt bien absorbés par la mélanine. L'effet mutagène des UVB est reconnu depuis longtemps et a entraîné une limitation de l'éclairage efficace en UVB par les appareils de bronzage en France dès 1997 (décret n° 97-617). Ainsi, les appareils mis à disposition du public en France pour le bronzage émettent aujourd'hui un rayonnement enrichi en UVA par rapport au rayonnement solaire. Or, des données récentes démontrent sans ambiguïté le potentiel mutagène des UVA [5]. Si le potentiel génotoxique des UVA apparaît inférieur à celui des UVB, les UVA pénètrent cependant plus facilement dans la peau et les lésions induites sont plus difficilement réparées par les cellules, suggérant une implication importante des UVA dans l'apparition des cancers cutanés.

La durée d'une séance de bronzage UV doit, selon la réglementation, être adaptée à la sensibilité de la peau de chaque client et aux caractéristiques de l'appareil pour ne jamais dépasser une dose déclenchant un coup de soleil (dose érythémale minimum ou DEM). Néanmoins, les UVA et les UVB sont des génotoxiques sans effet de seuil. Ils produisent des dommages cellulaires (altérations de l'ADN) pour des doses inférieures à celles déclenchant le signal d'alerte qu'est

le coup de soleil. Celui-ci s'avère donc être un mauvais indicateur du pouvoir cancérogène des UV et en particulier des UVA dont le potentiel érythémal (capacité à induire un coup de soleil) est plus faible que pour les UVB. En pratique, des coups de soleil peuvent néanmoins apparaître après des séances de bronzage en cabine, reflétant une exposition à des doses très élevées d'UV (dues aux caractéristiques de l'appareil, à un temps d'exposition trop élevé ou à une sensibilité de la peau particulière). Le cumul des expositions aux UV naturels et artificiels accroît le risque de développer un cancer cutané.

Les lampes UV des installations de bronzage en France délivrent de fortes doses d'UVA. Une des particularités de ce bronzage artificiel « riche en UVA » est à souligner : à bronzage égal, les mécanismes de photoprotection (en particulier l'épaississement de la peau qui correspond à un mécanisme de défense en réaction aux UVB) sont plus faiblement activés que lors d'une exposition solaire. On ne peut donc pas parler d'effet préparateur de la peau par les UV artificiels aux expositions solaires ultérieures. En outre, ces expositions peuvent donner à tort un sentiment de protection à l'utilisateur qui réduirait ainsi sa vigilance lors des expositions solaires ultérieures.

Pour les utilisations à visée esthétique (effet bonne mine, bronzage), les appareils UV mis à disposition en France sont très majoritairement des appareils de type « UV 3 », c'est-à-dire émettant un rayonnement UV dont l'intensité peut aller jusqu'à un indice UV 12, soit une intensité qualifiée d'extrême par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et correspondant à l'intensité du soleil des zones subtropicales. Le rayonnement riche en UVA délivré actuellement par les appareils de bronzage, répondant aux spécificités du décret français n° 97-617 et de la norme européenne EN 60335-2-27 : 2005, ne peut donc être considéré comme étant sans danger.

UN MANQUE D'INFORMATION SUR LE COMPORTEMENT DES UTILISATEURS ET LEUR PERCEPTION DU RISQUE

L'engouement de la population occidentale pour le soleil depuis les années 1980 a conduit à l'essor de l'activité commerciale du bronzage par UV artificiels. Ce marché est moins développé en France que dans d'autres pays européens (Allemagne, Italie, pays scandinaves), mais semble néanmoins s'inscrire dans une dynamique de croissance avec des perspectives d'expansion importantes. Un recensement réalisé par la DGCCRF en 2010 estime à environ 18 000 le nombre d'appareils UV répertoriés sur le territoire national [6].

Selon une enquête téléphonique menée par l'Inpes en 2004 auprès d'un échantillon par quotas de 1 002 personnes âgées de 15 ans et plus, les Français sont 55 % à aimer

être bronzés, 19 % à déclarer s'exposer au soleil fréquemment, 17 % à utiliser des produits cosmétiques « accélérateurs de bronzage » (monoï, huile, etc.) et 3 % à réaliser des séances d'UV artificiels [7].

Peu de données sont aujourd'hui disponibles pour décrire avec précision la fréquentation des cabines UV en France, le profil des utilisateurs ainsi que leurs motivations [8-11].

L'objectif de l'enquête menée dans le cadre du Baromètre cancer 2010 est de proposer des éléments de réponse à ces interrogations. Des informations sur la fréquentation des installations de bronzage UV en France, le comportement, les motivations, les pratiques et le profil des utilisateurs, la connaissance et la perception du risque de cancers liés à ces expositions, aujourd'hui trop peu documentés, sont abordés dans cette enquête et constituent la trame de ce chapitre.

RÉSULTATS

Pour la première fois dans le cadre du Baromètre cancer 2010, la population est interrogée sur sa pratique du bronzage par UV artificiels. Cette enquête effectuée ainsi un premier état des lieux auprès des 15-75 ans, qui permettra, à terme, de mesurer l'évolution de l'exposition de la population en fonction des actions à venir en matière de réglementation, d'information ou de sensibilisation aux risques encourus.

Il s'agit dans un premier temps de connaître la proportion de Français utilisateurs d'UV artificiels, ainsi que leurs caractéristiques et leur niveau d'information sur les risques liés aux UV artificiels. À partir de ces résultats permettant l'estimation d'une prévalence d'exposition, les enjeux sanitaires liés à cette pratique pourront être mieux appréhendés et les messages de prévention à l'attention des publics concernés pourront être ajustés.

Les caractéristiques sociodémographiques des personnes ayant fait des UV au cours de leur vie, l'exposition aux UV artificiels au cours des douze derniers mois, les lieux d'exposition aux UV, les opinions et connaissances à propos des risques de cancer liés aux cabines UV, puis l'analyse des déterminants de l'exposition aux UV artificiels sont présentés ci-après.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES AYANT FAIT DES UV ARTIFICIELS AU COURS DE LEUR VIE

Au total, 13,4 % des personnes interrogées déclarent avoir fait des UV artificiels au cours de leur vie. Ce chiffre inédit nous informe que la part des Français concernés par cette pratique est loin d'être négligeable. Souvent

motivée par des raisons esthétiques, elle répond à des caractéristiques sociodémographiques bien marquées.

Le genre apparaît comme le facteur le plus influent, les femmes étant presque trois fois plus nombreuses que les hommes à s'être déjà exposées (19,4 % vs 7,1 % ; $p < 0,001$).

C'est parmi les 20-54 ans que les pourcentages sont les plus élevés, les plus jeunes (15-19 ans) et les plus âgés (55-75 ans) étant moins concernés par l'exposition aux UV artificiels au cours de la vie. L'évolution selon l'âge apparaît similaire chez les hommes et chez les femmes ($p < 0,05$ et $p < 0,001$). La différence de pratique suivant le sexe est observée pour les tranches d'âge comprises entre 20 et 75 ans [figure 1].

Un élément inquiétant concerne la pratique des moins de 18 ans : alors que la fréquentation des cabines UV est interdite aux mineurs (décret 97-617, article 4), 3,5 % d'entre eux déclarent y avoir déjà eu recours.

La pratique des UV est souvent associée au niveau social des individus. Ainsi, le pourcentage de personnes ayant fait des UV au cours de leur vie croît avec le revenu par unité de consommation (UC¹) (29,8 % pour les femmes ayant un revenu supérieur

à 1 800 euros par unités de consommation). Cependant, ceci est vrai pour les femmes ($p < 0,001$) mais la tendance n'est pas significative pour les hommes [figure 2].

Les personnes ayant un niveau de diplôme inférieur au bac sont, en proportion, moins nombreuses que les autres à avoir fait des UV au cours de leur vie (respectivement 9,9 % vs 18,3 % ; $p < 0,001$). On observe ainsi un certain gradient social dans le fait d'avoir eu recours à cette pratique. Cette différence en termes de diplôme apparaît toutefois légèrement moins marquée chez les hommes (5,6 % vs 9,5 % ; $p < 0,05$) que chez les femmes (14,2 % vs 26,1 % ; $p < 0,001$) [figure 3].

L'EXPOSITION AUX UV ARTIFICIELS AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS

Au-delà du fait d'avoir fait au moins une fois dans sa vie des UV, il est important de

1. Définition Insee : unité de consommation
Système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes. Avec cette pondération, le nombre de personnes est ramené à un nombre d'unités de consommation (UC).

FIGURE 1

Pratique des UV au cours de la vie parmi les 15-75 ans selon le sexe et l'âge (en pourcentage)

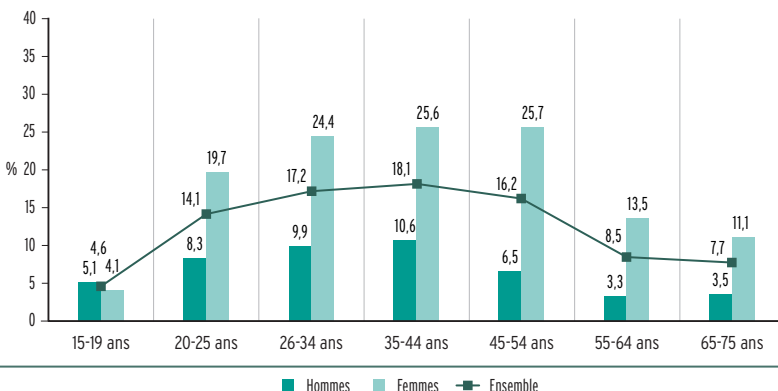


FIGURE 2

Pratique des UV au cours de la vie parmi les 15-75 ans selon le revenu par unité de consommation (en pourcentage)

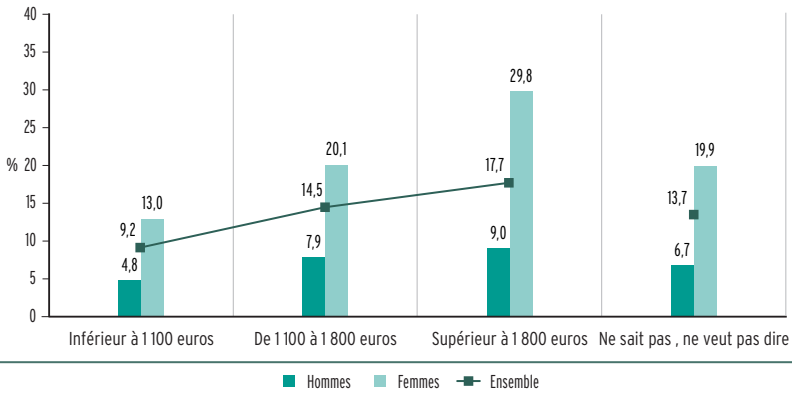
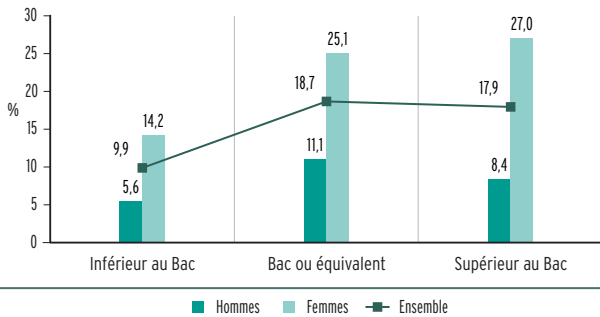


FIGURE 3

Pratique des UV au cours de la vie parmi les 15-75 ans selon le diplôme (en pourcentage)



connaître la pratique actuelle (au cours des douze derniers mois) ainsi que la fréquence de l'exposition.

Parmi les personnes interrogées, 3,5 % déclarent avoir fait des UV au cours des douze mois précédant l'enquête, soit un peu plus d'un quart des personnes ayant fait des UV au cours de leur vie. Ici encore, les femmes ont une pratique plus marquée que les hommes (respectivement 5,0 % vs 2,0 % ; $p < 0,001$). Les pratiques dans l'année concernent majoritairement la population

des 20-25 ans avec une exposition dans les douze derniers mois de 13,7 % des femmes vs 6,1 % des hommes ($p < 0,05$), les plus de 25 ans étant nettement moins concernés. L'évolution selon l'âge d'au moins une exposition aux UV artificiels au cours des douze derniers mois apparaît similaire chez les hommes et les femmes ($p < 0,05$ et $p < 0,001$) [figure 4].

Comme pour la pratique au cours de la vie, l'exposition aux UV artificiels au cours des douze derniers mois semble suivre un

gradient en fonction du revenu, même si cette tendance ne s'avère pas significative [figure 5].

De plus, les personnes ayant un niveau d'études équivalent au bac se sont plus exposées durant les douze derniers mois que celles ayant un niveau d'étude inférieur ou supérieur au bac (respectivement 6,2 % vs 2,8 % ; $p < 0,001$) [figure 6].

Fréquence d'utilisation

Parmi les personnes ayant fait des UV au cours des douze derniers mois, on observe de grandes variations dans les fréquences d'utilisation. En effet, tandis que 19,4 % ne se sont exposés qu'une fois dans l'année, 26,4 % l'ont fait plus d'une fois par mois. Parmi les 20-25 ans, ils sont 22,2 % à s'être

FIGURE 4

Pratique des UV au cours des douze derniers mois parmi les 15-75 ans selon le sexe et l'âge (en pourcentage)

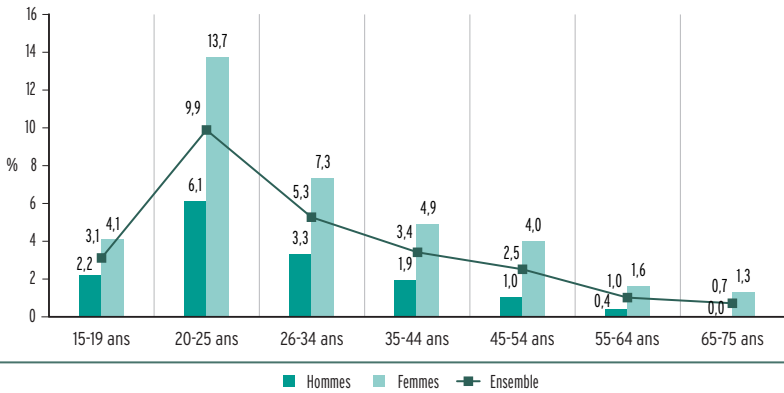


FIGURE 5

Pratique des UV au cours des douze derniers mois parmi les 15-75 ans selon le revenu par unité de consommation (en pourcentage)

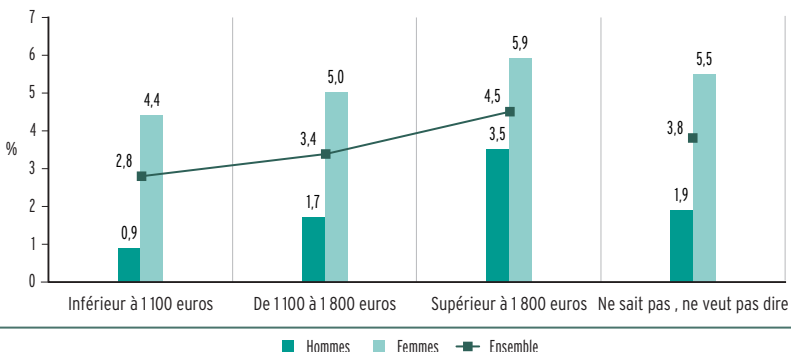
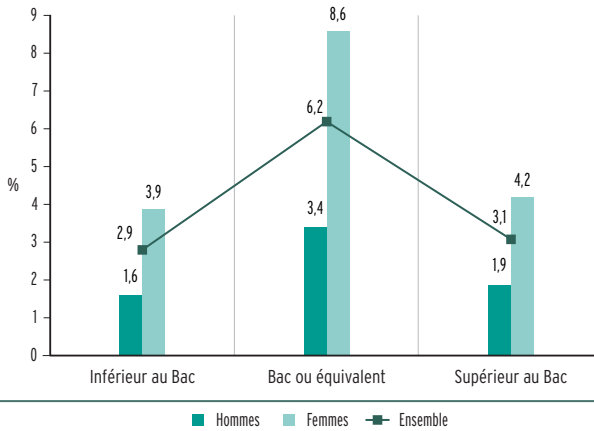


FIGURE 6

Pratique des UV au cours des douze derniers mois parmi les 15-75 ans selon le diplôme (en pourcentage)



exposés une fois dans l'année et 26,2 % à l'avoir fait plus d'une fois par mois (sans différence significative avec les autres tranches d'âge).

Au cours des douze mois précédant l'enquête, on observe la même proportion de personnes ayant fréquenté ces installations entre une et trois fois (29,3 %) et plus de dix fois (32,6 % ; sans différence significative entre les hommes et les femmes). Cela suggère deux types de comportement bien distincts, correspondant, l'un à une utilisation plutôt occasionnelle (moins de trois fois par an) et l'autre à une utilisation plus régulière (plus de dix fois par an).

Lieux d'exposition aux UV artificiels

La diversité des lieux où il est possible de faire des UV artificiels est remarquable (centres de bronzage, salons esthétiques, salles de sport, piscines, etc.). De ce fait, la question (non exclusive) des lieux d'exposition a été posée aux utilisateurs des douze derniers mois afin de mesurer leurs habitudes de fréquentation [tableau I].

Les salons esthétiques et les centres de bronzage sont privilégiés par les personnes ayant fait des UV au cours des douze derniers mois (respectivement 50,0 % et

TABLEAU I

Lieux d'exposition aux UV artificiels (plusieurs réponses possibles ; en pourcentage)

Lieux d'exposition	Proportion d'utilisateurs
Salon esthétique	50,0
Centre de bronzage	46,0
Piscine ou thalasso	4,5
Cabinet médical	3,5
Salle de sport	2,6
Domicile	1,5

46,0 % des personnes interrogées déclarent avoir fréquenté ces lieux). Très loin derrière figurent la salle de sport, la piscine ou la thalasso, le domicile et le cabinet médical.

Parmi les personnes ayant fréquenté un centre de bronzage, 45 % déclarent plus de dix expositions au cours des douze derniers mois. Ils sont 21 % parmi ceux ayant été dans un salon esthétique.

Les centres de bronzage sont fréquentés dans les mêmes proportions par les hommes et les femmes pour faire des UV. En revanche, les femmes semblent davantage fréquenter les salons esthétiques que les hommes (respectivement 57 % vs 33 % ; $p < 0,05$). Aucune différence significative n'est observée suivant le revenu, que ce soit pour la fréquentation des centres de bronzage ou des salons esthétiques. En revanche, il apparaît que les personnes ayant un diplôme supérieur au baccalauréat fréquentent plus que les autres les centres de bronzage (respectivement 64 % vs 43 % pour les autres ; $p < 0,05$).

Des lieux d'exposition sont privilégiés selon la catégorie socioprofessionnelle. Ainsi, le lieu d'exposition privilégié des ouvriers est le centre de bronzage (71 % déclarent en avoir fréquenté au moins un au cours des douze derniers mois vs 41 % pour

les autres catégories ; $p < 0,05$). Les employés sont en proportion plus nombreux que les autres à aller dans des salons esthétiques (respectivement 66 % vs 42 % ; $p < 0,05$), ce qui s'explique en partie par le caractère très féminin de cette catégorie. Les analyses concernant les autres CSP n'indiquent pas de différence significative entre ces deux lieux d'exposition [tableau II].

Ainsi, on distingue deux lieux d'exposition principaux, les centres de bronzage et les salons esthétiques, avec quelques différences de pratique selon le sexe, le diplôme et la catégorie socioprofessionnelle.

CONNAISSANCES ET IDÉES REÇUES À PROPOS DES RISQUES DE CANCER LIÉS AUX CABINES UV

La pratique des UV artificiels est relativement récente en France, et le niveau des connaissances relatives aux risques liés aux UV artificiels ainsi que les raisons qui amènent certaines personnes à utiliser les cabines UV sont peu documentés.

Les premiers résultats dans ce domaine, exposés ci-après, permettront de mieux comprendre certains facteurs d'exposition et d'orienter les interventions, qu'elles soient de type réglementaire ou éducatif.

TABLEAU II

Fréquentation des centres de bronzage et des salons esthétiques par les personnes ayant fait des UV au cours des douze derniers mois selon la catégorie socioprofessionnelle (en pourcentage)

	Centres de bronzage	Salons esthétiques
Artisans	31	52
Cadres et professions intellectuelles	66	51
Professions intermédiaires	50	50
Employés	31	66*
Ouvriers	71*	26
Autres professions	30	33

* : $p < 0,05$; significativité des individus appartenant à la catégorie socioprofessionnelle par rapport à l'ensemble des individus des autres catégories

Niveau d'information

La classification par le CIRC des UV artificiels en tant que cancérigènes certains pour l'homme date de juillet 2009 [4]. Cette enquête du Baromètre cancer, qui a été réalisée en 2010, montre que 49,2 % des personnes² interrogées ont le sentiment d'être bien informés sur les risques de cancer liés aux cabines UV (52,7 % des femmes vs 45,4 % des hommes ; $p < 0,001$).

Les 65-75 ans sont 56,4 % à avoir le sentiment d'être bien informés alors qu'ils sont 47,2 % pour les moins de 65 ans ($p < 0,01$).

Les personnes ayant fait des UV artificiels au cours de leur vie et au cours des douze derniers mois s'estiment mieux informées sur les risques de cancer que les autres (respectivement 60,4 % vs 46,3 % ; $p < 0,001$ et 61,7 % vs 47,7 % ; $p < 0,05$). Cela ne signifie pas que leur niveau de connaissances soit effectivement meilleur, mais qu'une partie d'entre elles se sont effectivement renseignées sur cette pratique et qu'elles sont par ailleurs la cible de la communication véhiculée par les centres et salons de bronzage.

Idées reçues

Au total, 89,2 % des personnes interrogées² estiment qu'avoir recours aux cabines UV est une cause possible de cancer (45,7 % certainement et 43,5 % probablement). Les hommes adhèrent plus que les femmes à cette opinion (90,5 % vs 87,9 % ; $p < 0,05$), mais aucune différence significative suivant l'âge n'est observée sur cette question.

Les personnes ayant fait des UV au cours de leur vie sont, en proportion, un peu moins nombreuses que les autres à prendre en compte les risques de cancers (85,9 % vs 89,7 % ; $p < 0,05$). C'est aussi le cas pour celles qui ont fait des UV au cours des douze derniers mois (82,9 % vs 89,4 % ; $p < 0,05$).

Avec l'affirmation : « Faire des UV avant les vacances permet de préparer sa peau

pour se protéger des coups de soleil », 24,1 % déclarent² être d'accord (8,6 % tout à fait d'accord et 15,5 % plutôt d'accord), sans différence significative suivant le sexe et l'âge. Dans le Baromètre cancer 2005, ils étaient 26,7 % à être d'accord avec cette affirmation ; en se basant sur les caractéristiques de la population à cette période, ils sont encore 22,8 % en 2010 à soutenir cette idée reçue ($p < 0,001$). Il apparaît donc que cette perception est encore tenace aujourd'hui.

Des différences très nettes sont en revanche observées entre les personnes ayant fait des UV au cours de leur vie – notamment parmi celles qui en ont fait au cours des douze derniers mois – et celles qui n'en ont jamais fait. Les premières sont 42,9 % à être d'accord avec la proposition (vs 21,2 % parmi celles qui n'ont pas fait d'UV au cours de leur vie ; $p < 0,001$) et les secondes sont 55,7 % (vs 22,9 % parmi celles qui n'ont pas fait d'UV au cours de leur vie ; $p < 0,001$).

Cette perception erronée reste relativement répandue au sein de la population interrogée, car elle est relayée par les messages des professionnels du bronzage en cabine UV. Ceci est préoccupant dans la mesure où cela peut influencer sur les habitudes d'exposition au soleil. Il est donc intéressant de s'interroger sur d'éventuelles pratiques d'exposition au soleil des utilisateurs de cabines UV. Ces résultats donnent par ailleurs des pistes utiles en termes d'information et de messages de prévention en direction des utilisateurs d'UV artificiels, concernant les risques qui y sont liés ainsi qu'à une éventuelle exposition ultérieure au soleil.

DÉTERMINANTS DE L'EXPOSITION AUX UV ARTIFICIELS

Une analyse des déterminants de l'exposition aux UV au cours de la vie ainsi qu'au cours des douze derniers mois a été effec-

2. Les personnes ne se prononçant pas ont été exclues de l'analyse.

tuée suivant le niveau d'information et les idées reçues concernant les risques de cancer liés aux UV artificiels, en contrôlant les effets de structure liés au sexe et à l'âge, au revenu et au diplôme [tableaux III et IV].

Elle confirme que, toutes choses égales par ailleurs, l'exposition aux UV est nettement plus importante chez les femmes (OR = 3,3; $p < 0,001$ pour une exposition au cours de la vie et OR = 2,7; $p < 0,001$ pour une exposition au cours des douze derniers mois). Suivant l'âge, l'exposition au cours de la vie concerne

plus particulièrement les 20-54 ans ($p < 0,01$). Cette pratique semble fortement associée au revenu, les personnes ayant un revenu plus élevé étant plus concernées. Il est préoccupant d'observer, à propos de l'exposition au cours des douze derniers mois, la forte proportion de jeunes (20-25 ans) (OR = 3,6; $p < 0,01$) ayant eu recours aux UV artificiels.

Se sentir bien informé, croire que les UV préparent la peau et permettent d'éviter les coups de soleil et, dans une moindre mesure, ne pas prendre en compte que les cabines UV

TABLEAU III

Régression logistique sur le recours aux UV au cours de la vie (n = 3 255 observations)

Variables explicatives	Effectifs	%	OR ajustés	IC à 95 %
Sexe ***				
Hommes (réf.)	1 472	7,1	1	
Femmes	1 887	19,4	3,3***	2,5 ; 4,4
Âge ***				
15-19 ans (réf.)	223	4,6	1	
20-25 ans	296	14,1	3,0*	1,2 ; 7,4
26-34 ans	509	17,2	3,6**	1,4 ; 8,9
35-44 ans	694	18,1	4,3**	1,8 ; 10,5
45-54 ans	626	16,2	3,4**	1,4 ; 8,0
55-64 ans	650	8,5	1,4	0,6 ; 3,4
65-75 ans	361	7,7	1,3	0,5 ; 3,1
Diplôme ***				
Inférieur au baccalauréat (réf.)	1 554	9,9	1	
Baccalauréat	661	18,7	1,6**	1,1 ; 2,2
Supérieur au baccalauréat	1 133	17,9	1,3	0,9 ; 1,7
Revenus mensuels par UC ***				
Moins de 1100 euros (réf.)	921	9,2	1	
1100 à moins de 1800 euros	1 156	14,5	1,7**	1,2 ; 2,3
1800 euros et plus	1 006	17,7	2,5***	1,7 ; 3,6
NSP ou ne veut pas dire	276	13,7	2,1**	1,3 ; 3,6
Sentiment d'information sur le risque de cancer lié aux cabines UV ***				
Mal informé (réf.)	1 642	10,3	1	
Bien informé	1 686	16,8	1,7***	1,3 ; 2,2
UV comme cause possible de cancer *				
Oui (réf.)	2 966	12,9	1	
Non	356	17,5	1,3	0,9 ; 1,8
Les UV protègent des coups de soleil ***				
Pas d'accord (réf.)	2 501	10,1	1	
D'accord	820	24,0	2,9***	2,3 ; 3,8

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

TABLEAU IV

Régression logistique sur le recours aux UV au cours des douze derniers mois (n = 3 255 observations)

Variables explicatives	Effectifs	%	OR ajustés	IC à 95 %
Sexe ***				
Hommes (réf.)	1 472	2,0	1	
Femmes	1 887	5,0	2,7***	1,7 ; 4,4
Âge ***				
15-19 ans (réf.)	223	3,1	1	
20-25 ans	296	9,9	3,6**	1,4 ; 9,0
26-34 ans	509	5,3	1,5	0,6 ; 4,2
35-44 ans	694	3,4	1,1	0,4 ; 2,7
45-54 ans	626	2,5	0,6	0,2 ; 1,6
55-64 ans	650	1,0	0,2**	0,1 ; 0,7
65-75 ans	361	0,7	0,2*	0,0 ; 0,7
Diplôme				
Inférieur au baccalauréat (réf.)	1 554	2,8	1	
Baccalauréat	661	6,2	1,3	0,7 ; 2,3
Supérieur au baccalauréat	1 133	3,1	0,6	0,3 ; 1,1
Revenus mensuels par UC				
Moins de 1100 euros (réf.)	921	2,8	1	
De 1100 à 1800 euros	1 156	3,4	1,6	0,8 ; 2,9
1800 euros et plus	1 006	4,5	3,0***	1,6 ; 5,7
NSP ou ne veut pas dire	276	3,8	1,7	0,7 ; 4,2
Sentiment d'information sur le risque de cancer lié aux cabines UV ***				
Mal informé (réf.)	1 642	2,6	1	
Bien informé	1 686	4,6	1,9**	1,2 ; 3,1
UV comme cause possible de cancer ***				
Oui (réf.)	2 966	3,3	1	
Non	356	5,6	1,7	0,9 ; 3,2
Les UV protègent des coups de soleil ***				
Pas d'accord (réf.)	2 501	2,1	1	
D'accord	820	8,2	4,0***	2,5 ; 6,2

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

sont une cause possible de cancer, semblent favoriser leur utilisation (que ce soit au cours de la vie ou au cours des douze derniers mois). On retrouve ainsi les facteurs influen-

çant la pratique de cette activité et les leviers éventuels sur lesquels agir en termes de gestion de ce risque et de prévention du risque de cancer de la peau lié aux UV artificiels.

DISCUSSION

Cette enquête propose pour la première fois des données à la fois sur l'exposition de la population française aux UV artificiels et sur la perception du risque de cancer.

13,4 % des personnes interrogées ont déjà eu recours au bronzage par UV artificiels et 3,5 % des personnes interrogées se sont exposés dans les douze mois précédant

l'enquête. Les jeunes femmes de 20 à 25 ans représentent un groupe important puisque 13,7 % d'entre elles se sont exposées dans les douze derniers mois. Près d'un utilisateur sur trois qui s'est exposé dans les douze derniers mois s'est exposé plus de 10 fois dans l'année.

Il est à noter que l'activité commerciale du bronzage par UV artificiels est en phase d'expansion depuis plusieurs années dans de nombreux pays européens. Bien que moins développé en France, ce marché connaît une expansion importante depuis ces dix dernières années (augmentation du nombre d'appareils mis à disposition et augmentation du nombre de centres dédiés) [12]. Les professionnels de cette activité mènent une politique de communication très active pour attirer de nouveaux clients, de plus en plus jeunes, en se basant sur des informations dont le fondement scientifique n'est pas étayé.

Ainsi, de nombreuses idées reçues circulent au sein de la population. Selon la première, mise en évidence dans le cadre de cette enquête, l'exposition aux UV artificiels préparerait la peau au soleil et permettrait ainsi d'éviter des coups de soleil. D'autres idées reçues, également relayées par les professionnels du bronzage en cabine, peuvent être citées : le rôle des UV artificiels dans la lutte contre les carences en vitamine D ou dans la prévention de certains cancers non cutanés et la possibilité d'un bronzage sécurisé. Ces différentes allégations ont été discutées dans le rapport de l'INCa en 2010 [12] sur la base notamment des rapports du CIRC publiés en 2006 [3] et 2008 [13] et des travaux de l'Afsset, de l'Invs et de l'Afssaps en 2005 [14]. Elles reposent sur les conclusions d'études scientifiques présentant de nombreux biais méthodologiques. En outre, l'article 12 du décret n° 97-617 du 30 mai 1997 interdit toute référence à un effet bénéfique pour la santé. Pourtant, la diffusion de telles informations a été relevée *via*

internet et dans des articles de presse grand public.

Les actions promotionnelles des professionnels du bronzage en cabine UV se traduisent également par la proposition de forfaits (souvent de dix séances) qui incitent à une pratique régulière, à une fidélisation de la clientèle, et participent à une banalisation de cette pratique et donc à une augmentation des risques encourus. Il apparaît, dans le cadre de cette enquête, deux types d'utilisations bien marquées. La première concerne les personnes qui utilisent les cabines de bronzage de manière occasionnelle. La seconde concerne les personnes qui les utilisent fréquemment, parfois plusieurs fois par mois. Un utilisateur sur trois a une pratique supérieure à dix fois par an et ce nombre est plus important pour ceux qui fréquentent les centres de bronzage en cabines UV (45 %) que pour ceux qui fréquentent les salons esthétiques (21 %). Les centres dédiés au bronzage sont en effet mieux structurés pour mener des politiques promotionnelles attractives.

Les interventions en termes de santé publique auront à prendre en considération l'existence de ces deux catégories d'utilisateurs.

Même si aucune étude n'a pu mettre en évidence un nombre minimum de séances de bronzage par an en dessous duquel on n'observe pas d'augmentation du risque de cancer, il apparaît prioritaire de lutter contre les fréquentations régulières et fortes.

De plus, il convient de souligner l'existence d'une pratique des UV artificiels, pourtant prohibée, chez les moins de 18 ans. Il serait ainsi nécessaire de renforcer les contrôles pour limiter les utilisations excessives et permettre *a minima* de respecter la réglementation actuelle.

Les centres de bronzage et les salons esthétiques sont les lieux où la grande majorité des séances UV sont pratiquées. Les autres lieux d'exposition (piscine,

salle de sport, domicile, etc.) sont très peu utilisés, en particulier le domicile.

L'analyse des déterminants de l'exposition aux UV artificiels a permis de mettre en évidence une certaine typologie d'utilisateurs. Tout d'abord, il existe une nette différence entre hommes et femmes, le nombre de femmes déclarant s'être au moins une fois exposées aux UV artificiels étant près de trois fois supérieur à celui des hommes. La tranche d'âge des 20-25 ans se distingue nettement chez les hommes comme chez les femmes et constitue donc une cible à privilégier pour des actions de prévention et d'information. Ensuite, un gradient social sur les données mesurées (catégorie socioprofessionnelle, revenus et niveau de diplôme) est observé. Une association entre un niveau élevé de revenu et l'exposition aux UV artificiels au cours de la vie est tout particulièrement observée. Certaines nuances sont cependant observées pour l'utilisation récente (au cours des douze derniers mois).

Il s'agira, lors de prochaines enquêtes réalisées dans le cadre du Baromètre cancer, d'interroger ces utilisateurs de manière approfondie afin de mieux comprendre quels éléments sociaux déterminent le type d'exposition et quelles sont leurs motivations.

Enfin, parmi l'analyse de ces déterminants, le niveau de connaissances et d'idées reçues liées à ce type d'exposition est un élément fort à prendre en compte, les personnes ayant le sentiment d'être mieux informées étant celles qui s'exposent le plus. Une personne interrogée sur quatre a répondu positivement à l'affirmation « *Faire des UV avant les vacances permet de préparer sa peau pour se protéger des coups de soleil* ». Les utilisateurs sont plus nombreux que les autres à le croire (43 % pour ceux ayant déjà utilisé les cabines UV et 55 % pour ceux ayant eu recours dans les douze derniers mois). Pourtant, le lien entre exposition aux UV artificiels et cancers est bien connu puisque neuf personnes interrogées sur dix

estiment qu'avoir recours aux cabines UV est une cause possible de cancer.

L'encadrement réglementaire de l'activité du bronzage par les UV artificiels en France ne permet pas d'éliminer le risque d'augmentation de cancer cutané, il vise seulement à en limiter les conséquences sanitaires à court et long termes. Une enquête menée en 2008 par la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF), en charge de la surveillance des pratiques et du contrôle des appareils de bronzage, a révélé de nombreuses anomalies sur l'ensemble des dispositions prises dans le cadre de ce décret [15]. Dans cette note, la DGCCRF souligne une saturation du système de contrôle, due notamment à l'augmentation du nombre d'appareils de bronzage UV en France ces dernières années et à des questions techniques relatives à la réalisation de ces contrôles, limitant la mise en place des mesures de surveillance prévues par le décret n° 97-617.

Il paraît dès lors nécessaire de renforcer l'application de la réglementation de cette activité, de mettre un terme aux idées reçues évoquées en sensibilisant et en informant la population générale et les utilisateurs sur les risques liés à cette pratique. Les plus importants sont d'ordre sanitaire, tels que la cataracte, les cancers cutanés, un affaiblissement des défenses immunitaires et, dans certains cas, une photo-toxicité et une photo-allergie [3, 12, 14].

Les conséquences esthétiques de l'exposition aux UVA, comme le vieillissement accéléré cutané photo-induit après dix, vingt ans, pourraient également constituer un levier assez efficace pour réduire la fréquentation des installations de bronzage.

Cette enquête identifie une population particulièrement intéressante à cibler par des actions de prévention : les jeunes femmes. En effet, elles cumulent une forte prévalence d'exposition et un risque de

mélanome lié à l'exposition aux UV artificiels plus important que dans les autres classes d'âge, comme cela a été montré par la méta-analyse du CIRC.

Il est nécessaire d'articuler la communication sur les UV artificiels avec les messages de prévention des risques solaires qui précisent en particulier :

- qu'augmenter sa dose d'UV reçue par an, c'est augmenter son risque de cancer cutané;
- que le bronzage est un phénomène biologique correspondant à une réponse de

l'organisme à une agression et que le « coup de soleil », ou érythème actinique, est un signal d'alerte résultant d'une exposition excessive aux UV.

Des actions pourraient être instaurées en lien avec les recommandations préconisées en cas d'exposition solaire, par le biais notamment des professionnels de santé (médecins généralistes, pharmaciens, dermatologues, kinésithérapeutes, infirmières), et qui se baseraient notamment sur le repérage de sensibilités particulières chez leurs patients.

CONCLUSION

Ce *Baromètre cancer 2010* permet de dresser un premier état des lieux des pratiques, de la connaissance et de la perception des risques par la population française en matière d'UV artificiels et de proposer quelques pistes de travail en termes de prévention des risques de cancer liés aux UV artificiels. Il est nécessaire de reproduire à l'avenir ce type d'enquête pour en mesurer l'évolution. Ces résultats pourront contribuer à étudier la part attribuable aux UV artificiels dans l'évolution de l'incidence des mélanomes en France. Il serait intéressant à l'avenir de poser la question de l'âge de la première utilisation. En effet, la méta-analyse du CIRC de 2006 a montré qu'une exposition avant l'âge de 35 ans induit une augmentation plus forte du risque de mélanome et que le

niveau de risque augmente lorsque la période d'exposition s'allonge [3].

L'exposition aux UV artificiels est donc aujourd'hui un réel enjeu de santé publique, pris en compte par les pouvoirs publics dans différents plans sanitaires nationaux. Ainsi, dans le Plan cancer 2009-2013, la mesure 12.5 prévoit de « renforcer la prévention de l'exposition aux rayonnements UV » et notamment de mettre en place un dispositif d'information et de prévention sur les risques liés au rayonnement UV, en particulier le risque solaire et le risque induit par la fréquentation des cabines de bronzage, ou encore de faire évoluer la réglementation européenne et nationale encadrant l'offre en matière de bronzage artificiel.

Relecteurs

Florence Coignard (InVS)
Gilles Dixsaut (AP-HP)
Johanna Fite (Anses)

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 01/09/2011.

- [1] Belot A., Grosclaude P., Bossard N., Jouglu E., Benhamou E., Delafosse P., *et al.* Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2008, vol. 56, n° 3 : p. 159-175.
- [2] International agency for research on cancer (IARC). *Attributable causes of cancer in France in the year 2000*. Lyon : IARC, 2007 : 177 p.

- [3] International agency for research on cancer (IARC). *Exposure to artificial UV radiation and skin cancer*. Lyon : IARC, 2006 : 76 p.
- [4] El Ghissassi F., Baan R., Straif K., Grosse Y., Secretan B., Bouvard V., *et al.* A review of human carcinogens--part D : radiation. *The Lancet Oncology*, 2009, vol.10, n° 8 : p. 751-752.
- [5] Runger T. M., Kappes U. P. Mechanisms of mutation formation with long-wave ultraviolet light (UVA). *Photodermatology, photoimmunology & photomedicine*, 2008, vol. 24, n° 1 : p. 2-10.
- [6] Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF). *Note d'information DGCCRF n° 2010-195 du 25 octobre 2010 : recensement des appareils de bronzage UV sur le territoire national*, 2010.
- [7] Bottéro J, Léon C., Fournier C. Connaissances, attitudes et comportements vis-à-vis des risques liés à l'exposition aux ultraviolets, France, 2004. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 18 décembre 2007, n° 50 : p. 420-422. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2007/50/beh_50_2007.pdf
- [8] Autier P., Dore J. F., Lejeune F., Koelmel K. F., Geffeler O., Hille P., *et al.* Cutaneous malignant melanoma and exposure to sunlamps or sunbeds : an EORTC multicenter case-control study in Belgium, France and Germany. EORTC Melanoma Cooperative Group. *International journal of cancer*, 1994, vol. 58, n° 6 : p. 809-813.
- [9] Autier P., Dore J. F., Reis A. C., Grivegnee A., Ollivaud L., Truchetet F., *et al.* Sunscreen use and intentional exposure to ultraviolet A and B radiation : a double blind randomized trial using personal dosimeters. *British journal of cancer*, 2000, vol. 83, n° 9 : p. 1243-1248.
- [10] Stoener-Delbarre A., Thesenas S., Kuntz C, Guillot B., Sancho-Garnier H. Connaissances, attitudes et comportements des adultes vis-à-vis de l'exposition solaire en France. In : Aubin F., Humbert P. *Rayonnement ultraviolet et peau*. Paris : John Libbey Eurotext, 2001 : p. 135-140.
- [11] Guinot C., Malvy D. J., Latreille J., Ezzedine K., Galan P., Tenenhaus M., *et al.* Sun-reactive Skin Type in 4912 French adults participating in the SU. VI. MAX study. *Photochemistry and photobiology*, 2005, vol. 81, n° 4 : p. 934-940.
- [12] Institut national du cancer (INCa). *Installations de bronzage UV : état des lieux des connaissances sur les risques de cancer et recommandations* [rapport]. Boulogne-Billancourt : INCa, coll. Rapports et synthèses, avril 2010 : 62 p. En ligne : http://www.e-cancer.fr/en/component/docman/doc_download/5237-installations-de-bronzage-uv-etat-des-lieux-des-connaissances-sur-les-risques-de-cancer
- [13] International agency for research on cancer (IARC). *Vitamin D and cancer* [rapport]. Lyon : IARC, 2008 : 220 p.
- [14] Agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE), Institut de veille sanitaire (InVS), Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). *Ultraviolets : état des connaissances sur l'exposition et les risques sanitaires* Saint-Maurice : InVS, 2005 : 168 p.
- [15] Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF). *Note d'information 2009-10 : compte-rendu de l'enquête relative à la sécurité des cabines de bronzage UV*.



L'essentiel

Soleil et cancer

Connaissances, croyances et pratiques de protection

Un risque de cancer très bien connu, mais des connaissances encore insuffisantes

La quasi-totalité des enquêtés sait que l'exposition au soleil peut provoquer des cancers, plus de neuf sur dix savent que le soleil fait vieillir prématurément la peau et plus de huit sur dix se sentent bien informés à ce sujet. Toutefois, seule une personne sur deux sait que les heures d'ensoleillement les plus dangereuses correspondent à la tranche 12 h-16 h. Cette connaissance est plus fréquente parmi les femmes, les enquêtés les plus diplômés et ceux résidant dans le sud de la France.

Des pratiques de protection contrastées et trop rarement systématiques

Lors d'une journée d'été ensoleillée, la pratique de protection systématique la plus fréquente est le port de lunettes de soleil (42 %), devant le port d'un t-shirt (38 %) et l'évitement des heures les plus ensoleillées (32 %). Ces pratiques se combinent pour former des profils contrastés : près d'une personne sur deux a tendance à cumuler toutes les pratiques de protection (profil plus féminin, d'âge intermédiaire, plus diplômé et plus aisé), une personne sur cinq privilégie plutôt le t-shirt et les lunettes, au détriment des autres moyens de protection

(profil plus masculin et plus jeune, moins diplômé et moins aisé), une personne sur six se protège très peu, en se contentant des lunettes de soleil (profil féminin et plus jeune), enfin une personne sur sept n'utilise ni lunettes ni crème solaire mais utilise les autres moyens de protection (profil plus masculin et plus âgé).

Un Français sur quatre examine régulièrement sa peau à la recherche d'anomalies

Parmi les enquêtés, 23 % examinent régulièrement leur peau à la recherche d'éventuelles anomalies et 42 % le font de temps en temps. Cet examen régulier est plus fréquent parmi les femmes et les 55-64 ans ; il est plus rarement déclaré par les personnes les moins diplômées et les moins aisées.

Certaines croyances erronées persistent encore

Quatre personnes sur dix pensent que les coups de soleil de l'enfance sont sans conséquence à l'âge adulte s'ils ont été bien soignés, une sur cinq croit encore que les coups de soleil préparent la peau en la rendant moins vulnérable au soleil, enfin près d'une sur dix estime que mettre de la crème solaire une seule fois permet de s'exposer au soleil toute la journée. Ces « fausses croyances » sont

plus fréquentes parmi les hommes, les personnes les moins diplômées et celles dont le ménage a de faibles revenus.

Évolutions 2005-2010 : les pratiques et les connaissances des Français progressent

Toutes les pratiques de protection contre le soleil ont progressé depuis 2005 ; toutefois, en 2010, si les Français déclarent davantage avoir « souvent » recours à ces pratiques, ils ne sont pas plus nombreux à y recourir « systématiquement ». S'agissant des connaissances relatives au soleil et aux coups de soleil, deux évolutions significatives sont à relever : d'une part, désormais la majorité des 16-85 ans sait que le soleil estival est le plus dangereux entre 12 h et 16 h (54 % en 2010, 46 % en 2005) ; d'autre part, la proportion de personnes pensant à tort que les coups de soleil préparent la peau en la rendant moins vulnérable au soleil est passée de 25 % en 2005 à 18 % en 2010.

Enfin, du point de vue des inégalités sociales de santé, globalement les croyances comme les conduites relatives au soleil restent socialement différenciées, et les variations observées selon les niveaux de revenus et de diplôme, comme selon la situation professionnelle, se révèlent similaires en 2005 et en 2010.

Soleil et cancer

Connaissances, croyances et pratiques de protection

PATRICK PERETTI-WATEL
FRANÇOIS BECK

INTRODUCTION

LE SOLEIL, PREMIER FACTEUR DE RISQUE D'UN CANCER EN FORTE AUGMENTATION

L'exposition prolongée et non protégée au soleil, en particulier l'été pendant les heures les plus ensoleillées de la journée, peut provoquer à court terme des coups de soleil, des réactions allergiques ou des problèmes de vue, mais à plus long terme elle peut aussi favoriser l'apparition de cancers cutanés tels que les mélanomes. Près de 70 % des mélanomes seraient en effet dus à l'exposition solaire [1]. La pratique du bronzage depuis plusieurs décennies a certainement contribué à l'augmentation de ce type de cancers au sein des populations blanches dans toutes les parties du monde, sachant que parmi l'ensemble des cancers, c'est le mélanome qui connaît la plus forte augmentation d'incidence [2].

En France, les projections fournies par l'InVS évaluent à 8 255 le nombre de nouveaux cas de mélanomes diagnostiqués en 2010 [3]. La France se situe dans la moyenne européenne avec environ 10 cas pour 100 000 habitants en 2008 [4]. En termes de mortalité, on estime à 1 566 le nombre de décès par mélanome cutané en 2010 [3]. Dans notre pays, entre 1980 et 2005, le nombre de nouveaux cas de mélanome de la peau a plus que triplé tandis que le nombre de décès par mélanome a plus que doublé [5], le mélanome se situant aujourd'hui au onzième rang des cancers, tous sexes confondus (il se place au onzième rang des cancers masculins et au neuvième rang des cancers féminins). Il faut également souligner l'incidence des autres cancers de la peau (carcinomes basocellulaires et carcinomes épidermoïdes), moins graves en termes de mortalité, mais qui restent tout de même responsables de séquelles fonction-

nelles ou esthétiques importantes, sachant qu'au total les cancers de la peau totalisent 80 000 nouveaux cas chaque année.

UNE PRÉVENTION QUI RENCONTRE QUELQUES OBSTACLES

Pour promouvoir la réduction des expositions non protégées aux ultraviolets naturels, l'OMS a lancé en 1993 le programme Intersun, sachant qu'en France le renforcement de cette promotion fait partie des objectifs du second Plan cancer 2009-2013¹. Les trois gestes préventifs mis en relief dans la campagne de prévention de l'Inpes lancée en juin 2010 étaient les suivants : éviter de s'exposer entre 12 h et 16 h et rechercher l'ombre ; se protéger avec chapeau, lunettes de soleil, t-shirt et crème solaire (appliquée toutes les deux heures et après chaque baignade ou activité sportive) ; enfin, protéger systématiquement les enfants, dont la peau et les yeux sont particulièrement sensibles (en particulier ceux qui ont la peau et les yeux clairs).

La prévention des expositions prolongées et non protégées au soleil est rendue quelque peu difficile par la symbolique très positive associée au soleil et par la valorisation contemporaine d'une peau bronzée : cette valorisation incite les mères à exposer leurs enfants ; de même, les adolescents, filles et garçons, et dans une certaine

mesure les adultes également, ont tendance à se sentir plus séduisants et plus sûrs d'eux lorsqu'ils sont bronzés [6-9].

En outre, les connaissances des Français sur les dangers du soleil sont souvent approximatives, et s'appuient sur des croyances erronées. Par exemple, dans le *Baromètre cancer 2005*, plus de neuf personnes sur dix savaient que l'exposition non protégée au soleil peut favoriser l'apparition d'un cancer, mais moins de la moitié connaissait la tranche horaire la plus dangereuse (12 à 16 heures), un tiers croyait que les coups de soleil de l'enfance sont sans conséquence à l'âge adulte s'ils sont bien soignés, tandis qu'un quart pensait que les coups de soleil endurcissent la peau en la rendant moins sensible au soleil [10].

Le présent chapitre, centré sur les ultraviolets naturels, détaillera d'abord les connaissances des Français (sentiment d'être bien informé, connaissance du risque de cancer et des heures les plus dangereuses), puis leurs pratiques préventives (moyens de protection utilisés contre le soleil estival et examen de sa propre peau) et leurs croyances relatives au soleil et au coup de soleil, avant de mettre en relief les éventuelles évolutions mesurables entre 2005 et 2010.

1. L'action 12,5 du plan cancer 2009-2013 intitulée « Renforcer la prévention de l'exposition aux rayonnements UV » prévoit notamment de nouvelles actions d'information et d'évolution réglementaire dans ce domaine.

RÉSULTATS

SOLEIL ET CANCER : LES FRANÇAIS SE SENTENT BIEN INFORMÉS ET SEMBLENT CONNAÎTRE LES RISQUES

S'agissant des risques de cancer liés à l'exposition au soleil, 81,9 % des personnes âgées de 15 à 85 ans se déclarent bien informées (28,3 % se disent « très bien » infor-

mées, 53,6 % « plutôt bien » informées). Cette proportion est inférieure à celles observées pour le tabac et l'alcool (respectivement 91,7 % et 89,0 %) et légèrement supérieure à celle observée pour l'inactivité physique (77,3 %). Elle se situe loin devant le niveau d'information ressenti pour les risques de cancer liés aux cabines UV (48,6 %) et aux pesticides (33,7 %) et

pour les risques ressentis face au wifi et à la téléphonie mobile (33,2 %).

Cette forte proportion de personnes qui se sentent bien informées sur les risques de cancer liés à une exposition non protégée au soleil masque des disparités significatives. En effet, cette proportion est plus forte parmi les femmes (84,1 %, vs 79,4 % des hommes), elle augmente avec l'âge (de 72,2 % chez les 15-19 ans à 88,8 % parmi les 75-85 ans), avec le niveau de diplôme (71,9 % pour les sans diplôme, 84,7 % pour les bacheliers et équivalents, 91,4 % pour les personnes qui ont au moins bac + 3), comme avec le niveau de revenus du ménage par unité de consommation : 76,8 % dans le premier tercile (qui correspond à un plafond de 1 100 euros mensuels par unité de consommation), 86,6 % dans le troisième tercile (au moins 1 800 euros mensuels par unité de consommation). Enfin, parmi les enquêtés qui se trouvent au chômage, seuls 68,2 % se sentent bien informés sur les risques de cancer induits par une exposition au soleil sans protection.

Concernant ce risque, la plupart des personnes interrogées savent que s'exposer au soleil sans se protéger peut favoriser l'apparition d'un cancer : 69,6 % répondent « certainement » et 27,0 % « probablement », soit au total 96,6 % des enquêtés qui connaissent ce risque. Celui-ci est donc

très bien connu et seul le risque de cancer induit par le tabagisme obtient un score supérieur (97,8 %). Étant donné le très haut niveau de connaissance de ce risque, aucune variation notable n'est observée : quels que soient le sexe, l'âge, le niveau de diplôme ou de revenus, cette proportion est toujours supérieure à 90 %.

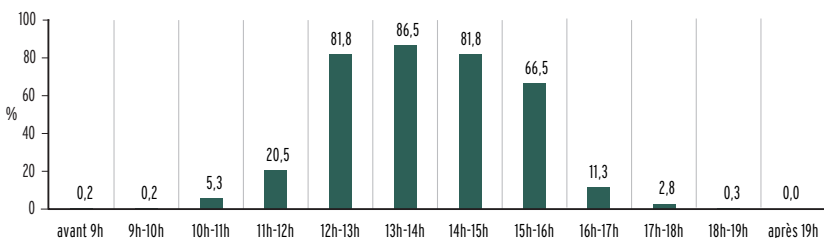
HEURES DANGEREUSES : UN FRANÇAIS SUR DEUX INDIQUE LA BONNE PLAGE HORAIRE

Quelles sont les heures durant lesquelles il vaut mieux ne pas s'exposer au soleil en été en France ? Les campagnes de prévention ciblent en général la tranche horaire 12-16 heures comme étant la plus dangereuse. Ces heures sont effectivement les plus souvent citées comme dangereuses par les personnes interrogées : 86,5 % jugent que la tranche 13-14 heures est dangereuse, les tranches adjacentes (12-13 heures et 14-15 heures) sont citées par 81,8 % d'entre elles, tandis que deux enquêtés sur trois estiment qu'il est dangereux de s'exposer au soleil estival entre 15 et 16 heures [figure 1].

Au total, 51,7 % des enquêtés mentionnent la tranche horaire 12-16 heures comme étant dangereuse, et peuvent donc être considérés objectivement comme bien informés sur cette question. En revanche, parmi les

FIGURE 1

Heures désignées comme dangereuses pour l'exposition au soleil, en été en France (en pourcentage)



personnes qui s'estiment bien informées sur les risques de cancer liés à l'exposition au soleil, seule une sur deux désigne effectivement cette tranche horaire.

Le **tableau I** détaille le profil sociodémographique des personnes objectivement bien informées sur les heures dangereuses.

Les femmes connaissent plus souvent que les hommes les heures auxquelles il est dangereux de s'exposer au soleil estival. Cette connaissance est également plus fréquente parmi les diplômés de l'enseignement supérieur, les plus hauts revenus et les personnes résidant dans le sud de la France.

TABLEAU I

Proportion d'enquêtés estimant que s'exposer au soleil en été en France est dangereux entre 12 heures et 16 heures, selon le profil sociodémographique

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe ***				
Hommes	1 603	45,4	1	
Femmes	2 124	57,5	1,7***	1,5; 2,0
Âge ***				
15-25 ans	521	41,1	1	
26-44 ans	1 219	58,4	1,6***	1,3; 2,1
45-64 ans	1 362	50,4	1,3*	1,1; 1,7
65-85 ans	625	52,0	1,3*	1,0; 1,7
Diplôme ***				
Inférieur au baccalauréat	1 782	47,4	1	
Baccalauréat ou équivalent	722	54,8	1,2*	1,0; 1,5
Supérieur au baccalauréat	1 210	61,0	1,3**	1,0; 1,6
Revenus mensuels par unité de consommation ***				
Moins de 1100 euros	1 148	46,2	1	
De 1100 à 1800 euros	1 134	57,8	1,5***	1,3; 1,8
1800 euros et plus	1 099	56,9	1,5***	1,3; 1,9
Catégorie socioprofessionnelle ***				
Agriculteurs exploitants	70	47,5	1	
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	231	46,7	0,8	0,4; 1,3
Cadres, prof. intellectuelles supérieures	763	57,6	0,9	0,5; 1,6
Professions intermédiaires	1 027	54,8	0,8	0,5; 1,4
Employés	829	56,6	0,9	0,5; 1,5
Ouvriers	633	43,3	0,8	0,5; 1,4
Inactifs	1 74	42,9	0,8	0,4; 1,4
Région de résidence *				
Région parisienne	621	52,3	1	
Nord	284	50,0	1,1	0,9; 1,6
Est	316	51,4	1,2	0,9; 1,5
Bassin parisien ouest	317	47,8	1,0	0,8; 1,3
Bassin parisien est	314	52,4	1,2	0,9; 1,6
Ouest	524	45,0	1,0	0,7; 1,2
Sud-ouest	438	55,3	1,5**	1,0; 1,8
Sud-est	478	55,5	1,3*	1,1; 1,9
Méditerranée	435	54,6	1,4*	1,0; 1,7

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001. OR : odds ratio, IC95 : intervalle de confiance au seuil 95 % pour les OR.

SE PROTÉGER CONTRE LE SOLEIL : DES PRATIQUES DÉCLARÉES TRÈS CONTRASTÉES

Comment la population se protège-t-elle lors d'une journée d'été ensoleillée (mer, montagne, campagne) ? Les moyens de protection que les enquêtés disent le plus souvent utiliser systématiquement sont les lunettes de soleil (41,7 %), devant le port d'un t-shirt (38,2 %), l'évitement des heures les plus ensoleillées (31,9 %), le port d'un chapeau ou d'une casquette (23,8 %), l'ombre d'un parasol (21,4 %) et l'application de crème solaire renouvelée toutes les heures (14,8 %) **[figure 2]**. L'usage de ces moyens de protection est donc loin d'être systématique.

Une classification ascendante hiérarchique (CAH) permet de décrire comment ces divers moyens de protection sont combinés, cumulés ou au contraire ignorés, en distinguant quatre profils contrastés **[figure 3]**.

Le premier profil (cumul de tous les moyens de protection cités) réunit 47,1 % des personnes interrogées. De façon

générale, celles-ci déclarent se protéger davantage que les autres, quel que soit le moyen de protection considéré : systématiquement ou souvent, la quasi-totalité dit porter des lunettes de soleil (99,1 %), éviter les heures les plus ensoleillées (95,4 %), porter un t-shirt (88,8 %), rester à l'ombre d'un parasol (82,9 %), tandis que les deux

FIGURE 3

Profils de pratiques de protection contre le soleil (en pourcentage)

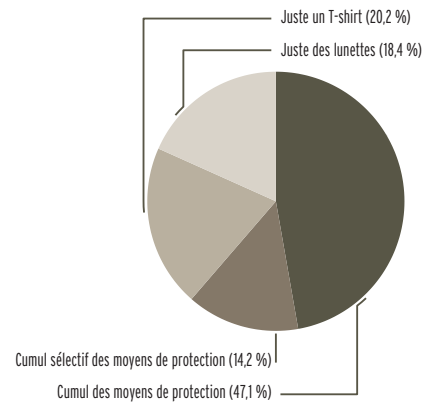
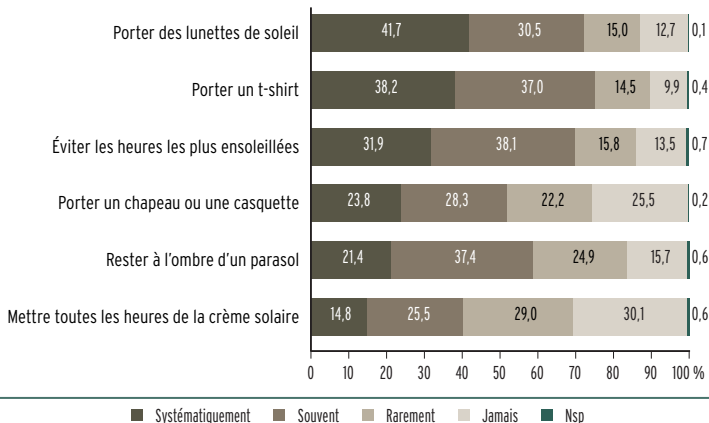


FIGURE 2

Méthodes utilisées pour se protéger lors d'une journée ensoleillée d'été (en pourcentage)



tiers déclarent porter un chapeau ou une casquette et que la majorité utiliserait de la crème solaire toutes les heures. Ce *cumul des moyens de protection* se distingue par un profil plus féminin (57,9 % de femmes dans ce profil) et correspond aux âges intermédiaires (35-64 ans). Les personnes de ce profil sont aussi plus diplômées et plus aisées que la moyenne, avec une surreprésentation des cadres, des professions intellectuelles supérieures et des professions intermédiaires.

Le second profil regroupe 14,2 % des enquêtés, qui se caractérisent par un cumul sélectif des moyens de protection : souvent ou systématiquement, presque tous déclarent porter un t-shirt et éviter les heures les plus ensoleillées, les deux tiers restent à l'ombre d'un parasol, la majorité met une casquette ou un chapeau. En revanche, les trois quarts ne mettent jamais, ou rarement, de la crème solaire toutes les heures, et la quasi-totalité ne porte jamais, ou rarement, de lunettes de soleil. Les personnes qui déclarent ce *cumul sélectif des moyens de protection* sont en majorité des hommes (54,2 %), la moitié des membres est âgée de 55 à 85 ans, ils ont des revenus plus faibles que la moyenne et près des trois quarts n'ont pas le baccalauréat.

Le troisième profil correspond à un cinquième de l'échantillon (20,2 %). Pour se protéger du soleil lors d'une journée ensoleillée, toutes ces personnes portent un t-shirt, systématiquement ou souvent, tandis que les deux tiers mettent des lunettes de soleil. En revanche, pour les quatre autres moyens de protection envisagés, la proportion déclarant y recourir souvent ou systématiquement oscille entre un sixième et un tiers seulement. Ce profil de personnes qui se protègent avec « juste un t-shirt » est le plus masculin (61,9 %) et le plus jeune (42,5 % ont moins de 35 ans), avec des niveaux de diplôme et/ou de revenus inférieurs à la moyenne, et une surreprésen-

tation des individus encore scolarisés et des ouvriers.

Enfin, le quatrième profil regroupe un enquêté sur six (18,4 %). Ce profil est caractérisé par un moindre recours à l'ensemble des moyens de protection contre le soleil : hormis pour les lunettes de soleil (dont on rappelle qu'elles ne protègent que les yeux), utilisées systématiquement ou souvent par 63,9 % des personnes de ce profil, la proportion déclarant recourir à un moyen de protection systématiquement ne dépasse jamais 10 %, et le cumul des réponses « souvent » et « systématiquement » ne dépasse jamais 40 %. Inversement, la totalité de ces personnes ne met jamais, ou rarement, de t-shirt pour se protéger du soleil. Comme le précédent, ce profil de personnes qui se protègent avec « juste des lunettes » est un profil jeune (près de la moitié ont moins de 35 ans), mais il s'agit cette fois-ci en majorité de femmes (56,8 %), en particulier d'étudiantes et d'employées. En outre, ces personnes savent moins fréquemment que la tranche horaire 12 h-16 h est la plus dangereuse pour l'exposition au soleil (46,0 %, vs 53,0 % dans le reste de l'échantillon), tout en se sentant aussi souvent que les autres bien informées sur les risques liés à l'exposition au soleil.

UN FRANÇAIS SUR QUATRE EXAMINE RÉGULIÈREMENT SA PEAU À LA RECHERCHE D'ANOMALIES

Les enquêtés étaient également interrogés sur leur propension à examiner eux-mêmes leur peau à la recherche d'éventuelles anomalies, en particulier un grain de beauté qui apparaît ou qui change de forme : 23,1 % déclarent qu'ils examinent régulièrement leur peau, 42,4 % disent le faire de temps en temps ou rarement, et 34,4 % jamais.

L'examen régulier de sa propre peau est plus fréquemment pratiqué par les femmes (28,5 %, vs 17,2 % des hommes), il augmente

avec l'âge jusqu'à 55-64 ans, puis diminue. Toutefois cette évolution varie quelque peu selon le sexe : pour les hommes, la progression est continue avec l'âge, tandis que pour les femmes l'examen régulier est à son maximum dans la tranche d'âge 45-74 ans, cité par près d'un tiers des femmes de ces âges [figure 4]. Cet examen régulier est aussi moins fréquent parmi les moins aisés (18,6 % parmi les enquêtés dont le ménage dispose de 1 100 euros mensuels ou moins par unité de consommation), comme parmi

les moins diplômés (16,4 % pour les sans diplôme).

CERTAINES « FAUSSES CROYANCES » SONT ENCORE RÉPANDUES

À la fin du module de questions consacrées à l'exposition au soleil, les enquêtés se voyaient proposer quatre assertions pour lesquelles ils devaient indiquer leur degré d'adhésion [figure 5]. Leurs réponses permettent d'évaluer leur connaissance objective des

FIGURE 4

Examiner régulièrement sa peau à la recherche d'une anomalie, selon l'âge et le sexe (en pourcentage)

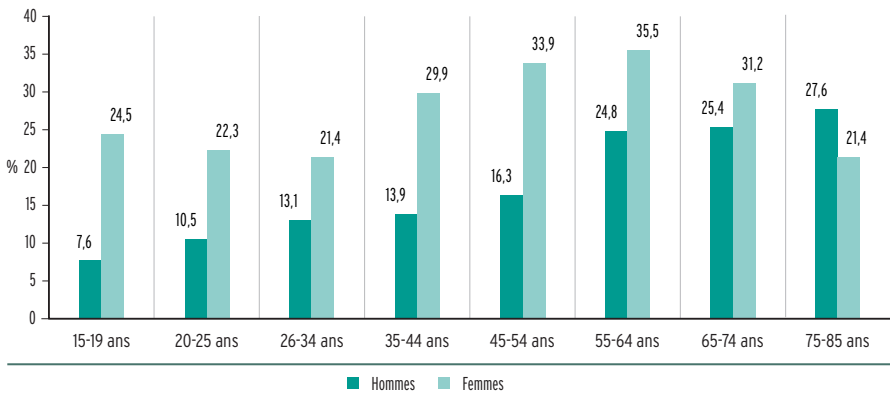
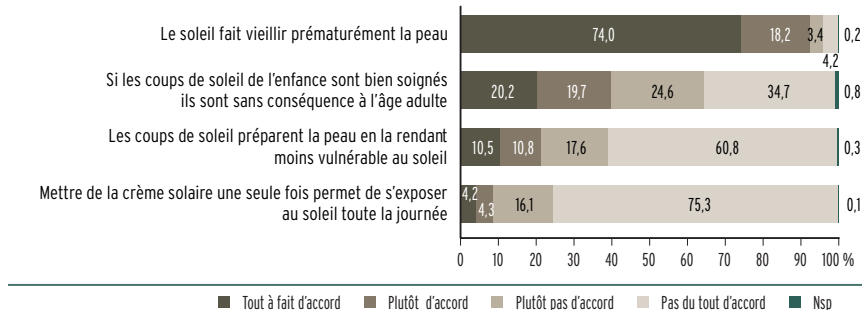


FIGURE 5

Opinions à l'égard du soleil et des coups de soleil (en pourcentage)



campagnes de prévention, puisque ces assertions sont soit issues de ces campagnes soit en prennent le contre-pied.

■ *Le soleil fait vieillir prématurément la peau* : c'est un message clé des campagnes de prévention menées depuis plusieurs années. Il semble avoir été entendu : 74,0 % des enquêtés se déclarent tout à fait d'accord avec cette assertion et 18,2 % se disent plutôt d'accord, soit un score global d'accord de 92,2 %. Les 15-19 ans sont les moins au fait sur cette question (16,3 % rejettent cette assertion), de même que les ouvriers, les moins aisés et les moins diplômés (15,1 % parmi les sans diplôme).

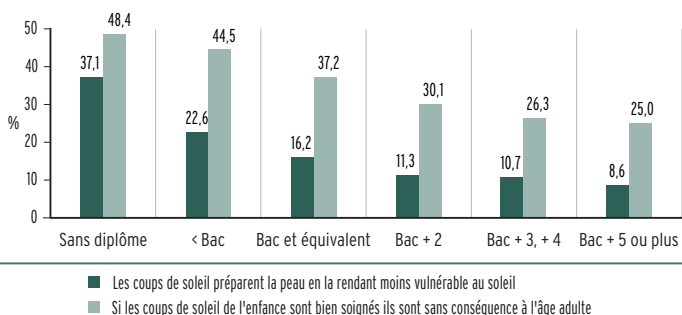
■ *Si les coups de soleil de l'enfance sont bien soignés, ils sont sans conséquence à l'âge adulte* : c'est faux, car les coups de soleil durant l'enfance augmentent le risque de cancer de la peau à l'âge adulte. Cette assertion est rejetée par une majorité des personnes interrogées (34,7 % ne sont pas du tout d'accord, 24,6 % ne sont plutôt pas d'accord), mais les avis sont tout de même partagés. Ce sont les âges intermédiaires (26-54 ans) qui se trompent le moins souvent, ainsi que les femmes, les hauts revenus et les plus diplômés [figure 6].

■ *Les coups de soleil préparent la peau en la rendant moins vulnérable au soleil* : cette assertion contredit les messages préventifs, qui soulignent que les coups de soleil augmentent le risque de cancer de la peau. Plus des trois quarts des enquêtés rejettent cet énoncé : 60,8 % ne sont pas du tout d'accord et 17,6 % plutôt pas d'accord. Les personnes qui croient à tort à cette assertion sont généralement âgées, ce sont plus souvent des hommes, des ouvriers (29,9 % de ces derniers pensent que les coups de soleil endurcissent la peau), issus d'un ménage peu aisé (28,3 % parmi les enquêtés dont le ménage dispose de 1 100 euros mensuels ou moins par unité de consommation), et peu diplômés [figure 6].

■ *Mettre de la crème solaire une seule fois permet de s'exposer au soleil toute la journée* : les crèmes solaires protègent contre les ultraviolets, mais cette protection est provisoire et doit être renouvelée régulièrement au cours de la journée. Cette assertion, fautive, est effectivement rejetée par plus de neuf enquêtés sur dix. Parmi les personnes qui se trompent sur cette assertion, les hommes, les moins aisés et les moins diplômés sont surreprésentés.

FIGURE 6

Accord avec deux assertions fausses relatives aux coups de soleil (en pourcentage)



■ Une autre assertion fautive proposée dans le questionnaire concernait à la fois les UV artificiels et le soleil : « *Faire des UV avant les vacances permet de préparer sa peau pour se protéger des coups de soleil* ». Parmi les 15-75 ans interrogés, 24,1 % se déclarent d'accord avec cette assertion, sans différence significative suivant le sexe et l'âge. Ce résultat est préoccupant car cette croyance peut induire des comportements à risque, cumulant les effets délétères de l'exposition aux UV puis de l'exposition sans protection au soleil. Ce résultat est repris et développé plus en détail dans le chapitre consacré à l'exposition des Français aux UV artificiels.

ÉVOLUTIONS 2005-2010 : LES PRATIQUES DE PROTECTION CONTRE LE SOLEIL PROGRESSENT

Les comparaisons entre les résultats des Baromètres cancer 2005 et 2010 portent sur la tranche d'âge commune aux deux enquêtes, les 16-85 ans, avec une pondération spécifique qui assure que les deux échantillons ont la même structure sociodémographique.

Si l'on se fie aux déclarations des personnes interrogées, il semble que les pratiques

de protection contre le soleil estival aient notablement progressé en France entre 2005 et 2010. En effet, quelle que soit la pratique considérée, les taux de personnes qui disent y recourir, souvent ou systématiquement, sont significativement plus élevés en 2010 [figure 7]. Toutefois, si l'on se cantonne aux pratiques de protection déclarées « systématiquement », une seule évolution reste statistiquement significative, à savoir le port de lunettes de soleil, plus fréquent en 2010 (76 % en 2010 vs 70 % en 2005).

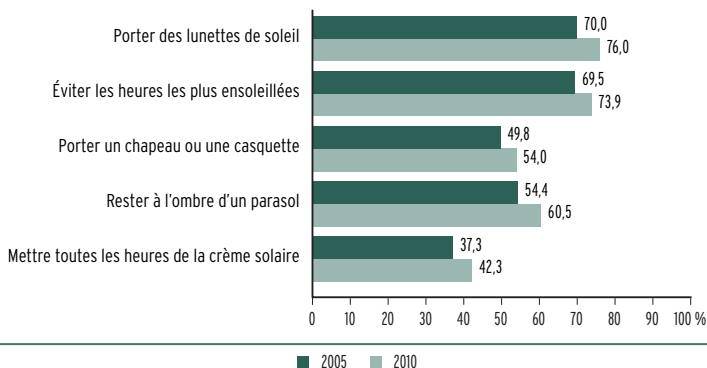
Quant à l'examen de sa propre peau à la recherche d'éventuelles anomalies, il n'a pas progressé : en 2010, 69,8 % des 16-85 ans interrogés disent le pratiquer régulièrement ou de temps en temps, contre 68,7 % en 2005. Et si l'on s'en tient à l'examen régulier de sa propre peau, cette proportion a même régressé (24,9 % en 2010 vs 27,3 % en 2005).

ÉVOLUTIONS 2005-2010 : CERTAINES CONNAISSANCES PRÉVENTIVES PROGRESSENT AUSSI

Parmi les 16-85 ans, en 2005, 96,2 % des personnes interrogées savaient que

FIGURE 7

Méthodes utilisées, systématiquement ou souvent, pour se protéger lors d'une journée ensoleillée d'été, 2005-2010 (en pourcentage)



s'exposer au soleil sans protéger sa peau peut favoriser un cancer. Cette proportion est stable en 2010, puisqu'elle atteint 97,8 %. En revanche, la proportion d'enquêtés qui savent que le soleil estival est le plus dangereux entre 12 h et 16 h a significativement augmenté entre 2005 et 2010, passant de 45,8 % à 53,9 % parmi les 16-85 ans.

Concernant les opinions relatives au soleil et aux coups de soleil, entre 2005 et 2010, la proportion de personnes qui savent que le soleil fait vieillir prématurément la peau est restée stable, à plus de 94 % [figure 8]. De même, en 2010, plus du tiers des 16-75 ans continuent à penser, à tort, que les coups de soleil de l'enfance bien soignés sont sans conséquence à l'âge adulte. En revanche,

l'adhésion à une « fausse croyance » a significativement régressé en cinq ans : en 2005, 24,0 % étaient tout à fait d'accord ou plutôt d'accord avec l'assertion selon laquelle les coups de soleil préparent la peau en la rendant moins vulnérable au soleil, tandis qu'ils ne sont plus que 17,9 % en 2010.

ÉVOLUTIONS 2005-2010 : UNE DIFFÉRENCIATION SOCIALE QUI PERSISTE

Concernant les conduites et les croyances relatives à l'exposition au soleil, les différences observables selon la position sociale des enquêtés ont-elles évolué entre 2005 et 2010 ? Le tableau II apporte des éléments

FIGURE 8

Accord avec trois opinions à l'égard du soleil et des coups de soleil, évolution 2005-2010 (en pourcentage)

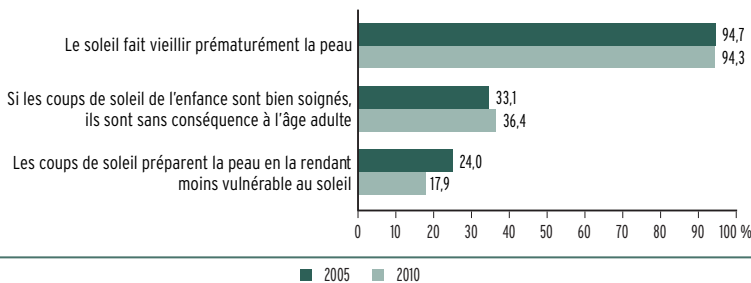


TABLEAU II

Position sociale, comportements et croyances relatifs à l'exposition au soleil, évolution 2005-2010 (odds ratios)

	2005			2010		
	1 ^{er} tercile des revenus	chômage	diplôme < bac	1 ^{er} tercile des revenus	chômage	diplôme < bac
Heures les plus dangereuses : 12 h-16 h	0,81 *	1,17	0,61 ***	0,66***	1,07	0,75**
Les coups de soleil préparent la peau...	1,69***	1,08	2,28***	1,62***	1,61*	1,82***
Évite les heures les plus ensoleillées...	1,02	1,08	0,69***	0,88	1,05	0,61 ***
Examine sa peau régulièrement	0,82*	1,32	0,81 *	0,76**	0,90	0,76**

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

Les odds ratios ont ici été estimés à partir des données harmonisées (tranche d'âge 16-85 ans, pondération permettant la comparaison des deux enquêtes), en contrôlant systématiquement les effets de l'âge et du sexe.

de réponse, en ciblant deux conduites (éviter de s'exposer, systématiquement ou souvent, durant les heures les plus ensoleillées ; examiner régulièrement sa peau à la recherche d'une éventuelle anomalie) et deux croyances (une « juste » : identifier la tranche 12 h-16 h comme la plus dangereuse pour l'exposition au soleil en été ; une « fausse » : penser que les coups de soleil préparent la peau en la rendant moins vulnérable au soleil). Pour ces quatre items, des odds ratios mesurent l'effet, en 2005 et en 2010, en contrôlant ici les effets de l'âge et du sexe, de trois indicateurs qui concourent à repérer une position sociale défavorable : appartenir à un ménage qui se situe dans le premier tercile de la distribution des revenus par unité de consommation, avoir un niveau scolaire inférieur au baccalauréat, être au chômage.

Concernant d'abord les opinions des enquêtés, en 2010 comme en 2005, les moins aisés et les moins diplômés connaissent moins souvent la tranche horaire la plus dangereuse pour l'exposition au soleil et sont aussi plus enclins à croire que les coups de soleil préparent la peau en la rendant moins vulnérable. L'odds ratio mesurant l'effet d'un faible niveau

scolaire a notablement baissé en 2010, suggérant que cet effet s'atténue. Toutefois, le chômage est significativement associé à cette « fausse croyance » en 2010, alors qu'il ne l'était pas en 2005. Globalement, la différenciation sociale de ces opinions est donc restée relativement stable, ce qui apparaît bien si l'on cumule les effets mesurés ici : une personne qui n'a pas le bac, qui est au chômage et qui appartient à un ménage moins aisé a environ deux fois moins de chances de connaître la tranche horaire la plus dangereuse, en 2005 comme en 2010², et elle a quatre à cinq fois plus de risques de croire que les coups de soleil préparent la peau en la rendant moins vulnérable (quatre fois plus en 2005, cinq fois plus en 2010).

De même, concernant les comportements de protection et de prévention, la différenciation sociale reste stable : en 2005 comme en 2010, les moins aisés et les moins diplômés sont moins enclins à examiner leur peau à la recherche d'une éventuelle anomalie, et les moins diplômés évitent moins souvent de s'exposer aux heures les plus ensoleillées durant l'été.

2. En 2005 : $0,81 \times 1,17 \times 0,61 = 0,58$; en 2010 : $0,66 \times 1,07 \times 0,75 = 0,53$.

DISCUSSION

DES PROGRÈS ENCOURAGEANTS, MAIS ENCORE INSUFFISANTS

Globalement, le risque de cancer induit par une exposition non protégée et prolongée au soleil est très bien connu de la population française. Toutefois, cette connaissance générale ne suffit pas : encore faut-il savoir quelles sont les heures d'ensoleillement les plus dangereuses, quels sont les moyens de protection les plus efficaces, mais aussi comprendre l'impact réel des coups de soleil de l'enfance sur ce risque de cancer.

Sur ces points, il reste encore beaucoup de progrès à faire, même si les évolutions observées entre 2005 et 2010 sont positives et encourageantes. La campagne de l'Inpes en juin 2011 sur les risques solaires s'appuie d'ailleurs sur un petit personnage, le « Professeur Pourquoi », censé apporter des réponses simples et faciles à retenir aux questions sur la protection solaire et ses quatre gestes essentiels. L'un des profils identifiés ici, qui réunit des personnes qui se protègent peu et qui connaissent mal le risque solaire, tout en s'estimant bien infor-

mées à ce sujet, constitue une cible privilégiée pour ce type de campagne.

Plus précisément, il faut souligner que la moitié des Français ignore encore que les heures les plus dangereuses se situent entre 12 heures et 16 heures. De même, du point de vue des pratiques déclarées, le moyen de protection systématique le plus souvent rapporté, en l'occurrence le port de lunettes de soleil, ne protège pas la peau, et les évolutions observées entre 2005 et 2010 ne sont pas significatives si l'on s'intéresse seulement aux comportements de protection systématiques. Cette relative inertie des comportements, malgré les campagnes d'information menées depuis plusieurs années, a été soulignée dans de nombreuses études, nationales ou internationales, en population adulte comme parmi les jeunes [11-13].

LA NÉCESSITÉ DE MIEUX COMPRENDRE LES ATTITUDES À L'ÉGARD DU SOLEIL ET DU BRONZAGE

Pour expliquer cette relative inertie, plusieurs études soulignent que les comportements d'exposition au soleil ne dépendent pas en premier lieu de la perception des risques sanitaires associés à cette exposition. La relation entre connaissances et comportements serait médiatisée par les attitudes à l'égard du soleil et du bronzage, notamment chez les enfants [11]. Par exemple, une recherche qualitative récente, menée parmi un échantillon d'adolescents australiens, montre que la culture juvénile valorise beaucoup le bronzage et les activités de loisirs en extérieur, que se protéger du soleil peut être mal vu par les pairs et contribuer à déprécier l'image de soi que l'on renvoie aux autres, sachant en outre que le recours à un moyen de protection n'est pas forcément compatible avec le caractère souvent spontané et donc non programmé des expositions au soleil à cet âge [14].

Plus généralement, les campagnes de prévention ne doivent pas se contenter de délivrer de l'information ; il leur faut davantage prendre en compte la valorisation subjective du bronzage et les bénéfices attendus à court terme de l'exposition au soleil, en particulier chez les jeunes, et inclure ces paramètres dans leurs messages, éventuellement en ciblant spécifiquement tel ou tel sexe ou tel ou tel âge [12]. Une piste intéressante serait justement de souligner l'impact délétère d'une exposition excessive au soleil non seulement pour la santé mais aussi pour l'apparence physique [15].

LA NÉCESSITÉ DE PRENDRE EN COMPTE LE CONTEXTE DE L'EXPOSITION AU SOLEIL

D'autres études montrent également que les pratiques de protection contre le soleil dépendent beaucoup du contexte d'exposition. Ainsi, on ne se protège pas de la même façon selon que l'on est exposé au soleil lors de son activité professionnelle ou lors d'une activité de loisir, lorsqu'on va à la plage, dans un parc public, ou lorsqu'on se rend à une rencontre sportive en plein air, comme participant ou comme spectateur, ou encore, pour les adolescents, dans le cadre d'une activité scolaire ou extra-scolaire [9, 16-18].

De même, les facteurs associés au recours à des moyens de protection varient selon le contexte : par exemple, lorsque l'exposition survient lors de l'activité professionnelle, ce sont les hommes qui se protègent le moins [17] et qui, en particulier, sont très peu enclins à utiliser de la crème solaire, tandis que sur la plage ce sont les femmes qui s'exposent le plus souvent sans protection suffisante, en particulier sans porter de t-shirt ni se couvrir la tête [19].

Pour mieux comprendre les pratiques déclarées d'exposition au soleil et les éventuels obstacles au recours à des

moyens de protection, il importe donc de mieux connaître les contextes d'exposition.

CANCER, SOLEIL ET INÉGALITÉS SOCIALES

Enfin, rappelons que la réduction des inégalités sociales de santé est un axe transversal majeur des politiques actuelles de santé publique, y compris dans le domaine de la prévention des cancers. De ce point de vue, il est important de noter que, dans les analyses menées ici, un faible niveau scolaire et un faible niveau de revenus du ménage sont presque toujours des facteurs prédictifs péjoratifs : ils sont corrélés à des connaissances moins précises sur les heures d'ensoleillement les plus dangereuses, ils sont surreprésentés dans les profils de pratiques caractérisés par un faible recours aux moyens de protection contre le soleil, ils sont corrélés à des examens moins fréquents de sa propre peau à la recherche d'une éventuelle anomalie ; ce sont également des facteurs prédictifs significatifs des croyances erronées à l'égard du soleil et des coups de soleil.

De même, de nombreuses études menées à l'étranger montrent que les connaissances sur les effets délétères d'une exposition au soleil prolongée et non-protégée, ainsi que les éventuels comportements de protection, sont fortement corrélés au statut social des personnes interrogées, en particulier à leur niveau de diplôme [11, 20], ou encore à leur appartenance à une minorité ethnique [21]. Dans le domaine de la prévention des cancers dus au soleil, comme dans beaucoup d'autres domaines d'intervention de la santé publique, il importe donc de porter une attention particulière à la réduction des inégalités sociales, sachant que cela nécessite de mener une vraie réflexion sur la façon dont les milieux défavorisés reçoivent les messages préventifs, sans conclure trop hâtivement que ces milieux seraient simplement moins aptes à se saisir de ces messages [22]. Cette nécessité est soulignée par le fait que la différenciation sociale des croyances et des comportements relatifs à l'exposition au soleil est restée stable entre 2005 et 2010.

Rellecteurs

Isabelle Tordjman (INCa)
Julie Gaillot de Saintignon (INCa)

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 01/09/2011.

- [1] Institut national du cancer (INCa). *La situation du cancer en France en 2010*. Boulogne-Billancourt : INCa, coll. Rapports et synthèses, 2010 : 286 p.
En ligne : http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/6035-la-situation-du-cancer-en-france-en-2010
- [2] Organisation mondiale de la santé (OMS). Rayonnement ultraviolet et le programme Intersun (page web).
En ligne : <http://www.who.int/uv/faq/skincancer/fr/index1.html>
- [3] Hospices civils de Lyon, Réseau FRANCIM, CépiDC. *Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010* : rapport technique. Saint-Maurice : InVS ; Boulogne-Billancourt : INCa, 2010 : 75 p.
- [4] Ferlay J., Parkin D. M., Steliarova-Foucher E. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008. *European journal of cancer*, 2010, vol. 46, n° 4 : p. 765-781.
- [5] Belot A., Grosclaude P., Bossard N., Jouglé E., Benhamou E., Delafosse P., et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2008, vol. 56, n° 3 : p. 159-175.
- [6] 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, vol. 186, n° 2 : p. 94-98.
- [7] 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, vol. 18, n° 6 : p. 670-675.

- [8] 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, vol. 39, n° 5 : p. 992-999.
- [9] Hedges T., Scriven A. Young park users' attitudes and behaviour to sun protection. *Global Health Promotion*, 2010, vol. 17, n° 4 : p. 24-31.
- [10] Guilbert P., Peretti-Watel P., Beck F., Gautier A. dir. *Baromètre cancer 2005*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2006 : 193 p.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/991.pdf>
- [11] Wright C., Reeder A.I., Gray A., Cox B. Child sun protection : sun-related attitudes mediate the association between children's knowledge and behaviours. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 2008, vol. 44, n° 12 : p. 692-698.
- [12] Goulart J. M., Wang S. Q. Knowledge, motivation, and behavior patterns of the general public towards sun protection. *Photochemical & Photobiological Sciences*, 2010, vol. 9, n° 4 : p. 432-438.
- [13] Branstrom R., Kasparian N. A., Chang Y. M., Affleck P., Tibben A., Aspinwall L. G., et al. Predictors of sun protection behaviors and severe sunburn in an international online study. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention*, 2010, vol. 19, n° 9 : p. 2199-2210.
- [14] Potente S., Coppa K., Williams A., Engels R. Legally brown : using ethnographic methods to understand sun protection attitudes and behaviours among young Australians 'I didn't mean to get burnt- it just happened !'. *Health Education Research*, 2011, vol. 26, n° 1 : p. 39-52.
- [15] Thomas K., Hevey D., Pertl M., Ní Chiuineagáin S., Craig A., Maher L. Appearance matters : The frame and focus of health messages influences beliefs about skin cancer. *British Journal of Health Psychology*, 2011, vol. 16, n° 2 : p. 418-429.
- [16] Mahé E., Beauchet A., de Paula Correa M., Godin-Beekmann S., Haeffelin M., Bruant S., et al. Outdoor sports and risk of ultraviolet radiation-related skin lesions in children : evaluation of risks and prevention. *The British journal of dermatology*, 2011, vol. 165, n° 2 : p. 360-367.
- [17] Marrett L. D., Pichora E. C., Costa M. L. Work-time sun behaviours among Canadian outdoor workers : results from the 2006 National Sun Survey. *Canadian journal of public health/Revue canadienne de sante publique*, 2010, vol. 101, n° 4 : p. 19-22.
- [18] Williams M., Jones S.C., Caputi P., Iverson D. Australian adolescents' compliance with sun protection behaviours during summer : the importance of the school context. *Health Promotion International*, 2011 (Epub ahead of print).
- [19] Woloszyn M., Trzesinski A., Ellis I. Sun-protective behaviours of beach goers in the North-West. *Health Promotion International*, 2010, vol. 21, n° 2 : p. 146-148.
- [20] Manne S. L., Coups E. J., Jacobsen P. B., Ming M., Heckman C. J., Lessin S. Sun protection and sunbathing practices among at-risk family members of patients with melanoma. *BMC public health*, 2011, vol. 11 : p. 122.
- [21] Cheng C. E., Irwin B., Mauriello D., Hemminger L., Pappert A., Kimball A. B. Health disparities among different ethnic and racial middle and high school students in sun exposure beliefs and knowledge. *The Journal of adolescent health*, 2010, vol. 47, n° 1 : p. 106-109.
- [22] Peretti-Watel P., Moatti J.P. *Le principe de prévention : le culte de la santé et ses dérivés*. Paris : Editions du Seuil, 2009 : 103 p.



L'essentiel

Nutrition et cancer

Perceptions des risques et des facteurs protecteurs

L'importance du rôle de l'alimentation dans la survenue du cancer connue par la majorité de la population

Parmi les personnes interrogées âgées de 15 à 75 ans et n'ayant jamais été soignées pour un cancer, 87 % considèrent que l'alimentation a un rôle important (« très important » 40 % et « plutôt important » 47 %) dans la survenue du cancer. Ce pourcentage augmente significativement avec l'âge, le niveau de diplôme et le revenu par unité de consommation. Il varie également selon la profession et la catégorie socioprofessionnelle. Après ajustement sur le sexe et l'âge, les ouvriers, les employés, les inactifs et la catégorie « artisans, commerçants et chefs d'entreprise » sont moins nombreux que les cadres à considérer comme important le rôle de l'alimentation dans la survenue d'un cancer.

Une connaissance des facteurs de risque ou des facteurs protecteurs du cancer variable selon les facteurs nutritionnels considérés

Concernant les facteurs de risque de cancer avérés, 30 % des personnes citent la consommation fréquente de viande rouge, 37 % le sel et les aliments salés, 47 % la charcuterie et 64 % le surpoids ou l'obésité. Les facteurs protecteurs sont connus par 56 % des individus pour les fruits et légumes, par 59 % pour la pratique régulière d'activité physique et par 24 % des femmes

pour l'allaitement. Un pourcentage important d'individus déclare ne pas savoir quelle influence ont sur le cancer les différents facteurs nutritionnels pour lesquels il existe un risque ou un caractère protecteur avéré (entre 20 % et 50 % selon les facteurs).

...socialement déterminée...

Le caractère protecteur des fruits et légumes et de l'activité physique et le caractère délétère de la consommation fréquente de viande rouge, de charcuterie et de sel ou d'aliments salés sont davantage connus par les personnes ayant un niveau de diplôme et un revenu élevés. Le rôle négatif du surpoids ou de l'obésité est davantage connu par les individus ayant un niveau de revenu élevé. Le rôle positif de l'allaitement par rapport au cancer du sein de la mère est davantage connu par les femmes ayant un niveau de diplôme supérieur au bac. Les chômeurs sont quant à eux moins nombreux à connaître le caractère délétère d'une consommation fréquente de charcuterie et le caractère bénéfique d'une consommation de fruits et légumes.

...et liée au sentiment d'être plus ou moins bien informé sur l'alimentation et le cancer

Les personnes se déclarant mal informées sur les effets de l'alimentation sur la santé sont moins nombreuses à connaître l'influence sur le cancer de la consommation fréquente

de fruits et légumes, de charcuterie, de viande rouge, de sel ou d'aliments salés, d'une pratique régulière d'activité physique et du surpoids ou de l'obésité. Par ailleurs, la perception d'être mal informé sur le cancer est associée à une moins bonne connaissance de l'effet protecteur de la pratique régulière d'activité physique ou de l'effet délétère de la consommation fréquente de viande rouge et du surpoids et de l'obésité.

La nécessité d'améliorer l'information sur la prévention nutritionnelle des cancers

Dans l'ensemble, les individus sont relativement nombreux à ne pas connaître l'influence de certains facteurs nutritionnels sur le risque de cancer. Ces résultats conduisent à s'interroger sur la façon d'améliorer l'information dans le cadre de la prévention nutritionnelle des cancers dans un contexte où les messages diffusés par les médias ou publiés dans des ouvrages sont parfois flous, contradictoires et scientifiquement infondés. Pour contrer cette cacophonie, une prise de parole dans la presse par les institutions et des collectifs d'experts pourrait être envisagée. Par ailleurs, des messages sur les facteurs de risque avérés de cancer, incluant certains facteurs nutritionnels, pourraient être diffusés à la population à la fois par le biais des professionnels de santé et par des campagnes nationales non anxieuses.

Nutrition et cancer

Perceptions des risques et des facteurs protecteurs

HÉLÈNE ESCALON
RAPHAËLLE ANCELLIN

INTRODUCTION

Au cours des dernières années, la mise en place d'une politique nutritionnelle est apparue comme l'une des priorités de santé publique. Depuis 2001, le Programme national nutrition santé (PNNS 2001-2005 [1], PNNS 2006-2010 [2] et PNNS 2011-2015 [3]), dont l'objectif général est l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population, a défini neuf objectifs quantitatifs prioritaires dont certains (augmentation de la consommation de fruits et légumes, diminution de la consommation d'alcool, augmentation de l'activité physique, réduction de la prévalence du surpoids) sont susceptibles de contribuer à la prévention des cancers.

En effet, les recherches des quarante dernières années ont montré l'influence de la nutrition sur la survenue de certains cancers. C'est ce que montre le rapport du *World Cancer Research Fund* (WCRF) et de l'*American Institute for Cancer Research* (AICR) paru fin 2007 [4]. À la fois source de facteurs de risque et de facteurs protecteurs, la nutrition, qui englobe l'alimentation (y compris l'alcool), le statut

nutritionnel (poids normal, surpoids, obésité) et l'activité physique, fait partie des facteurs comportementaux sur lesquels il est possible d'agir pour prévenir la survenue de cancers.

Les recommandations émises dans une perspective mondiale par le WCRF et l'AICR ont été adaptées au contexte nutritionnel français, donnant lieu à des recommandations en adéquation avec celles du PNNS [5].

Ainsi, les facteurs nutritionnels pertinents pour la prévention des cancers en France et faisant l'objet de recommandations adaptées sont :

- pour les facteurs qui augmentent le risque de cancer : la consommation de boissons alcoolisées, le surpoids et l'obésité, la consommation excessive de viande rouge et de charcuterie, la consommation de sel et d'aliments salés, ainsi que la consommation de compléments alimentaires à base de bêta-carotène notamment chez les fumeurs et les ex-fumeurs ;
- pour les facteurs qui réduisent le risque de cancer : l'activité physique, la consommation de fruits et légumes et l'allaitement.

D'après les estimations récentes réalisées dans des pays développés (États-Unis et Royaume-Uni), la mise en œuvre de telles recommandations pourrait permettre d'éviter un tiers des cancers les plus communs [6].

En France, au-delà du PNNS, d'autres plans de santé publique qui traitent de la nutrition (Plan obésité, Plan cancer, Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive, Programme national pour l'alimentation), contribuent également à répondre aux principaux objectifs de prévention nutritionnelle des cancers pour la population française : réduire la consommation de boissons alcoolisées et la prévalence du surpoids et de l'obésité, favoriser et promouvoir une alimentation équilibrée et diversifiée (en évitant de recourir aux compléments alimentaires) et une pratique régulière d'activité physique.

Ces actions sont cohérentes avec le plan d'action de l'OMS pour la stratégie mondiale de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles, qui se décline selon quatre axes prioritaires : tabac, alimentation saine, activité physique et alcool [7].

La connaissance et l'évolution des attitudes et des comportements nutritionnels de la population sont suivis notamment

par le Baromètre santé nutrition, enquête nationale menée en 1996, 2002 et 2008 [8-10]. Concernant les facteurs nutritionnels ayant un lien avéré avec le cancer, cette enquête pointe la nécessité de renforcer la promotion de la consommation de fruits et légumes et d'une activité physique régulière.

Le Baromètre cancer 2005 [11] ciblait les facteurs de risque liés au tabagisme, à l'usage d'alcool et à l'exposition au soleil. Ceux liés à l'alimentation (hors alcool) et à l'activité physique n'avaient pas été abordés par l'enquête. Dans le présent baromètre ont été posées des questions relatives à la perception du risque de cancer associé à certains facteurs nutritionnels. Ces perceptions sont en effet susceptibles de jouer un rôle dans l'adoption de comportements plus ou moins favorables à la santé. Il a en effet été montré que les personnes ayant le plus de connaissances relatives à la prévention du cancer avaient une alimentation nettement plus proche des recommandations nutritionnelles que les autres [12].

Il s'agira ici d'analyser les perceptions des risques de cancer liés à l'alimentation, à l'activité physique et à la corpulence et d'examiner les facteurs associés.

MÉTHODE

Les questions ont été posées uniquement aux personnes âgées de 15 à 75 ans n'ayant jamais été soignées pour un cancer. Ce filtre

a été introduit pour que les réponses soient indépendantes d'un régime alimentaire particulier pouvant être lié à un cancer.

RÉSULTATS

PERCEPTION DU RÔLE DE L'ALIMENTATION DANS LA SURVENUE D'UN CANCER

Parmi les personnes interrogées, âgées de 15 à 75 ans et n'ayant jamais été soignées pour un cancer, près de neuf sur dix (86,9 %) considèrent que l'alimentation a un rôle

important (« très important » 39,8 % ou « plutôt important » 47,1 %) dans l'apparition du cancer¹. Cette perception ne varie ni

1. À titre d'information, cette proportion chez les 15-75 ans était de 74,1 % dans le Baromètre santé nutrition 2008 sur une base très légèrement différente constituée d'individus interrogés uniquement sur téléphone filaire et incluant ceux ayant été potentiellement soigné pour un cancer.

selon le sexe ni selon la région (appréhendée par les zones d'aménagement du territoire – ZEAT). En revanche, elle évolue significativement avec l'âge, l'importance de l'alimentation étant globalement davantage citée à partir de 35 ans **[figure 1]**.

Le pourcentage d'individus qui considèrent comme important le rôle de l'alimentation dans la survenue d'un cancer augmente significativement avec le niveau de diplôme ($p < 0,01$). Il est de 82,4 % parmi les personnes sans diplôme et atteint 90,5 % parmi les personnes ayant un diplôme supérieur au bac. La même tendance est observée avec le niveau de revenus : 84,3 % des personnes dont les revenus par unité de consommation sont inférieurs à 1 100 euros perçoivent un lien important entre l'alimentation et le cancer contre 90,5 % des personnes ayant les revenus les plus élevés ($\geq 1 800$ euros ; $p < 0,001$). Cette perception est également moins répandue parmi les inactifs que parmi les actifs exerçant un emploi (84,5 % vs 88,9 % ; $p < 0,01$).

Ces tendances observées en analyse bivariée sont maintenues lorsque les caractéristiques socio-démographiques sont introduites simultanément dans le cadre d'une régression logistique **[tableau 1]**.

Par ailleurs, il existe des différences de perception selon la profession et la catégorie socioprofessionnelle. Après ajustement sur le sexe et l'âge, les ouvriers, les employés, les

inactifs et la catégorie « artisans, commerçants et chefs d'entreprise » apparaissent significativement moins nombreux que les cadres à considérer comme important le rôle de l'alimentation dans l'apparition du cancer **[tableau 1]**.

Aucune association significative n'est en revanche mise en évidence avec des indicateurs de vulnérabilité plus marquée comme l'insécurité alimentaire², ou le renoncement à des soins de santé pour des raisons financières.

Il en est de même pour le niveau d'information perçu sur le cancer ou les effets de l'alimentation sur la santé. Les personnes se déclarant bien informées sur ces deux sujets de santé ne sont pas plus nombreuses que les autres, en proportion, à penser que l'alimentation a un rôle important dans la survenue d'un cancer.

PERCEPTION DE L'INFLUENCE DE DIFFÉRENTS FACTEURS NUTRITIONNELS SUR LE RISQUE DE CANCER

La connaissance des facteurs de risque ou des facteurs protecteurs du cancer varie

2. Les personnes sont considérées en situation d'insécurité alimentaire lorsqu'elles déclarent qu'il arrive de ne pas avoir assez à manger dans leur foyer (insécurité alimentaire quantitative) ou pas toujours les aliments souhaités (insécurité alimentaire qualitative).

FIGURE 1

Importance perçue du rôle de l'alimentation dans la survenue d'un cancer, selon l'âge

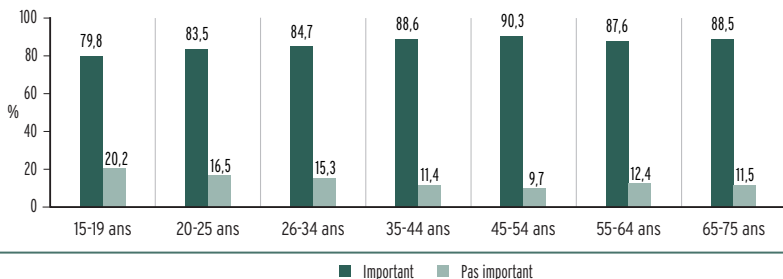


TABLEAU I

Rôle de l'alimentation dans la survenue d'un cancer perçu comme important : résultats de deux régressions logistiques^a

	Effectifs	Pourcentage ^b	Régression 1		Régression 2	
			n = 3334		n = 3345	
			OR	IC à 95 %	OR	IC à 95 %
Sexe						
Hommes (réf.)	1 464	85,6	1		1	
Femmes	1 881	88,0	1,3*	1,0; 1,7	1,3	1,0; 1,6
Âge **						
15-19 ans (réf.)	223	79,8	1		1	
20-25 ans	296	83,5	0,9	0,5; 1,6	1,3	0,8; 2,2
26-34 ans	506	84,7	0,8	0,5; 1,5	1,4	0,9; 2,2
35-44 ans	694	88,6	1,2	0,7; 2,2	2,0**	1,3; 3,2
45-54 ans	626	90,3	1,5	0,8; 2,7	2,4***	1,5; 3,9
55-64 ans	641	87,6	1,4	0,9; 2,3	1,8*	1,1; 2,9
65-75 ans	359	88,5	1,8*	1,0; 3,0	1,9*	1,1; 3,2
Diplôme **						
Inférieur au baccalauréat (réf.)	1 546	85,2	1			
Baccalauréat ou équivalent	658	87,3	1,2	0,9; 1,7		
Supérieur au baccalauréat	1 130	90,5	1,5*	1,1; 2,1		
Revenu par UC **						
Moins de 1100 euros (réf.)	918	84,3	1			
1100 à moins de 1800 euros	1 152	87,3	1,1	0,8; 1,5		
1800 euros et plus	1 002	90,5	1,5*	1,0; 2,1		
NSP ou ne veut pas dire	273	85,1	1,1	0,7; 1,7		
Situation professionnelle **						
Actifs travaillant (réf.)	1 939	88,9	1			
Autres	1 188	84,5	0,7*	0,5; 1,0		
Chômeurs	218	83,9	0,8	0,5; 1,3		
Catégorie socioprofessionnelle *						
Cadres et professions intellectuelles supérieures (réf.)	692	90,8			1	
Agriculteurs exploitants	54	94,4			1,6	0,6; 4,4
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	201	83,5			0,5*	0,3; 0,9
Professions intermédiaires	932	88,2			0,7	0,5; 1,1
Employés	750	87			0,6*	0,4; 0,9
Ouvriers	572	84,2			0,6**	0,4; 0,9
Autres personnes sans activité professionnelle	144	80,7			0,4**	0,2; 0,7

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

a. Les variables incluses dans la régression 1 sont le sexe, le diplôme, le revenu et la situation professionnelle et, dans la régression 2, le sexe, l'âge et la CSP;

b. Lecture des * dans la colonne Pourcentage; ex. de la variable âge : en analyse bivariable, la variation selon l'âge du pourcentage d'individus qui considèrent comme important le rôle de l'alimentation dans la survenue d'un cancer est significative (test du Chi2 global).

sensiblement selon les facteurs considérés. Ainsi, parmi ceux pour lesquels il a été prouvé une diminution ou une augmentation du risque de cancer par le WCRF

[4], le pourcentage d'individus citant la « bonne réponse » peut varier du simple au double : 30,2 % des personnes interrogées considèrent qu'une consommation

fréquente de viande rouge peut augmenter le risque de cancer, 37,0 % pensent de même pour le sel ou les aliments salés et 47,4 % pour la charcuterie; 55,9 % déclarent qu'une consommation fréquente de fruits et légumes peut diminuer le risque de cancer, 58,8 % attribuent le même effet à la pratique régulière d'une activité physique et 63,6 % considèrent le surpoids ou l'obésité comme un facteur de risque. Le caractère protecteur de l'allaitement sur le risque de cancer du sein chez la mère (question posée uniquement aux femmes) est connue par 23,8 % d'entre elles [tableau II].

Pour ces sept facteurs, on observe un pourcentage important d'individus déclarant qu'ils ne savent pas³ quelle influence ils ont sur le cancer. C'est le cas d'environ une personne sur cinq en ce qui concerne le rôle de l'activité physique (19,6 %), de la consommation de fruits et légumes (22,9 %) et de la surcharge pondérale (23,6 %), et de plus du double pour la consommation fréquente de

charcuterie (41,9 %), de sel ou d'aliments salés (47,9 %) et de viande rouge (49,4 %). Les femmes sont également nombreuses (45,9 %) à ne pas connaître le caractère protecteur de l'allaitement sur le cancer du sein [tableau II].

En parallèle, quelques questions relatives à la consommation de types d'aliments pour lesquels il n'a pas été montré de lien avec le cancer ont été posées pour différentes raisons. La question sur la viande blanche était destinée à vérifier que les personnes connaissent bien la spécificité de la consommation fréquente de viande rouge par rapport à celle de viande blanche concernant le risque de cancer. Les résultats montrent que c'est le cas pour les individus qui déclarent une augmentation du risque de

3. Afin de ne pas sous-estimer la part d'individus n'ayant aucune idée de la réponse aux questions, la modalité « ne sait pas » a volontairement été énoncée, contrairement à ce qui se fait habituellement dans ce type d'enquête pour d'autres types de questions où elle n'est pas prononcée et fait l'objet de relances.

TABLEAU II

Perception de l'influence de la consommation alimentaire, de la pratique d'activité physique et de la surcharge pondérale sur le risque de cancer

	... diminuer le risque de cancer ?	... augmenter le risque ?	N'a pas d'influence	Ne sait pas (déclaré)
Selon vous, la consommation fréquente de... peut-elle...				
Fruits et légumes	55,9	2,8	18,4	22,9
Charcuterie	2,3	47,4	8,4	41,9
Sel ou aliments salés	3,0	37,0	12,1	47,9
Viande rouge	4,1	30,2	16,3	49,4
Viande blanche	13,3	2,5	32,3	51,9
Poisson	37,5	3,4	21,6	37,5
Lait	7,6	5,1	30,0	57,3
Pommes de terre	4,0	2,2	34,5	59,3
Selon vous, la pratique régulière d'activité physique peut-elle...				
	58,8	1,8	19,8	19,6
Selon vous, le surpoids ou l'obésité peuvent-ils...				
	3,3	63,6	9,5	23,6
Selon vous, l'allaitement de l'enfant peut-il... le risque de cancer du sein chez la mère (question posée uniquement aux femmes)				
	23,8	2,9	27,4	45,9

En gras sont indiqués les facteurs pour lesquels il a été prouvé une diminution ou une augmentation du risque de cancer [3, 4].

cancer associée à ces deux consommations : ils sont 30,2 % à donner cette réponse pour la viande rouge contre 2,5 % pour la viande blanche. Dans les deux cas néanmoins, la moitié des individus déclarent ne pas savoir se prononcer.

En ce qui concerne le poisson, le PNNS recommande d'en manger au moins deux fois par semaine [13] pour diversifier les sources de protéines (en alternant avec la viande rouge, la viande blanche et les œufs) ainsi que pour son apport important en acides gras oméga 3 et en vitamine D. Néanmoins, certaines espèces de poisson peuvent, selon leur provenance géographique, contenir des contaminants, dûs à la pollution, pouvant représenter un risque cancérigène [14]. L'objectif de la question était d'analyser la perception du risque ou des bénéfices liés à la consommation de poisson compte-tenu de ces différents éléments scientifiques. La perception d'un risque d'augmentation du cancer dû à la consommation de poisson est déclarée par un pourcentage très faible des personnes interrogées (3,4 %), une part notable (37,5 %) pense qu'une consommation régulière de poisson peut diminuer le risque de cancer, 21,6 % déclarent que ça n'a pas d'influence et 37,5 % ne savent pas.

La consommation fréquente de lait a été étudiée car elle a été associée à une diminution du risque de cancer colorectal chez l'homme et chez la femme, tandis qu'une consommation importante chez l'homme, résultant des apports élevés en calcium, a été associée à une augmentation du risque de cancer de la prostate. Parmi les personnes interrogées, seules 5,1 % considèrent que la consommation fréquente de lait est susceptible d'augmenter le risque de cancer. Elles sont 7,6 % à penser l'inverse et une large majorité à déclarer ne pas savoir (57,3 %) ou que cela n'a pas d'influence sur le risque de cancer (30,0 %).

La question sur les pommes de terre était une « question test » consistant à intégrer

dans la liste un aliment n'ayant aucune influence sur le risque de cancer, afin de tester la fiabilité des réponses. 93,8 % des personnes déclarent que la consommation fréquente de pommes de terre n'a pas d'influence sur le risque de cancer ou qu'ils ne savent pas [tableau II].

Facteurs associés à la perception de l'influence de la consommation de certains aliments sur le cancer

La perception du risque ou du caractère protecteur des aliments pour lesquels il a été montré un lien causal avec le cancer (fruits et légumes, viande rouge, charcuterie, sel ou aliments salés) varie significativement avec les caractéristiques socio-démographiques et le sentiment d'être plus ou moins bien informé sur le cancer ou les effets de l'alimentation sur la santé [tableau III].

Les liens avec les variables démographiques sont les moins marqués. Ainsi, pour les quatre types d'aliments considérés, la perception du risque ou du caractère protecteur ne varie pas selon le sexe. Une association avec l'âge est observée pour la viande rouge : la perception d'une augmentation du risque de cancer dû à une consommation fréquente augmente avec l'âge. L'inverse est observé pour la consommation fréquente de sel ou d'aliments salés, les jeunes se déclarant davantage conscients du risque de cancer qu'elle peut entraîner. En revanche, la perception du rôle protecteur de la consommation fréquente de fruits et légumes et celle du rôle délétère de la consommation fréquente de charcuterie ne varient pas selon l'âge [tableau III].

Plusieurs facteurs économiques et sociaux sont significativement associés à la perception du risque de cancer lié à la consommation de certains aliments. Plus le niveau de diplôme est élevé, plus les individus ont une probabilité élevée de penser que la consommation fréquente de fruits et légumes

diminue le risque de cancer et que celle de viande rouge, de charcuterie et de sel ou d'aliments salés l'augmente. Les mêmes tendances sont observées avec le niveau de revenus par unité de consommation (UC). Il en est de même pour la situation professionnelle : les chômeurs ont une moins bonne perception du caractère protecteur de la consommation de fruits et légumes et du caractère délétère de la consommation de charcuterie [tableau III].

Les niveaux d'information sur le cancer déclarés par les individus et, surtout, ceux sur les effets de l'alimentation sur la santé sont aussi déterminants. Les individus qui se considèrent mal informés sur le cancer perçoivent moins le risque de cancer associé à la consommation fréquente de viande rouge. Ceux qui se considèrent mal informés sur les effets de l'alimentation sur la santé ont une moins bonne perception de l'influence sur le cancer de la consommation fréquente des quatre types d'aliments étudiés (fruits et légumes, viande rouge, charcuterie et sel ou aliments salés) [tableau III].

Facteurs associés à la perception de l'influence sur le cancer de la pratique régulière d'une activité physique, du surpoids ou de l'obésité

La perception de l'influence de la pratique régulière d'une activité physique et du surpoids ou de l'obésité ne varie pas selon le sexe. Le caractère protecteur de la pratique régulière d'activité physique et celui, délétère, du surpoids ou de l'obésité sont mieux connus par les jeunes âgés de 15 à 19 ans que par leurs aînés.

La connaissance du caractère protecteur de l'activité physique varie significativement en fonction du niveau de diplôme. Aucun lien n'est en revanche mis en évidence en ce qui concerne le surpoids ou l'obésité.

Les perceptions de l'influence sur le risque de cancer des deux facteurs varient selon le niveau de revenus, les individus les plus aisés ayant une probabilité plus élevée d'avoir une perception juste. La situation professionnelle ne semble en revanche pas significativement associée à ces perceptions [tableau IV].

Le sentiment d'être bien informé sur certaines thématiques de santé joue aussi un rôle. L'influence positive de la pratique d'activité physique par rapport au cancer est moins connue des individus qui se sentent mal informés sur le cancer. Aucun lien n'est en revanche observé avec le sentiment d'être mal informé sur les effets de l'inactivité physique sur la santé.

Concernant le risque lié au surpoids ou à l'obésité, il est moins perçu par les individus qui se déclarent mal informés sur le cancer et sur les effets de l'alimentation sur la santé. Il n'est pas lié non plus à l'information sur les effets de l'inactivité physique sur la santé [tableau IV].

Facteurs associés à la perception par les femmes du caractère protecteur de l'allaitement par rapport au cancer du sein

La connaissance par les femmes des bénéfices de l'allaitement vis-à-vis du risque de cancer du sein chez la mère est significativement associée à l'âge et au niveau de diplôme. Les femmes âgées de 26 à 54 ans sont plus nombreuses que les autres à déclarer que l'allaitement diminue le risque de cancer du sein, de même que celles qui sont titulaires d'un diplôme supérieur au baccalauréat. Aucun lien n'est en revanche observé avec le revenu par unité de consommation, la situation professionnelle, la perception de l'information sur le cancer et celle de l'information sur les effets de l'alimentation sur la santé [tableau V].

TABLEAU III

Facteurs associés à la perception de l'influence de la consommation fréquente de certains types d'aliments sur le cancer (résultats de huit régressions logistiques)

	Effectifs	Fruits et légumes (↘ risque ^a)			Viande rouge (↗ risque ^b)		
		%	Modèle 1a (n = 3 340)		%	Modèle 2a (n = 3 340)	
			OR	IC à 95 %		OR	IC à 95 %
Sexe							
Hommes (réf.)	1 471	54,8	1		31,0	1	
Femmes	1 887	57,0	1,1	0,9; 1,3	29,4	0,9	0,8; 1,1
Âge							
		*			***		
15-19 ans (réf.)	223	49,7	1		18,4	1	
20-25 ans	296	49,0	0,7	0,5; 1,1	23,8	1,2	0,7; 2,0
26-34 ans	509	51,8	0,8	0,5; 1,2	27,3	1,4	0,9; 2,2
35-44 ans	694	57,5	1,1	0,8; 1,6	33,5	2,0**	1,3; 3,1
45-54 ans	626	59,9	1,3	0,9; 1,9	28,6	1,6*	1,0; 2,5
55-64 ans	649	58,6	1,2	0,8; 1,7	38,4	2,4***	1,6; 3,8
65-75 ans	361	60,0	1,4	0,9; 2,0	34,5	2,1**	1,3; 3,4
Diplôme							
		***			***		
Inférieur au baccalauréat (réf.)	1 553	50,2	1		25,5	1	
Baccalauréat ou équivalent	661	57,8	1,5***	1,2; 1,8	30,9	1,3*	1,1; 1,7
Supérieur au baccalauréat	1 133	69,6	2,3***	1,9; 2,9	41,8	2,0***	1,6; 2,5
Revenus mensuels par UC							
		***			***		
Moins de 1100 euros (réf.)	921	50,7	1		24,6	1	
1100 à moins de 1800 euros	1 156	55,2	1,0	0,8; 1,3	29,1	1,0	0,8; 1,3
1800 euros et plus	1 005	66,3	1,4**	1,1; 1,8	39,8	1,4**	1,1; 1,8
NSP ou ne veut pas dire	276	51,0	0,9	0,7; 1,3	29,5	1,2	0,8; 1,8
Perception de l'information sur le cancer							
		**			***		
Bien informés (réf.)	2 286	58,3	1		33,7	1	
Mal informés	1 066	51,6	0,9	0,7; 1,1	23,3	0,7***	0,6; 0,9
Perception de l'information sur les effets de l'alimentation sur la santé							
		***			***		
Bien informés (réf.)	2 240	59,4	1		32,9	1	
Mal informés	1 116	49,4	0,7***	0,6; 0,8	25,0	0,8**	0,6; 0,9
Situation professionnelle							

Actifs travaillant (réf.)	1 945	57,7	1		30,7	1	
Autres	1 192	56,5	1,1	0,8; 1,4	31	1,2	0,9; 1,6
Chômeurs	221	40,6	0,7*	0,5; 0,9	22,4	0,8	0,5; 1,3

a. Diminution du risque

b. Augmentation du risque

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

Dans les modèles 1b, 2b, 3b et 4b, les variables indépendantes sont le sexe, l'âge, le diplôme, la situation professionnelle, le sentiment d'être plus ou moins informé sur le cancer et sur les effets de l'alimentation sur la santé. Pour des questions de taille du tableau, seuls les résultats sur la situation professionnelle ont été présentés.

Charcuterie (↗ risque ^b)			Sel ou aliments salés (↗ risque ^b)		
Modèle 3a (n = 3340)			Modèle 4a (n = 3340)		
%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
46,8	1		38,7	1	
47,9	1,1	0,9; 1,3	35,5	0,9	0,7; 1,0

42,9	1		49,8	1	
44,0	0,9	0,6; 1,3	40,2	0,6*	0,4; 0,9
46,9	1,0	0,7; 1,4	37,4	0,5**	0,4; 0,8
48,9	1,1	0,8; 1,6	38,4	0,6**	0,4; 0,8
46,6	1,0	0,7; 1,4	34,8	0,5***	0,3; 0,7
51,5	1,2	0,8; 1,7	32,5	0,4***	0,3; 0,6
47,6	1	0,7; 1,5	31,5	0,4***	0,3; 0,6
***			*		
43,5	1		35,2	1	
49,0	1,2	1,0; 1,5	37,6	1,1	0,9; 1,4
56,8	1,5***	1,2; 1,8	41,8	1,3*	1,0; 1,6

39,7	1		34,4	1	
49,4	1,4**	1,1; 1,7	39,9	1,3*	1,0; 1,6
58,0	1,8***	1,4; 2,3	39,0	1,2	0,9; 1,5
41,6	1	0,7; 1,5	32,3	0,8	0,5; 1,1
**					
49,8	1		38,1	1	
42,9	0,9	0,7; 1,1	35,2	1,0	0,8; 1,2
***			***		
50,6	1		40,2	1	
41,2	0,7***	0,6; 0,8	31,1	0,7***	0,5; 0,8
Modèle 3b (n = 3340)			Modèle 4b (n = 3340)		

49,4	1		37,2	1	
47,3	1	0,7; 1,2	38,3	1,2	0,9; 1,5
33,5	0,6**	0,4; 0,9	29,9	0,8	0,5; 1,2

TABLEAU IV

Facteurs associés à la perception de l'influence sur le risque de cancer de la pratique régulière d'activité physique et du surpoids ou de l'obésité (résultats de quatre régressions logistiques)

	Effectifs	Pratique régulière d'activité physique (↘ risque ^a)			Surpoids ou obésité (↗ risque ^b)		
		Modèle 1a (n = 3 336)			Modèle 2a (n = 3 335)		
		%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
Sexe							
Hommes (réf.)	1 471	60,5	1		65,5	1	
Femmes	1 887	57,1	0,9	0,7 ; 1,0	61,8	0,9	0,7 ; 1,0
Âge							
15-19 ans (réf.)	223	63,3	1		75,3	1	
20-25 ans	296	56,0	0,5**	0,3 ; 0,8	70,1	0,7	0,5 ; 1,2
26-34 ans	509	60,4	0,6*	0,4 ; 0,9	62,7	0,5**	0,3 ; 0,8
35-44 ans	694	58,6	0,6**	0,4 ; 0,8	63,6	0,6**	0,4 ; 0,8
45-54 ans	626	61,2	0,7	0,5 ; 1,0	61,6	0,5***	0,3 ; 0,8
55-64 ans	649	57,6	0,6**	0,4 ; 0,9	61,2	0,5***	0,3 ; 0,7
65-75 ans	361	53,3	0,5**	0,4 ; 0,8	57	0,4***	0,3 ; 0,6
Diplôme							
Inférieur au baccalauréat (réf.)	1 553	53,8	1		60,8	1	
Baccalauréat ou équivalent	661	61,4	1,3**	1,1 ; 1,7	65,4	1,1	0,8 ; 1,3
Supérieur au baccalauréat	1 133	70,6	1,9***	1,6 ; 2,4	69,6	1,2	1,0 ; 1,5
Revenus mensuels par UC							
Moins de 1100 euros (réf.)	921	53,2	1		55,8	1	
De 1100 euros à moins de 1800 euros	1 156	62	1,2*	1,0 ; 1,5	66,7	1,6***	1,3 ; 2,0
1800 euros et plus	1 005	66,5	1,3*	1,1 ; 1,7	69,5	1,7***	1,4 ; 2,2
NSP ou ne veut pas dire	276	49	0,7	0,5 ; 1,0	66,6	1,4	1,0 ; 1,9
Sentiment d'être plus ou moins bien informé sur le cancer							
Bien informés (réf.)	2 286	61,4	1		66,6	1	
Mal informés	1 066	53,5	0,8**	0,6 ; 0,9	58,1	0,8*	0,7 ; 1,0
Sentiment d'être plus ou moins bien informé sur les effets de l'alimentation sur la santé							
Bien informés (réf.)	2 240				67,1	1	
Mal informés	1 116				57,3	0,7**	0,6 ; 0,9
Sentiment d'être plus ou moins bien informé sur les effets de l'inactivité physique sur la santé							
Bien informés (réf.)	2 630	60,6	1		65,9	1	
Mal informés	723	53,4	0,8	0,7 ; 1,0	56,8	0,8	0,7 ; 1,0
Situation professionnelle							
Actifs travaillant (réf.)	1 945	60,6	1		64,8	1	
Autres	1 192	57,5	1,0	0,8 ; 1,3	64	1,0	0,7 ; 1,3
Chômeurs	221	52,1	0,9	0,6 ; 1,2	53,4	0,7	0,5 ; 1,0

a. diminution du risque

b. augmentation du risque

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

Les modèles « b » correspondent aux modèles « a » dans lequel le revenu par UC a été substitué par la situation professionnelle.

TABLEAU V

Facteurs associés à la perception par les femmes du caractère protecteur de l'allaitement par rapport au risque de cancer du sein (résultats de deux régressions logistiques)

	Effectifs	Allaitement de l'enfant (\risque de cancer du sein chez la mère)		
		%	OR	IC à 95 %
Modèle a (n = 1881)				
Âge		***		
15-19 ans (réf.)	115	10,5	1	
20-25 ans	153	17,2	1,2	0,5 ; 2,8
26-34 ans	302	28,1	2,3*	1,1 ; 4,6
35-44 ans	374	26,2	2,1*	1,0 ; 4,3
45-54 ans	335	31,6	3,1**	1,5 ; 6,3
55-64 ans	391	23,2	2,0*	1,0 ; 4,0
65-75 ans	217	17,9	1,6	0,8 ; 3,4
Diplôme		***		
Inférieur au baccalauréat (réf.)	853	18,6	1	
Baccalauréat ou équivalent	388	24,4	1,4	1,0 ; 2,0
Supérieur au baccalauréat	642	36,3	2,3***	1,7 ; 3,1
Revenus mensuels par UC		**		
Moins de 1100 euros (réf.)	559	21,5	1	
1100 à 1800 euros	685	26,0	1,1	0,8 ; 1,5
1800 euros et plus	481	29,1	1,0	0,7 ; 1,5
NSP ou ne veut pas dire	162	15,1	0,6	0,4 ; 1,1
Sentiment d'être plus ou moins bien informé sur le cancer				
Bien informées (réf.)	1 280	24,7	1	
Mal informées	606	22,3	0,9	0,7 ; 1,2
Sentiment d'être plus ou moins bien informé sur les effets de l'alimentation sur la santé				
Bien informées (réf.)	1 289	24,8	1	
Mal informées	596	21,7	0,8	0,6 ; 1,1
Modèle b (n = 1881)				
Situation professionnelle				
Actives travaillant (réf.)	1 038	28,7	1	
Autres	728	19,1	1,0	0,7 ; 1,5
Chômeuses	121	16,9	0,7	0,4 ; 1,2

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

Le modèle « b » correspond au modèle « a » dans lequel le revenu par UC a été substitué par la situation professionnelle.

DISCUSSION

Les perceptions du risque de cancer associé à divers facteurs nutritionnels (alimentation, activité physique et corpulence) sont pour la première fois analysées dans le cadre du Baromètre cancer.

La majorité des individus (près de 90 %) a conscience du rôle joué par l'alimentation sur le risque de développement d'un cancer. Ce résultat est probablement lié à la diffusion importante de ce message,

notamment par les médias. On peut noter cependant que ce pourcentage particulièrement élevé dans ce baromètre l'est moins (environ 75 %) lorsque les individus sont interrogés sur le rôle de l'alimentation dans l'apparition de plusieurs pathologies. Ainsi, dans le Baromètre santé nutrition 2008, le cancer arrivait en dernière position derrière l'obésité, les maladies cardiovasculaires, le diabète et l'ostéoporose. Une autre enquête menée au Japon en 2003 montre par ailleurs que ce phénomène est encore plus marqué lorsque la question porte sur différents types de facteurs de risque de cancer, tous thèmes confondus [15]. Ceux relatifs à la nutrition sont considérés comme susceptibles d'être une cause de cancer par un pourcentage de la population nettement plus faible que pour d'autres facteurs de risque (tabac, stress, pollution de l'air...). Ainsi, dans le contexte japonais, 29 % se déclaraient conscients du risque lié à une alimentation déséquilibrée, 28 % pour l'obésité et 26 % pour l'inactivité physique, comparé à 43 % pour le tabagisme.

Dans cette enquête Baromètre, la perception du rôle de l'alimentation sur le risque de développement d'un cancer ne varie pas selon le sexe des individus, contrairement à ce qu'ont pu montrer d'autres études sur l'intérêt porté aux questions de nutrition et santé, plus marqué chez les femmes que chez les hommes [10]. Cette perception évolue significativement avec l'âge, du fait certainement d'une prévalence croissante avec l'âge de pathologies liées à la nutrition, y compris le cancer. L'intérêt plus marqué des plus âgés pour l'alimentation en tant que vecteur de santé [10] est un autre élément d'explication de cette tendance. La perception du rôle de l'alimentation dans le risque de cancer est liée au statut socio-économique des personnes (diplôme, revenu, profession et catégorie-socioprofessionnelle) : un moindre statut socio-économique correspondant à une moins bonne percep-

tion. Ceci peut être lié à la meilleure efficacité des actions d'information nutritionnelle sur les catégories les plus favorisées, observée dans de nombreuses études [16]. Par ailleurs, il existe une relation positive et linéaire entre le niveau de connaissances nutritionnelles des individus et leur niveau de revenu ou leur diplôme [10]. Des études sociologiques ont aussi révélé une moindre intériorisation des enjeux nutritionnels dans les milieux populaires. Les personnes de cette frange de la population conçoivent en effet la maladie comme un accident et non comme un événement dont on peut limiter le risque d'apparition par des comportements adaptés. Ceci leur rend peu compréhensibles les discours axés sur la prévention [17].

Lorsqu'on interroge les personnes sur leur perception du risque de cancer lié à différents facteurs nutritionnels, on observe qu'une bonne réponse [tableau II] est donnée par plus de la moitié d'entre elles pour les fruits et légumes, l'activité physique et le surpoids ou l'obésité. Néanmoins, pour ces mêmes facteurs, près de 20 % des personnes ne savent pas quelle influence ils ont sur le cancer. De plus, concernant les autres facteurs pour lesquels il y a un lien avéré (charcuterie, sel, viande rouge et allaitement), la majorité des personnes déclare ne pas le connaître. Cependant, en parallèle, une proportion non négligeable de personnes déclare connaître l'augmentation du risque de cancer lié à une consommation fréquente de charcuterie (près de la moitié), de sel ou d'aliments salés (près de deux sur cinq) et de viande rouge (trois sur dix).

Des résultats similaires à ceux de ce baromètre, concernant la perception du rôle protecteur des fruits et des légumes, ont été mis en évidence dans le Baromètre santé nutrition 2008 [10] : 61,2 % des 15-75 ans ont déclaré vraie l'affirmation « Consommer cinq fruits et légumes protège du cancer ».

Il en était de même dans une enquête aléatoire menée dans les années 1990 dans

le sud de l'Australie [18]. Dans cette enquête, 69 % des individus avaient déclaré que la consommation de fruits était susceptible de diminuer le risque de cancer, et 55 % à 65 % avaient dit de même pour les légumes (contre 56 % pour les fruits et légumes parmi les 15-75 ans dans cette enquête). Ils étaient en revanche plus nombreux à connaître le risque relatif à la consommation de sel (55 % vs 37 % pour la consommation de sel et d'aliments salés dans l'enquête Baromètre). Leur perception du risque lié à la consommation de viande rouge était nettement plus faible (41 % pensaient qu'elle n'avait pas d'influence sur le risque de cancer contre 16,3 % parmi les Français en 2010). Comme dans l'enquête Baromètre, la consommation de lait et de poulet (viande blanche) était pour une majorité susceptible d'être sans effet par rapport à la survenue d'un cancer. Le rôle du surpoids comme facteur de risque était en revanche nettement moins connu : entre 30 % et 40 % vs 64 % dans le Baromètre. Par ailleurs, entre 20 et 30 % considéraient l'inactivité physique comme un facteur de risque alors que 60 % des personnes interrogées pour ce baromètre pensent que la pratique régulière d'activité physique peut diminuer le risque de cancer.

Dans cette enquête, la perception de l'influence sur le cancer des facteurs nutritionnels pour lesquels il existe un lien avéré se révèle socialement déterminée. Le caractère protecteur des fruits et légumes et de l'activité physique et celui, délétère, de la consommation fréquente de viande rouge, de charcuterie et de sel ou d'aliments salés sont davantage connus par les personnes ayant un niveau de diplôme et un revenu élevés. Une moins bonne perception concernant l'influence des fruits et légumes et de la charcuterie est par ailleurs observée chez les chômeurs. Le risque lié au surpoids et à l'obésité est davantage connu par les individus ayant un niveau de revenu élevé mais n'est pas associé au niveau de diplôme.

Parmi les femmes, l'inverse est observé concernant le caractère protecteur de l'allaitement par rapport au cancer du sein de la mère : il est davantage connu parmi celles qui ont un niveau de diplôme supérieur au bac mais ne dépend pas du revenu.

Le fait de se sentir mal informé sur certaines questions de santé joue aussi un rôle déterminant. Ainsi, les personnes se déclarant mal informées sur les effets de l'alimentation sur la santé ont une moins bonne perception de l'influence sur le cancer de la consommation fréquente de fruits et légumes, de charcuterie, de viande rouge, de sel ou aliments salés mais aussi de la pratique régulière d'activité physique et du surpoids ou de l'obésité. Par ailleurs, la perception d'être mal informé sur le cancer est associée à une moins bonne connaissance de l'influence sur le cancer de la consommation fréquente de viande rouge, du fait d'être en surpoids ou obèse et de la pratique régulière d'activité physique.

De façon générale, les résultats mitigés concernant la connaissance de l'influence sur le cancer de certains facteurs nutritionnels posent la question de l'efficacité des messages de prévention nutritionnelle des cancers auprès du public. De nombreuses informations, souvent approximatives voire contradictoires, sur l'alimentation et la prévention primaire des cancers sont véhiculées par les médias (magazines, émissions télévisées, sites internet) voire l'édition contribuant ainsi à la difficulté d'éclairer la population sur ce sujet. Il existe d'ailleurs un réel enjeu commercial dans la promotion de certains aliments ou régimes qualifiés d'« anticancer ». Cette expression, largement utilisée dans les médias et certains ouvrages, est pourtant fautive et scientifiquement infondée. Elle peut laisser supposer que la consommation d'un aliment particulier va guérir ou protéger du cancer. Or le cancer est une maladie multifactorielle (facteurs génétiques, comportementaux

ou environnementaux). Si une alimentation équilibrée peut contribuer à réduire le risque de certains cancers, aucun aliment à lui seul ne peut s'opposer au développement de cette pathologie. Il est ainsi difficile pour le grand public de différencier les messages validés scientifiquement de ceux qui ne le sont pas. L'abondance d'informations (la « cacophonie informationnelle ») ne favorise pas l'appropriation par les consommateurs des normes alimentaires favorables à la santé [16]. Il est important que les recommandations nutritionnelles diffusées à la population soient basées sur une évaluation complète et objective de toute la littérature scientifique reposant sur une expertise collective et indépendante et non sur une opinion personnelle et/ou une seule étude scientifique [19].

La faible connaissance de l'influence de certains facteurs nutritionnels sur l'apparition d'un cancer peut s'expliquer également par le fait que les informations concernant les facteurs nutritionnels qui augmentent le risque de cancer (boissons alcoolisées, surpoids et obésité, viandes rouges et charcuterie, sel) ou le diminuent (fruits et légumes, activité physique et allaitement) ne sont pas relayées par des campagnes nationales de prévention qui ciblent une pathologie spécifique telle que le cancer. Les campagnes du PNNS visent en effet plutôt l'amélioration de l'état de santé en général. Plusieurs documents, néanmoins (les guides nutrition du PNNS notamment, très largement diffusés à la population depuis bientôt dix ans), ont souligné le caractère protecteur de la consommation fréquente de fruits et légumes ou de la pratique d'activité physique vis-à-vis des maladies cardiovasculaires, du cancer ou du diabète. Ceci peut expliquer en partie la meilleure connaissance de l'influence de ces facteurs sur la diminution du risque de cancer. De même, les messages à caractère sanitaire figurant obligatoirement sur les publicités de l'industrie agro-

alimentaire depuis 2007 : « Pour votre santé, mangez au moins 5 fruits et légumes par jour », « Pour votre santé, pratiquez une activité physique régulière » ou « Pour votre santé, évitez de manger trop gras, trop sucré, trop salé » peuvent aussi y avoir contribué.

Concernant le poisson, il n'y a pas de recommandation concernant la prévention des cancers [5] mais il a été montré que la consommation de poissons riches en acides gras oméga 3 était bénéfique pour la réduction du risque cardiovasculaire et pour le développement et le fonctionnement cérébraux [14]. Dans l'enquête barométrique, la consommation fréquente de poisson a été associée pour plus d'un tiers des personnes interrogées à une diminution du risque de cancer. Cette perception peut s'expliquer par la diffusion dans les médias, par les publicités de l'agroalimentaire et sur les emballages de certains produits alimentaires, d'un message portant sur les bienfaits sur la santé de la consommation de poissons, notamment les poissons gras.

L'avis de l'Afssa sur les bénéfiques/risques de la consommation de poisson [14] recommande à l'ensemble de la population, dans le cadre d'une alimentation diversifiée, de consommer du poisson deux fois par semaine, en privilégiant les poissons gras à forte teneur en oméga 3 (saumon, sardine, maquereau, hareng, truite fumée, etc.), en variant les espèces et les modes d'approvisionnement (sauvage, élevage, lieux de pêche). Ceci permet une couverture optimale des besoins en nutriments tout en limitant le risque de surexposition aux contaminants chimiques. La méconnaissance de cette information et sa complexité peuvent expliquer les résultats ambivalents et l'incertitude de la population enquêtée : 37,5 % des personnes déclarent que la consommation de poisson diminue le risque de cancer et le même pourcentage disent ne pas connaître l'influence de l'un sur l'autre.

Concernant le lait, pour lequel il n'existe pas non plus de recommandation vis-à-vis de la prévention des cancers, les analyses réalisées par le WCRF/AICR [4, 20] montrent que la consommation de lait réduit probablement le risque de cancer colorectal, mais qu'une consommation importante (au-delà des trois portions quotidiennes recommandées) pourrait conduire à des apports élevés

en calcium associés à une augmentation probable du risque de cancer de la prostate. Le lait est donc à la fois un facteur de risque et un facteur protecteur vis-à-vis du cancer. Cette relation semble être méconnue ou trop complexe pour les individus car 60 % des personnes déclarent ne pas connaître l'influence du lait sur le risque de cancer et que 30 % pensent qu'il n'a pas d'influence.

CONCLUSION

Si les enquêtés estiment pour la plupart que l'alimentation joue un rôle dans le développement du cancer, ils sont nombreux à ne pas connaître le lien scientifiquement établi entre un facteur nutritionnel donné et le risque de cancer. Ce résultat conduit à s'interroger sur la façon d'améliorer l'efficacité des actions de formation et de prévention nutritionnelles des cancers dans ce contexte où le message préventif est brouillé. Les résultats de ce baromètre peuvent inciter les pouvoirs publics à réflé-

chir aux moyens nécessaires pour diffuser des messages éventuellement ciblés sur certains facteurs nutritionnels, scientifiquement établis et actualisés contrecarrant les messages non scientifiquement validés. Ces messages pourraient être diffusés à la population notamment par le biais des professionnels de santé ou par des campagnes nationales non anxiogènes afin d'améliorer les connaissances de la population sur les facteurs de risque de cancer et sur les facteurs protecteurs.

Rellecteurs

Fatima Kartout (Mutualité française)
Paule Martel (Inra)
Nathalie Pecollo (Inra)

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 01/09/2011.

- [1] Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Ministère délégué à la Santé. *Programme national nutrition-santé 2001-2005*. Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité : 40 p. En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/1n1.pdf>
- [2] Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale. *Deuxième Programme national nutrition santé – 2006-2010 : actions et mesures*. Paris : ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale, 2006 : 51 p.
- [3] Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. *Programme national nutrition santé 2011-2015*. Paris : ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2011 : 64 p.
- [4] World cancer research fund (WCRF), American institute for cancer research (AICR). *Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer : a global perspective*. Washington : AICR, 2007 : 517 p.
- [5] Réseau national alimentation cancer recherche (NACRe), Institut national du cancer (INCa), Direction générale de la santé (DGS). *Nutrition et prévention des cancers : des connaissances scientifiques aux recommandations*. Paris : ministère de la Santé et des Sports, coll. Les Synthèses du Programme national nutrition santé, 2009 : 50 p.
- [6] World cancer research fund (WCRF), American institute for cancer research (AICR). *Policy and action for cancer prevention. Food, nutrition, and physical activity : a global perspective*. Washington : AICR, 2009 : 200 p.
- [7] Organisation mondiale de la santé (OMS). *Plan d'action 2008-2013 pour la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles*. Genève : OMS, 2009 : 42 p. En ligne : http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242597417_fre.pdf

- [8] Baudier F., Rotily M., Le Bihan G., Janvrin M.-P., Michaud C. dir. *Baromètre santé nutrition 1996*. Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 1997 : 179 p.
- [9] Guilbert P., Perrin-Escalon H. dir. *Baromètre santé nutrition 2002*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2004 : 259 p.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/718.pdf>
- [10] Escalon H., Bossard C., Beck F. *Baromètre santé nutrition 2008*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2009 : 426 p.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1270.pdf>
- [11] Peretti-Watel P. Tabac et cancer. In : Guilbert P., Peretti-Watel P., Beck F., Gautier A. dir. *Baromètre Cancer 2005*. St-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2006 : p. 57-76.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/991.pdf>
- [12] Harnack L., Block G., Subar A., Lane S., Brand R. Association of cancer prevention-related nutrition knowledge, beliefs, and attitudes to cancer prevention dietary behavior. *Journal of the american dietetic association*, 1997, vol. 97, n° 9 : p. 957-965.
- [13] Ministère de la santé, Assurance maladie, Inpes, Afssa. InVs. *La santé vient en mangeant : le guide alimentaire pour tous*. Saint-Denis : Inpes, 2002 : 128 p.
En ligne : http://www.inpes.sante.fr/espace_nutrition/guide/download/pdf/GuideGP.pdf
- [14] Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA). *Avis du 14 juin 2010 de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments relatif aux bénéfices/risques liés à la consommation de poissons*.
En ligne : <http://www.anses.fr/cgi-bin/countdocs.cgi?Documents/RCCP2008sa0123.pdf>
- [15] Inoue M., Iwasaki M., Otani T., Sasazuki S., Tsugane S. Public awareness of risk factors for cancer among the Japanese general population : a population-based survey. *BMC public health*, 2006, vol. 6 : p. 2.
- [16] Etiévant P., Bellisle F., Dallongeville J., Etilé F., E. Guichard M., M. Padilla, et al. dir. *Les comportements alimentaires. Quels en sont les déterminants ? Quelles actions, pour quels effets ? Rapport de l'expertise scientifique collective réalisée par l'INRA à la demande du ministère de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Pêche*. Paris : INRA, 2010 : 280 p.
En ligne : <http://www.inra.fr/content/download/25212/330233/version/1/file/esco-inra-comportements-rapport-complet.pdf>
- [17] Régnier F. Obésité, goûts et consommation : intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale. *Revue française de sociologie*, 2009, vol. 50, n° 4 : p. 747-773.
- [18] Baghurst K. I., Baghurst P. A., Record S. J. Public perceptions of the role of dietary and other environmental factors in cancer causation or prevention. *Journal of epidemiology and community health*, 1992, vol. 46, n° 2 : p. 120-126.
- [19] Fonds mondial de recherche contre le cancer. *Réaction suite à la récente couverture médiatique sur l'alimentation et le cancer*. Communiqué de presse, Courbevoie, 14 juin 2010.
En ligne : <http://www.fmc.fr/PDFs/espace/alimentation-cancer-et-livre-Prof-Khayat.pdf>.
- [20] World cancer research fund (WCRF), American institute for cancer research (AICR). *Continuous update project report summary. Colorectal cancer report 2010 summary : food, nutrition, physical activity and the prevention of colorectal cancer*. London : WCRF, 2011 : 41 p.



L'essentiel

Les pratiques de dépistage des cancers en France

Le cancer du sein

Parmi les femmes âgées de 50 à 74 ans, 87,5 % déclarent avoir réalisé une mammographie au cours des deux dernières années. La participation apparaît plus faible dans la tranche d'âge 70-74 ans. Le fait de vivre en couple et le niveau d'études au moins équivalent au baccalauréat sont des facteurs significativement associés au recours au dépistage. Le taux de dépistage apparaît stable entre 2005 et 2010. Si le taux de réalisation d'une mammographie dans les deux ans peut être considéré comme satisfaisant, il existe encore une certaine hétérogénéité d'adhésion. L'ambition d'une plus grande équité doit conduire la recherche à mieux comprendre l'impact de la précarité sociale et économique ainsi que des disparités linguistiques et culturelles qui peuvent être d'importants freins au dépistage.

Le cancer de la prostate

Malgré un ratio risque/bénéfice encore largement discuté, la moitié des hommes de 50 ans et plus interrogés (52 %) ont fait un dépistage du cancer de la prostate au cours de leur vie et 30 % l'ont fait par un dosage PSA.

Il existe une grande variabilité des taux de réalisation des examens/tests de dépistage selon l'âge de réa-

lisation, avec des taux de réalisation déclarés de 24 % pour les 50-54 ans, tandis qu'il atteint 56 % pour les 60-69 ans. L'antécédent de cancer chez un proche favorise le recours au dépistage, tandis que le fait de vivre en couple semble sans incidence sur cette pratique.

Le cancer colorectal

En 2010, plus d'une personne de plus de 50 ans interrogée sur deux déclare avoir réalisé un test de dépistage du cancer colorectal au cours de sa vie. Le sexe, le niveau de diplôme obtenu et le niveau de revenus, qui étaient des facteurs déterminants de la participation en 2005, n'influent plus sur la réalisation d'un dépistage en 2010. Par ailleurs, ce programme de dépistage a été étendu depuis et est maintenant proposé à l'ensemble de la population cible. D'autres facteurs comme l'âge, la vie en couple ou le fait d'avoir des enfants influencent encore la participation à ce dépistage. Les facteurs d'adhésion à ce dispositif restent cependant encore mal connus.

Le cancer du col de l'utérus

Au cours de leur vie, 95 % des femmes déclarent avoir pratiqué un frottis cervico-utérin (FCU) et pour 81 % des femmes, il date de moins de trois ans. La tranche d'âge la

plus surveillée est de 45 à 49 ans. Une amélioration dans la pratique déclarée du dépistage est observée chez les 25-34 ans. La réalisation d'un frottis au cours des trois dernières années est fortement associée à l'âge avec les taux les plus élevés parmi les femmes âgées de 40 à 44 ans. Cette pratique est plus fréquente parmi les femmes vivant en couple, celles étant en activité, celles ayant un niveau d'études supérieur ou égal au baccalauréat ainsi que celles qui ne sont pas ménopausées.

La connaissance du frottis comme examen de dépistage apparaît très fortement associée au suivi : 66 % des femmes n'ayant pas de suivi récent ne connaissent pas le geste du frottis. L'opinion de celles qui connaissent le frottis mais ne l'ont pas pratiqué montre que si 60 % environ d'entre elles le trouvent non douloureux, elles sont aussi presque 60 % à le trouver gênant.

En matière de vaccination, il existe une progression récente nette dans la connaissance du grand public sur le virus HPV et sur son rôle dans le cancer du col. Ainsi, 58 % des jeunes femmes de 15 à 25 ans déclarent savoir ce qu'est le virus HPV, tandis que la pratique déclarée du vaccin concerne 27 % des jeunes femmes de cette tranche d'âge.

Les pratiques de dépistage des cancers en France

FRANÇOIS EISINGER

FRANÇOIS BECK

CHRISTOPHE LÉON

ANNE GARNIER

JÉRÔME VIGUIER

La France s'est dotée de deux programmes nationaux de dépistage organisé des cancers. Ces dépistages sont proposés de façon systématique à partir des fichiers des assurés sociaux à l'ensemble des personnes appartenant à la tranche d'âge ciblée. Pour le dépistage du cancer du sein, le programme cible les 9 millions de femmes de 50 à 74 ans et propose une mammographie tous les deux ans. Il est généralisé à l'ensemble du territoire national depuis 2004. Le programme de dépistage du cancer colorectal cible les 17 millions de femmes et d'hommes de 50 à 74 ans et propose un test de recherche de sang dans les selles suivi d'une coloscopie en cas de positivité. Il est déployé sur l'ensemble du pays depuis 2009. Les programmes français ont été mis en place de façon pragmatique

en s'appuyant sur le système de santé, les radiologues pour le dépistage du cancer du sein et les médecins généraliste pour le dépistage du cancer colorectal. Le test de dépistage est pris en charge à 100 % par les différents régimes d'assurance maladie facilitant l'accès aux programmes. Mais l'évaluation de ces programmes nationaux n'est qu'un reflet partiel de la réalité du dépistage, puisque certains cancers ne font pas l'objet d'un programme organisé, comme le cancer de la prostate, et qu'en marge des programmes existe aussi pour le cancer du sein, et dans une moindre mesure pour le cancer colorectal, un dépistage opportuniste, mal évalué, et qu'une enquête comme le baromètre cancer, par son approche globale du dépistage, contribue à mieux cerner.

Dépistage du cancer du sein

INTRODUCTION

Selon l'Institut national du cancer (INCa)¹, le nombre de nouveaux cas de cancer du sein en France dépasse 50 000 par an. Il s'agit, avec les cancers du colon, du poumon et de la prostate, d'un des cancers les plus fréquents, et de loin le cancer le plus fréquent chez la femme. L'âge moyen d'apparition de ce cancer est de 61 ans. Son pronostic est en très nette amélioration avec plus de 97 % de patientes vivantes un an plus tard et plus de 85 % après cinq ans. Néanmoins, chaque année, plus de 11 500 femmes en meurent.

Pour améliorer encore la capacité à lutter contre cette maladie, plusieurs outils sont disponibles : la prévention, les soins et le dépistage.

Concernant la prévention, il s'agit principalement de lutter contre les facteurs de risque. Certains sont actuellement inaccessibles (les facteurs génétiques et l'âge). Il existe par ailleurs des facteurs de risque liés à l'évolution des modes de vie qui conduisent

à une augmentation du risque de développer un cancer du sein, comme l'âge de plus en plus tardif de la première grossesse menée à terme. En revanche, d'autres risques sont maîtrisables, par exemple par le contrôle pondéral ou la réduction de la consommation d'alcool. Aux côtés de cette prévention qui relève de l'éducation pour la santé, il est vraisemblable qu'à l'avenir des outils de prévention bio médicalisée se développeront **[1]**, comme par exemple les modulateurs sélectifs des récepteurs œstrogéniques.

Les soins bénéficieront de la mise au point de nouvelles molécules, d'une meilleure adéquation entre les types de cancer et les modalités de chimiothérapie **[2]** et d'une prise en charge pluridisciplinaire plus globale des patientes **[3]**.

1. https://www.e-cancer.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=4586&Itemid=2930

Enfin, le dépistage est recommandé par la plupart des professionnels de santé et des sociétés savantes. Il est difficile d'évaluer l'impact du dépistage sur la réduction que l'on observe en termes de mortalité, comme par exemple aux États-Unis entre 1975 et 2000. Cependant, certains modèles suggèrent qu'une part importante de cette réduction, de l'ordre de 24 à 65 %, serait attribuable au dépistage [4].

Dans la majorité des pays, le dépistage du cancer du sein est financé et organisé collectivement. En France, le taux de dépistage a fortement augmenté entre 2000 et 2005, en particulier parmi les femmes de 60-75 ans qui sont une des cibles du dépistage [5]. Le dépistage organisé a ensuite été consolidé entre 2005 et 2010. Il subsiste néanmoins des interrogations sur le cadre dans lequel ce dépistage est réalisé, à savoir si les femmes ont recours au dépistage organisé ou individuel. Enfin, puisque ce dépistage est utile pour les femmes qui le réalisent, la question de savoir qui n'en bénéficie pas, et pourquoi, se pose. En particulier, le thème de l'équité d'accès au dépistage semble progressivement intéresser de plus en plus

d'équipes de chercheurs et l'on observe ainsi de nombreuses publications qui portent sur ce sujet en France [6-8] ou sur le plan international [9-11]. Bien que ne résumant pas les disparités sociales dans le domaine du cancer du sein [12], les inégalités d'accès au dépistage sont une préoccupation actuellement largement partagée.

En France, la hausse du taux de dépistage du cancer du sein entre 2000 et 2005 a été maximale parmi les femmes dont le foyer figure dans le premier tercile en termes de revenus et, ainsi, l'écart entre les plus modestes et les plus aisées a régressé de 18 % à 9 % entre 2000 et 2005 [5]. Le Plan cancer II² a souligné l'importance de s'intéresser aux inégalités sociales dans le domaine du cancer et l'INCa a favorisé l'émergence et le renforcement de recherches visant à la fois à décrire ces inégalités et à les réduire. Les données qui sont présentées ici participeront au débat sur les inégalités d'accès au dépistage du cancer du sein.

2. <http://www.plan-cancer.gouv.fr/>

RÉSULTATS

En 2010, 87,5 % des femmes âgées de 50 à 74 ans de cet échantillon déclaraient avoir eu une mammographie au cours des deux dernières années. Ce résultat comptabilise indifféremment l'utilisation du dépistage organisé ou du dépistage individuel.

Le taux de dépistage apparaît stable entre 2005 et 2010. On n'observe pas d'évolution temporelle des taux de dépistage selon l'âge, le niveau de diplôme, la situation professionnelle, le type de profession ou les revenus (analyse comparative 2005 vs 2010) [tableau I].

Concernant l'analyse en 2010 des facteurs associés au taux de participa-

tion déclarée [tableau II], on observe un impact toujours significatif de l'âge. En effet, la participation est notablement plus faible dans la tranche d'âge des 70-74 ans, même si cette différence n'est pas significative d'un point de vue statistique. Deux variables sont statistiquement significativement associées au recours au dépistage. Il s'agit du fait de vivre en couple (non : 80,1 % vs oui : 90,9 %) et d'un niveau d'études bac ou équivalent. Le taux de participation est en effet plus élevé dans ce groupe (93,6 %) que dans les deux autres catégories : inférieure au bac (86,3 %) et supérieure au bac (87,3 %).

TABLEAU I

Caractéristiques des femmes âgées de 50 à 74 ans ayant réalisé une mammographie au cours des deux dernières années - en 2005 et 2010 (en pourcentage)

	2005	2010	Significativité de l'évolution
Ensemble			
Oui	88,0	88,3	ns
Non	12,0	11,7	–
Âge			
50-59 ans	91,2	89,3	ns
60-69 ans	89,1	89,1	ns
70-74 ans	76,1	82,3	ns
Diplôme			
Inférieur au baccalauréat	86,0	87,2	ns
Baccalauréat	90,3	93,3	ns
Supérieur au baccalauréat	92,3	87,7	ns
Situation professionnelle			
Actifs occupés	93,2	89,8	ns
Chômeurs	93,8	79,7	ns
Autres inactifs	85,1	87,9	ns
Catégorie socioprofessionnelle			
Agriculteurs	89,1	88,2	ns
Artisans, commerçants...	82,1	88,2	ns
Cadres et professions intellectuelles	96,4	91,2	ns
Professions intermédiaires	91,9	91,9	ns
Employés	86,1	91,0	ns
Ouvriers	85,6	73,1	ns
Autres inactifs	80,1	81,1	ns
Revenus			
1 ^{er} tercile	82,6	87,9	ns
Autres	90,9	88,6	–

ns = non significatif.

Afin d'être totalement comparables, les données de 2010 ont été redressées sur les données de structure de la population de 2005 sans prise en compte du critère diplôme.

DISCUSSION

Si le taux de réalisation de mammographie dans les deux ans (87,5 %) peut être considéré comme satisfaisant, il existe encore une hétérogénéité d'adhésion, même si elle est modérée. Concernant les facteurs associés, et en particulier l'âge, on peut sans doute anticiper que la seule sous-population où existe une différence notable (les femmes de 70 à 74 ans) verra à l'avenir ce gradient s'estomper, voire disparaître sous l'impact

d'un effet générationnel [13]. Le taux de participation de cette tranche d'âge reste ainsi important à suivre et ce, d'autant plus dans un contexte où l'espérance de vie continuera très probablement à augmenter, et où, à l'avenir, l'extension du dépistage au-delà des limites actuelles pourrait donc être débattue.

Les analyses statistiques ont mis en évidence deux facteurs significativement associés à la non réalisation d'une mammographie. Il s'agit

TABLEAU II

Caractéristiques des femmes âgées de 50 à 74 ans ayant réalisé une mammographie au cours des deux dernières années (n = 801 observations)

Variables explicatives	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Âge				
50-59 ans (réf.)	374	88,9	1	
60-69 ans	335	88,9	1,1	0,6 ; 1,9
70-74 ans	95	77,6	0,5	0,2 ; 1,1
Vie en couple				
Oui (réf.)	450	90,9	1	
Non	354	80,1	0,4**	0,3 ; 0,7
Diplôme le plus élevé obtenu en 3 classes				
Inférieur au baccalauréat (réf.)	461	86,3	1	
Baccalauréat ou équivalent	132	93,6	2,2*	1,0 ; 4,8
Supérieur au baccalauréat	208	87,3	1	0,6 ; 1,9
Revenus par UC en 3 tranches en terciles				
Moins de 1100 euros (réf.)	173	88,8	1	
1100 à moins de 1800 euros	269	84,6	0,7	0,3 ; 1,2
1800 euros et plus	267	90,0	0,7	0,4 ; 1,5
NSP ou ne veut pas dire	95	86,0	0,6	0,3 ; 1,5
Ménopause				
Non (réf.)	86	92,0	1	
Oui	718	86,9	0,8	0,3 ; 2,1
Santé perçue				
Très bonne, bonne, assez bonne (réf.)	753	88,1	1	
Mauvaise, très mauvaise, nsp	51	78,7	0,5	0,2 ; 1,0

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

des femmes qui ne vivent pas en couple (OR = 0,4 ; p<0,01) et du niveau d'études. Pour ce dernier, on ne retrouve pas de relation monotone, en effet la « hiérarchie » de la durée des études ne se retrouve pas dans la « hiérarchie » d'adhésion. Les autres facteurs n'ont pas d'impact statistiquement significatif. Lors des premiers Baromètres santé, cette homogénéité n'était pas présente [14] et dans le *Baromètre cancer 2005*, l'influence du niveau de diplôme ou de revenu, si elle était encore visible, n'était pas la plus forte sur le recours à la mammographie [15].

Cette quasi-uniformisation des comportements doit être considérée comme un succès considérable, reflétant le fait que la volonté politique, l'engagement des professionnels et des associations font disparaître,

du moins à l'échelle de grandeur de cet échantillon, les principales inégalités d'accès à un service sanitaire jugé comme important.

Ainsi, une approche de santé publique coordonnée, répétée et médiatisée a un impact sanitaire quantitativement plus important (multiplié par le nombre des participants) et qualitativement plus juste que l'approche sans organisation. En effet, on peut considérer que si le dépistage des cancers est dans un premier temps plutôt réalisé par les catégories sociales les plus diplômées et ayant des revenus élevés, on observe secondairement que ces différences s'estompent et, en apparence, disparaissent sous l'influence sans doute mixte de la diffusion informelle des informations et de l'action volontariste des pouvoirs publics.

Il serait important néanmoins de savoir si cette homogénéité des comportements résisterait à une vision plus détaillée, en utilisant « une loupe » pour chercher des différences qui ne sont plus aujourd'hui visibles à l'échelle d'une telle enquête. En effet, la difficulté de l'approche en population générale vient du fait que le module sur le dépistage du cancer du sein ne porte que sur une tranche d'âge ciblée, soit en l'occurrence 801 femmes de 50-75 ans, effectif qui diminue considérablement la puissance statistique de l'enquête. Un tel travail sera toutefois possible grâce à l'exploitation du Baromètre santé 2010 qui a posé la question de la mammographie à plusieurs milliers de femmes de cette tranche d'âge.

À titre d'exemple, dans l'enquête, les femmes ayant des revenus inférieurs à 1 100 euros ont un taux de réalisation équivalent à celles ayant des revenus entre 1 100 et 1 800 euros et seulement très légèrement inférieur aux femmes ayant des revenus supérieurs à 1 800 euros.

Mais il est très probable que les femmes en grande précarité n'aient pas ce niveau de réalisation (supérieure à 80 %) et que l'impact des ressources économiques sur le dépistage pourrait apparaître pour des revenus plus faibles. Il faut noter que selon l'Insee³, 10 % des personnes ayant des revenus salariaux et/ou des allocations chômage ont moins de 420 euros par mois. Les prochaines investigations pourraient

porter sur ces situations de plus grande précarité.

Globalement, les données observées dans le Baromètre cancer 2010 sont rassurantes à la fois sur le plan quantitatif – taux de réalisation – et sur le plan qualitatif – absence apparente de facteurs sociaux qui seraient sources d'iniquité dans la réalisation de ce dépistage.

Cependant, ces éléments sont sans doute trompeurs et l'ambition d'une plus grande équité doit imposer à l'avenir des focus pour mieux comprendre l'impact de la précarité sociale et économique ainsi que la disparité liée aux aspects linguistiques et culturels. Celles-ci, structurellement, ne peuvent être perçues dans des enquêtes visant la population générale.

Enfin, si l'on considère que, selon l'Institut de veille sanitaire⁴, 52 % des femmes entre 50 et 74 ans avaient participé au dépistage organisé du cancer du sein, au vu des résultats de l'enquête Baromètre, plus de 25 % des femmes réaliseraient ce dépistage dans un cadre non organisé. Elles se privent ainsi de la double lecture qui améliore de 5 à 10 % environ la sensibilité de ce test [16]. Les raisons de cette perte de possibilité de double lecture, minime mais néanmoins significative, méritent d'être explorées [17].

3. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnono4148

4. http://www.invs.sante.fr/display/?doc=surveillance/cancers_depistage/evaluation_sein.htm

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 01/09/2011.

- [1] Jordan V. C. Chemoprevention of breast cancer with selective oestrogen-receptor modulators. *Nature reviews wancer*, 2007, vol. 7, n° 1 : p. 46-53.
- [2] Gonzalez-Angulo A. M., Hennessy B. T., Mills G. B. Future of personalized medicine in oncology : a systems biology approach. *Journal of clinical oncology*, 2010, vol. 28, n° 16 : p. 2777-2783.
- [3] Giordano S. H., Hortobagyi G. N. Time to remove the subspecialty blinders : breast cancer does not exist in isolation. *Journal of the National cancer institute*, 2008, vol. 100, n° 4 : p. 230-231.
- [4] Berry D. A., Cronin K. A., Plevritis S. K., Fryback D. G., Clarke L., Zelen M., et al. Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer. *New England journal of medicine*, 2005, vol. 353, n° 17 : p. 1784-1792.
- [5] Baudier F., Michaud C. Le dépistage des cancers : entre organisation et libre choix. In : Beck F, Guilbert P, Gautier A. *Baromètre santé 2005*. Saint-Denis : Impes, coll. Baromètres santé, 2007 : p. 299-316.

- En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1109.pdf>
- [6] Mansour Z., Fleur L., Saugeron A. M., Merle N., Marquis D., Lucas C. Dépistage organisé du cancer du sein en région Provence-Alpes-Côte d'azur : communication auprès des femmes de statut précaire et/ou isolées. *Santé publique*, 2005, vol. 17, n° 4 : p. 539-549.
- [7] Duport N., Ancelle-Park R. Do socio-demographic factors influence mammography use of French women? Analysis of a French cross-sectional survey. *European Journal of cancer prevention*, 2006, vol. 15, n° 3 : p. 219-224.
- [8] Prouvost H., Poirier G. Influence des facteurs socio-économiques sur le recours au dépistage du cancer chez les femmes du Nord-Pas de Calais : résultats de l'enquête décennale Santé, France, 2002. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, janvier 2007, n° 2-3 : p. 17-19.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2007/02_03/beh_02_03_2007.pdf
- [9] Engelman K. K., Cupertino A. P., Daley C. M., Long T., Cully A., Mayo M. S., et al. Engaging diverse underserved communities to bridge the mammography divide. *BMC public health*, 2011, vol. 11, n° 47 : p. 1-17.
En ligne : <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/47>
- [10] Zackrisson S., Lindstrom M., Moghaddassi M., Andersson L., Janzon L. Social predictors of non-attendance in an urban mammographic screening programme : a multilevel analysis. *Scandinavian Journal of public health*, 2007, vol. 35, n° 5 : p. 548-554.
- [11] Von Euler-Chelpin M., Olsen A. H., Njor S., Jensen A., Vejborg I., Schwartz W., et al. Does educational level determine screening participation? *European Journal of Cancer Prevention*, 2008, vol. 17, n° 3 : p. 273-278.
- [12] Menvielle G., Kunst A. Social inequalities in cancer incidence and cancer survival : Lessons from Danish studies. *European Journal of cancer*, 2008, vol. 44, n° 14 : p. 1933-1937.
- [13] Eisinger F., Beck F., Viguier J., Blay J., Coscas Y., Roussel C., et al. Increasing coverage rates for mammographic screening in France in older women - 16 years of follow-up. *The Breast Journal*, 2011, vol. 17, n° 6 : p. 686-688.
- [14] Eisinger F., Moatti J. P., Beja V., Obadia Y., Alias F., Dressen C. Attitudes de la population féminine française face au dépistage des cancers. *Bulletin du cancer*, 1994, vol. 81, n° 8 : p. 683-690.
- [15] Duport N., Bloch J. Dépistage du cancer du sein. In : Guilbert P., Peretti-Watel P., Beck F., Gautier A. dir. *Baromètre cancer 2005*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2007 : p. 119-126.
- [16] Duijm L. E., Louwman M. W., Groenewoud J. H., van de Poll-Franse L. V., Fracheboud J., Coebergh J. W. Inter-observer variability in mammography screening and effect of type and number of readers on screening outcome. *British Journal of cancer*, 2009, vol. 100, n° 6 : p. 901-907.
En ligne : <http://www.nature.com/bjc/journal/v100/n6/pdf/6604954a.pdf>
- [17] Desjeux G., Aspar A. M., d'Istria E. C., Raude D., Audet-Lapointe M., Balaire C., et al. Connaissance de la double lecture dans le dépistage du cancer du sein. *Presse médicale*, septembre 2008, vol. 37, n° 9 : p. 1205-1211.

Dépistage du cancer du col de l'utérus

CONTEXTE

ÉPIDÉMIOLOGIE

Le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer féminin dans le monde, mais son incidence ainsi que sa mortalité ont diminué de moitié depuis une trentaine d'années dans les pays développés [1]. En France, le taux d'incidence standardisé sur la population mondiale est estimé à 6,4 pour 100 000 en 2010. Il représente le douzième cancer par ordre de fréquence chez la femme.

En 2010, le nombre de décès par cancer du col de l'utérus est estimé à 940, ce qui place ce cancer au treizième rang des décès chez la femme (taux annuel de mortalité standardisé sur la population mondiale de 1,6 pour 100 000 personnes-années pour la France métropolitaine). Il existe des disparités régionales marquées dans ces taux de mortalité; en France métropolitaine ces taux varient entre 1 et 3 pour 100 000, et la mortalité est doublée dans les DOM [2].

Des liens entre les taux de mortalité et les caractéristiques socioéconomiques ont été retrouvés [3].

L'apparition du cancer du col de l'utérus est liée à la persistance au niveau du col utérin d'un virus de type oncogène de la famille des papillomavirus humains (HPV). En particulier, les génotypes 16 et 18 sont classés comme agents carcinogènes avérés et sont responsables de 70 % des cancers invasifs.

VACCINATION

Ce cancer peut être prévenu par la vaccination. Il existe deux vaccins prophylactiques qui préviennent l'infection par les papillomavirus 16 et 18. Cette vaccination ne doit être proposée qu'aux femmes qui n'ont pas été en contact avec le virus (jeunes filles de 14 ans et jeunes femmes entre 15 et 23 ans qui n'ont pas eu de rapports sexuels

ou, au plus tard, dans l'année suivant le début de leur vie sexuelle^{1, 2}). La vaccination fait l'objet d'un remboursement depuis juillet 2007 pour l'un des deux vaccins et depuis septembre 2008 pour l'autre. Il n'y a pas en France de campagne systématique de vaccination, celle-ci est de décision individuelle. La couverture vaccinale des jeunes filles de 14 ans a été estimée, d'après les données de remboursement, autour de 35 % en 2009 [4].

DÉPISTAGE

Un dépistage des lésions précancéreuses est possible grâce à l'existence d'une longue période de latence entre les premières anomalies et la survenue d'un cancer invasif. La diffusion du dépistage par frottis depuis les années 1960 a été contemporaine de la forte diminution de cette pathologie dans les pays industrialisés.

Ce dépistage, qui repose actuellement sur le frottis cervico-utérin (FCU), est recommandé par la Haute autorité de santé tous

les trois ans après deux frottis annuels normaux chez les femmes de 25 à 65 ans (sauf chez les femmes ayant eu une hystérectomie et les femmes n'ayant jamais eu de rapports sexuels) [5].

Neuf programmes expérimentaux de dépistage organisé, départementaux ou régionaux, représentant treize départements, ont été lancés depuis le début des années 1990, dont six en 2009. Ces départements³ mettent en place des programmes de lutte intégrée contre le cancer du col utérin. Tous appliquent le cahier des charges de l'organisation de ce dépistage, publié en 2005 par la Direction générale de la santé⁴.

1. Avis du Comité technique des vaccinations et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France relatif à la vaccination contre les papillomavirus humains 6, 11, 16 et 18.

2. Avis du Haut Conseil de la santé publique relatif à la vaccination contre les papillomavirus humains 16 et 18 par un vaccin bivalent.

3. Il s'agit des sites suivants : régions Alsace et Auvergne, départements du Cher, de l'Indre-et-Loire, de l'Isère, du Maine-et-Loire, de la Martinique, du Val-de-Marne et de la Réunion.

4. DGS. Groupe technique national sur le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. *Cahier des charges du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus*. DGS. Paris, 2006.

RÉSULTATS

DÉPISTAGE

Le Baromètre cancer 2010 a interrogé 1 514 femmes âgées de 25 à 65 ans, qui font partie de la population cible pour le dépistage des cancers du col utérin.

Parmi celles-ci, 94,9 % ont déclaré avoir pratiqué un frottis cervico-utérin (FCU) au cours de leur vie et, pour 81,4 % des femmes, cet examen date de moins de trois ans. La tranche d'âge la plus surveillée (par tranche de cinq ans) est celle des femmes d'âge moyen, entre 45 et 49 ans. Les femmes de plus de 55 ans sont moins nombreuses à déclarer un suivi récent. Le suivi déclaré est en effet beaucoup moins fréquent après 55 ans (71 %). La comparaison avec

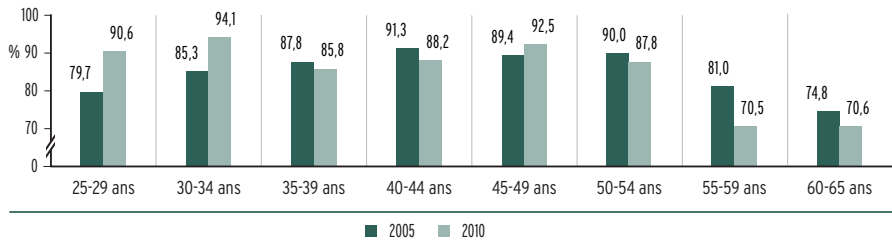
les précédentes études du Baromètre santé 2000 et du Baromètre cancer 2005⁵ montre des améliorations dans la pratique du dépistage concernant les tranches d'âge 25-34 ans ($p < 0,05$). Les évolutions au cours du temps se révèlent peu marquées pour les autres tranches d'âge [figure 1].

La recherche de facteurs favorisant la pratique d'un frottis met en avant des facteurs semblables à ceux déjà notés dans l'enquête de 2005, comme dans la plupart des études sociodémographiques de pratique du dépistage [6-9].

5. Il est à noter que la mesure des évolutions n'est possible que parmi les femmes ayant déclaré savoir ce qu'est un frottis du col de l'utérus en raison d'un filtre présent en 2005.

FIGURE 1

Évolution 2005-2010 de la proportion de femmes déclarant avoir effectué un frottis cervical dans les trois ans, selon la tranche d'âge



Le **tableau 1** précise l'ensemble des variables significatives en analyse bivariée. La réalisation d'un frottis au cours des trois dernières années est fortement associée à l'âge avec les taux les plus élevés parmi les femmes âgées de 40 à 44 ans. Cette pratique est plus fréquente parmi les femmes vivant en couple, étant en activité, ayant un niveau d'études supérieur ou égal au baccalauréat ou non ménopausées ($p < 0,001$).

En matière de suivi médical, on note qu'avoir consulté un gynécologue ou réalisé une mammographie au cours des deux dernières années est très significativement associé à la pratique du frottis. En revanche, avoir consulté un médecin généraliste au cours des douze derniers mois n'apparaît pas lié au suivi récent par frottis.

Disposer de revenus supérieurs apparaît un peu plus faiblement lié au suivi régulier ($p < 0,01$ en analyse bivariée). Ce lien n'est d'ailleurs pas retrouvé en analyse multivariée. Par rapport au Baromètre cancer 2005, on observe peu d'évolution vis-à-vis des caractéristiques liées au frottis.

En analyse multivariée, le modèle final met en évidence un suivi plus fréquent parmi les femmes âgées de 45 à 49 ans, celles vivant en couple, celles ayant un niveau d'études supérieur ou égal au baccalauréat et celles occupant un emploi.

En matière d'opinions des femmes interrogées, la peur liée à la maladie du fait de la présence d'un antécédent de cancer chez un proche ou la croyance que le cancer est une maladie grave n'interviennent pas dans la fréquence d'un suivi régulier. Enfin, la croyance qu'il existe des traitements efficaces contre le cancer, ou la santé perçue comme bonne, ne semblent pas non plus intervenir.

Les femmes déclarant une pratique de dépistage ont été interrogées sur la fréquence de réalisation des frottis et sur la spécialité du praticien consulté. La pratique d'un suivi annuel, qui a montré son inefficacité en santé publique, concerne 36 % des femmes. Un suivi bisannuel est déclaré par 41 % des femmes enquêtées, quant au suivi trisannuel, recommandé par la HAS, il n'est cité que par 8 % des femmes. 11 % citent leur médecin généraliste comme préleveur du frottis, tandis qu'il s'agit du gynécologue pour plus de 80 % des femmes interrogées. Pour les femmes qui citent un suivi trisannuel, le médecin généraliste est à l'origine du prélèvement quatre fois plus souvent que lors d'une pratique annuelle (26 % vs 6 %).

Les raisons citées par les femmes pour n'avoir pas pratiqué de suivi sont multiples : l'absence de symptômes, le manque de temps disponible et la cherté de l'acte ; les femmes sans suivi récent citent surtout le fait de n'avoir pas pris le temps, ou le fait d'avoir

TABLEAU I

Caractéristiques des femmes âgées de 25 à 65 ans ayant réalisé un frottis cervico-utérin depuis moins de trois ans (n = 1454 observations)

Variables explicatives	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Âge ***				
25-29 ans (réf.)	151	82,0	1	
30-34 ans	177	85,7		
35-39 ans	198	85,5		
40-44 ans	181	84,3	1,3	0,8; 2,2
45-49 ans	165	92,2		
50-54 ans	185	84,9	0,6	0,4; 1,1
55-59 ans	201	65,5		
60-65 ans	256	71,0		
Vie en couple ***				
Oui (réf.)	968	83,8	1	
Non	546	74,9	0,6**	0,4; 0,9
Diplôme le plus élevé obtenu en 3 classes ***				
Inférieur au baccalauréat (réf.)	624	76,9	1	
Baccalauréat ou équivalent	305	86,4	1,4	0,9; 2,1
Supérieur au baccalauréat	581	86,8	1,3	0,9; 2,0
Activité professionnelle ***				
Actifs occupés (réf.)	1 016	86,6	1	
Chômeurs	103	72,9	0,5*	0,3; 1,0
Autres inactifs	395	71,2	0,6*	0,4; 0,9
Revenus mensuels par UC **				
Moins de 1100 euros (réf.)	426	76,9	1	
De 1100 euros à 1800 euros	556	84,7	1,4	0,9; 2,2
1800 euros et plus	431	85,7	1,5	0,9; 2,5
NSP ou ne veut pas dire	101	75,8	1,1	0,5; 2,1
Consultation avec un gynécologue au cours des 2 dernières années ***				
Non (réf.)	305	40,1	non introduit dans le modèle	
Oui	1 209	92,2		
Consultation avec un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois				
Non (réf.)	153	77,2	non introduit dans le modèle	
Oui	1 361	81,9		
Ménopause ***				
Non (réf.)	917	86,4	non introduit dans le modèle	
Oui	595	72,5		
Réalisation d'une mammographie au cours des 2 ans ***				
Oui (réf.)	756	85,4	non introduit dans le modèle	
Non	201	60,6		
Antécédent de cancer chez un proche				
Oui (réf.)	1 047	82,5	1	
Non	413	79,4	0,9	0,6; 1,3
Santé perçue **				
Très bon, bon, mauvais (réf.)	1 440	82,1	1	
Mauvais, très mauvais, nsp	74	67,9	0,7	0,4; 1,4

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

eu une hystérectomie. Il faut noter que 30 % de celles n'ayant jamais fait de frottis et 50 % de celles n'en ayant pas fait récemment ne se retrouvent pas dans les motifs cités.

Enfin, lorsqu'on demande aux femmes non suivies ce qui pourrait les amener à faire cet examen, 13 % citent spontanément le fait que leur médecin en parle, 23 % citent la survenue de symptômes, tandis que les autres motifs sont très variés (quand elles auront des relations sexuelles, réception d'un courrier proposant un dépistage gratuit...). On note donc à nouveau l'importance de la parole médicale pour ces femmes mal suivies.

La connaissance du frottis comme examen de dépistage du cancer du col utérin est très fortement associée au suivi : 66 % des femmes n'ayant pas de suivi récent disent ne pas connaître le geste du frottis. L'opinion de celles qui connaissent le geste mais ne l'ont pas expérimenté montre que si 60 % d'entre elles environ le trouvent non douloureux, presque 60 % aussi le considèrent gênant (43 % tout à fait d'accord et 16 % plutôt d'accord).

LA VACCINATION

En moyenne, 58 % des femmes de 15 à 25 ans déclarent savoir ce qu'est le virus HPV. On note une différence marquée entre

les jeunes filles de 15 ans, qui ne sont que 30 % à le savoir, et celles de 16 ans et plus, qui déclarent le connaître à plus de 60 % ($p < 0,05$).

Si globalement, la catégorie sociale du chef de famille n'est pas liée à cette connaissance, on observe une tendance à une meilleure connaissance chez les jeunes filles et les femmes issues de catégories socioprofessionnelles plus élevées. Il existe une différence significative entre la connaissance de l'HPV déclarée par les femmes issues d'une famille de cadres et de professions intellectuelles vis-à-vis de l'ensemble des autres jeunes femmes (76 % vs 55 %, $p < 0,05$) **[tableau II]**. Les revenus du foyer ne sont en revanche pas significativement associés à une meilleure connaissance.

La pratique déclarée du vaccin concerne 27 % des jeunes femmes de 15 à 25 ans, avec un pic de 50 % pour celles de 16 et 17 ans ($p < 0,001$) **[tableau III]**. La profession de la personne référente du foyer n'apparaît pas globalement significative, sauf si l'on considère les professions intermédiaires vs les autres professions : 38 % des jeunes femmes étant alors vaccinées contre 24 % pour les autres professions ($p < 0,05$).

Les considérations financières ne semblent pas intervenir, les revenus du foyer n'étant pas corrélés au fait d'être vaccinée.

TABLEAU II

Connaissance de la vaccination HPV selon la profession de la personne de référence du ménage parmi les femmes de 15 à 25 ans (en pourcentage)

	Oui
Agriculteurs	Effectif trop faible
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	60,7
Cadres et professions intellectuelles	76,5
Professions intermédiaires	62,5
Employés	46,3
Ouvriers	50,2
Autres inactifs	36,2

TABLEAU III

Réalisation du vaccin HPV selon l'âge des jeunes femmes (en pourcentage)

	Oui
15 ans	30,3
16-17 ans	50,1
18-19 ans	37,8
20-21 ans	27,8
22-23 ans	8,3
24-25 ans	4,3

p<0,001

DISCUSSION

DÉPISTAGE

Les résultats de cette enquête évoquent, à l'instar du Baromètre cancer 2005, une couverture à trois ans des femmes de 25 à 65 ans pour le frottis très supérieure à celle estimée d'après les données de l'Assurance maladie : celles-ci, publiées par la HAS en 2010 et issues de l'Echantillon général des bénéficiaires (EGB), sont de 56,6 % pour les années 2006-2008⁶. Ces dernières données ne sont pas exemptes de biais : données du Régime général uniquement, femmes immatriculées en double, examens impayés (les pathologistes évaluent entre 1 et 3 % le nombre de dossiers de frottis impayés), absence d'envoi de la feuille de soins à l'Assurance maladie, et surtout frottis lus dans un service hospitalier. Ces derniers, en effet, n'apparaissent pas de façon individualisée dans les relevés de l'Assurance maladie. L'ensemble de ces éléments peut expliquer une sous-estimation de cette couverture, même s'il peut difficilement expliquer un écart de près de 25 points. Un écart du même ordre avait été trouvé en 2000 en comparant les données de l'Echantillon permanent des assurés sociaux avec les données déclaratives du Baromètre santé 2000 [10]. Une sur-déclaration du

recours au cours des trois dernières années dans les enquêtes déclaratives est probable [11, 12], dans le sens d'une perception d'une réalisation plus récente qu'elle ne l'est en réalité. Outre les biais cognitifs, la sur-déclaration peut être liée à un biais de désirabilité sociale, à savoir l'envie de bien se comporter et de bien répondre [13]. À titre de comparaison, l'enquête santé et protection sociale (ESPS) menée en 2008 par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) affichait également un taux de recours assez élevé (74 % des femmes âgées de plus de 18 ans). Les données issues de l'EGB sont en faveur d'une légère diminution de la couverture à trois ans entre les années 2004-2006 (58,0 % 57,7 ; 58,2) et 2006-2008 (56,6 % 56,3 ; 56,9). On ne retrouve pas cette tendance dans les données déclaratives entre les résultats des Baromètres cancer 2005 et 2010.

La décroissance du suivi en fonction de l'âge est également en léger décalage par rapport aux données de l'EGB. La diminution du taux de femmes suivies commence à partir de 50 ans dans ces données, alors

6. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Argumentaire. Coll. Recommandations en santé publique. Paris : Haute autorité de santé, juillet 2010.

qu'en déclaratif, les femmes jusqu'à 55 ans font état d'une couverture récente identique aux plus jeunes.

Concernant le profil des femmes non dépistées, les données de l'EGB montrent que le fait d'être bénéficiaire de la CMU complémentaire est fortement lié au fait de ne pas avoir eu le remboursement d'un frottis surtout chez les moins de 50 ans : 43 % des femmes disposant de la CMUc ont eu un FC remboursé en trois ans *vs* 63 % pour les autres femmes⁷. D'autres données, issues notamment de l'évaluation du programme de dépistage organisé en Alsace, montrent un recours moindre des femmes bénéficiaires de la CMUc au frottis⁷. Dans notre étude, on retrouve bien un recours inférieur des femmes dont le revenu est dans le premier tercile (moins de 1 100 euros par unité de consommation). Des travaux ultérieurs sur les femmes se trouvant dans les situations financières les plus précaires devraient permettre de préciser les profils de ces populations présentant un faible niveau de dépistage.

L'intervalle entre deux frottis est rapporté ici comme étant le plus fréquemment bisannuel, puis annuel, et très minoritairement trisannuel. Les données présentées par la HAS entre 2003 et 2008 ont conduit aux mêmes conclusions : parmi les femmes ayant fait deux frottis au moins, l'intervalle entre ces examens est de 18 mois pour 32 % d'entre elles et il est compris entre 18 et 30 mois pour 46 % des femmes suivies. De même, dans l'étude barométrique INCa/BVA éditée par l'INCa en septembre 2009⁸ sur les connaissances et pratiques déclarées quant au dépistage des cancers, la majorité des femmes interrogées déclare que le frottis doit être réalisé une fois par an (51 %), ou une fois tous les deux ans (31 %). Il paraît nécessaire devant cette méconnaissance des rythmes de communiquer plus largement autour des préconisations de la HAS.

VACCINATION

En matière de vaccination, il existe une progression récente et nette dans la connaissance du grand public sur le virus HPV et son rôle dans le cancer du col. Cette connaissance tient pour beaucoup aux campagnes de communication réalisées par l'industrie pharmaceutique au moment de la commercialisation des vaccins contre l'HPV, mais aussi depuis juin 2009, aux premières campagnes nationales lancées par l'INCa sur la thématique prévention et dépistage des cancers du col. La connaissance des jeunes sur l'HPV a été étudiée dans une enquête récente chez les lycéens des Alpes-Maritimes, elle montre également une bonne connaissance chez 53 % des jeunes interrogés [14].

On retrouve un écart entre données déclaratives et données de remboursement si l'on compare les données du Baromètre cancer 2010 avec l'étude publiée par l'Institut de veille sanitaire (InVS) en 2010 sur les couvertures vaccinales en France⁹. Cette analyse faisait état d'un schéma vaccinal complet pour 27,7 % des jeunes filles de 16 ans. Cependant, cette étude portant sur des données de remboursement antérieures à juillet 2009, on peut penser que la couverture s'est améliorée depuis. L'InVS doit prochainement publier une actualisation de ces résultats.

L'étude met en évidence un recours à la vaccination plus fréquent dans les foyers dont la personne de référence correspond à la catégorie des professions intermédiaires. Dans l'enquête auprès des lycéens citée plus haut, une inégalité sociale d'accès et de recours à cette vaccination est retrouvée

7. Rapport d'activité Association Eve 2008.

8. Synthèse des résultats de la 2^e vague de l'enquête barométrique INCa/BVA janvier/février 2009 auprès de 1 013 personnes de 25 ans et plus. Institut national du cancer, septembre 2009.

9. Estimation des couvertures vaccinales en secteur libéral à travers l'échantillon généraliste des bénéficiaires 2004-2009. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, août 2010 : 14 p.

[14]. L'analyse des données montre en effet que les lycéennes issues des familles de professions intermédiaires sont significativement mieux vaccinées (38,0 %) que celles

des professions supérieures (24,6 %) et que celles de familles ouvrières (23,8 %) ou dont la personne de référence est chômeuse ou retraitée (16,2 %).

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 01/09/2011.

- [1] International agency for research on cancer (IARC). *Cervix Cancer Screening*. Lyon : IARC, coll. Handbook of Cancer Prevention, 2005 : 313 p.
- [2] Serra D., Chérié-Challine L., Bloch J. Mortalité comparée par cancer aux Antilles et en métropole, France, 1983-2002. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 26 février 2008, n° 9 : p. 64-68.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2008/09/beh_09_2008.pdf
- [3] Menvielle G., Leclerc A., Chastang J., Luce D. Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2 septembre 2008, n° 33 : p. 289-292.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2008/33/beh_33_2008.pdf
- [4] Institut national contre le cancer (INCa). *Le cancer du col de l'utérus en France : état des lieux 2010*. Boulogne-Billancourt : INCa, coll. Rapport et synthèse, 2010 : 22 p.
- [5] Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (Anem). Pratique des frottis cervicaux pour le dépistage du cancer du col. In : *Anem. Recommandations et références médicales* (vol. 2), 1995 : p. 9-24.
- [6] Chan Chee C., Begassat M., Kovess V. Les facteurs associés au dépistage des cancers du col utérin dans une population mutualiste. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2005, vol. 53, n° 1 : p. 69-75.
- [7] Duport N., Serra D., Goulard H., Bloch J. Which factors influence screening practices for female cancer in France ? *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2008, vol. 56, n° 5 : p. 303-313.
- [8] Prouvost H., Poirier G. Influence des facteurs socio-économiques sur le recours au dépistage du cancer chez les femmes du Nord-Pas-de-Calais : résultats de l'enquête décennale Santé, France, 2002. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 23 janvier 2007, n° 2-3 : p. 17-19.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2007/02_03/beh_02_03_2007.pdf
- [9] Von Euler-Chelpin M., Olsen A. H., Njor S., Jensen A., Vejborg I., Schwartz W., et al. Does educational level determine screening participation ? *European Journal of cancer prevention*, 2008, vol. 17, n° 3 : p. 273-278.
- [10] Rousseau A., Bohet P., Merlière J., Treppoz H., Heules Bernin B., Ancelle-Park R. Evaluation du dépistage organisé et du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus : utilité des données de l'assurance maladie. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, 7 mai 2002, n° 19 : p. 81-83.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2002/19/beh_19_2002.pdf
- [11] Hiatt R. A., Perez-Stable E. J., Quesenberry C., Jr., Sabogal F., Otero-Sabogal R., McPhee S. J. Agreement between self-reported early cancer detection practices and medical audits among Hispanic and non-Hispanic white health plan members in northern California. *Preventive Medicine*, 1995, vol. 24, n° 3 : p. 278-285.
- [12] Cronin K. A., Miglioretti D. L., Krapcho M., Yu B., Geller B. M., Carney P. A., et al. Bias associated with self-report of prior screening mammography. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention*, 2009, vol. 18, n° 6 : p. 1699-1705.
- [13] Johnson T. P., O'Rourke D. P., Burris J. E., Warnecke R. B. An investigation of the effects of social desirability on the validity of self-reports of cancer screening behaviors. *Medical Care*, 2005, vol. 43, n° 6 : p. 565-573.
- [14] Lerais I., Durant M., Gardella F., Hofliker P., Pradier C., Giordanengo V., et al. Enquête sur les connaissances, opinions et comportements des lycéens des Alpes-Maritimes autour des Human Papilloma Virus (HPV). *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, 23 mars 2010, n° 11 : p. 97-100.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2010/11/beh_11_2010.pdf

Dépistage du cancer colorectal

INTRODUCTION

Avec près de 40 000 nouveaux cas par an estimés en 2010 [1], le cancer colorectal se situe au troisième rang des cancers en termes d'incidence tous sexes confondus, derrière le cancer de la prostate et le cancer du sein. Chez la femme, il est au deuxième rang derrière le cancer du sein et au troisième chez l'homme derrière les cancers de la prostate et du poumon. Avec 17 400 décès estimés, il représente la deuxième cause de décès par cancer en France, après le cancer du poumon.

On définit trois niveaux de risque pour le cancer colorectal [2]. Les personnes à risque très élevé sont atteintes d'une mutation prédisposant à ce cancer (syndrome de Lynch, polyadénomatose familiale). Elles justifient d'un suivi en oncogénétique et d'une surveillance par chromo-coloscopie. Les personnes à risque élevé ont des antécédents personnels ou familiaux au premier degré d'adénomes ou de cancers colorectaux, ou sont atteints de maladies inflammatoires intestinales (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique). Un dépistage par coloscopie doit

alors être proposé. Les autres personnes sont considérées à risque moyen et sont la cible du programme national de dépistage, soit plus de 80 % de la tranche d'âge 50-74 ans [2].

Suite aux études contrôlées de dépistage du cancer colorectal et aux programmes pilotes dans 23 départements français ciblant une population de 4 millions de personnes [2, 3], les autorités de santé ont décidé de généraliser à l'ensemble du territoire un programme de dépistage organisé par recherche de saignement occulte dans les selles. Les premiers résultats ont montré la difficulté de mise en place d'un tel programme. Il existe encore beaucoup de freins dans la population et la nature même du test de recherche de sang occulte dans les selles et son mode de réalisation jouent un rôle important [4]. L'image du cancer colorectal dans la population reste négative et la capacité d'améliorer son pronostic est souvent jugée incertaine.

L'évaluation menée par l'Institut de veille sanitaire sur 95 départements pour les années 2009-2010 a montré un taux moyen de parti-

icipation de 34 %, atteignant 36,5 % dans les départements pilotes [5]. Ce programme cible au total 17 millions de personnes. Le recueil des motifs d'exclusions du programme montre qu'au-delà des personnes à risque

aggravé qui justifient d'un dépistage par coloscopie, en dehors du programme, une partie non négligeable de la population a réalisé un dépistage individuel par coloscopie sans appartenir à une situation à risque identifiée.

RÉSULTATS

En 2010, 44,5 % des personnes de 50 à 74 ans interrogées déclarent avoir effectué un test de dépistage du cancer colorectal dans les deux dernières années, et 51,6 % au cours de leur vie [tableau I].

Il n'y a pas de différence significative en fonction du sexe pour la réalisation d'un dépistage par recherche de sang occulte dans les selles. L'âge influence la participation, qui est près de deux fois plus importante dans la tranche d'âge 65-74 ans que dans la tranche d'âge 50-54 ans (62,6 % vs 36,7 %, $p < 0,001$). La vie en couple est un facteur significatif de réalisation d'un test.

Le niveau de diplôme n'est pas associé significativement à la réalisation du test. L'analyse des revenus en trois tranches ne met pas en évidence de différence significative. Une situation financière jugée difficile est associée à une moindre participation. Le fait d'avoir renoncé à des examens de santé, en revanche, ne modifie pas significativement l'adhésion au dépistage.

La consultation au moins annuelle d'un médecin généraliste est associée à un taux de dépistage significativement plus élevé. Ce taux augmente encore pour deux consultations annuelles ou plus.

Un antécédent de cancer chez un proche, qu'il s'agisse d'un ami, d'un membre de la famille ou d'un collègue, n'apparaît pas comme un facteur favorisant la réalisation d'un dépistage. Le fait de penser que l'on sait guérir de nombreux types de cancer ou que de nombreuses personnes atteintes peuvent être guéries n'augmente pas de manière significative l'adhésion au dépistage (données non présentées).

La consommation de tabac, même occasionnelle, est associée à un moindre recours au dépistage (34,5 % vs 55,8 %, $p < 0,001$), ce qui n'est pas le cas pour la consommation d'alcool (12 derniers mois) ou de cannabis (au cours de la vie), ou la perception globale de son état de santé.

Les personnes pour lesquelles la principale source d'information sur le cancer est la télévision réalisent moins le test (47,4 % vs 57,9 % $p < 0,05$) que les personnes citant la radio, les journaux, les magazines de santé, internet, leur entourage et les professionnels de santé.

Notons enfin que les facteurs associés à la réalisation du test de dépistage du cancer colorectal au cours des deux dernières années sont les mêmes que ceux qui ont été présentés ici sur le recours au test au cours de la vie.

DISCUSSION

Près de 45 % des personnes de 50 à 74 ans interrogées en 2010 déclarent avoir effectué un test de dépistage du cancer colorectal dans les deux dernières années, et plus de la moitié au cours de leur vie.

Dans cette enquête, il n'y a pas de différence entre les deux sexes dans la déclaration de réalisation d'un dépistage. L'évaluation du programme national avait montré en 2007 dans sa première évaluation des 19

TABLEAU I

Caractéristiques des personnes âgées de 50 à 74 ans ayant réalisé un dépistage du cancer colorectal au cours de la vie par recherche de sang dans les selles à faire chez soi (test Hemoccult) (n = 1 427 observations)

Variables explicatives	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
Hommes (réf.)	586	53,9	1	
Femmes	841	49,5	0,8	0,6 ; 1,1
Âge				

50-54 ans (réf.)	332	36,7	1	
55-64 ans	712	52,8	1,9***	1,3 ; 2,6
65-74 ans	383	62,6	3,0***	2,1 ; 4,5
Vie en couple				
		*		
Oui (réf.)	892	53,6	1	
Non	535	45,6	0,7**	0,5 ; 0,9
Diplôme				
Inférieur au baccalauréat (réf.)	808	50,9	1	
Baccalauréat ou équivalent	231	56,1	1,3	0,9 ; 1,9
Supérieur au baccalauréat	379	51,2	1	0,8 ; 1,4
Revenus mensuels par UC				
Moins de 1100 euros (réf.)	292	46,1	1	
De 1100 euros 1800 euros	434	52,3	1,3	0,9 ; 1,9
1800 euros et plus	547	55,2	1,4	0,9 ; 2,0
NSP ou ne veut pas dire	154	51,4	0,9	0,5 ; 1,5
Nombre de consultations par an chez le médecin généraliste				
		*		
0 (réf.)	152	37,8	1	
1	246	50,7	1,7*	1,0 ; 2,8
2 et plus	1 029	53,8	1,9**	1,2 ; 2,9
Antécédent de cancer chez un proche				
Oui (réf.)	897	51,3	1	
Non	415	49,8	0,9	0,7 ; 1,2
Résidant dans un département pilote				
Non (réf.)	977	49,7	1	
Oui	450	55,8	1,3	0,9 ; 1,7

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

sites pilotes une différence de 7 points entre les femmes et les hommes (47 vs 40 %) [3]. Cette différence était de 5 points à l'occasion de l'évaluation de 95 départements sur la période 2009-2010 après l'extension de ce dispositif (36,5 vs 31,4 %), toujours en faveur des femmes [5].

La réalisation d'un dépistage augmente très fortement avec l'âge et ce de manière encore plus nette qu'en 2005. La première tranche, qui participe le moins, correspond

souvent à des actifs pour lesquels la réalisation d'un test de recherche de sang dans les selles sur trois jours peut apparaître compliquée, et pour qui le cancer reste une maladie du sujet plus âgé et donc une préoccupation éloignée [6]. On constate d'ailleurs [tableau II] que les actifs occupés participent significativement moins. Enfin, cette première tranche d'âge a été moins sollicitée pour participer à ce programme de dépistage, alors que les tranches suivantes

TABLEAU II

Caractéristiques complémentaires des personnes âgées de 50 à 74 ans ayant réalisé un dépistage du cancer colorectal au cours de la vie (n = 1427 observations)

Variables explicatives	Effectifs	%
Enfants		**
Enfants	1 262	52,7
Pas d'enfants	165	39,0
Situation professionnelle		**
Actif occupé	534	45,1
Autres	893	55,2
Situation financière		*
À l'aise, ça va	883	54,6
Juste ou difficile	526	46,9
A renoncé à des soins de santé		
Oui	161	46,1
Non	1 262	52,6
État de santé perçu		
Bon	1 162	51,4
Mauvais, médiocre	148	45,7

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

peuvent être déjà en quatrième campagne biennale.

Il a déjà été montré que le fait de vivre en couple influence la réalisation d'un dépistage, surtout pour les hommes [6]. Au-delà du fait que, si l'on vit à deux, il peut sembler plus important d'éviter le risque de laisser l'autre seul, les femmes ont un rôle incitatif dans le couple. En effet, elles sont souvent plus investies dans les actions de prévention pour la famille (vaccination, habitus de dépistage plus ancrés avec la mammographie et le frottis cervico-utérin, gestion du carnet de santé...). On note aussi qu'avoir des enfants, avec la responsabilité que cela entraîne vis-à-vis de sa descendance, produit le même effet.

Le niveau d'étude ainsi que le niveau de revenu n'apparaissent plus dans le Baromètre cancer 2010 comme discriminants pour la participation, alors que c'était le cas en 2005. Comme pour le cancer du sein, le fait de proposer ce dépistage à l'ensemble de la population participe à

gommer une partie des inégalités d'accès et de recours. Cependant, même s'il n'y a pas de différence significative, on peut noter que la participation augmente avec les revenus. Le fait de juger sa situation financière comme difficile demeure un facteur influençant négativement la réalisation d'un test. C'est probablement le signe que c'est surtout parmi les plus précaires que le recours au dépistage est moins bon. Pour le niveau d'études, c'est la tranche intermédiaire (bac ou équivalent) qui déclare le plus fort taux de participation au dépistage par test de recherche de sang dans les selles. L'hypothèse d'une surreprésentation du dépistage individuel par coloscopie plutôt que collectif par test de recherche de sang dans les selles dans la tranche ayant fait les études les plus longues est possible.

Le nombre de consultations annuelles chez un médecin généraliste a un rôle important dans la déclaration de réalisation d'un dépistage, dès une consultation par an. Ce facteur peut refléter l'attention portée par l'indi-

vidu à sa santé et son recours au système de soin, mais surtout, indirectement, l'importance du rôle de ce professionnel de santé dans le dépistage du cancer colorectal. En effet, le médecin généraliste est le relais le plus efficace pour convaincre de réaliser le test, c'est lui qui le remet et en explique les modalités de réalisation, et c'est aussi lui qui en expliquera les résultats et organisera l'éventuelle suite des examens [6, 7].

Le fait de résider dans l'un des 23 départements pilotes, dont certains en sont à la

cinquième campagne, est associé à un taux de participation plus élevé en 2010. Il ne représente pas, dans le Baromètre cancer 2010, un facteur significatif de meilleure adhésion au dépistage. L'entrée progressive de l'ensemble des départements dans le dispositif, qui est généralisé depuis 2009, ainsi que la taille de l'échantillon, réduisent probablement cette différence historique qui est constatée dans l'évaluation nationale et dans d'autres enquêtes ayant porté sur la même thématique [3, 6].

CONCLUSION

En 2010, plus d'une personne sur deux déclarent avoir effectué un dépistage du cancer colorectal au cours de leur vie. Des facteurs qui étaient associés à une différence d'adhésion au dépistage en 2005, comme le niveau d'études ou de revenus, ne le sont plus en 2010, avec l'extension de ce programme proposé maintenant à l'ensemble de la population cible. D'autres facteurs encore, comme l'âge, la vie en couple ou le fait

d'avoir des enfants influencent la participation à ce dépistage. Les facteurs d'adhésion à ce dispositif restent cependant encore mal connus et ne sont probablement pas totalement superposables aux facteurs de fidélisation dans la durée. L'installation de ce dépistage en pratique habituelle dans la population nécessitera encore du temps et se fera d'autant mieux que des cibles d'optimisation auront clairement été identifiées.

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 01/09/2011.

- [1] Hospices civils de Lyon, Réseau FRANCIM, CépiDC. *Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010 : rapport technique*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; Boulogne-Billancourt : INCa, 2010 : 75 p. En ligne : http://www.invs.sante.fr/applications/cancers/projections2010/rapport_projections_nationales_cancer_2010.pdf
- [2] Faivre J, Lepage C, Viguier J. Cancer colorectal : du diagnostic au dépistage. *Gastroentérologie clinique et biologique*, 2009, vol. 33, n° 8-9 : p : 660-671.
- [3] Goulard H, Jezewski-Serra D, Dupont N, Salines E, Danzon A. *Évaluation épidémiologique du dépistage organisé du cancer colorectal en France - Résultats des programmes pilotes au-delà de la première campagne*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, décembre 2010 : 12 p.
- [4] Bridou M., Aguerre C., Reveillere C., Haguenoer K., Viguier J. Facteurs psychologiques d'adhésion au dépistage du cancer colorectal par le test HémoCult® II. *Psycho-Oncologie*, 2011, vol. 5, n° 1 : p. 25-33.
- [5] Institut de veille sanitaire (InVS). Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2009-2010. En ligne : <http://www.invs.sante.fr/display/?doc=surveillance/cancers/index.htm>
- [6] Calazel-Benque A., Viguier J., Roussel C., Pivot X., Eisinger F., Blay J. Y., et al. Organized colorectal cancer screening programmes : how to optimize efficiency in the general population. *European journal of cancer prevention*, 2011, vol. 20 Suppl 1 : p. S20-25.
- [7] Viguier J., Calazel-Benque A., Eisinger F., Pivot X. Organized colorectal cancer screening programmes : how to optimize efficiency among general practitioners. *European journal of cancer prevention*, 2011, vol. 20, Suppl 1 : p. S26-32.

Dépistage du cancer de la prostate

INTRODUCTION

Le cancer de la prostate est un cancer extrêmement fréquent avec en 2005, 62 245 nouveaux cas diagnostiqués en France et 71 500 (estimation modélisée) en 2010¹. Il s'agit d'un cancer dont le taux de décès peut être considéré comme faible en comparaison des cancers dont la gravité est radicalement différente, comme le cancer du poumon par exemple. On observe cependant des différences entre les données américaines et les données françaises à cinq ans, tous stades confondus, avec respectivement 99,7 % et 87 %¹ de survie.

Quoiqu'il en soit, même si le pourcentage de décès est relativement faible, cela aboutit, pour un cancer aussi fréquent, à un nombre absolu de décès très élevé : 9 202 morts en 2005 et 8 790 (estimation modélisée) en 2010¹, soit deux fois plus que l'incidence des cancers de l'ovaire. En France, le cancer de la prostate est ainsi la quatrième cause de mortalité par cancer [1].

Le dernier élément à prendre en compte est l'âge moyen d'apparition de ce cancer qui impacte l'existence de pathologies

associées et détermine aussi le critère synthétique qu'est le nombre d'années de vie perdues. L'âge moyen observé en 2005 était de 71 ans (il n'est pas calculé dans les modélisations portant sur 2010). Selon l'indicateur du nombre d'années de vie perdues lié à un cancer, le cancer de la prostate est le septième dans une hiérarchie décroissante de gravité, loin derrière le cancer du poumon, mais devant les cancers de l'ovaire, de l'estomac ou du rein.

Ainsi la question du dépistage mérite-t-elle d'être posée, d'autant plus qu'il existe un indéniable gradient de mortalité entre les formes localisées et les formes régionales (différence modérée) et entre les formes régionales et les formes métastatiques (différence importante)¹.

Concernant le dépistage du cancer de la prostate, il existe non seulement comme toujours des incertitudes mais, surtout, une

1. <http://www.e-cancer.fr/expertises-publications-de-l-inca/rapports-et-expertises/sante-publique>

controverse. Les adeptes du dépistage et les adversaires du dépistage ont en commun de nourrir leurs arguments des mêmes études mais interprétées de manière différente. L'éditorial du *New England Journal of Medicine* : « *Prostate cancer screening a controversy that refuses to die* » [2] illustre l'absence actuelle de solution neutre et « libre d'idéologie ».

De manière extrêmement intéressante, l'outil légitime pour résoudre ce type de controverse, l'essai randomisé, contrôlé, n'a pas, malgré deux publications [3-4], permis d'arbitrer pour ou contre l'organisation d'un programme de dépistage populationnel tel qu'il existe pour le cancer du sein et le cancer du colon. Ainsi, en l'absence de consensus scientifique, les prises de position sont influencées par le regard et l'expérience, voire par une forme d'idéologie qui déter-

mine un statut des médecins (« dépisto-philés » vs « dépisto-sceptiques ») [5].

L'objet de ce chapitre n'est pas d'argumenter en faveur ou en défaveur de l'organisation du dépistage du cancer de la prostate mais de décrire comment les personnes (en l'occurrence, les hommes) se comportent vis-à-vis de la réalisation de deux tests de dépistage : le toucher rectal et le dosage sanguin du *Prostate Specific Antigen* (PSA), et ce dans un contexte non pas d'absence de certitude mais de présence de deux certitudes opposées.

Il est utile de rappeler qu'en France, à ce jour, ces deux tests/examens sont pris en charge selon les règles générales de l'Assurance maladie. Ils peuvent, selon la couverture assurantielle et sociale des individus, être totalement remboursés ou laisser une part résiduelle à leur charge.

RÉSULTATS

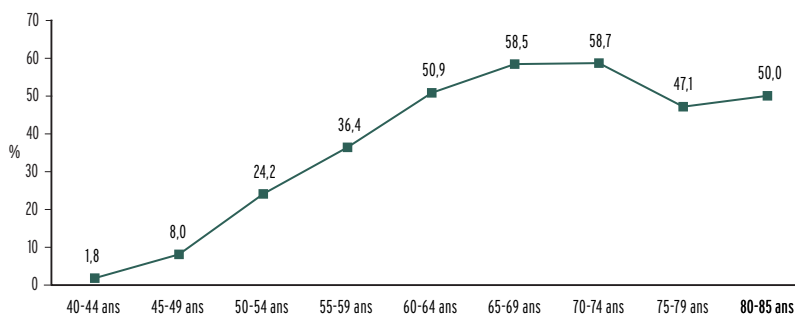
Plus de la moitié des hommes de 50 ans et plus interrogés (51,6 %) ont fait un dépistage du cancer de la prostate au cours de leur vie et 30,3 % l'ont fait par un dosage PSA.

Il existe une extrême variabilité des taux de réalisation des tests de dépistage selon

l'âge de réalisation, avec des odds ratios de l'ordre de 4 pour les plus de 60 ans et un taux de réalisation déclaré de 24,2 % pour les 50-54 ans, tandis qu'il atteint 56,1 % pour les 60-69 ans [tableau 1 et figure 1]. L'antécédent de cancer chez un proche favorise le recours au dépistage, notam-

FIGURE 1

Pratique du dépistage du cancer de la prostate (en pourcentage)



ment par un dosage PSA [tableau II] tandis que le fait de vivre en couple semble sans incidence sur cette pratique. La consultation

d'un généraliste apparaît également liée à un taux de dépistage plus fort, même si cela ne s'avère pas significatif.

TABLEAU I

Caractéristiques des hommes de 50 ans et plus ayant fait un test de dépistage du cancer de la prostate^a au cours de leur vie (n = 567 observations)

Variables explicatives	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Âge en 4 tranches (50 ans et plus)		***		
50-54 ans (réf.)	146	24,2	1	
55-59 ans	130	36,4	1,7	0,9 ; 3,2
60-69 ans	209	56,1	4,0***	2,3 ; 6,9
70 ans et plus	116	51,0	3,7***	1,9 ; 6,9
Vie en couple				
Oui (réf.)	457	45,7	1	
Non	192	36,1	0,8	0,5 ; 1,2
Antécédent de cancer chez un proche				
Oui (réf.)	374	48,1	1	
Non	233	39,0	0,7	0,4 ; 1,0
Nombre de consultations par an chez le généraliste				
0 (réf.)	71	34,4	1	
1	122	44,0	1,6	0,7 ; 3,3
2 et plus	456	44,9	1,4	0,7 ; 2,6

*** : p<0,001.

a. Quelle que soit la méthode (toucher rectal/dosage PSA/autre)

TABLEAU II

Caractéristiques des hommes de 50 ans et plus ayant eu un dosage du PSA au cours de leur vie (n = 567 observations)

Variables explicatives	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Âge en 4 tranches (50 ans et plus)		***		
50-54 ans (réf.)	146	15,2	1	
55-59 ans	130	27,1	2,1*	1,1 ; 4,2
60-69 ans	209	42,4	4,0***	2,2 ; 7,4
70 ans et plus	116	30,4	2,9**	1,4 ; 6,0
Vie en couple				
Oui (réf.)	457	31,5	1	
Non	192	25,6	0,9	0,5 ; 1,5
Antécédent de cancer chez un proche		**		
Oui (réf.)	374	36,3	1	
Non	233	24,8	0,6*	0,4 ; 0,9
Nombre de consultation par an chez le généraliste				
0 (réf.)	71	19,6	1	
1	122	33,1	1,8	0,8 ; 4,2
2 et plus	456	31,0	1,5	0,7 ; 3,2

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

Si l'on compare la réalisation d'un dépistage du cancer colorectal et d'un dépistage du cancer de la prostate en fonction des revenus [tableau III], on observe un impact

beaucoup plus important de la situation économique du foyer sur le dépistage du cancer de la prostate.

TABLEAU III

Pratique du dépistage du cancer colorectal et du cancer de la prostate en fonction du revenu (en pourcentage)

	Colorectal seulement	Prostate seulement	Les deux	Aucun des deux
Moins de 1100 euros	23,7	7,7	25,3	43,3
De 1100 à 1799 euros	31,6	14,6	23,2	30,6
1800 euros et plus	24,3	19,3	33	23,4
NSP ou ne veut pas dire	23,2	21,9	25,2	29,7

DISCUSSION

L'extrême variabilité des comportements de dépistage du cancer de la prostate observée dans cette étude témoigne de l'absence de consensus scientifique et de l'absence de position institutionnelle tranchée concernant cette localisation en particulier. La position nuancée et attentiste² de l'HAS sur ce sujet en 2009 en témoignait déjà. La position de mai 2010³ se conclut sur un souhait d'analyse des pratiques dites opportunistes. L'enquête barométrique peut d'ailleurs en partie répondre à cette attente.

Dans un contexte marqué par cet absence d'arbitrage, les disparités sociodémographiques classiques – âge, conditions économiques et sociales – jouent un rôle important.

Le rôle de l'âge de réalisation du PSA est majeur. On observe des variations extrêmement importantes et ce, à la fois dans une approche globale (toucher rectal ou PSA; tableau I) ou dans une analyse uniquement centrée sur la réalisation du PSA [tableau II]. On observe un OR entre la tranche d'âge 50-54 ans et la tranche d'âge 60-69 ans de l'ordre de 4,0 dans les deux cas. Il s'agit du facteur de variation le plus important. Cette variation témoigne d'une sorte « d'intelli-

gence épidémiologique sur la fréquence de la maladie ». En effet, l'âge moyen d'apparition du cancer de la prostate est de 71 ans (contre 61 pour le cancer du sein et 70 pour le cancer du colon¹). Entre 50 et 54 ans, l'incidence du cancer de la prostate était en 2000 de 29,8/100 000 alors que pour la tranche d'âge 60-64 ans elle était de 292/100 000, soit dix fois plus. Il faut donc tester dix fois plus de personnes entre 50 et 54 ans pour découvrir un cancer de la prostate.

Le second facteur le plus important qui impacte la variabilité de réalisation du dépistage est un antécédent de cancer chez un proche. Cet élément a du sens dans une pratique de dépistage pour laquelle il n'existe ni consensus scientifique [2] ni programme ou campagnes institutionnels. En effet, dans ces situations d'incertitudes sur l'efficacité et le bien-fondé des prises en charge, les éléments susceptibles de modifier la percep-

2. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_758598/depistage-du-cancer-de-la-prostate-de-nouveaux-eclairages-vont-contribuer-a-la-definition-de-la-politique-publique-a-mettre-en-place

3. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-06/depistage_du_cancer_de_la_prostate_-_analyse_des_nouvelles_donnees_rapport.pdf

tion des risques ont naturellement un impact plus important. D'un point de vue rationnel, cet «ajustement» a une base réelle mais devrait être plus modéré. En effet, si la part attribuable à la génétique (héritable) dans l'apparition d'un cancer de la prostate est indiscutable [6], elle est néanmoins modérée pour ce qui concerne la modification des risques d'être atteint [7]. Elle peut aussi en partie relever des prophéties auto-réalisatrices [8]. «Je me pense à risque d'avoir un cancer, je le dépiste, j'augmente ainsi les risques de diagnostiquer cette maladie, ce qui conforte mon hypothèse initiale».

La fréquence de consultation d'un généraliste a également un impact significatif, mais dont il est difficile de décrypter le chemin causal. Trois hypothèses peuvent être défendues : l'induction de la demande par la demande : les personnes ayant recours au système de santé ont sans doute une croyance forte dans la valeur des actions biomédicales et sont peut-être plus enclines à demander un test de dépistage. L'induction de la demande par la crainte : les personnes consultant plus le médecin ont une santé plus précaire ou une perception de leur santé comme étant plus précaire et cherchent une explication à cet état. Enfin, une causalité plus directe de l'induction de la demande par l'offre, en effet les médecins généralistes recommandent souvent le dépistage du cancer de la prostate [9], en particulier par le PSA, et la consultation constitue une opportunité de prescription.

Malgré une méthodologie légèrement différente en 2005 [10], où la question posée


était celle de la réalisation d'au moins un PSA *au cours de la vie*, d'un point de vue qualitatif et concernant l'évolution des facteurs explicatifs (associés à la réalisation du dépistage), on note une stabilité importante (âge, vie en couple, proches touchés par le cancer et nombre annuel de consultations). Néanmoins, il existe une évolution en 2010 par rapport aux données de 2005, qui est la disparition de l'impact du milieu de résidence. Les milieux urbains étaient en 2005 associés à une réalisation plus fréquente. Cet impact a aujourd'hui disparu. Cela peut témoigner soit du resserrement des facteurs explicatifs logiquement associés à une augmentation quantitative du dépistage, soit d'une atténuation relative des différences ville/campagne en ce qui concerne les comportements de santé en général et de dépistage en particulier. D'un point de vue quantitatif, on note une augmentation régulière et importante du dépistage du cancer de la prostate [11]. On peut même anticiper, toutes choses étant égales par ailleurs, au vu des déclarations d'intention, que la fréquence de réalisation de ce dépistage va encore augmenter dans le futur [11].

En conclusion, les pratiques de dépistage de cancer de la prostate se révèlent relativement importantes pour un acte dont le ratio bénéfice/risque reste toujours discuté. La réalisation de ce dépistage est relativement hétérogène en fonction des populations étudiées. Il s'agit, vu la fréquence de ce cancer et celle de la réalisation des tests de dépistage, d'un enjeu important nécessitant un suivi et une analyse réguliers.

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 01/09/2011.

- [1] Institut national du cancer (INCa). *La situation du cancer en France en 2010*. Boulogne-Billancourt : INCa, coll. Rapports et synthèses, 2010 : 286 p.
En ligne : http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/6035-la-situation-du-cancer-en-france-en-2010
- [2] Barry M. J. Screening for prostate cancer--the controversy that refuses to die. *New England journal of medicine*, 2009, vol. 360, n° 13 : p. 1351-1354.
- [3] Schroder F. H., Hugosson J., Roobol M. J., Tammela T. L., Ciatto S., Nelen V., et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *New England journal of medicine*, 2009, vol. 360, n° 13 : p. 1320-1328.

- [4] Andriole G. L., Grubb R. L., 3rd, Buys S. S., Chia D., Church T. R., Fouad M. N., *et al.* Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. *New England journal of medicine*, 2009, vol. 360, n° 13 : p. 1310-1319.
- [5] Eisinger F., Pivot X., Coscas Y., Viguier J., Calazel-Benque A., Blay J. Y., *et al.* Impact of general practitioners' sex and age on systematic recommendation for cancer screening. *European journal of cancer prevention*, 2011, vol. 20, Suppl 1 : p. S39-41.
- [6] Lichtenstein P., Holm N. V., Verkasalo P. K., Iliadou A., Kaprio J., Koskenvuo M., *et al.* Environmental and heritable factors in the causation of cancer- analyses of cohorts of twins from Sweden, Denmark, and Finland. *New England journal of medicine*, 2000, vol. 343, n° 2 : p. 78-85.
- [7] Zheng S. L., Sun J., Wiklund F., Smith S., Stattin P., Li G., *et al.* Cumulative association of five genetic variants with prostate cancer. *New England Journal of Medicine*, 2008, vol. 358, n° 9 : p. 910-919.
- [8] Eisinger F. Phenocopies : actual risk or self-fulfilling prophecy? *Journal of medical genetics*, 2007, vol. 44, n° 8 : p. e87-e88.
- [9] Eisinger F., Blay J. Y., Morere J. F., Rixe O., Calazel-Benque A., Cals L., *et al.* Cancer screening in France : subjects' and physicians' attitudes. *Cancer causes & control*, 2008, vol. 19, n° 4 : p. 431-434.
- [10] Goulard H., Bloch J. Y. Le dépistage du cancer de la prostate. In : Guilbert P, Peretti-Watel P, Beck F, Gautier A. *Baromètre cancer 2005*. Saint-Denis : Impes, coll. Baromètres santé, 2006 : p. 147-151.
- [11] Eisinger F., Blay J. Y., Pivot X., Morere J. F., Coscas Y., Calazel-Benque A., *et al.* Screening for prostate cancer : growth without control. *European journal of cancer prevention*, 2011, vol. 20, Suppl 1 : p. S33-35.
- 

Dépistage des cancers. Analyse transversale

L'analyse des comportements de dépistage cancer par cancer permet d'établir quelle est l'attitude de la population de manière analytique et chronologique (jugant de son évolution). Néanmoins, une mise en perspective globale portant sur quatre cancers (sein, colon-rectum, col de l'utérus et prostate) peut enrichir la compréhension de ces comportements, à la fois par la mise en avant d'invariants et par l'analyse des discordances.

Il nous est apparu utile dans cette optique transversale de poser trois questions.

■ 1^{re} question : les taux de réalisation sont-ils cohérents avec les recommandations internationales et les objectifs fixés par les autorités de santé françaises ?

■ 2^e question : quel est l'impact du profil de représentation des causes du cancer (tel que décrit dans le chapitre «Ce que les Français pensent du cancer : opinions, risques perçus et causes présumées») sur le taux de réalisation du dépistage ? Pour mémoire, quatre classes ont été définies.

– Classe 1 : effectif 30 %, décrivant des facteurs comportementaux et environnementaux qui ne sont pas psychologiques ;

– classe 2 : effectif 42 %, incriminant toutes les causes de cancers proposées ;

– classe 3 : effectif 24 %, risques perçus plus faibles et plus incertains ;

– classe 4 : effectif 4 %, sous-estimant toutes les causes proposées.

■ 3^e question : concernant les paramètres associés à la réalisation du dépistage, existe-t-il des invariants observés pour les quatre cancers étudiés ?

Concernant la réalisation des tests, on observe une discordance persistante entre les recommandations et les niveaux de preuves (élevés pour le côlon, par exemple) et les pratiques (importantes pour la prostate), de sorte que les positions scientifiques et institutionnelles ne guident que partiellement les pratiques des personnes **[tableau I]**.

Concernant la recherche d'invariant des facteurs modulant les participations déclai-

TABLEAU I

Analyse des pratiques de dépistage en regard des recommandations internationales et des objectifs français

	USPSTF ^a	Objectifs français	Taux de réalisation (selon un délai fixé)
Cancer du col	A (2003)	–	65 à 92 % selon l'âge
Cancer du côlon	A (2008)	60 %	37 à 63 % selon l'âge
Cancer du sein	B (2009)	80 %	76 à 91 % selon l'âge
Cancer de la prostate	I (2008)	Pas d'objectif	24 à 56 % selon l'âge

Typologie de l'U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) :

A : Réalisation recommandée. Forte preuve d'un bénéfice important.

B : Réalisation recommandée. Forte preuve d'un bénéfice modéré ou preuve significative d'un bénéfice important.

I : Arbitrage pour ou contre non réalisable dans l'état actuel des connaissances.

a. <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>

rées, on ne note globalement que deux facteurs : l'âge et le fait de vivre en couple, avec une sous-utilisation des ressources de dépistage pour les personnes ne vivant pas en couple [tableau II]. Si l'impact de l'âge est classique et sans doute indépassable, le fait de vivre seul est moins connu et mérite sans doute une interprétation. Une telle situation limite-t-elle la capacité à se projeter dans le futur ? En effet, une volonté et une croyance en une perspective temporelle significative est nécessaire à la réalisation d'un dépistage. Des études plus détaillées pourraient donner du sens à cette observation.

On note également que les dépistages les plus anciens et les plus utilisés (le sein et

le col) ont moins de facteurs associés à des variations significatives que le dépistage du cancer du côlon et de la prostate qui sont plus récents. Le lissage des pratiques par un effort de communication et d'organisation, ou par simple diffusion de l'information, est sans doute à l'origine de ce phénomène.

Des variations de réalisation de dépistage selon les représentations des causes de cancer sont observées pour le cancer du côlon [tableau III]. Ces variations sont modérées et insensibles pour le dépistage du cancer du sein (évoquant là encore un lissage des différences secondaires en partie liées à une forte adhésion), mais aussi sur les cancers du col et de la prostate, cela étant

TABLEAU II

Facteurs associés à la pratique de différents dépistages dans les modèles multivariés

	Sexe	Âge	Vie en couple	Revenu	Diplôme	Ménopause	Antécédents familiaux	Consultation MG
Sein	NA	ns	+	ns	+	ns	ns	ns
Col	NA	+	+	ns	ns	+	ns	NA
Côlon	ns	+	+	ns	ns	NA	ns	+
Prostate	NA	+	ns	+	ns	NA	+	ns

Lecture : ns : facteur sans impact significatif sur la pratique de dépistage ;

+ : facteur ayant un impact significatif sur la pratique de dépistage ; NA : non testé ou sans objet.

TABLEAU III

Réalisation des dépistages selon les représentations des causes de cancer (en pourcentage)

	Classe 1 Environnement et comportement contre psychologie	Classe 2 Cumul des risques perçus	Classe 3 Risques perçus plus faibles et plus incertains	Classe 4 Très faibles risques perçus	Stat.
Sein < 2 ans 50-74 ans	84,2	86,8	90,4	83,6	ns
Col < 3 ans 25-65 ans	77,2	84,6	81,1	72,2	ns
Côlon < 2 ans 50-74 ans	33,6**	46,2	48,2	33,5	p<0,01
Prostate Oui 50 ans et +	37,6	47,1	44,5	22,0*	ns

* : p<0,05; ** : p<0,01; significativité des individus appartenant à la classe par rapport à l'ensemble des individus des autres classes.

probablement dû au faible effectif de la classe 4 des personnes très peu sensibles aux différents risques. Cette classe se distingue toutefois de l'ensemble des autres dans le cas du cancer de la prostate, avec un niveau de recours particulièrement faible (22,0 % des hommes de plus de 50 ans contre 44,6 % pour l'ensemble des autres classes).

L'enquête barométrique s'intéresse à l'adhésion de la population aux normes du dépistage et aux facteurs susceptibles d'expliquer des « écarts » à ces normes. Il existe néanmoins des controverses (plus ou moins scientifiquement fondées) portant sur les normes elles-mêmes, que l'on pourrait rapidement décrire comme suit.

Un débat relativement ancien [1] porte sur l'âge de réalisation. Si la poursuite au-delà des normes recommandées (après 74 ans) est une controverse partagée entre les cancers du sein et le cancer du côlon, l'âge de début peut être considéré comme une controverse spécifique au cancer du sein [2], du moins pour l'instant. On peut considérer qu'il s'agit là du prix du succès de ce dépistage et de son appropriation par les femmes. Si c'est bien après 50 ans, pourquoi pas avant ? La fréquence de réalisation est aussi un objet de débat peut-être moins aigu que la fréquence du dépistage du

cancer du col pour lequel la variabilité des normes inter-pays est importante.

L'outil du dépistage en revanche est un débat plus marqué pour le cancer du côlon (Hemocult vs test immunologique, voire endoscopie, ou même colo scan).

Enfin, le débat portant sur l'importance des effets négatifs (sur diagnostic et sur traitement [3]) existe pour le cancer du sein sans atteindre l'importance qu'il revêt pour le cancer de la prostate [4].

En conclusion, on peut résumer les points principaux du dépistage de chaque cancer. Les pratiques de dépistage du cancer de la prostate se révèlent relativement importantes pour une action dont le ratio bénéfice/risque reste toujours discuté. La réalisation de ce dépistage est relativement hétérogène en fonction des populations étudiées. Il serait souhaitable de définir un standard de pratique encadrant l'accès au dépistage, néanmoins l'absence de consensus scientifique rend actuellement illusoire la définition d'une norme.

Les données observées dans le Baromètre cancer 2010 concernant le dépistage des cancers du sein et du col sont rassurantes d'un point de vue quantitatif et, qualitativement, sur l'absence apparente de facteurs sociaux qui seraient source d'iniquités

majeures. Celles-ci néanmoins peuvent exister à un niveau plus fin et quantitativement plus limité.

Le dépistage du cancer du côlon, malgré de fortes recommandations et une utilité non discutée, n'atteint pas encore les objectifs pourtant raisonnables qui ont été fixés.

La question est de savoir s'il s'agit d'une progression plus lente, d'une appropriation plus progressive qu'attendu ou d'un plateau. La répétition de l'analyse des comportements sur ce point est donc indispensable pour préconiser la patience ou favoriser l'innovation ou le changement de stratégie.

Relecteurs

Arlette Danzon (InVS)
Nicolas Duport (InVS)
Gwenn Menvielle (Inserm)

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 01/09/2011.

- [1] Fletcher S. W. Whither scientific deliberation in health policy recommendations? Alice in the Wonderland of breast-cancer screening. *New England journal of medicine*, 1997, vol. 336, n° 16 : p. 1180-1183.

- [2] Barker K. K., Galardi T. R. Dead by 50 : Lay expertise and breast cancer screening. *Social science and medicine*, 2011, vol. 72, n° 8 : p. 1351-1358.
- [3] Esserman L., Thompson I. Solving the overdiagnosis dilemma. *Journal of the National cancer institute*, 2010, vol. 102, n° 9 : p. 582-583.
- [4] Etzioni R., Penson D. F., Legler J. M., Di Tommaso D., Boer R., Gann P. H., *et al.* Overdiagnosis due to prostate-specific antigen screening : lessons from u.s. Prostate cancer incidence trends. *Journal of the National cancer institute*, 2002, vol. 94, n° 13 : p. 981-990.



ANNEXES

Questionnaire de l'enquête

Le questionnaire du Baromètre cancer 2010 est présenté dans son intégralité. Il reprend les consignes telles qu'elles apparaissaient sur l'écran des enquêteurs ainsi que les filtres des questions.

GRILLE DE LECTURE DU QUESTIONNAIRE

Thème

QNN Question

◆ *Condition de la question*

★ *Directives de l'enquêteur*

1 choix 1

2 choix 2

... ..

n choix n

■ Thème 1

■ Thème 2

■ ...

■ Thème n

Les items apparaissant dans le questionnaire entre crochets ne sont pas lus par les enquêteurs.

◆ *Remarque*

Composition du foyer	244
Signalétique 1	244
Opinion 1	246
État de santé	246
Opinion 2	247
« Proximité » du cancer et opinions sur la prise en charge	247
Perception de santé	248
Alcool	249
Exposition au soleil	250
Tabac	251
Nutrition et activité physique	252
Information sur la santé	253
Radon	254
Opinion 3	254
Dépistage	255
Opinion 4	260
Santé mentale	260
Qualité de vie	261
Signalétique 2	261

Bonjour, je vous appelle de la part de l'Inpes, l'Institut national de prévention, pour une étude scientifique de santé publique. Cette étude a pour objectif de mieux connaître les comportements de santé des personnes résidant en France et doit permettre d'orienter les programmes nationaux de prévention. Vos réponses resteront anonymes et confidentielles.

Avez-vous quelques instants à m'accorder ? Comme 30 000 autres logements en France, votre logement a été sélectionné au hasard pour participer à cette étude sur les comportements de santé. Une seule personne de votre foyer peut participer à l'étude et va être tirée au sort. Pour cela, je vais vous poser quelques questions sur la composition de votre foyer, afin de sélectionner la personne qui pourra participer à cette enquête.

Composition du foyer

Q1 Combien de personnes vivent actuellement dans votre foyer, y compris vous-même ?

Q2 Et, parmi ces x personnes, combien sont âgées entre 15 et 85 ans ?

Q3 Dans votre foyer, combien y a-t-il d'enfants de moins de 14 ans ?

Pour notre étude, nous souhaiterions interroger dans votre foyer la personne âgée de 15 à 85 ans, qui fêtera son anniversaire en premier à partir d'aujourd'hui, même si cette personne n'est pas chez vous aujourd'hui.

Signalétique 1

Q4 Sexe de l'interviewé

- 1 Homme
- 2 Femme

Q5 Quel est votre âge ?

★ Il s'agit de l'âge révolu

Q6 Vivez-vous en couple ?

◆ Si 2 personnes ou plus dans le foyer

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Q7 Avez-vous des enfants ?

★ Y compris s'ils ne vivent pas avec vous

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Q8 Êtes-vous le chef de famille ?

◆ Si 2 personnes ou plus dans le foyer

★ Si la personne ne sait pas déterminer le chef de famille, choisir la personne ayant le plus haut revenu dans le foyer

- 1 Oui
- 2 Non

Q9 Actuellement, quel est votre statut matrimonial ?

★ Énumérer jusqu'à ce que la personne vous arrête

- 1 Marié(e) pour la première fois
- 2 Remarié(e) après un divorce
- 3 Remarié(e) après un veuvage
- 4 Célibataire (y compris union libre et concubinage)
- 5 Veuf (ve)
- 6 Divorcé(e)
- 7 Pacsé(e)
- 8 [Ne veut pas dire]

Q10 Quelle est actuellement votre situation professionnelle ?

◆ Si moins de 16 ans, seuls les items 12 à 14 sont proposés

★ Énumérer jusqu'à ce que la personne vous arrête.

Si plusieurs situations, prendre l'activité qui prend le plus de temps.

S'il s'agit d'un étudiant qui travaille et qui hésite entre ces 2 activités, coder « étudiant ».

Si en congé maladie de moins de 6 mois, coder « actif travaillant actuellement ».

- 1 Actif travaillant actuellement
- 2 Actif en congé maladie de 6 mois à 3 ans
- 3 Actif en congé maternité
- 4 Actif en congé parental
- 5 Actif en congé de formation
- 6 Apprenti sous contrat ou en stage rémunéré
- 7 Retraité

- 8 Pré-retraité
- 9 Chômeur (inscrit ou non à l'ANPE)
- 10 Femme ou homme au foyer
- 11 Inactif avec pension d'invalidité
- 12 Étudiant, élève, en formation ou en stage non rémunéré
- 13 Enfant non scolarisé
- 14 Autre situation (congé longue durée...) (précisez)

Q11 Travaillez-vous ne serait-ce que de temps en temps ?

◆ Si élève, étudiant, en formation ou en stage non rémunéré

★ Énumérer

- 1 Oui, mais seulement pendant les vacances scolaires
- 2 Oui, y compris en dehors des vacances scolaires
- 3 Non

Q12 Travaillez-vous...

◆ Si travaille pendant ou en dehors des vacances scolaires

- 1 Au moins à mi-temps et au moins 6 mois par an ?
- 2 Régulièrement mais moins qu'à mi-temps ou moins de 6 mois par an ?
- 3 Occasionnellement ?
- 4 Autre

Q13 Dans quelle classe êtes-vous ?

◆ Si élève, étudiant ou en apprentissage

★ Si deux inscriptions, donner la formation principale – Énumérer si nécessaire

- 1 CMI
- 2 CM2
- 3 6^e
- 4 6^e SEGPA
- 5 5^e
- 6 5^e SEGPA
- 7 CAP 1^{re} année
- 8 CAP 2^e année
- 9 CAP 3^e année
- 10 BEP 1^{re} année
- 11 BEP 2^e année
- 12 4^e
- 13 4^e technologique
- 14 3^e
- 15 3^e technologique
- 16 2^{nde} générale
- 17 2^{nde} technologique
- 18 1^{re} générale
- 19 1^{re} technologique
- 20 Terminale enseignement général
- 21 Terminale enseignement technique

- 22 Terminale enseignement professionnel (en une SEULE année)
- 23 Terminale enseignement professionnel (1^{re} année)
- 24 Terminale enseignement professionnel (2^e année)
- 25 Bac +1
- 26 Bac +2
- 27 Bac +3
- 28 Bac +4
- 29 Bac +5
- 30 Bac +6 et plus
- 31 Autre (préciser)
- 32 [NSP]

Q14 Êtes-vous... ?

◆ Si dans une classe de bac +1 à bac +6 et plus

★ Énumérer jusqu'à ce que la personne vous arrête

- 1 En classe préparatoire aux grandes écoles (Lettres sup, Math sup, HEC...)
- 2 En BTS
- 3 En IUT
- 4 En IUP
- 5 À l'université, faculté ou UFR (unité de formation et de recherche)
- 6 En école d'ingénieur
- 7 En école de commerce et de gestion
- 8 Dans un autre type d'établissement (précisez)
- 9 [IUFM ou école d'infirmières]
- 10 [NSP]

Q15 Quelle est la filière du diplôme ou du cursus que vous préparez ?

◆ Si dans une classe de bac +1 à bac +6 et plus

- 1 Sciences (mathématiques, physique, informatique, biologie, biochimie...)
- 2 Lettres et sciences humaines (langues, histoire, géographie, psychologie, sociologie...)
- 3 Droit
- 4 Sciences économiques et gestion, Administration économique et sociale (AES)
- 5 Sciences du sport (STAPS)
- 6 Médicale (pharmacie, médecine, odontologie...)
- 7 Arts et spectacles
- 8 Autre (précisez)
- 9 [NSP]

Q16 Avez-vous déjà redoublé ?

◆ Si élève, étudiant ou en apprentissage

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Q17 Combien de fois ?

◆ *Si a déjà redoublé*

Q18 Quelle classe avez-vous redoublé en premier ?

◆ *Si a redoublé plusieurs fois*

Q19 Quelle classe avez-vous redoublé ?

◆ *Si a redoublé une fois*

Q20 Depuis combien de temps êtes-vous au chômage/retraité/pré-retraité/ ou dans votre emploi actuel ?

◆ *Si actif occupé (sauf apprenti), retraité, pré-retraité ou chômeur*

Q21 Êtes-vous enceinte ?

◆ *Si femme de 15 à 50 ans*

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Q22 Depuis quand savez-vous que vous êtes enceinte ?

◆ *Si femme enceinte*

Q23 Quel est votre poids ?

◆ La question était « Quel était votre poids avant la grossesse ? » si femme enceinte

Q24 Quelle est votre taille ?**Opinion 1****Q25 Quelles sont les trois maladies que vous jugez les plus graves ?**

◆ *Si 75 ans ou moins*

★ Ne pas citer – Relancer jusqu'à l'obtention de 3 réponses

- 1 Cancer
- 2 Diabète
- 3 Grippe A (H1N1)
- 4 Hépatite B
- 5 Hépatite C

- 6 Maladie d'Alzheimer
- 7 Maladies cardiaques/infarctus
- 8 Maladies cardiovasculaires
- 9 Maladie de Parkinson
- 10 Mucoviscidose
- 11 Paludisme
- 12 Sclérose en plaques
- 13 Sida
- 14 Tuberculose
- 15 Autres maladies (préciser)
- 16 [NSP]

État de santé**Q26 Comment est votre état de santé en général ?**

- 1 Très bon
- 2 Bon
- 3 Assez bon
- 4 Mauvais
- 5 Très mauvais
- 6 [NSP]

Q27 Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou qui dure longtemps (au moins six mois) ?

★ Coder OUI si hésitation de l'interviewé sur le caractère chronique ou pathologique d'une maladie

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Q28 Êtes-vous limité depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?

- 1 Oui, fortement limité
- 2 Oui, mais pas fortement
- 3 Non
- 4 [NSP]

Q29 Au cours des douze derniers mois, combien de fois avez-vous consulté, pour vous-même, un médecin généraliste ?**Q30 Au cours des deux dernières années, combien de fois avez-vous consulté, pour vous-même, un gynécologue ?**

◆ *Si femme*

Q31 Êtes-vous ménopausée ?

◆ *Si femme de 40 à 64 ans non enceinte*

- 1 Oui

- 2 Oui
3 [NSP]

Q32 Prenez-vous la pilule ?

◆ *Si femme non ménopausée et non enceinte de moins de 64 ans*

- 1 Oui
2 Non
3 [NSP]

Q33 Avant d'être enceinte, preniez-vous la pilule comme moyen de contraception habituel ?

◆ *Si femme enceinte*

- 1 Oui
2 Non
3 [NSP]

Q34 Prenez-vous un traitement hormonal substitutif ?

◆ *Si femme ménopausée*

- 1 Oui
2 Non
3 [NSP]

Opinion 2

Q35 Quand je vous dis le mot cancer, quels sont les trois mots qui vous viennent à l'esprit ?

◆ *Question posée à un sous-échantillon de 925 personnes*

★ Relancer 1 seule fois si l'interviewé n'a pas cité 3 mots. Si ne sait pas quoi répondre, relancer par « selon vous, quelle idée vous vient à l'esprit quand je vous dis le mot cancer ? »

« Proximité » du cancer et opinions sur la prise en charge

Q36 Avez-vous déjà été soigné ou êtes-vous actuellement soigné pour un cancer ?

- 1 Oui
2 Non
3 [NSP]

Q37 L'êtes-vous encore, actuellement ?

◆ *Si a déjà été soigné pour un cancer*

- 1 Oui
2 Non
3 [NSP]

Q38 Pour quel cancer êtes-vous soigné ?

◆ *Si est soigné pour un cancer*

Q39 Pour quel cancer étiez-vous soigné ?

★ *Ne pas citer*

◆ *Si n'est plus soigné pour un cancer*

◆ *Si l'interviewé cite plusieurs cancers, saisir le premier cité et poursuivre par : « Nous allons parler du cancer du... »*

- 1 Col de l'utérus
2 Colorectal
3 Prostate
4 Sein
5 Autres
6 [NSP]

Q40 Quand avez-vous appris que vous aviez un cancer ?

◆ *Si est actuellement soigné pour un cancer*

- 1 Il y a moins de 5 ans
2 Entre 5 et 10 ans
3 10 ans et plus
4 [NSP]

Q41 Avez-vous ou avez-vous eu, parmi vos proches (famille, amis, collègues), une personne atteinte d'un cancer ?

◆ *Si n'est pas ou n'a pas été soigné pour un cancer*

- 1 Oui
2 Non
3 [NSP]

Q42 Y en a-t-il plusieurs ?

◆ *Si a eu une personne atteinte d'un cancer parmi ses proches*

- 1 Oui
2 Non
3 NSP

Q43 Quel est votre lien avec cette personne ?

★ *Ne pas citer*

◆ *Si connaît une seule personne atteinte d'un cancer*

- 1 Famille

- 2 Ami(e)
- 3 Collègue
- 4 Autre (précisez)

Q44 Avez-vous, ou avez-vous eu, au moins une personne atteinte d'un cancer ?

◆ *Si connaît plusieurs personnes atteintes d'un cancer*

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]
 - Dans votre famille
 - Parmi vos ami(e) s
 - Parmi vos collègues
 - Parmi d'autres connaissances

Q45 Avez-vous le sentiment d'avoir eu accès à une bonne prise en charge pour traiter cette maladie ?

◆ *Si est ou a été soigné pour un cancer*

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP/Ne veut pas dire]

Q46 Les relations humaines avec l'équipe soignante ont-elles été satisfaisantes lors de la prise en charge de la maladie ?

◆ *Si est ou a été soigné pour un cancer*

- 1 Très
- 2 Plutôt
- 3 Plutôt pas
- 4 Pas du tout satisfaisante
- 5 [NSP]

Q47 Au moment du diagnostic, avez-vous disposé de suffisamment d'information sur la maladie ?

◆ *Si est ou a été soigné pour un cancer*

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP/Ne veut pas dire]

Q48 Avez-vous le sentiment qu'il a été bien pris en charge pour traiter cette maladie ?

◆ *Si a au moins un proche atteint d'un cancer*

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP/Ne veut pas dire]

Q49 Je vais maintenant vous proposer des affirmations sur la prise en charge médicale

des personnes atteintes d'un cancer. Pour chacune, dites-moi si vous êtes tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord.

◆ *Si est ou a été soigné pour un cancer ou si a au moins un proche atteint d'un cancer*

- 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
 - Aujourd'hui, la douleur des malades du cancer est mieux prise en charge
 - En France, il est facile de savoir où aller pour être bien soigné d'un cancer
 - Les malades devraient pouvoir donner leur avis sur les traitements proposés par les médecins

Perception de santé

Q50 Supposons que vous ayez un signe physique qui vous fasse craindre d'avoir un cancer, que feriez-vous ?

◆ *Si n'a jamais été soigné pour un cancer*

- ★ Une seule réponse possible
- 1 Vous en parlez d'abord à un médecin
 - 2 Vous en parlez d'abord à un proche
 - 3 Vous recherchez d'abord de l'information par vous-même
 - 4 Vous préférez d'abord attendre pour voir si le symptôme disparaît de lui-même
 - 5 Autre (préciser)
 - 6 [NSP]

Q51 Serait-ce plutôt...

◆ *Si en parle d'abord à un médecin*

★ Une seule réponse possible

- 1 Un médecin généraliste ?
- 2 Un médecin spécialiste ?
- 3 [Ca dépend des signes]
- 3 [NSP]

Alcool

Q52 Au cours des 12 dernier mois, avez-vous déjà bu au moins une fois des boissons alcoolisées, c'est-à-dire de la bière, du vin, des alcools forts, du champagne ou tout autre type d'alcool ?

★ Considérer tous les types d'alcool : bière, vin, champagne ou tout autre type d'alcool

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ « Depuis que vous savez que vous êtes enceinte » pour les femmes enceintes

Q53 Et avez-vous déjà bu une boisson peu alcoolisée comme du cidre, du panaché ou des bières légères au cours des 12 dernier mois ?

◆ *Si n'a jamais bu d'alcool*

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

◆ « Depuis que vous savez que vous êtes enceinte » pour les femmes enceintes

Q54 Toujours au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous bu des boissons alcoolisées, qu'il s'agisse de la bière, du vin, des alcools forts, du champagne ou tout autre type d'alcool même peu alcoolisé ?

◆ *Si a bu de l'alcool au cours des 12 derniers mois*

- 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 [NSP]

◆ « Depuis que vous savez que vous êtes enceinte » pour les femmes enceintes

Q55 Au cours des 12 derniers mois, les jours 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 :

◆ *Si a bu de l'alcool au cours des 12 derniers mois*

★ Arrondir au nombre supérieur, ex : pour 2 ou 3 verres, coder 3 verres
Pour une demi-bouteille = 2,5 verres, coder 3 verres

Si une gorgée, coder « 0 »
Il s'agit de verres d'alcool, quel que soit le degré d'alcool

◆ « Depuis que vous savez que vous êtes enceinte » pour les femmes enceintes

Q56 Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres d'alcool ou plus en une même occasion ?

◆ *Si a bu de l'alcool au cours des 12 derniers mois*

- 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]

◆ « Depuis que vous savez que vous êtes enceinte » pour les femmes enceintes

Q57 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.

◆ *Si 75 ans ou moins et si n'a jamais été soigné pour un cancer*

- 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
 - Boire de l'alcool, même modérément, augmente le risque de développer un cancer

◆ Ordre aléatoire des items

Exposition au soleil

Q58 À votre avis, en été en France, quelles sont les heures dangereuses durant lesquelles il vaut mieux ne pas s'exposer au soleil ?

★ Ne pas citer - Relancer « De quelle heure à quelle heure » pour une personne qui ne donnerait qu'une seule heure ou qui citerait un intervalle de 30 minutes

- 1 Avant 9 h
- 2 De 9 h à 10 h
- 3 De 10 h à 11 h
- 4 De 11 h à 12 h
- 5 De 12 h à 13 h
- 6 De 13 h à 14 h
- 7 De 14 h à 15 h
- 8 De 15 h à 16 h
- 9 De 16 h à 17 h
- 10 De 17 h à 18 h
- 11 De 18 h à 19 h
- 12 De 19 h à 20 h
- 13 Après 20 h
- 14 Aucune
- 15 [NSP]

Q59 Lors d'une journée ensoleillée en été (mer, montagne, campagne), dites-moi si vous utilisez les méthodes suivantes pour vous protéger du soleil...

★ Si la personne déclare ne pas être concernée, coder NSP

- 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
 - Porter un t-shirt

◆ Ordre aléatoire à partir du deuxième item

Q60 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]

Q61 Pour chacune des propositions suivantes,

dites-moi si vous êtes tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord.

◆ Si 75 ans ou moins et si n'a jamais été soigné pour un cancer

- 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
 - Mettre de la crème solaire une seule fois permet de s'exposer au soleil toute la journée
 - Faire des UV (un bronzage artificiel à l'aide de lampes à ultra violet) avant les vacances permet de préparer sa peau pour se protéger des coups de soleil

Q62 Avez-vous déjà fait des UV au cours de votre vie ?

◆ Si 75 ans ou moins et si n'a jamais été soigné pour un cancer

★ Expliquer au besoin : UV = un bronzage artificiel à l'aide de lampes à ultra violet

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Q63 À quelle fréquence avez-vous fait des UV au cours des 12 derniers mois ?

◆ Si a déjà fait des UV

- 1 Par semaine
- 2 Par mois
- 3 Par an
- 4 N'en a pas fait au cours des 12 derniers mois
- 5 [NSP]

Q64 Au cours des 12 derniers mois, où avez-vous fait des UV ?

◆ Si a fait des UV au moins une fois au cours des 12 derniers mois

★ Ne pas citer - Plusieurs réponses possibles

- 1 Dans un centre de bronzage
- 2 Dans un salon esthétique
- 3 Dans une salle de sport
- 4 Dans une piscine, thalasso
- 5 À votre domicile
- 6 Dans un cabinet médical
- 7 Autres (Précisez)

Tabac

Q65 Est-ce que vous fumez du tabac (quel que soit le type de tabac), ne serait-ce que de temps en temps ?

★ Cela inclut la chicha et le narguilé

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Q66 Fumez-vous tous les jours ?

◆ *Si fumeur*

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Q67 Au cours de votre vie, avez-vous déjà essayé de fumer du tabac ?

◆ *Si non fumeur ou nsp*

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Q68 Avez-vous fumé :

◆ *Si a déjà essayé de fumer ou nsp*

★ Si déclare « quotidiennement mais pendant moins de 6 mois », coder « occasionnellement »

- 1 Juste une fois pour essayer
- 2 Occasionnellement
- 3 Quotidiennement pendant au moins 6 mois
- 4 [Ne se souvient pas]

Q69 Actuellement, êtes-vous exposé à la fumée du tabac ?

◆ *Si non-fumeur*

★ Actuellement = dans votre vie de tous les jours, habituellement

- 1 Jamais ou presque jamais
- 2 Moins d'une heure par jour
- 3 1 à 2 heures par jour
- 4 2 à 5 heures par jour
- 5 Plus de 5 heures par jour
- 6 [NSP]

Q70 Craignez-vous, personnellement, d'avoir un jour un cancer dû au tabac ?

◆ *Si 75 ans ou moins et si n'a jamais été soigné pour un cancer*

- 1 Oui

- 2 Non
- 3 [NSP]

Q71 Fumez-vous des cigarettes que vous considérez comme légères ?

◆ *Si fume*

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Q72 Quelle est la raison principale pour laquelle vous fumez ce type de cigarettes ?

◆ *Si fume des cigarettes légères*

★ Énumérer – une seule réponse possible

- 1 Parce que c'est moins dangereux pour la santé
- 2 Pour le confort : ça irrite moins la gorge, c'est plus agréable...
- 3 Pour leur goût
- 4 [Par habitude]
- 5 Pour une autre raison
- 6 [NSP]

Q73 Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne ?

◆ *Si fume*

★ Ne pas compter les cigarettes roulées, les cigares, les cigarillos, les pipes, la chicha. Si l'interviewé répond « un paquet », relancer en demandant « quel est le nombre de cigarettes que vous fumez en moyenne, par jour, semaine, mois ou année, sans compter les cigarettes de tabac à rouler ? » Si l'enquêteur répond un chiffre, relancer par « Est-ce bien en jour ? »

- 1 Par jour
- 2 Par semaine
- 3 Par mois
- 4 Par an
- 5 [NSP]
- 6 [Ne fume pas de cigarettes, mais seulement des cigares, des cigarillos ou la pipe]

Q74 Au cours des douze derniers mois, avez-vous abordé la question du tabac avec un médecin lors d'une consultation ?

◆ *Si fume*

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Q75 Était-ce

◆ *Si a abordé la question avec un médecin*

- 1 À votre initiative

- 2 À son initiative
3 [NSP]
-
- Q76 À quel âge avez-vous fumé votre première cigarette ?**
- ◆ *Si fume ou ayant déjà essayé de fumer*
 - ★ Si l'interviewé n'a jamais fumé de cigarette et qu'il fume uniquement des cigares, cigarillos ou la pipe, demander « À quel âge avez-vous fumé votre premier cigare, cigarillo, votre première pipe ? »
-
- Q77 Était-ce plutôt...**
- ◆ *Si ne sait pas l'âge de la 1^{re} cigarette*
 - ★ Énumérer
 - 1 Avant 15 ans
 - 2 Entre 15 et 20 ans
 - 3 Entre 21 et 30 ans
 - 4 Après 30 ans
 - 5 [NSP]
-
- Q78 À quel âge avez-vous commencé à fumer régulièrement ?**
- ◆ *Si fumeur quotidien ou ancien fumeur quotidien*
-
- Q79 Était-ce plutôt...**
- ◆ *Si ne sait pas l'âge de tabagisme régulier*
 - ★ Énumérer
 - 1 Avant 15 ans
 - 2 Entre 15 et 20 ans
 - 3 Entre 21 et 30 ans
 - 4 Après 30 ans
 - 5 [NSP]
-
- Q80 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.**
- ◆ *Si 75 ans ou moins et si n'a jamais été soigné pour un cancer*
 - 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 un cancer que si l'on fume beaucoup et pendant longtemps
 - Certaines personnes fument toute leur vie et n'ont jamais de cancer

- Un fumeur peut éviter d'avoir un cancer 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
 - Faire du sport permet de se nettoyer les poumons
 - Un ancien fumeur peut avoir un cancer dû à son tabagisme même longtemps après avoir arrêté de fumer
 - ◆ *Ordre aléatoire des items*
-

Q81 Selon vous, à partir de combien de cigarettes par jour un fumeur risque-t-il d'avoir un cancer dû à la cigarette ?

- ◆ *Si fume et si 75 ans ou moins et si n'a jamais été soigné pour un cancer*
 - ★ *Si moins d'une cigarette par jour, coder 0*
-

Q82 Et, toujours selon vous, au bout de combien d'années une personne qui fume « X » cigarettes par jour a-t-elle un risque élevé d'avoir un cancer ?

- ◆ *Si n'a pas répondu jamais ou nsp à la question précédente*
- ★ *Si moins d'un an, coder 0*

Nutrition et activité physique

Q83 Pensez-vous que l'alimentation ait un rôle très important, plutôt important, plutôt pas important ou pas du tout important dans l'apparition du cancer ?

- ◆ *Si 75 ans ou moins et si n'a jamais été soigné pour un cancer*
 - ★ *Au besoin préciser « quelle que soit la localisation ou le type de cancer »*
 - 1 Très
 - 2 Plutôt
 - 3 Plutôt pas
 - 4 Pas du tout important
 - 5 [NSP]
-

Q84 Selon vous, la consommation fréquente de... peut-elle

- ◆ *Si 75 ans ou moins et si n'a jamais été soigné pour un cancer*
- 1 Diminuer

- 2 Augmenter
- 3 N'a pas d'influence sur le risque de cancer
- 4 ou Vous ne savez pas
- Fruits et légumes
- Viande rouge
- Lait
- Charcuterie
- Viande blanche
- Poisson
- Pomme de terre
- Sel ou aliments salés
- ◆ Ordre aléatoire des items

Q85 Selon vous, la pratique régulière d'activité physique peut-elle

◆ *Si 75 ans ou moins et si n'a jamais été soigné pour un cancer*

- 1 Diminuer
- 2 Augmenter
- 3 N'a pas d'influence sur le risque de cancer
- 4 Vous ne savez pas

Q86 Selon vous, le surpoids ou l'obésité peuvent-ils

◆ *Si n'a jamais été soigné pour un cancer*

- 1 Diminuer
- 2 Augmenter
- 3 N'ont pas d'influence sur le risque de cancer
- 4 Vous ne savez pas

Q87 Selon vous, l'allaitement de l'enfant peut-il

◆ *Si femme de 75 ans ou moins et si n'a jamais été soignée pour un cancer*

- 1 Diminuer
- 2 Augmenter
- 3 N'a pas d'influence sur le risque de cancer du sein chez la mère
- 4 Vous ne savez pas

Information sur la santé

◆ *Module posé aux personnes n'ayant jamais été soignées pour un cancer*

Q88 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 effets de l'inactivité physique sur la santé
- Sur les risques de cancers liés à l'exposition au soleil
- Sur les risques de cancers liés aux cabines UV
- Sur les risques comme la wifi, la téléphonie mobile et les antennes relais de téléphonie mobile
- Sur les risques de cancer liés aux pesticides
- ◆ Ordre aléatoire des items

Q89 Est-ce que l'information dont vous disposez sur ces différents risques vous a amené à modifier votre comportement ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Q90 Quelle est votre principale source d'information sur le cancer ?

- 1 La télévision
- 2 La radio
- 3 Les journaux
- 4 Les magazines de santé
- 5 internet
- 6 Votre entourage
- 7 Un professionnel de santé (pharmacien, médecin généraliste, spécialiste...)
- 8 Autre (préciser)
- 9 (Ne s'informe pas)
- 10 [NSP]

◆ Ordre aléatoire

Q91 Vous avez cité internet, est-ce plutôt...

◆ *Si a répondu internet*

- 1 Des forums
- 2 Des sites d'information
- 3 Autres (préciser)
- 4 [Les deux : des forums et des sites d'information]
- 5 [NSP]

Q92 Est ce plutôt...

◆ *Si a répondu des sites d'information*

- 1 Des sites d'information des services publics (INCa, Inpes...)

- 2 Des sites d'associations de lutte contre le cancer
- 3 Des sites commerciaux
- 4 D'autres types de sites
- 5 [NSP]

◆ Ordre aléatoire

Q93 Selon vous, l'information que vous obtenez sur internet est-elle crédible ?

◆ Si a répondu internet

- 1 Tout à fait
- 2 Plutôt
- 3 Plutôt pas
- 4 Pas du tout crédible
- 5 [NSP]

Radon

Q94 Avez-vous déjà entendu parler du radon ?

◆ Si 75 ans ou moins

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Q95 Selon vous, le radon est :

◆ Si a déjà entendu parler du radon

★ Pas de relance sur le nsp

- 1 Une substance chimique utilisée dans les peintures, les vernis pour les meubles, les revêtements de sols
- 2 Un gaz d'origine naturelle provenant du sol
- 3 Une bactérie présente dans les canalisations, les tuyauteries
- 4 [NSP]

Q96 Dans votre département, diriez-vous que le radon peut présenter un risque pour la santé...

◆ Si a déjà entendu parler du radon et si réside dans les départements concernés par le risque radon : *Allier, Ardèche, Ariège, Aveyron, Calvados, Cantal, Corrèze, Corse du Sud, Côtes d'Armor, Creuse, Deux-Sèvres, Doubs, Finistère, Haute-Corse, Haute-Loire, Haute-Marne, Haute-Saône, Haute-Vienne, Hautes-Alpes, Hautes-Pyrénées, Indre, Loire, Lozère, Morbihan, Nièvre, Puy-de-Dôme, Rhône, Saône et Loire, Savoie, Territoire de Belfort, Vosges*

★ Pas de relance sur le nsp

- 1 Très élevé

- 2 Plutôt élevé
- 4 Plutôt faible
- 5 Quasi nul
- 6 [NSP]

Q97 Que pensez-vous de l'affirmation suivante : le radon dans les habitations peut favoriser les cancers du poumon. Êtes-vous :

◆ Si a déjà entendu parler du radon et si réside dans les départements concernés par le risque radon

★ Pas de relance sur le nsp

- 1 Tout à fait
- 2 Plutôt
- 3 Plutôt pas
- 4 Pas du tout d'accord
- 5 [NSP]

Q98 Pensez-vous pouvoir être, personnellement, concerné par un risque de radon dans votre habitation ?

◆ Si a déjà entendu parler du radon et si réside dans les départements concernés par le risque radon

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Opinion 3

Q99 Nous allons maintenant parler des causes possibles du cancer. Je vais vous citer des comportements et vous me direz, pour chacun d'eux, si vous pensez qu'ils peuvent favoriser l'apparition d'un cancer.

◆ Si 75 ans ou moins et si n'a jamais été soigné pour un cancer

- 1 Certainement
 - 2 Probablement
 - 3 Probablement pas
 - 4 Certainement pas
 - 5 [Vous ne savez pas ce que c'est]
 - 6 [NSP]
- Fumer du tabac
 - Boire plus de 3 verres d'alcool par jour (si homme)
 - Boire plus de 2 verres d'alcool par jour (si femme)
 - S'exposer au soleil sans protéger sa peau
 - Le manque d'activité physique

- Manger des aliments traités avec des produits chimiques (colorants, conservateurs, pesticides...)
- Respirer un air pollué (gaz d'échappement, fumées d'usine, incinérateur d'ordure ménagère...)
- 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)
- Avoir recours aux cabines UV
- Fumer du cannabis

◆ Ordre aléatoire des items

Q100 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.

◆ *Si 75 ans ou moins et si n'a jamais été soigné pour un cancer*

★ Si l'interviewé répond « ça dépend du type de cancer, du stade... » relancer par « selon vous, en général »

- 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
 - Le cancer, on ne peut rien faire pour l'éviter
 - 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
 - Quand on a eu un cancer, on peut encore mener une vie normale

◆ Ordre aléatoire des items

Dépistage

Q101 Savez-vous ce qu'est une mammographie ?

◆ *Si femme de 40 ans et plus et si n'a jamais eu un cancer du sein*

★ Définition à donner pour les personnes ne connaissant pas le dépistage : « la mammographie est une radiographie des seins pour détecter le cancer du sein »

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Q102 Savez-vous ce qu'est un frottis du col de l'utérus ?

◆ *Si femme et si n'a jamais eu un cancer du col de l'utérus*

★ Définition à donner pour les personnes ne connaissant pas le dépistage : « un frottis du col de l'utérus est un examen médical destiné à prélever des cellules provenant du col de l'utérus pour détecter le cancer du col de l'utérus »

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Q103 Savez-vous ce qu'est un test HémoCCult ?

◆ *Si homme ou femme de 50 ans à 74 ans et si n'a jamais eu un cancer colorectal*

★ Définition à donner pour les personnes ne connaissant pas le dépistage : « le test HémoCCult est un test de recherche de sang dans les selles afin de dépister le cancer du colon et du rectum »

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Q104 Savez-vous ce qu'est un dosage PSA ?

◆ *Si homme de 40 ans et plus et si n'a jamais eu un cancer de la prostate*

★ Définition à donner pour les personnes ne connaissant pas le dépistage : « la PSA est une substance fabriquée par la prostate chez l'homme. Son dosage dans le sang permet de dépister le cancer de la prostate »

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Q105 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 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 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 mon corps

Q106 Avez-vous déjà passé une mammographie ?

◆ *Si femme de 40 ans ou plus et si n'a jamais eu un cancer du sein*

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Q107 En avez-vous passé ?

◆ *Si a passé une mammographie*

- 1 Plusieurs fois
- 2 Une seule fois
- 3 [NSP]

Q108 La dernière fois, c'était il y a combien de temps ?

◆ *Si a passé une mammographie*

★ *Si l'interview donne uniquement une année (ex : 2009), relancer en disant : « Vous devez m'indiquer soit la date de l'examen, c'est-à-dire le mois et l'année, soit le temps écoulé depuis cet examen »*

- 1 Date de l'examen
- 2 Temps écoulé depuis l'examen
- 3 [NSP, mais la personne dit suivre les recommandations de son médecin ou être à jour dans ses examens]
- 4 [NSP]

Q109 Était-ce il y a :

◆ *Si ne sait pas la date exacte de la dernière mammographie*

- 1 Moins de 1 an
- 2 Entre 1 et 2 ans
- 3 Entre 2 et 3 ans
- 4 Entre 3 et 5 ans
- 5 Plus de 5 ans
- 6 [NSP]

Q110 Avez-vous passé cet examen :

◆ *Si a passé une mammographie au cours des 3 dernières années*

★ *Une seule réponse possible*

- 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 [Pour une autre raison]
- 5 [NSP]

Q111 Ce médecin, c'était :

◆ *Si a demandé à son médecin ou si son médecin lui a dit qu'il fallait le faire*

- 1 Un généraliste
- 2 Un gynécologue
- 3 Autre
- 4 [NSP/Ne veut pas dire]

Q112 Suite à ce courrier, êtes-vous allé consulter votre médecin ou bien êtes-vous allé directement chez un radiologue :

◆ *Si a reçu un courrier invitant à faire cet examen gratuitement*

- 1 Vous êtes allé consulter votre médecin
- 2 Vous êtes allé directement chez un radiologue
- 3 [NSP/Ne veut pas dire]

Q113 Êtes-vous allé spécifiquement chez votre médecin pour la prescription de cet examen ou avez-vous attendu un autre motif pour y aller ?

◆ *Si est passé par son médecin*

- 1 Spécifiquement pour ce motif
- 2 À l'occasion d'une consultation pour un autre motif
- 3 [NSP/Ne veut pas dire]

Q114 Vous n'avez jamais passé cet examen :

◆ *Si n'a jamais passé de mammographie*

★ Énumérer jusqu'à ce que la personne vous arrête

- 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 des items

Q115 Qu'est-ce qui pourrait vous inciter à vous faire faire une mammographie ?

◆ *Si n'a jamais passé de mammographie*

★ Noter mot à mot

Q116 Votre médecin vous a-t-il déjà recommandé de faire une mammographie ?

◆ *Si n'a jamais passé de mammographie*

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Q117 Avez-vous déjà fait un frottis du col de l'utérus (frottis vaginal) ?

◆ *Si femme et si n'a jamais eu un cancer du col de l'utérus*

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Q118 En avez-vous fait

◆ *Si a déjà fait un frottis*

- 1 Plusieurs fois ?
- 2 Une seule fois ?
- 3 [NSP]

Q119 (La dernière fois), c'était il y a combien de temps ?

◆ *Si a déjà fait un frottis*

★ Si l'interview donne uniquement une année (ex : 2009), relancer en disant : « Vous devez m'indiquer soit la date de l'examen, c'est-à-dire le mois et l'année, soit le temps écoulé depuis cet examen »

- 1 Date de l'examen
- 2 Temps écoulé depuis l'examen

3 [NSP, mais la personne dit suivre les recommandations de son médecin ou être à jour dans ses examens]

4 [NSP]

Q120 Était-ce il y a :

◆ *Si NSP à la question précédente*

★ Si l'interviewé indique spontanément une durée exacte (exemple : 2 ans), retournez à la question précédente pour indiquer le temps exact écoulé

- 1 Moins de 1 an
- 2 Entre 1 et 2 ans
- 3 Entre 2 et 3 ans
- 4 Entre 3 et 5 ans
- 5 Plus de 5 ans
- 6 [NSP]

Q121 À quelle fréquence vous faites vous faire un frottis du col de l'utérus ?

◆ *Si a déjà fait plusieurs fois un frottis du col de l'utérus*

- 1 Tous les ans
- 2 Tous les 2 ans
- 3 Tous les 3 ans
- 4 Tous les 4 ans
- 5 Tous les 5 ans
- 6 Moins souvent que tous les 5 ans [fréquence irrégulière : préciser]
- 8 [a subi une hystérectomie]
- 9 [NSP]

Q122 Nous allons parler de votre dernier frottis. Où avez-vous fait faire cet examen ?

◆ *Si a passé un frottis au cours des 3 dernières années*

- 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]

Q123 Pour quelle raison principale n'avez-vous jamais fait faire cet examen ?

◆ *Si n'a jamais fait de frottis*

★ Énumérer jusqu'à ce que la personne vous arrête

- 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 des items
-
- Q124 Pour quelle raison principale n'avez-vous pas fait faire cet examen depuis longtemps ?**
- ◆ *Si a passé un frottis il y a trois ans ou plus ou nsp la date*
- ★ Ne pas citer – une seule réponse possible
- 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 [vous avez subi une hystérectomie]
 10 [NSP/Ne veut pas dire]
- ◆ Ordre aléatoire des items
-
- Q125 Qu'est-ce qui pourrait vous inciter à vous faire faire un frottis du col de l'utérus ?**
- ◆ *Si n'a jamais fait de frottis*
- ★ Noter en clair
-
- Q126 Avez-vous déjà réalisé un dépistage du cancer colorectal par recherche de sang dans les selles à faire chez soi (test hémocclut) ?**
- ◆ *Si homme et femme de 50 à 74 ans et si n'a jamais eu un cancer colorectal*
- ★ Si besoin, un dépistage du cancer colorectal = cancer de l'intestin
- 1 Oui
 2 Non
 3 [NSP]
-
- Q127 La dernière fois, c'était il y a combien de temps ?**
- ◆ *Si a déjà fait un test hémocclut*
- ★ Si l'interview donne uniquement une année (ex : 2009), relancer en disant : « Vous devez m'indiquer soit la date de l'examen, c'est-à-dire le mois et l'année, soit le temps écoulé depuis cet examen »
- 1 Date de l'examen
 2 Temps écoulé depuis l'examen
- 3 [NSP, mais la personne dit suivre les recommandations de son médecin ou être à jour dans ses examens]
 4 [NSP]
-
- Q128 Était-ce il y a :**
- ◆ *Si ne sait pas la date du dépistage du cancer colorectal*
- 1 Moins de 1 an
 2 Entre 1 et 2 ans
 3 Entre 2 et 3 ans
 4 Entre 3 et 5 ans
 5 Plus de 5 ans
 6 [NSP]
-
- Q129 La dernière fois, avez-vous fait cet examen :**
- ◆ *Si a bénéficié d'un dépistage du cancer colorectal par le test Hemocclut*
- 1 À votre initiative suite à la réception d'un courrier d'invitation
 2 À votre initiative suite aux messages dans la presse et les médias
 3 À la demande de votre médecin traitant
 4 [À la demande d'un spécialiste]
 5 [Autre]
 6 [NSP]
-
- Q130 Avez-vous déjà réalisé une coloscopie ?**
- ◆ *Si homme et femme de 40 ans ou plus et si n'a jamais eu un cancer colorectal*
- 1 Oui
 2 Non
 3 [NSP]
-
- Q131 Pour quelle raison principale avez-vous passé cet examen ?**
- ◆ *Si a bénéficié d'un dépistage du cancer colorectal par coloscopie*
- ★ Énumérer jusqu'à ce que la personne vous arrête – une seule réponse possible
- 1 Vous avez eu un test de recherche de sang dans les selles positif
 2 Parce qu'une personne de votre famille a eu un cancer colorectal
 3 Parce qu'une personne de votre famille a eu des polypes
 4 Parce que vous avez eu des polypes
 5 Vous avez un risque génétique identifié dans la famille
 6 Vous avez une maladie inflammatoire du tube digestif (Maladie de Crohn, RCH)
 7 Autre (préciser)
 8 [NSP/Ne veut pas dire]

Q132 Avez-vous déjà fait un test de dépistage du cancer de la prostate ?

◆ *Si homme de 40 ans ou plus et si n'a jamais eu un cancer de la prostate*

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP]
-

Q133 Par quelle méthode ?

◆ *Si a fait un test de dépistage du cancer de la prostate*

- 1 Le test PSA
 - 2 Un toucher rectal pratiqué par un médecin
 - 3 [Autre méthode]
 - 4 [NSP]
 - 5 [Les deux]
-

Q134 La première fois, avez-vous passé cet examen...

◆ *Si a fait un test de dépistage du cancer de la prostate*

- 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]
-

Q135 Savez-vous ce qu'est la vaccination HPV ou papillomavirus ?

◆ *Si femmes de 15 à 25 ans*

★ *Definition à donner pour les personnes ne connaissant pas le dépistage : « il s'agit de la vaccination contre le papillomavirus ou HPV prévenant le cancer du col de l'utérus »*

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP]
-

Q136 Vous êtes-vous fait vacciner contre le HPV (papillomavirus, le virus en cause dans le cancer du col de l'utérus) ?

◆ *Si femmes de 15 à 25 ans*

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP]
-

Q137 À quel âge (vous êtes-vous fait vacciner contre le HPV) ?

◆ *Si a déjà été vacciné contre le HPV*

★ *Si la personne le demande concerne la première dose*

★ *Si nécessaire, indiquer l'âge à la première injection*

Q138 Pour quelle raison ne l'avez-vous pas fait ?

◆ *Si n'a jamais été vacciné contre le HPV*

★ *Noter en clair*

Q139 Quand avez-vous passé votre dernière mammographie ?

◆ *Si femme de 40 ans ou plus et si a déjà eu un cancer du sein*

★ *Si l'interview donne uniquement une année (ex : 2009), relancer en disant : « Vous devez m'indiquer soit la date de l'examen, c'est-à-dire le mois et l'année, soit le temps écoulé depuis cet examen ».*

- 1 Date de l'examen
 - 2 Temps écoulé depuis l'examen
 - 3 [NSP, mais la personne dit suivre les recommandations de son médecin ou être à jour dans ses examens]
 - 4 [NSP]
-

Q140 Était-ce il y a :

◆ *Si nsp question précédente*

★ *Si l'interviewé indique spontanément une durée exacte (exemple : 2 ans), retournez à la question précédente pour indiquer le temps exact écoulé*

- 1 Moins de 1 an
 - 2 Entre 1 et 2 ans
 - 3 Entre 2 et 3 ans
 - 4 Entre 3 et 5 ans
 - 5 Plus de 5 ans
 - 6 [NSP]
-

Q141 Quand avez-vous fait votre dernier frottis du col de l'utérus ?

◆ *Si femme ayant déjà eu un cancer du col de l'utérus*

★ *Si l'interview donne uniquement une année (ex : 2009), relancer en disant : « Vous devez m'indiquer soit la date de l'examen, c'est-à-dire le mois et l'année, soit le temps écoulé depuis cet examen »*

- 1 Date de l'examen
- 2 Temps écoulé depuis l'examen
- 3 [NSP, mais la personne dit suivre les recommandations de son médecin ou être à jour dans ses examens]
- 4 [NSP]

Q142 Était-ce il y a :

◆ *Si ne sait pas la date du dernier frottis*

★ Si l'interviewé indique spontanément une durée exacte (exemple : 2 ans), retournez à la question précédente pour indiquer le temps exact écoulé

- 1 Moins de 1 an
- 2 Entre 1 et 2 ans
- 3 Entre 2 et 3 ans
- 4 Entre 3 et 5 ans
- 5 Plus de 5 ans
- 6 [NSP]

Q143 Par quelle méthode a-t-on dépisté votre cancer de la prostate ?

◆ *Si homme de 40 ans ou plus et si a déjà eu un cancer de la prostate*

- 1 Le test PSA
- 2 Un toucher rectal pratiqué par un médecin
- 3 [Autres méthodes]
- 4 [NSP]
- 5 [Les deux]

Opinion 4

Q144 Je vais maintenant vous proposer des affirmations 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.

◆ *Si n'a jamais été soigné pour un cancer*

- 1 Tout à fait
 - 2 Plutôt
 - 3 Plutôt pas
 - 4 Pas du tout d'accord
 - 5 [NSP]
- Aujourd'hui, on sait guérir de nombreux types de cancers
 - Aujourd'hui, de nombreuses personnes atteintes d'un cancer peuvent être guéries
 - Aujourd'hui, quand on a un cancer, on est mieux soigné si on a plus d'argent

◆ Ordre aléatoire des items

Q145 Pensez-vous que l'État devrait consacrer à la prévention au moins

une partie des taxes prélevées sur les ventes d'alcool et de tabac ?

◆ *Si n'a jamais été soigné pour un cancer*

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Santé mentale

Q146 Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti...

◆ *Si 75 ans ou moins et si n'a jamais été soigné pour un cancer*

- 1 En permanence
 - 2 Souvent
 - 3 Quelquefois
 - 4 Rarement
 - 5 Jamais
 - 6 [NSP]
- très nerveux ?
 - si découragé que rien ne pouvait vous remonter le moral ?
 - calme et détendu ?
 - triste et abattu ?
 - heureux ?

Q147 Au cours des 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel...

◆ *Si 75 ans ou moins et si n'a jamais été soigné pour un cancer*

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 [NSP]
- Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou vos activités habituelles ?
 - Avez-vous fait moins de choses que vous ne l'auriez souhaité ?
 - Pour faire vos activités habituelles avec autant de soin que d'habitude, avez-vous eu des difficultés ?

Qualité de vie

◆ *Module posé si moins de 76 ans et si n'a jamais été soigné pour un cancer*

Q148 **Diriez-vous que, dans l'ensemble, votre santé est...**

- 1 Excellente
- 2 Très bonne
- 3 Bonne
- 4 Médiocre
- 5 Mauvaise
- 6 [NSP]

Q149 **Maintenant, pensez à votre santé physique. Cela inclut les maladies physiques et les traumatismes ou les blessures. Au cours des 30 derniers jours, combien y a-t-il eu de jours où votre santé physique n'a pas été bonne ?**

Q150 **Maintenant pensez à votre santé mentale. Cela inclut le stress, la dépression et les problèmes émotionnels. Au cours des 30 derniers jours, combien y a-t-il eu de jours où votre santé mentale n'a pas été bonne ?**

Q151 **Au cours des 30 derniers jours, combien de jours environ votre santé physique ou mentale vous a-t-elle empêché de mener vos activités habituelles, comme prendre soin de vous, travailler ou avoir des loisirs ?**

Signalétique 2

Q152 **Avez-vous déjà travaillé, même s'il y a longtemps ?**

◆ *Si 16 ans ou plus et si retraité/préretraité/chômeur/femme ou homme au foyer/inactif avec pension d'invalidité/étudiant (hors emploi d'été et saisonnier)/autre situation*

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Q153 **Quel est (était) l'intitulé de votre profession ?**

◆ *Si actif ou si a déjà travaillé*

★ *Si plusieurs professions, prendre celle qui prend le plus de temps*

Q154 **Êtes-vous (étiez-vous)...**

◆ *Si actif ou si a déjà travaillé*

- 1 À votre compte, PDG, patron, gérant de société ?
- 2 Salarié ?

Q155 **Combien de salariés sont actuellement (étaient) employés à temps complet dans votre entreprise ?**

◆ *Si actif ou si a déjà travaillé à son compte*

Q156 **Êtes-vous (étiez-vous) salarié...**

◆ *Si actif ou si a déjà travaillé comme salarié*

- 1 De l'État ou d'une collectivité locale
- 2 D'une entreprise publique
- 3 D'une entreprise privée
- 4 Autre (association...)

Q157 **Quelle est (était) votre qualification, votre statut ?**

◆ *Si actif ou si a déjà travaillé comme salarié*

- 1 Cadre
- 2 Technicien
- 3 Contremaître, agent de maîtrise
- 4 Employé, personnel de service
- 5 Ouvrier qualifié
- 6 Ouvrier non qualifié
- 7 Catégorie A de la fonction publique
- 8 Catégorie B de la fonction publique
- 9 Catégorie C de la fonction publique
- 10 Autre (précisez)
- 11 [Aucune]

Q158 **Dans quel secteur d'activité exercez-vous ?**

◆ *Si actif ou si a déjà travaillé comme salarié*

Q159 **Quelle est actuellement la situation professionnelle du chef de famille ?**

◆ *Si l'interviewé n'est pas le chef de famille ou si l'interviewé l'est mais qu'il a moins de 30 ans et qu'il est étudiant ou n'a jamais travaillé ; certains items étaient filtrés en fonction du sexe et de l'âge du chef de famille.*

★ *Énumérer jusqu'à ce que la personne vous arrête. Si plusieurs situations, prendre l'activité qui prend le plus de temps.*

- 1 Actif travaillant actuellement
- 2 Actif en congé maladie de 6 mois à 3 ans
- 3 Actif en congé maternité
- 4 Actif en congé parental
- 5 Actif en congé de formation

- 6 Apprenti sous contrat ou en stage rémunéré
7 Retraité
8 Pré-retraité
9 Chômeur (inscrit ou non à l'ANPE)
10 Femme ou homme au foyer
11 Inactif avec pension d'invalidité
12 Etudiant, élève, en formation ou en stage non rémunéré
14 Autre situation (congé longue durée,...)
15 [NSP]
16 [Refus]
-
- Q160 Le chef de famille a-t-il déjà travaillé, même s'il y a longtemps ?**
◆ *Si retraité/préretraité/chômeur/femme homme au foyer/inactif.../étudiant.../autre*
- 1 Oui
2 Non
3 [NSP]
-
- Q161 Quel est (était) l'intitulé de sa profession ?**
◆ *Si actif ou si a déjà travaillé*
-
- Q162 Est-il (était-il)...**
◆ *Si actif ou si a déjà travaillé*
- 1 À son compte, PDG, patron, gérant de société
2 Salarié
-
- Q163 Combien de salariés sont actuellement (étaient) employés à temps complet dans son entreprise ?**
◆ *Si travaille ou si a déjà travaillé à son compte*
-
- Q164 Est-il (était-il) salarié...**
◆ *Si travaille ou si a déjà travaillé comme salarié*
- 1 De l'État ou d'une collectivité locale
2 D'une entreprise publique
3 D'une entreprise privée
4 Autre (association...)
-
- Q165 Quelle est (était) sa qualification, son statut ?**
◆ *Si travaille ou si a déjà travaillé comme salarié*
- 1 Cadre
2 Technicien
3 Contremaître, agent de maîtrise
4 Employé, personnel de service
5 Ouvrier qualifié
6 Ouvrier non qualifié
7 Catégorie A de la fonction publique
8 Catégorie B de la fonction publique
9 Catégorie C de la fonction publique
10 Autre (Précisez)
11 [Aucune]
12 [NSP]
-
- Q166 Quel est le diplôme le plus élevé que vous ayez obtenu ?**
- 1 Aucun diplôme
2 Certificat d'études
3 CAP : Certificat d'aptitude professionnelle
4 Brevet des collèges, BEPC
5 BEP : Brevet d'enseignement professionnel
6 Baccalauréat d'enseignement technique
7 Baccalauréat d'enseignement professionnel
8 Baccalauréat d'enseignement général
9 Bac + 2
10 Bac + 3
11 Bac + 4
12 Bac + 5 ou plus
13 Diplôme d'une grande école
14 Autre diplôme (préciser)
15 [NSP]
-
- Q167 Parlons maintenant de la somme totale des revenus nets par mois de toutes les personnes vivant avec vous, y compris les revenus autres que salariaux : allocations, rentes, bénéfiques (bénéfiques industriels commerciaux (BIC), bénéfiques non commerciaux (BNC), bénéfiques agricoles (BA)). Dans quelle tranche se situe-t-elle ?**
- 1 Moins de 230 €/mois (2760 €/an)
2 De 230 € à moins de 380 €/mois (2760 € à 4560 €/an)
3 De 380 € à moins de 600 €/mois (4560 € à 7200 €/an)
4 De 600 € à moins de 1000 €/mois (7200 € à 12000 €/an)
5 De 1000 € à moins de 1200 €/mois (12000 € à 14400 €/an)
6 De 1200 € à moins de 1500 €/mois (14400 € à 18000 €/an)
7 De 1500 € à moins de 2000 €/mois (18000 € à 24000 €/an)
8 De 2000 € à moins de 2400 €/mois (24000 € à 28800 €/an)
9 De 2400 € à moins de 3000 €/mois (28800 € à 36000 €/an)
10 De 3000 € à moins de 4500 €/mois (36000 € à 54000 €/an)
11 De 4500 € à moins de 7600 €/mois (54000 € à 91200 €/an)
12 Plus de 7600 €/mois (91200 €/an)
13 [NSP]
14 [Ne veut pas dire]

Q168 Actuellement, diriez-vous qu'au sein de votre ménage/votre famille, financièrement...

- 1 Vous êtes à l'aise
- 2 Ça va
- 3 C'est juste
- 4 Vous y arrivez difficilement
- 5 Vous ne pouvez pas y arriver sans faire de dettes (ou avoir recours au crédit à la consommation)
- 6 [NSP]
- 7 [Refus]

Q169 Parmi les trois situations suivantes, quelle est celle qui correspond le mieux à la situation actuelle de votre foyer ?

- 1 Vous pouvez manger tous les aliments que vous souhaitez
- 2 Vous avez assez à manger mais pas toujours les aliments que vous souhaiteriez
- 3 Il vous arrive parfois de ne pas avoir assez à manger
- 4 [Refuse de répondre]
- 5 [NSP]

Q170 Au cours des douze derniers mois, avez-vous dû renoncer à des soins de santé pour des raisons financières ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Q171 À quel type de soins avez-vous dû renoncer ?

◆ *Si a renoncé à des soins de santé au cours des douze derniers mois*

- 1 A des lunettes
- 2 A des soins de dentiste
- 3 A d'autres types de soins
- 4 [NSP]

Q172 Bénéficiez-vous de la CMU (Couverture maladie universelle) ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Q173 Bénéficiez-vous de la sécurité sociale ou d'une autre couverture maladie, que ce soit en tant que bénéficiaire ou ayant droit ?

◆ *Si n'a pas la CMU*

★ *Si nécessaire, préciser « par couverture maladie, on entend la sécurité sociale quel que soit le régime »*

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 [NSP]

Q174 Bénéficiez-vous d'une couverture maladie complémentaire ?

◆ *Si a une couverture maladie ou la CMU*

- 1 Oui, par la CMUC (Couverture maladie universelle complémentaire)
- 2 Oui, par une mutuelle ou une assurance privée
- 3 Non
- 4 [Oui, mais je ne sais pas laquelle]
- 5 [NSP]

Notre entretien est terminé. Au nom de l'Inpes, je vous remercie pour votre précieuse participation à cette importante étude. Si vous souhaitez avoir plus d'informations sur nos activités, je vous invite à consulter le site internet www.inpes.sante.fr. Je vous souhaite une bonne soirée.

Liste des tableaux et des figures

Méthode d'enquête

- 31 **Tableau I** : Équipement téléphonique et échantillonnage
- 37 **Tableau II** : Description des bases de sondage du Baromètre cancer 2010
- 38 **Tableau III** : Structure de l'échantillon
- 39 **Tableau IV** : Comparaisons entre les marges obtenues et les marges de référence
- 41 **Tableau V** : Facteurs associés au risque perçu de cancer lié au fait de fumer (risque jugé certain) (n = 3 314 observations)
- 28 **Figure 1** : Taux de foyers équipés d'au moins un téléphone fixe
- 28 **Figure 2** : Taux d'équipement des ménages en téléphones portables
- 29 **Figure 3** : Part des individus joignables uniquement sur téléphone portable (en pourcentage)
- 30 **Figure 4** : Nombre de lignes téléphoniques en dégroupage

Ce que les Français pensent du cancer

- 52 **Tableau I** : Proportion d'enquêtés se déclara-

rant d'accord avec trois opinions relatives au cancer, selon le profil sociodémographique (en pourcentage)

- 53 **Tableau II** : Proportion d'enquêtés se déclarant d'accord avec deux opinions relatives aux personnes atteintes d'un cancer, selon le profil sociodémographique (en pourcentage)
- 57 **Tableau III** : Profils de perceptions des causes possibles de cancer, selon le profil sociodémographique (en pourcentage)
- 59 **Tableau IV** : Position sociale et opinions relatives au cancer, évolution 2005-2010 (odds ratios)
- 60 **Tableau V** : Proportion d'enquêtés ayant déjà entendu parler du radon et sachant que c'est un gaz naturel provenant du sol, selon le profil sociodémographique (en pourcentage)
- 49 **Figure 1** : Maladies citées comme faisant partie des trois plus graves (en pourcentage)
- 51 **Figure 2** : Opinions sur le cancer (en pourcentage)

- 52 **Figure 3** : Opinions sur les personnes atteintes d'un cancer (en pourcentage)
- 54 **Figure 4** : Opinions sur les facteurs pouvant favoriser l'apparition d'un cancer (en pourcentage)
- 58 **Figure 5** : Opinions sur le cancer et les personnes atteintes, évolutions 2005-2010 (pourcentage se déclarant d'accord)
- 59 **Figure 6** : Opinions sur les facteurs pouvant favoriser l'apparition d'un cancer, évolutions 2005-2010 (pourcentage répondant «probablement» ou «certainement»)
- 61 **Figure 7** : Perception du risque radon dans les départements concernés (en pourcentage)
- 61 **Figure 8** : Le radon peut favoriser les cancers du poumon (en pourcentage)
- 81 **Figure 7** : Comportement adopté en cas d'apparition d'un signe physique pouvant évoquer un cancer (en pourcentage)
- 82 **Figure 8** : Opinions des personnes non soignées pour un cancer au cours de leur vie sur la qualité actuelle des soins (en pourcentage)
- 83 **Figure 9** : Opinions sur la prise en charge parmi les personnes soignées ou les proches de personnes soignées pour un cancer (en pourcentage)
- 86 **Figure 10** : Opinions sur l'expérience de prise en charge du cancer parmi les personnes soignées ou les proches de personnes soignées pour un cancer (en pourcentage)
- 88 **Figure 11** : Sentiment d'être bien informé sur le cancer et sur certains facteurs de risque, en 2005 et en 2010 (en pourcentage)

Représentations des soins et information sur le cancer

- 74 **Tableau I** : Facteurs associés au fait de déclarer être « plutôt bien » ou « très bien » informé sur différents risques pour la santé
- 78 **Tableau II** : Facteurs associés à l'utilisation de différents supports comme principale source d'information sur le cancer
- 84 **Tableau III** : Facteurs associés au fait d'être « tout à fait d'accord » avec différentes opinions concernant la qualité actuelle des soins
- 72 **Figure 1** : Niveau d'information perçue sur différents thèmes de santé (en pourcentage)
- 76 **Figure 2** : Principales sources d'information sur le cancer (en pourcentage)
- 77 **Figure 3** : Sources d'information sur le cancer consultées sur internet (en pourcentage)
- 77 **Figure 4** : Statut des sites d'information consultés sur internet (en pourcentage)
- 77 **Figure 5** : Crédibilité des informations recueillies par internet (en pourcentage)
- 80 **Figure 6** : Personnes déclarant que l'information reçue les a conduites à modifier
- 87 **Figure 12** : Proximité des personnes interrogées avec le cancer, selon l'âge (en pourcentage)
- 88 **Figure 13** : Opinions des malades et des proches sur la prise en charge en 2005 et 2010 (en pourcentage)

Tabac et cancer

- 102 **Tableau I** : Prévalence tabagique mesurée dans le Baromètre cancer 2010 parmi les 15-85 ans, comparaison avec le Baromètre santé 2010 (en pourcentage)
- 105 **Tableau II** : Modèle logistique sur le risque perçu de cancer lié au fait de fumer (risque jugé certain)
- 111 **Tableau III** : Modèle logistique sur le fait de fumer des cigarettes légères parmi les fumeurs actuels de cigarettes
- 113 **Tableau IV** : Modèle logistique sur le fait d'avoir abordé la question du tabac avec son médecin, de sa propre initiative, au cours des douze derniers mois, parmi les fumeurs actuels de cigarettes
- 114 **Tableau V** : Modèle logistique sur le fait

d'avoir abordé la question du tabac avec son médecin, à l'initiative du médecin, au cours des douze derniers mois, parmi les fumeurs actuels de cigarettes

- 115 **Tableau VI** : Modèle logistique sur l'exposition à la fumée de tabac chez les non-fumeurs
- 118 **Tableau VII** : Modèle logistique sur le sentiment d'être bien informé sur les effets du tabac sur la santé
- 119 **Tableau VIII** : Évolution de certaines perceptions et opinions entre 2005 et 2010
- 120 **Tableau IX** : Évolution des liens entre niveau socio-économique et perceptions relatives au tabagisme, 2005-2010 (odds ratios ajustés sur le sexe et l'âge)
- 104 **Figure 1** : Réponse à la question : « Le fait de fumer favorise-t-il l'apparition d'un cancer ? » selon l'âge (en pourcentage)
- 104 **Figure 2** : Réponse à la question : « Le fait de fumer favorise-t-il l'apparition d'un cancer ? » selon le statut tabagique (en pourcentage)
- 106 **Figure 3** : Seuil perçu (nombre de cigarettes) à partir duquel un fumeur risque d'avoir un cancer, parmi les fumeurs actuels, selon l'âge (en pourcentage)
- 107 **Figure 4** : Seuil perçu (nombre d'années) à partir duquel le risque d'avoir un cancer est élevé, parmi les fumeurs actuels, selon l'âge (en pourcentage)
- 108 **Figure 5** : Seuil (nombre d'années) à partir duquel le tabagisme est jugé à risque de cancer, selon le seuil déclaré en nombre de cigarettes (en pourcentage)
- 109 **Figure 6** : Seuils de risque perçu lié au tabagisme en fonction de la durée du tabagisme régulier et de la consommation des fumeurs quotidiens (en pourcentage)
- 109 **Figure 7** : Crainte d'avoir un cancer lié au tabac selon le statut tabagique (en pourcentage)
- 110 **Figure 8** : Proportion de fumeurs actuels déclarant fumer des cigarettes légères selon l'âge et le sexe (en pourcentage)
- 111 **Figure 9** : Proportion de fumeurs actuels déclarant avoir abordé la question du tabac avec leur médecin au cours des douze derniers mois, selon l'âge (en pourcentage)
- 112 **Figure 10** : Proportion de fumeurs actuels déclarant avoir abordé la question du tabac avec leur médecin au cours des douze derniers mois selon le nombre de cigarettes fumées par jour (en pourcentage)
- 115 **Figure 11** : Exposition à la fumée de tabac selon l'âge chez les non-fumeurs (en pourcentage)
- 116 **Figure 12** : Opinions vis-à-vis du tabagisme (en pourcentage)
- 117 **Figure 13** : Sentiment d'information sur les effets du tabac sur la santé (en pourcentage)

Alcool et cancer

- 134 **Tableau I** : Profil sociodémographique et consommation quotidienne « à risque » (au moins 3 verres d'alcool pour les hommes, au moins 2 verres pour les femmes)
- 138 **Tableau II** : Types d'opinions relatives à la dangerosité de l'alcool parmi les 15-75 ans, 2010 (classification ascendante hiérarchique, pourcentages en colonne)
- 143 **Tableau III** : Position sociale, comportements et croyances relatives à l'alcool, évolution 2005-2010 (odds ratios)
- 132 **Figure 1** : Usages d'alcool quotidien et hebdomadaire selon l'âge et le sexe en 2010 (en pourcentage)
- 133 **Figure 2** : Prendre au moins 3 verres les jours où l'on boit, selon le sexe et l'âge, 2010 (en pourcentage)
- 135 **Figure 3** : Boire 3 verres d'alcool par jour (pour les hommes, 2 pour les femmes) favorise « certainement » ou « probablement » l'apparition d'un cancer, opinion selon le sexe et l'âge, 2010 (en pourcentage)
- 136 **Figure 4** : Opinions relatives à la dangerosité de l'alcool, 2010 (en pourcentage)

- 141 **Figure 5** : Évolution de l'usage quotidien d'alcool parmi les hommes et selon l'âge, 2000-2005-2010 (en pourcentage)
- 141 **Figure 6** : Évolution de l'usage quotidien d'alcool parmi les femmes et selon l'âge, 2000-2005-2010 (en pourcentage)
- 142 **Figure 7** : Évolution des opinions relatives à la dangerosité de l'alcool, 2005-2010 (pourcentages « tout à fait » ou « plutôt » d'accord)

L'exposition aux ultraviolets artificiels en France

- 157 **Tableau I** : Lieux d'exposition aux UV artificiels (plusieurs réponses possibles ; en pourcentage)
- 158 **Tableau II** : Fréquentation des centres de bronzage et des salons esthétiques par les personnes ayant fait des UV au cours des douze derniers mois selon la catégorie socioprofessionnelle (en pourcentage)
- 160 **Tableau III** : Régression logistique sur le recours aux UV au cours de la vie
- 161 **Tableau IV** : Régression logistique sur le recours aux UV au cours des douze derniers mois
- 154 **Figure 1** : Pratique des UV au cours de la vie parmi les 15-75 ans selon le sexe et l'âge (en pourcentage)
- 155 **Figure 2** : Pratique des UV au cours de la vie parmi les 15-75 ans selon le revenu par unité de consommation (en pourcentage)
- 155 **Figure 3** : Pratique des UV au cours de la vie parmi les 15-75 ans selon le diplôme (en pourcentage)
- 156 **Figure 4** : Pratique des UV au cours des douze derniers mois parmi les 15-75 ans selon le sexe et l'âge (en pourcentage)
- 156 **Figure 5** : Pratique des UV au cours des douze derniers mois parmi les 15-75 ans selon le revenu par unité de consommation (en pourcentage)
- 157 **Figure 6** : Pratique des UV au cours des douze derniers mois parmi les 15-75 ans selon le diplôme (en pourcentage)
- Soleil et cancer**
- 172 **Tableau I** : Proportion d'enquêtés estimant que s'exposer au soleil en été en France est dangereux entre 12 heures et 16 heures, selon le profil sociodémographique
- 178 **Tableau II** : Position sociale, comportements et croyances relatifs à l'exposition au soleil, évolution 2005-2010 (odds ratios)
- 171 **Figure 1** : Heures désignées comme dangereuses pour l'exposition au soleil, en été en France (en pourcentage)
- 173 **Figure 2** : Méthodes utilisées pour se protéger lors d'une journée ensoleillée d'été (en pourcentage)
- 173 **Figure 3** : Profils de pratiques de protection contre le soleil (en pourcentage)
- 175 **Figure 4** : Examiner régulièrement sa peau à la recherche d'une anomalie, selon l'âge et le sexe (en pourcentage)
- 175 **Figure 5** : Opinions à l'égard du soleil et des coups de soleil (en pourcentage)
- 176 **Figure 6** : Accord avec deux assertions fausses relatives aux coups de soleil (en pourcentage)
- 177 **Figure 7** : Méthodes utilisées, systématiquement ou souvent, pour se protéger lors d'une journée ensoleillée d'été, 2005-2010 (en pourcentage)
- 178 **Figure 8** : Accord avec trois opinions à l'égard du soleil et des coups de soleil, évolution 2005-2010 (en pourcentage)
- Nutrition et cancer**
- 190 **Tableau I** : Rôle de l'alimentation dans la survenue d'un cancer perçu comme important : résultats de deux régressions logistiques
- 191 **Tableau II** : Perception de l'influence de la consommation alimentaire, de la pratique d'activité physique et de la surcharge pondérale sur le risque de cancer
- 194 **Tableau III** : Facteurs associés à la perception de l'influence de la consommation fréquente de certains types d'aliments sur le cancer (résultats de huit régressions logistiques)

- 196 **Tableau IV** : Facteurs associés à la perception de l'influence sur le risque de cancer de la pratique régulière d'activité physique et du surpoids ou de l'obésité (résultats de quatre régressions logistiques)
- 197 **Tableau V** : Facteurs associés à la perception par les femmes du caractère protecteur de l'allaitement par rapport au risque de cancer du sein (résultats de deux régressions logistiques)
- 189 **Figure 1** : Importance perçue du rôle de l'alimentation dans la survenue d'un cancer, selon l'âge

Les pratiques de dépistage des cancers en France

Dépistage du cancer du sein

- 211 **Tableau I** : Caractéristiques des femmes âgées de 50 à 74 ans ayant réalisé une mammographie au cours des deux dernières années – en 2005 et 2010 (en pourcentage)
- 212 **Tableau II** : Caractéristiques des femmes âgées de 50 à 74 ans ayant réalisé une mammographie au cours des deux dernières années

Dépistage du cancer du col de l'utérus

- 218 **Tableau I** : Caractéristiques des femmes âgées de 25 à 65 ans ayant réalisé un frottis cervico-utérin depuis moins de trois ans
- 219 **Tableau II** : Connaissance de la vaccination HPV selon la profession de la personne de référence du ménage parmi les femmes de 15 à 25 ans (en pourcentage)
- 220 **Tableau III** : Réalisation du vaccin HPV selon l'âge des jeunes femmes (en pourcentage)
- 217 **Figure 1** : Évolution 2005-2010 de la proportion de femmes déclarant avoir effectué un frottis cervical dans les trois ans, selon la tranche d'âge

Dépistage du cancer colorectal

- 225 **Tableau I** : Caractéristiques des personnes âgées de 50 à 74 ans ayant réalisé un dépistage du cancer colorectal au cours de la vie par recherche de sang dans les selles à faire chez soi (test Hemocult)
- 226 **Tableau II** : Caractéristiques complémentaires des personnes âgées de 50 à 74 ans ayant réalisé un dépistage du cancer colorectal au cours de la vie

Dépistage du cancer de la prostate

- 231 **Tableau I** : Caractéristiques des hommes de 50 ans et plus ayant fait un test de dépistage du cancer de la prostate au cours de leur vie
- 231 **Tableau II** : Caractéristiques des hommes de 50 ans et plus ayant eu un dosage du PSA au cours de leur vie
- 232 **Tableau III** : Pratique du dépistage du cancer colorectal et du cancer de la prostate en fonction du revenu (en pourcentage)
- 230 **Figure 1** : Pratique du dépistage du cancer de la prostate (en pourcentage)

Dépistage des cancers.

Analyse transversale

- 236 **Tableau I** : Analyse des pratiques de dépistage en regard des recommandations internationales et des objectifs français
- 236 **Tableau II** : Facteurs associés à la pratique de différents dépistages dans les modèles multivariés
- 237 **Tableau III** : Réalisation des dépistages selon les représentations des causes de cancer (en pourcentage)

Études et enquêtes parues aux éditions de l'Inpes

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.

J. Arènes, F. Baudier, C. Dressen, M. Rotily, J.-P. Moatti

Baromètre santé médecins généralistes 94/95

1996, 138 p.

F. Baudier, C. Dressen, J. Arènes

Baromètre santé jeunes 94

1997, 148 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, H. Perrin-Escalon (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.
- P. Guilbert, P. Peretti-Watel, F. Beck, A. Gautier (dir.)
Baromètre cancer 2005
2006, 202 p.

N. Lydié (dir.)

Les populations africaines d'Île-de-France face au VIH/sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements
2007, 188 p.

F. Beck, P. Guilbert, A. Gautier. (dir.)

Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé
2007, 608 p.

C. Ménard, D. Girard, C. Léon, F. Beck (dir.).

Baromètre santé environnement 2007
2008, 416 p.

E. Godeau, C. Arnaud, F. Navarro (dir.).

La santé des élèves de 11 à 15 ans en France/2006
2008, 276 p.

F. Beck, S. Legleye, O. Le Nézet, S. Spilka.

Atlas régional des consommations d'alcool 2005. Données Inpes/OFD
2008, 264 p.

A. Gautier, M. Jauffret-Roustide, C. Jestin

Enquête Nicolle 2006. Connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux
2008, 252 p.

C. Chan Chee, F. Beck, D. Sapinho, P. Guilbert

La dépression en France. Enquête Anadep 2005
2009, 208 p.

H. Escalon, C. Bossard, F. Beck (dir.)

Baromètre santé nutrition 2008
2009, 424 p.

F. Beck, M-F. Brugiroux, N. Cerf (dir)

Les conduites addictives des adolescents polynésiens. Enquête Ecaap 2009
2010, 200 p.

A. Gautier (dir)

Baromètre santé médecins généralistes 2009
2011, 266 p.

C. Ménard, G. Demortière, E. Durand, P. Verger, F. Beck (dir)

Médecins du travail/médecins généralistes : regards croisés
2011, 192 p.

Le cancer est devenu, au cours des années 2000, la première cause de décès en France.

On estime aujourd'hui que 1 200 000 personnes vivent avec un cancer ou après avoir eu un cancer. Ces données montrent l'importance des enjeux sociaux et de santé publique liés à cette pathologie.

Le Baromètre cancer 2010 est la deuxième vague, après le Baromètre cancer 2005, d'une enquête menée en population générale. Lancée dans le cadre d'une collaboration entre l'Institut national du cancer et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, cette étude vise à identifier les évolutions des perceptions, des risques et des comportements entre les deux enquêtes.

Un échantillon représentatif de 4 000 personnes de 15 à 85 ans a été interrogé sur ses connaissances, attitudes et comportements concernant les facteurs de risque du cancer, mais également sur ses représentations de la maladie et l'image des malades. Les personnes ont également été questionnées sur la qualité perçue des soins ainsi que sur les pratiques de dépistage mises en œuvre par les pouvoirs publics.

Cet ouvrage permet ainsi de mesurer les évolutions et les progrès réalisés depuis 2005, mais aussi les avancées qui restent à faire, en particulier dans le domaine des inégalités sociales de santé. Leur réduction est un élément pivot du Plan cancer 2009-2013.

**Ouvrage édité et diffusé gratuitement par l'Inpes ou ses partenaires.
Ne peut être vendu.**



Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex - France

Conception graphique originale **Scripta** - Céline Farez, Virginie Rio
Maquette et réalisation **Philippe Ferrero**
75 rue de Lourmel - 75015 Paris - philippeferrero.tel
Photographie de couverture **Rubén Hidalgo** © istockphoto.com/leminuit
Impression mai 2012 **Fabrègue**
Bois Joly - BP 10 - 87500 Saint-Yrieix-la-Perche

Dépôt légal juin 2012

Le cancer est devenu, au cours des années 2000, la première cause de décès en France. On estime

aujourd'hui que 1 200 000 personnes vivent avec un cancer ou après avoir eu un cancer. Ces données montrent l'importance des enjeux sociaux et de santé publique liés à cette pathologie.

Le Baromètre cancer 2010 est la deuxième vague, après le Baromètre cancer 2005, d'une enquête menée en population générale. Lancée dans le cadre d'une collaboration entre l'Institut national du cancer et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, cette étude vise à identifier les évolutions des perceptions, des risques et des comportements entre les deux enquêtes.

Un échantillon représentatif de 4 000 personnes de 15 à 85 ans a été interrogé sur ses connaissances, attitudes et comportements concernant les facteurs de risque du cancer, mais également sur ses représentations de la maladie et l'image des malades. Les personnes ont également été questionnées sur la qualité perçue des soins ainsi que sur les pratiques de dépistage mises en œuvre par les pouvoirs publics.

Cet ouvrage permet ainsi de mesurer les évolutions et les progrès réalisés depuis 2005, mais aussi les avancées qui restent à faire, en particulier dans le domaine des inégalités sociales de santé. Leur réduction est un élément pivot du Plan cancer 2009-2013.

Ouvrage édité et diffusé gratuitement par l'Inpes ou ses partenaires. Ne peut être vendu.

